

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

“Avaliação da aplicabilidade dos indicadores propostos para o monitoramento da assistência à saúde de média e alta complexidade no SUS, ao longo do Plano Plurianual 2008-2011.”

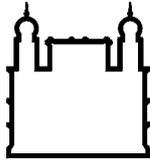
por

Carolina Palhares Lima

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre
Modalidade Profissional em Saúde Pública.*

Orientador: Prof. Dr. José Mendes Ribeiro

Brasília, dezembro de 2010.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Esta dissertação, intitulada

“Avaliação da aplicabilidade dos indicadores propostos para o monitoramento da assistência à saúde de média e alta complexidade no SUS, ao longo do Plano Plurianual 2008-2011”

apresentada por

Carolina Palhares Lima

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Dr. Frederico Augusto Barbosa da Silva

Prof. Dr. Marcelo Rasga Moreira

Prof. Dr. José Mendes Ribeiro – Orientador

Ficha catalográfica elaborada pela
Biblioteca de Ciências Biomédicas/ ICICT / FIOCRUZ – RJ

L732

Lima, Carolina Palhares.

Avaliação da aplicabilidade dos indicadores propostos para o monitoramento da assistência à saúde de média e alta complexidade no SUS, ao longo do Plano Plurianual 2008-2011 / Carolina Palhares Lima. – Brasília, 2011.

viii, 120 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Pós-Graduação em Políticas Públicas, 2011.

Bibliografia: f. 103-107

1. Gestão Pública. 2. Atenção especializada. 3. Média e alta complexidade. 4. Indicador. 5. Plano Plurianual. 6. Secretaria de Atenção à Saúde. I. Título.

CDD 362.1

RESUMO

Neste estudo, à luz das propostas do Plano Plurianual – PPA de transparência da gestão pública e de busca por resultados a partir da integração entre o planejamento e o orçamento do governo federal e da mensuração dos produtos das políticas públicas, foi analisada a aplicabilidade dos indicadores do PPA 2008-2011 para o monitoramento da gestão da atenção especializada em saúde. Na metodologia do trabalho foram incluídas, fundamentalmente, a pesquisa e a análise documental, o levantamento de dados de bases administrativas públicas e o acesso a dados orçamentários e gerenciais do Ministério da Saúde relativos à assistência à saúde de média e alta complexidade no âmbito do SUS. O enfoque da pesquisa leva em consideração três aspectos: 1) os papéis da Secretaria de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde e os fatores de interferência na condução das políticas públicas nacionais; 2) o alto custo, a magnitude e a complexidade de implantação da atenção especializada em saúde; e 3) a necessidade de monitoramento e divulgação dos resultados das políticas de saúde no País. Observou-se, no entanto, que a divulgação dos indicadores e dos resultados da atenção especializada não é feita de maneira sistematizada, o que não permite a análise do alcance dos objetivos desse programa de governo. Além disso, a apresentação de resultados discrepantes de um mesmo indicador e a definição de metas facilmente alcançáveis não traduzem os resultados reais do programa e inviabiliza o monitoramento da política de saúde e a prestação de contas à sociedade. Da mesma forma, a aferição dos resultados desses indicadores a partir da obtenção de dados públicos em bases oficiais é praticamente impossibilitada devido à dificuldade de acesso às fórmulas de cálculo e aos critérios utilizados pelo gestor para a seleção dos dados que constituem o indicador. Soma-se a isso, o fato de nem todos os dados estarem acessíveis ao público externo e de ser bastante complexa a utilização dos sistemas nacionais de informação em saúde. Diante desses resultados, concluiu-se que é necessário o aprimoramento do processo de seleção, utilização e divulgação dos indicadores da atenção especializada nos próximos Planos Plurianuais, com vistas a se obter dados que possam, de fato, contribuir para a transparência e subsidiar a gestão das políticas públicas de saúde.

Palavras-chave: atenção especializada, média e alta complexidade, indicador, Plano Plurianual, Secretaria de Atenção à Saúde, gestão pública.

ABSTRACT

In this study, based on the proposals of the Plano Plurianual – PPA (Multi Annual Plan) of transparency in public management and search for results starting from integration between the planning point and the federal government budget and the analysis of the public policies products, it was analyzed in what extent the Ministério da Saúde – MS (Ministry of Health) applies the indicators from the PPA 2008-2011 to improve management of the specialized attention to health program. The work methodology was based on the research and the analysis of documents, as well access to public administrative bases information and to budget numbers of the Health Ministry referred to medium and high complexity regarding the SUS. The research focus considers three aspects: 1) the role of the Secretaria de Atenção à Saúde – Ministério da Saúde (Health Attention Secretariat - Ministry of Health) and the factors that interferes in the national public policies; 2) the high cost, the magnitude and the complexity to implant the specialized attention in health program; and 3) the need of monitoring and advertising the results of health policies in the country. It was observed, however, that the disclosure of the indicators and the results of the specialized attention program is not done in a systematic way and that it does not allow the analysis of the achievements of this program. Besides, the presentation of discrepant results from the same indicators and the definition of targets that could be easily reached do not translate the real results of the program and makes it difficult to report government numbers to the population. In the same way , analyzes of these indicators' results obtained from public data in official bases is practically not possible, due to the difficulty in accessing the formula and criteria used by the manager to select the data that constitute the indicator. It is added to that the fact that not all the data can be accessed by the population, and also that it is too complex to use the national systems of health information. As per the results it has been concluded that it is necessary to improve the selection process, the application and the disclosure of the specialized attention indicators in the next multi annual plans, in order to obtain data that contribute to transparency and also subsidize the management of health public policies.

Key words: specialized attention, medium and high complexity, indicator, Multi Annual Plan, Secretariat for Health Attention, public management

LISTA DE QUADROS, TABELAS E GRÁFICOS

QUADROS

Quadro 1 - Perguntas orientadoras para o processo de programação qualitativa do orçamento público federal	16
Quadro 2 - Descrição dos atributos qualitativos das ações contempladas em um Plano Plurianual.....	17
Quadro 3 - Programas do Ministério da Saúde descritos no PPA 2008-2011.....	23
Quadro 4 - Gasto em saúde no Brasil, no período de 2003 a 2007	53
Quadro 5 - Financiamento do setor saúde em países da América do Sul, em 2007.....	53
Quadro 6 - Porcentagem de aumento dos orçamentos no Ministério da Saúde, de 2006 a 2010, em relação ao orçamento de 2005	68
Quadro 7 - Valores unitários médios transferidos pelo Ministério da Saúde para o custeio dos procedimentos especializados realizados pelo SUS, em 2008 e 2009.....	70
Quadro 8 - Número de consultas médicas (SUS) por habitante, em anos alternados, segundo região. Brasil, 1995 a 2005.....	73
Quadro 9 - Avaliação Setorial da saúde no PPA 2008-2011, ano-base 2008 – Indicadores e metas do objetivo setorial de governo "Ampliar o acesso da população aos serviços de que necessita e promover a qualidade e a humanização na atenção à saúde"	75
Quadro 10 - Indicadores da atenção especializada descritos no PPA 2008-2011 e resultados apurados no exercício 2008.	76
Quadro 11 - Indicadores do Programa 1220 – Assistência Ambulatorial e Hospitalar Especializada, no PPA 2008-2011.....	84
Quadro 12 - Índice de leitos disponibilizados pelo SUS, de 2005 a 2009	88
Quadro 13 - Índice de transplantes realizados no SUS, em 2008 e 2009.....	89

TABELAS

Tabela 1 - Dotações orçamentárias da atenção especializada, da atenção básica e da Secretaria de Atenção à Saúde, em bilhões de reais, e sua proporção no orçamento total do Ministério da Saúde, no período de 2005 a 2010 67

Tabela 2 - Quantitativo de procedimentos de média e alta complexidade realizados pelo SUS e os recursos aplicados para sua realização, em 2009..... 69

Tabela 3 - Número de Centros de Atenção Psicossocial cadastrados no CNES, segundo o filtro utilizado na pesquisa dos dados de 2008 e 2009. 85

GRÁFICOS

Gráfico 1 - Dotações orçamentárias federais da saúde, no período de 2005 a 2010 67

Gráfico 2 - Porcentagem de aumento da previsão orçamentária do Ministério da Saúde, de 2006 a 2010, em relação ao orçamento de 2005..... 68

LISTA DE SIGLAS

AIH - Autorização de Internação Hospitalar
APAC - Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo
BPA - Boletim de Produção Ambulatorial
CAPS - Centros de Atenção Psicossocial
CEO - Centro de Especialidades Odontológicas
CID - Código Internacional de Doenças
CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DAB - Departamento de Atenção Básica
DAE - Departamento de Atenção Especializada
DAPES - Departamento de Ações Programáticas Estratégicas
DATASUS - Departamento de Informática do SUS
DGH - Departamento de Gestão Hospitalar no Rio de Janeiro
DRAC - Departamento de Regulação, Avaliação e Controle
FAEC - Fundo de Ações Estratégicas e Compensações
FIDEPS - Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa Universitária em Saúde
FNS - Fundo Nacional de Saúde
IAP - Institutos de Aposentadorias e Pensões
IAPI - Programa de Incentivo de Assistência à População Indígena
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS - Instituto Nacional de Previdência Social
INTEGRASUS - Incentivo de Integração do SUS
LDO - Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA - Lei de Orçamento Anual
MAC - Média e alta complexidade
MP - Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão
MPAS - Ministério da Previdência Social
MS - Ministério da Saúde
NOAS - Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB - Norma Operacional Básica
OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OEG - Orientação Estratégica de Governo
OMS - Organização Mundial da Saúde
OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde
OSS - Orçamento da Seguridade Social
PAB - Piso de Atenção Básica
PIB - Produto Interno Bruto
PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PPA - Plano Plurianual

PPI - Programação Pactuada e Integrada
RG - Relatório de Gestão
RIPSA - Rede Interagencial de Informação para a Saúde
SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAS - Secretaria de Atenção à Saúde
SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais
SIAFI - Sistema Integrado de Administração Financeira
SIGPLAN - Sistema de Informações Gerenciais e de Planejamento
SIH - Sistema de Informações Hospitalares
SM - Saúde mental
SNAS - Secretaria Nacional de Assistência à Saúde
SPI - Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos
SUS - Sistema Único de Saúde
TRS - Terapia renal substitutiva
TUP - Tabela Unificada de Procedimentos
UFMG - Universidade Federal de Minas Gerais
UnB - Universidade de Brasília
UPS - Unidades prestadoras de serviços
USP - Universidade de São Paulo
UTI - Unidade de terapia intensiva

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	1
PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	7
1 O PLANO PLURIANUAL	11
2 CARACTERÍSTICAS DO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE BRASILEIRO E AS FUNÇÕES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE.....	25
2.1 A evolução do SUS e da Secretaria de Atenção à Saúde e seu papel na implementação da atenção especializada.....	25
2.2 Atenção especializada em saúde no âmbito do SUS: operacionalização, magnitude e fragilidades	41
3 INFORMAÇÕES OBJETIVAS DE DADOS PÚBLICOS SOBRE OS INDICADORES DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA DESCRITOS NO PLANO PLURIANUAL 2008- 2011	72
CONSIDERAÇÕES FINAIS	94
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	103
ANEXOS.....	108

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, têm sido cada vez maiores as demandas internas e externas dos países por uma gestão pública mais efetiva e transparente, que apresente resultados satisfatórios e que atenda às necessidades da população, promovendo o desenvolvimento econômico e social. A busca pela utilização eficiente dos recursos públicos e por maior responsabilização dos gestores tem sido alvo de interesse de diversos grupos envolvidos no processo de definição, planejamento, implementação e usufruto das políticas públicas.

As restrições impostas ao financiamento das políticas, que é limitado, acabam por forçar os governos a fazer escolhas e a definir em quê e como aplicar seus recursos, não sendo possível, portanto, utilizá-los de maneira desordenada, sem o planejamento e o acompanhamento do gasto. Nesse contexto, atualmente se discute intensamente sobre a qualidade do gasto público e sobre a necessidade de não apenas se estabelecer com clareza as prioridades para aplicação dos recursos, como também de se medir os efeitos e os impactos de sua utilização e de se divulgar os resultados dessa mensuração.

Com efeito, governos e governantes estão sob pressão para a realização de melhorias e reformas da administração e da gestão públicas, com vistas ao aprimoramento da performance governamental e ao estabelecimento de uma gestão com foco em resultados (KUSEK, 2004). Diante dessa configuração da gestão pública, tornou-se necessária a readequação do processo de planejamento e monitoramento das ações governamentais com vistas a se conhecer a situação e a se mensurar o andamento da implementação das políticas públicas.

Foi também sob essa perspectiva de aperfeiçoamento da gestão que o sistema orçamentário brasileiro passou por reformas, tendo a Constituição de 1988 definido os instrumentos de planejamento das despesas governamentais que, atualmente, constituem-se nas três peças orçamentárias do governo federal: a Lei de Diretrizes Orçamentárias – LDO, a Lei de Orçamento Anual – LOA e o Plano Plurianual – PPA.

O PPA é em uma ferramenta de gestão que busca a integração entre o planejamento e o orçamento públicos federais ao ser organizado por meio de programas e ações de governo e ao contemplar não somente as dotações orçamentárias, mas também indicadores e metas por meio dos quais é possível realizar o monitoramento e a divulgação dos resultados desses programas. Esse mecanismo de gestão visa melhorar o desempenho da administração pública e tornar mais transparente a aplicação dos recursos públicos mediante a divulgação dos gastos realizados e dos resultados obtidos.

Para atingir esses objetivos devem ser realizados o monitoramento e a avaliação dos programas de governo de forma a não apenas medir se determinado resultado foi alcançado, mas também a produzir dados e informações suficientes para desencadear um processo de melhoria contínua da gestão e, conseqüentemente, da qualidade e da produtividade dos bens e serviços públicos.

Nesse contexto, o PPA incorporou o uso de indicadores, para o monitoramento do desempenho e dos resultados dos programas de governo, e de metas a serem atingidas ao longo dos anos de vigência do Plano. Assim, para os programas do Ministério da Saúde contidos no PPA, foram selecionados indicadores pelo próprio gestor do programa sob a coordenação do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão – MPOG, que devem evidenciar o andamento da implementação das políticas públicas de saúde, subsidiando os gestores na tomada de decisão.

Entre os programas coordenados pelo Ministério da Saúde, foi selecionado para este estudo o Programa Assistência Ambulatorial e Hospitalar Especializada, por meio do qual o Sistema Único de Saúde – SUS disponibiliza à população brasileira procedimentos de saúde de média e alta complexidade – MAC. Seu objetivo, conforme estabelecido pelo gestor, é ampliar o acesso da população aos serviços ambulatoriais e hospitalares e promover a qualidade e a humanização na atenção à saúde, na busca da equidade e da redução das desigualdades regionais (PPA 2008-2011).

Esse programa é de fundamental importância para a população, uma vez que toda a assistência à saúde, excluindo-se a atenção básica, está contemplada na Assistência Ambulatorial e Hospitalar Especializada. É por meio dele que são custeados e oferecidos serviços de saúde tais como consultas médicas especializadas, internações hospitalares, cirurgias, transplantes, exames laboratoriais, tratamento oncológico e dialítico, entre vários outros. De tal modo, não haveria como se considerar os princípios fundamentais do SUS de integralidade da assistência e de acesso universal aos serviços de saúde, conforme previsto na Constituição de 1988 e na Lei nº 8080/1990, sem a existência da assistência especializada.

A MAC é o programa de maior materialidade do Ministério da Saúde, para o qual se destina, anualmente, cerca de metade do orçamento federal da saúde (no ano de 2010, sua dotação foi da ordem de R\$ 30,90 bilhões, do total de R\$ 59,74 bilhões do orçamento do Ministério). Esses recursos são, em grande parte, repassados a estados e municípios que, além de serem co-responsáveis pelo financiamento, são os principais implementadores do programa.

Dessa forma, o planejamento das ações e a priorização e a seleção dos procedimentos de saúde a serem realizados são de responsabilidade do gestor local (estados e municípios). Portanto, por se tratar de um programa estratégico e altamente dispendioso, cuja execução é realizada de maneira descentralizada, é importante que o gestor federal, ao qual compete a coordenação nacional do programa, realize ações concretas de monitoramento de sua implementação e de seus resultados, com vistas a identificar e corrigir eventuais falhas nas estratégias de implantação e a adequar as condições e os critérios de financiamento e transferência de recursos para os demais entes federados, conforme as demandas locais de saúde.

No PPA 2008-2011 foram definidos para o monitoramento da MAC, pelo Ministério da Saúde, seis indicadores que seriam acompanhados com o intuito de produzir informações para subsidiar a tomada de decisões no âmbito da gestão do programa. Da mesma forma, as metas estabelecidas no PPA corresponderiam ao objetivo a ser alcançado pelo programa e seriam uma referência quantitativa da finalidade da gestão da MAC, com vistas a nortear a sua implementação.

Por meio desses indicadores obtém-se, fundamentalmente, o quantitativo de procedimentos realizados, de leitos disponibilizados ou de unidades de saúde existentes no SUS. No entanto, o bom resultado desses indicadores e o alcance das metas propostas não necessariamente traduzem a oferta suficiente, em qualidade e quantidade, de serviços de saúde de média e alta complexidade. Como exemplo, pode-se citar os resultados obtidos no ano de 2008, apresentados no Relatório de Gestão da Secretaria de Atenção à Saúde, que evidenciam execuções físicas e financeiras satisfatórias sob a perspectiva das metas definidas pelo gestor no PPA, apesar de o acesso da população a procedimentos e serviços de média e alta complexidade não ser o ideal e de haver uma grande demanda reprimida para esse nível de assistência.

Desse modo, uma análise preliminar dos indicadores da MAC no PPA, assim como de suas metas e de seus resultados, sugeria que eles, provavelmente, não seriam utilizados para o efetivo monitoramento da atenção especializada. Suspeitava-se, também, que tais indicadores não seriam suficientes para demonstrar os impactos do programa na saúde da população, uma vez que estão relacionados ao número de procedimentos realizados e ao de unidades de saúde existentes sem, contudo, evidenciar se esses quantitativos são ou não suficientes para a demanda nacional ou se a realização desses procedimentos atinge os objetivos do programa (qualidade, equidade e humanização da assistência).

Ou seja, os bons resultados evidenciados pelos indicadores da MAC no PPA seriam incompatíveis e pareciam não evidenciar a dificuldade de acesso da população aos serviços de saúde, bem como não corresponderiam à resolubilidade do sistema e à qualidade da assistência.

Ademais, havia ainda a possibilidade de se tratarem de indicadores cujas metas seriam fáceis de ser atingidas, sendo pouco desafiadoras. Essa situação levaria a uma interpretação equivocada quanto à excelência na implementação do programa, já que essas metas seriam sempre cumpridas.

Como consequência, por não serem utilizados como ferramenta de gestão, esses indicadores não contribuiriam para o aprimoramento da gestão e da implementação do programa. Ou seja, não cumpririam o objetivo proposto para o PPA de medir o desempenho e os resultados do programa e de dar maior transparência à gestão.

Para a realização de um monitoramento que possa efetivamente produzir informações que subsidiem o processo de gestão, é essencial a utilização de indicadores que consigam evidenciar a realidade do programa. De tal modo, considerando-se a possibilidade de ausência de aplicabilidade dos indicadores propostos para o monitoramento da gestão da assistência de média e alta complexidade ao longo do PPA 2008-2011, esta pesquisa foi realizada com o intuito de verificar em que medida tais indicadores são úteis e aplicáveis ao monitoramento do programa e evidenciam à sociedade e aos órgãos gestores e de controle a real situação de implementação do programa.

Por esta razão, os resultados deste estudo poderão contribuir para a seleção de indicadores que de fato subsidiem o monitoramento e o aprimoramento da gestão da assistência de média e alta complexidade no País. Sob essa perspectiva, a escolha de indicadores adequados poderá contribuir para ampliar a eficácia, a efetividade e a eficiência do programa, colaborando para que o Ministério da Saúde disponibilize serviços de saúde de média e alta complexidade de melhor qualidade e em quantidade correspondente à demanda da população.

No âmbito do MPOG, uma vez que o PPA é utilizado como uma ferramenta para a definição do orçamento e do planejamento dos programas e ações de governo, é necessária a análise dos resultados demonstrados por meio dos indicadores propostos no Plano, de forma a se monitorar e avaliar o andamento de sua implementação. Assim, é fundamental que sejam utilizados indicadores que realmente evidenciem a aplicação dos recursos públicos federais e os sucessos ou insucessos da execução dos programas. Do contrário, restará impossibilitada a

tomada de decisões apropriadas quanto ao financiamento, alocação e gestão dos recursos públicos.

Nesse contexto, os resultados desta pesquisa poderão contribuir para a avaliação do MPOG quanto à qualidade e à aplicabilidade dos indicadores propostos pelo Ministério da Saúde nos próximos Planos Plurianuais do governo federal, já que é necessária uma articulação daquele Ministério com o Ministério gestor, com vistas a construir e/ou selecionar indicadores capazes de demonstrar se os objetivos e a finalidade do programa estabelecidos no PPA estão sendo atingidos.

Da mesma forma, ao tornar mais transparente a aplicação dos recursos públicos e ao demonstrar com clareza os resultados do programa e o desempenho da gestão do Ministério da Saúde, a seleção e a utilização de indicadores adequados é de grande importância para as ações de controle (auditoria e fiscalização) realizadas pela Controladoria Geral da União e pelo Tribunal de Contas da União.

Cabe ressaltar, ainda, que estudos e ações que resultem na melhor aplicação dos recursos públicos estão contribuindo diretamente para o aprimoramento da gestão, levando à melhoria do gasto público e da qualidade e da oferta de serviços à população, objetivos finais de toda e qualquer ação de governo.

Portanto, a escolha do Programa Assistência Ambulatorial e Hospitalar Especializada para a realização deste estudo justifica-se pelo fato de se tratar de um programa estratégico para a assistência à saúde no âmbito do SUS, cujo planejamento e execução são descentralizados e para o qual é destinado um grande montante de recursos, mas que, no âmbito do PPA, parece não dispor de indicadores transparentes, adequados e/ou suficientes para o monitoramento de sua execução.

Assim, considerando a possibilidade de os indicadores do PPA da atenção especializada estarem sendo selecionados e utilizados de maneira inadequada, apesar da 1) relevância da MAC na assistência do SUS; 2) da magnitude de seu orçamento; 3) da necessidade de transparência na aplicação dos recursos públicos; e 4) da importância do uso de indicadores para o aprimoramento da gestão pública, esta pesquisa foi desenvolvida com vistas a avaliar a aplicabilidade dos indicadores propostos no PPA 2008-2011 para a gestão da assistência à saúde de média e alta complexidade no SUS.

Para atingir esse objetivo, o **primeiro capítulo** deste estudo irá abordar, de forma sucinta, a evolução do sistema orçamentário e do planejamento público brasileiro até a configuração atual do Plano Plurianual, incluindo, ainda, alguns de seus critérios e etapas de elaboração e instrumentos de avaliação.

O **segundo capítulo** está dividido em duas partes. Na primeira serão descritas a evolução e as características do sistema de saúde brasileiro, que culminam na criação do Sistema Único de Saúde – SUS e no processo de descentralização da gestão da saúde. Serão discutidos, também, fatores que influenciam a gestão pública da saúde em nível local e os papéis e formas de atuação do Ministério da Saúde (especificamente da Secretaria de Atenção à Saúde) na condução de suas políticas públicas. Em complementação, será discutido como o setor privado de saúde participa e pode interferir nas decisões e nos resultados das políticas de saúde.

Na segunda parte, será realizada uma descrição da atenção especializada (Programa Assistência Ambulatorial e Hospitalar Especializada) no âmbito do SUS, apresentando-se aspectos relativos à sua operacionalização, magnitude e fragilidades. Assim, serão abordados o seu modelo de financiamento, os critérios e formas de repasse de recursos para estados e municípios para a implementação do programa, os sistemas de informação e instrumentos de registro dos dados relativos aos procedimentos de MAC realizados no SUS, assim como os mecanismos adotados para a regulação desse nível de assistência.

Em seguida, serão discutidas as peculiaridades da assistência de média e alta complexidade e como essas características influenciam a sua operacionalização e os seus resultados. Por fim, serão apresentados dados relativos à dotação orçamentária e ao montante de recursos aplicados na implementação da atenção especializada, além dos quantitativos de procedimentos de saúde disponibilizados e realizados pelo SUS por meio dessa política de saúde.

No **terceiro capítulo**, são abordados e discutidos os dados e informações relativas aos indicadores da MAC no PPA 2008-2011 apresentados nos documentos oficiais do Ministério da Saúde. Como desdobramento desta pesquisa, com o intuito de se obter os resultados dos indicadores da atenção especializada, foi necessário o acesso às bases administrativas públicas para a consulta aos dados que compõem esses indicadores. Assim, no terceiro capítulo estão descritas também as dificuldades encontradas para acesso a esses dados.

De posse desses documentos e dados, foram analisadas a composição e as principais características dos indicadores, essenciais à compreensão de seus resultados e, conseqüentemente, ao monitoramento do programa de governo.

Nas **considerações finais**, são sintetizadas as principais características da atenção especializada, vinculando-as aos resultados da pesquisa e às necessidades de monitoramento do programa e de prestação de contas à sociedade quanto ao desempenho da política de média e alta complexidade no âmbito do SUS.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Considerando a hipótese de ausência de aplicabilidade dos indicadores propostos para o Programa Assistência Ambulatorial e Hospitalar Especializada no PPA 2008-2011, este estudo pretendeu avaliar em que medida tais indicadores evidenciam o desempenho e os resultados do programa e atuam como ferramenta para o aprimoramento da gestão pública.

Para se atingir esse objetivo geral, foram estabelecidos quatro objetivos específicos, quais sejam: 1) descrever o Programa Assistência Ambulatorial e Hospitalar Especializada (média e alta complexidade); 2) descrever a Secretaria de Assistência à Saúde e sua inserção no processo de implantação do SUS; 3) descrever o Plano Plurianual – PPA; e 4) avaliar, do ponto de vista prático, os indicadores de gestão da média e alta complexidade propostos no PPA 2008-2011.

Com esses propósitos, as etapas deste estudo envolveram pesquisa documental, consultas a bases de dados administrativas de acesso público e de acesso restrito, bem como a utilização de informantes-chave.

Com o intuito de descrever a Assistência Ambulatorial e Hospitalar Especializada no âmbito do SUS, foram realizados levantamentos de dados e informações sobre o programa tais como seus objetivos, público-alvo, produtos esperados, formas de financiamento, dotação orçamentária, execução física e financeira, mecanismos e responsáveis por sua implementação. Para isso, foi realizado, pela internet, um levantamento das publicações elaboradas pelo Ministério da Saúde, tendo sido obtidas e pesquisadas fontes secundárias tais como 1) os Relatórios de Gestão da Secretaria de Atenção à Saúde/MS, gestora da MAC; 2) manuais e orientações técnicas para a implementação do programa; e 3) a legislação que regulamenta a implantação e o financiamento da atenção especializada.

Os dados referentes às dotações e às execuções orçamentárias do programa foram obtidos por meio da consulta ao Sistema Integrado de Administração Financeira – SIAFI, no qual são registrados os montantes de recursos destinados (dotação orçamentária) e utilizados (execução orçamentária) para a assistência em saúde de média e alta complexidade. Por se tratar de uma base de dados de acesso restrito, sua consulta somente foi possível pelo fato de a pesquisadora ser servidora da administração pública federal.

Dados relativos ao quantitativo e aos tipos de procedimentos de saúde de MAC realizados pelo SUS, assim como aqueles referentes aos serviços de saúde existentes no País, foram obtidos nos sistemas de informação em saúde do SUS, de acesso livre pela internet, no

sítio eletrônico do Departamento de Informática do SUS – DATASUS e no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES.

A descrição da Secretaria de Atenção à Saúde, por sua vez, foi realizada a partir de pesquisa documental de normativos e publicações elaboradas pelo Ministério da Saúde, do regimento interno da Secretaria e da legislação nacional que regulamenta o SUS. Além disso, por meio da internet, foram consultados e selecionados artigos científicos relativos ao tema, cujos autores discutem a reforma sanitária brasileira e os papéis do gestor federal na condução das políticas de saúde.

Para a consecução do terceiro objetivo específico, descrever o Plano Plurianual – PPA, foi realizada uma pesquisa em publicações oficiais e no sítio eletrônico do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão – MPOG, de forma a identificar a legislação e as orientações para a elaboração e a avaliação do PPA. Foi analisado, também, o Relatório de Avaliação do PPA 2008-2011 referente ao Ministério da Saúde, disponível na internet sem restrições de acesso.

Em caráter exploratório, dois informantes-chave da Subsecretaria de Planejamento e Orçamento do Ministério da Saúde contribuíram para a identificação de documentos pertinentes ao processo de utilização dos indicadores da atenção especializada no PPA 2008-2011, sugerindo as bases de dados, endereços eletrônicos e publicações a serem consultadas.

A partir dos dados obtidos sobre a MAC e o PPA, foram levantados os indicadores empregados pelo Ministério da Saúde para o monitoramento da Assistência Ambulatorial e Hospitalar Especializada ao longo do PPA 2008-2011. Esses indicadores foram obtidos nos Anexos do PPA 2008-2011, documentos estes disponibilizados livremente na internet. Já os atributos dos indicadores (unidade de medida, fórmula de cálculo, fonte e índices previstos), foram encontrados somente no endereço eletrônico do Sistema de Informações Gerenciais e de Planejamento – SIGPLAN que, assim como o SIAFI, é de acesso restrito a determinadas instituições públicas.

Em seguida, com vistas a levantar os resultados dos indicadores da atenção especializada e as formas de divulgação desses dados pela SAS, foram realizadas pesquisas por meio do endereço eletrônico do Ministério da Saúde e do Google, nas quais foram utilizadas as seguintes palavras e/ou termos de busca: *indicadores, Plano Plurianual, PPA, Secretaria de Atenção à Saúde, SAS e Relatório de Gestão*.

Todas as páginas (858 links) e todos os arquivos encontrados nessa busca foram acessados e, naqueles relativos à SAS, foram pesquisadas as palavras/siglas PPA, Plano Plurianual e indicador. Em cada um desses documentos, foi pesquisado se os indicadores

objeto deste estudo foram abordados e, em caso positivo, como tal abordagem foi realizada: 1) se os dados foram apresentados com clareza; 2) se os atributos dos indicadores foram descritos; 3) se e como os resultados foram divulgados; e 4) se foi realizada uma análise desses resultados, incluindo possíveis fatores de influência.

No entanto, uma vez que nesses documentos oficiais, disponíveis na internet, os dados e os resultados sobre os indicadores da atenção especializada foram divergentes entre si ou de difícil interpretação (devido à escassez de detalhamento), foi feita uma tentativa de se obter esses resultados a partir de consultas a bases administrativas nacionais oficiais. Algumas dessas bases são acessíveis ao público em geral por meio do endereço eletrônico do DATASUS (ex: Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA, Sistema de Informações Hospitalares – SIH e Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES); outras são de acesso restrito, como é o caso do SIGPLAN.

O SIGPLAN foi consultado com o intuito de se obter maiores detalhes sobre os atributos dos indicadores descritos no PPA, especialmente a fórmula de cálculo, que permitiria a apuração dos resultados dos indicadores após a obtenção dos dados que os compõem. Posteriormente, cada um desses caracterizadores foi avaliado (denominação, unidade de medida, “índice” de referência, “índices” esperados ao longo e ao final do PPA, fonte, periodicidade e fórmula de cálculo) com o objetivo de se averiguar se eles foram propostos conforme as orientações do MPOG para a elaboração do PPA, se estão descritos de forma clara e compreensível e se contemplam os dados necessários e adequados para a utilização do indicador. Já nas bases públicas foram obtidos os dados utilizados no cálculo dos indicadores, ou seja, seus numeradores e denominadores.

De posse das fórmulas de cálculo e dos dados que compõem os indicadores, o que não ocorreu em todos os casos, tentou-se mensurar os resultados dos indicadores da atenção especializada. Além disso, foram realizadas comparações entre a descrição do indicador (sua denominação), os dados que o compõem e sua pertinência em relação à média e alta complexidade. Ou seja, buscou-se verificar se os dados utilizados no cálculo do indicador, assim como a sua descrição, contemplam exclusivamente questões relativas à atenção especializada e são passíveis de mensuração a partir da consulta às bases administrativas públicas.

Ademais, foram avaliadas as metas propostas e os resultados atingidos nos exercícios 2008 e 2009 – uma vez que até o momento estes são os únicos resultados disponíveis – com o intuito de verificar a tendência de variação dos indicadores.

Sendo assim, foi avaliada a aplicabilidade dos indicadores do PPA para a MAC ao se verificar se eles possuem características e estão descritos, calculados e divulgados de forma a expor os problemas e os sucessos da implementação do programa e a contribuir para sua gestão.

Este estudo, no entanto, está estruturado a partir do acesso a fontes de dados secundárias, o que restringe as possibilidades de análise de seus resultados. A continuação desta pesquisa, com a inclusão de entrevistas a profissionais e gestores do Ministério da Saúde e do Ministério Planejamento, Orçamento e Gestão, poderá contribuir para o esclarecimentos de hipóteses levantadas neste trabalho, refutando-as ou confirmando-as.

O PLANO PLURIANUAL

A Constituição Federal de 1988, no capítulo das finanças públicas, estabeleceu que o orçamento público deve ser orientado pelo Plano Plurianual, pelas diretrizes orçamentárias e pelos orçamentos anuais. Posteriormente, por meio da Lei de Responsabilidade Fiscal (Lei Complementar nº 101/2000), esses instrumentos de planejamento foram traduzidos nas três peças orçamentárias que subsidiam a programação das despesas governamentais, quais sejam: o Plano Plurianual – PPA, a Lei de Diretrizes Orçamentárias – LDO e a Lei de Orçamento Anual – LOA.

O Artigo 165 da Constituição de 1988 confere ao PPA um importante papel no processo de planejamento da União, pois define que nesse Plano sejam estabelecidas, de forma regionalizada, as diretrizes, objetivos e metas da administração pública federal para as despesas de capital e outras delas decorrentes e para as relativas aos programas de duração continuada¹. Além disso, esse Plano atua como norteador para a publicação anual da LDO e da LOA, uma vez que a elaboração dessas leis é realizada a partir das diretrizes estabelecidas no PPA.

Na LDO são definidas as prioridades e as metas federais para o exercício seguinte, assim como as diretrizes para a elaboração e a execução do orçamento da União². Essa lei subsidia e orienta a elaboração da LOA, a qual compreende o orçamento fiscal, o da seguridade social e o de investimentos e contempla a previsão de receitas e a fixação de despesas da administração pública federal para o ano em questão. Essas três peças orçamentárias (PPA, LDO e LOA) são propostas pelo poder executivo e submetidas à aprovação do legislativo federal. No entanto, enquanto a LDO e a LOA têm duração de um exercício, o PPA tem vigência de quatro anos.

Por essa razão, o PPA é considerado um instrumento de planejamento de médio prazo do governo federal. Tendo início no segundo ano de governo do presidente eleito, permanece válido até o primeiro ano do mandato seguinte. Dessa forma, no primeiro ano de governo no Poder Executivo Federal, o governante trabalha com base no PPA elaborado por seu antecessor, o que garante certa continuidade das ações já em andamento.

1 Programas de duração continuada são aqueles com duração superior a um exercício financeiro e que deverão estar previstos no Plano Plurianual.

2 Para uma abordagem detalhada mais sobre a Lei de Diretrizes Orçamentárias e a Lei Orçamentária Anual, consultar o Manual Técnico do Orçamento – MPOG (2010), a Constituição Federal de 1988 e a Lei de Responsabilidade Fiscal.

O modelo de planejamento por meio do PPA foi instituído como forma de integrar o orçamento ao planejamento do governo federal, para melhor articulá-los. Nas últimas décadas, segundo Cavalcante (2006), é possível identificar dois modelos de planejamento. O primeiro, utilizado até a década de 1980, era destinado a gastos específicos e não integrava o planejamento ao processo orçamentário, sendo representado pelos planos de desenvolvimento econômico e social. O segundo modelo, por sua vez, corresponde aos planos que integram planejamento e orçamento e que, por terem vigência plurianual, orientam a elaboração dos orçamentos anuais correspondentes ao seu período de vigência.

Esse último, conforme destacado por Cavalcante (2006), é pré-requisito para a implantação do modelo de orçamento por resultados ou desempenho, que é fruto de uma série de reformas do sistema orçamentário brasileiro. Na primeira delas, ocorrida a partir da publicação da Lei nº 4.320/1964, há a substituição do orçamento tradicional ou clássico, utilizado até então, pelo orçamento funcional, direcionado para o controle e a gerência dos processos.

O orçamento anterior à Lei 4.320/64 era analítico, pois era elaborado com foco em aspectos jurídicos, financeiros e contábeis, sem que houvesse uma conexão com o planejamento (CORE, 2001). Já após a publicação da lei, predominou um processo orçamentário mais orientado para a gerência da despesa pública e menos para o controle. Segundo o autor, com o enfoque mais gerencial do orçamento, a receita e a despesa são organizadas de forma a evidenciar a política econômica e financeira do governo, sendo as ações estruturadas segundo um programa de trabalho que contém funções, atividades e projetos.

Posteriormente, ainda nos anos 60, foi criado o orçamento-programa, que integra o orçamento ao planejamento e que, em tese, não apenas apresenta dados sobre previsão de receita e autorização de despesas, mas também foca na avaliação do alcance dos objetivos propostos pelo governo. Esse modelo de orçamentação tornou-se obrigatório para o governo federal com a publicação do Decreto-Lei nº 200/1967, mas, na prática, não foi implementado por completo de imediato.

Finalmente, outra modificação do sistema orçamentário brasileiro ocorreu com a implantação do orçamento por resultados ou por desempenho que, fruto da reforma gerencial brasileira, tem como características a reorientação do processo alocativo dos recursos públicos para a busca de resultados e impactos reais para a população (CORE, 2001).

Em síntese, Core (2001) destaca que todo sistema orçamentário contém funções de planejamento, gerência e controle, cuja importância varia conforme as características do

orçamento: 1) no orçamento tradicional (primeiros estágios evolutivos da técnica orçamentária) a orientação predominante é a do controle, pois se preocupa, fundamentalmente, com o cumprimento dos tetos orçamentários e o estabelecimento de limites para as unidades orçamentárias estratificadas por tipos de despesas (pessoal, serviços de terceiros, equipamentos etc.); 2) no orçamento funcional ou de desempenho, há uma maior preocupação com o trabalho a ser feito e os produtos a serem alcançados, sendo possíveis mensurações que permitam a avaliação do desempenho das atividades previstas; e 3) no orçamento-programa, há uma orientação para o planejamento e a definição de políticas a partir do uso de dados e da mensuração de seus produtos, como forma de verificar o alcance dos objetivos propostos.

O processo de orçamentação em vigência atualmente no País é consequência, também, da reestruturação orçamentária definida na Constituição de 1988 e da Reforma da Administração Pública ocorrida nos anos 1990. A Constituição Federal de 1988 criou uma nova configuração do sistema orçamentário brasileiro e redefiniu os instrumentos de planejamento e orçamento ao integrar o processo de alocação de recursos públicos por meio do PPA, da LDO e da LOA.

Nos anos seguintes, em meio à crise do aparelho estatal, foram propostas mudanças da administração pública com o intuito de reduzir seus custos e de torná-la mais flexível e eficiente (CAVALCANTE, 2006). Nesse contexto de reforma gerencial, foi reafirmada a necessidade de integração do planejamento ao orçamento público, a partir da elaboração do Plano Plurianual.

Em 1991, foi elaborado o primeiro PPA brasileiro, que foi instituído apenas de maneira formal, já que não resultou na incorporação da vinculação do planejamento ao orçamento no âmbito do governo federal. Daí em diante, esse instrumento de gestão passou a ser utilizado regularmente, sendo elaborado a cada quatro anos e integrando cada vez mais os processos de planejamento e de elaboração do orçamento da União.

Assim, até os dias atuais, as políticas públicas brasileiras foram planejadas a partir dos seguintes Planos Plurianuais: 1) 1992-1995; 2) 1996-1999 (Brasil em Ação); 3) 2000-2003 (Avança Brasil); 4) 2004-2007 (Brasil de Todos); e 5) 2008-2011 (Desenvolvimento com inclusão social e educação de qualidade). No entanto, foi somente a partir do PPA 2000-2003 que o processo orçamentário incorporou a dinâmica da administração gerencial e passou a ter foco nos resultados, utilizando a lógica de orçamento-programa (CAVALCANTE, 2006).

Sob esse aspecto, o programa passa a ser, então, o elo entre o planejamento e o orçamento. Assim, ao contemplar os programas e as ações de governo a serem implementados

ao longo de quatro anos, o PPA subsidia a elaboração dos orçamentos anuais e atua como instrumento de planejamento da administração pública.

Conforme o Manual de Elaboração do PPA, publicado pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão – MPOG (2005), no PPA devem ser definidas com clareza as prioridades da administração e as metas e resultados esperados, de forma a nortear a alocação de recursos nos orçamentos anuais e a contribuir para 1) o gerenciamento das ações do governo; e 2) a responsabilização pelo monitoramento dessas ações e pelos resultados obtidos. Desse modo, o PPA deve dar transparência à aplicação de recursos e aos resultados atingidos pela administração pública.

Com efeito, o modelo de elaboração e gestão do PPA visa melhorar o desempenho gerencial da administração pública com o objetivo de resultar em bens e serviços para a população. Para tal, o PPA deve se orientar por determinados princípios, entre os quais se destaca a necessidade de identificação clara dos objetivos e das prioridades do governo, integrando o planejamento e o orçamento na busca por uma gestão transparente voltada para resultados. Assim, é fundamental o monitoramento e a avaliação dos programas de governo como ferramenta para o aprimoramento da gestão e para que se dê a devida transparência à aplicação dos recursos públicos.

A elaboração do Plano Plurianual é realizada em etapas interdependentes que se baseiam, inicialmente, no programa de governo do candidato eleito. A partir dele, é estabelecida a Orientação Estratégica de Governo – OEG, a qual contempla as prioridades para os quatro anos de vigência do Plano e norteia os Ministérios na formulação de suas políticas públicas e dos programas que integrarão o PPA. Na OEG são definidos os objetivos de governo, os quais devem ser passíveis de monitoramento por meio de indicadores, de forma a permitir a verificação dos resultados e do cumprimento das metas estabelecidas para as políticas e programas (MPOG, 2007).

Em seguida, os ministérios estabelecem suas Orientações Estratégicas e seus Objetivos Setoriais, assim como as políticas a serem implementadas para a viabilização desses objetivos. Recomenda-se que essas orientações estratégicas sejam construídas com a participação da sociedade (ex: conselhos e câmaras) e que sejam referência para o processo de participação social ao longo da implementação do Plano, principalmente nas etapas de monitoramento e avaliação dos programas de governo (MPOG, 2007).

A etapa seguinte de formulação do Plano consiste na definição de ações organizadas em programas. Para a elaboração desses programas, são utilizadas as avaliações realizadas ao longo do PPA anterior, que devem fornecer uma análise crítica da programação vigente e

evidenciar as dificuldades encontradas em sua execução e as possibilidades de melhoria das estratégias de gestão. Além disso, para a definição dos programas que integrarão o novo PPA, é necessário considerar os Objetivos Setoriais e as políticas públicas a eles relacionadas.

Entende-se como programa o conjunto de ações cujo resultado da implementação leva à efetivação dos objetivos do governo. Desse modo, um programa deve ser elaborado com o intuito de resolver um problema ou demanda identificada no País e deve ser passível de mensuração por meio de indicadores.

Os programas podem ser classificados como finalístico – que ao ser implementado oferta bens e serviços diretamente à sociedade e gera resultados mensuráveis por indicadores – ou de apoio às políticas públicas e áreas especiais, que se refere aos serviços típicos de Estado, ao planejamento, à formulação de políticas setoriais e à coordenação, avaliação e controle de programas finalísticos, resultando em bens ou serviços ofertados ao próprio Estado (MPOG, 2009a).

É importante ressaltar que estão contidos no PPA apenas os programas e ações que necessitam de previsão orçamentária e que serão executados durante um período maior que um exercício financeiro. Isso equivale a dizer que toda despesa a ser realizada durante um período superior a um ano deve estar incluída no PPA ou ser autorizada por uma lei publicada *a posteriori*. Ações que não necessitem de recurso ou que sejam realizadas integralmente em um único exercício, não precisam estar contempladas no Plano.

Com vistas a padronizar os dados e a estabelecer um conteúdo mínimo sobre os programas, a inclusão de um programa no PPA requer a prestação das seguintes informações (atributos) (MPOG, 2007):

- a) **Órgão e Unidade responsável** pelo gerenciamento do programa;
- b) **Denominação do programa**, expressa em uma palavra ou frase-síntese, de fácil compreensão pela sociedade;
- c) **Problema** ou situação indesejável que se pretende evitar ou resolver;
- d) **Objetivo** do programa, que expressa o resultado que se deseja alcançar (deve ser conciso e preciso, descrevendo de forma clara e categórica o que se pretende);
- e) **Público-alvo** ou segmento da população que se beneficiará com os resultados do programa;
- f) **Justificativa**, que inclui o diagnóstico situacional e as causas do problema para o qual o programa foi proposto;
- g) **Tipo de Programa** (finalísticos ou de apoio às políticas públicas e áreas especiais);
- h) **Horizonte Temporal** (período de vigência do programa: contínuo ou temporário);

- i) **Estratégia de Implementação**, que apresenta como o programa será operacionalizado: forma de execução (direta ou descentralizada), critérios para a definição dos beneficiários do programa; responsáveis pelo gerenciamento da execução das ações (Órgãos e Unidades Administrativas); forma de implementação das ações; e mecanismos (sistemas) utilizados no monitoramento da execução das ações do programa.

Sob essa perspectiva, em uma recente publicação, o MPOG descreve quais são as perguntas básicas orientadoras para a elaboração do orçamento público nos moldes atuais, conforme apresentado no Quadro 1 (MPOG, 2009a).

Quadro 1 - Perguntas orientadoras para o processo de programação qualitativa do orçamento público federal

Estrutura Programática	Item da estrutura	Pergunta a ser respondida
Informações Principais do Programa	Programa	O que fazer?
	Objetivo	Para que é feito?
	Problema a resolver	Por que é feito?
	Público-alvo	Para quem é feito?
	Indicadores	Quais as medidas?
Informações Principais da Ação	Ação	Como fazer?
	Descrição	O que é feito?
	Finalidade	Para que é feito?
	Forma de Implementação	Como é feito?
	Etapas	Quais as fases?
	Produto	Qual o resultado?
Subtítulo	Onde é feito?	

Fonte: Adaptado do Manual Técnico de Orçamento - MPOG, 2009a

Um programa é formado por um conjunto de ações das quais resultam produtos (bens ou serviços) (MPOG, 2009a). Essas ações podem ser orçamentárias ou não-orçamentárias, sendo classificadas como projeto, atividade ou operação especial. As duas primeiras categorias envolvem um conjunto de operações que buscam alcançar os objetivos do programa. O que as diferencia é o fato de o projeto ter duração limitada e resultar na expansão ou aperfeiçoamento da ação de governo, enquanto a atividade é realizada de maneira contínua e permanente, resultando na manutenção da ação de governo. As despesas com as operações especiais, por sua vez, não contribuem para a expansão, aperfeiçoamento ou manutenção das ações de governo nem resultam em bens e serviços (ex: amortização da dívida pública e pagamento de aposentadorias e pensões).

Assim como para os programas, a inclusão de uma ação no PPA requer a apresentação de um conjunto de informações relativas a seus atributos qualitativos e quantitativos. No Quadro 2 estão relacionados exemplos dos atributos qualitativos das ações que devem ser informados no Plano Plurianual.

Quadro 2 - Descrição dos atributos qualitativos das ações contempladas em um Plano Plurianual

Atributo	Descrição
Título	Forma pela qual a ação será identificada pela sociedade e será apresentada no PPA, LDO e LOA. Expressa, em linguagem clara, o objeto da ação.
Finalidade	Expressa o objetivo a ser alcançado pela ação, ou seja, o porquê de seu desenvolvimento.
Descrição	Expressa o que é efetivamente realizado no âmbito da ação, seu escopo e delimitações.
Unidade de Medida	Padrão utilizado para mensurar a produção do bem ou serviço.
Produto	Bem ou serviço que resulta da ação destinada ao público-alvo ou o investimento para a produção deste bem ou serviço. Para cada ação deve haver um único produto. Em situações especiais, expressa a quantidade de beneficiários atendidos pela ação.
Especificação do Produto	Expressa as características do produto acabado visando sua melhor identificação.
Tipo de orçamento	Fiscal, da Seguridade Social ou de Investimento das Estatais.
Forma de implementação	Direta ou descentralizada.

Fonte: Adaptado do Manual de Elaboração: Plano Plurianual 2008-2011 - MPOG, 2007

Já os atributos quantitativos da ação são mensuráveis em termos numéricos, podendo-se destacar: 1) a meta física que, estabelecida para cada ano de vigência do PPA, quantifica o produto a ser ofertado ao País como resultado da implementação da ação; e 2) os dados financeiros, que correspondem às estimativas de custo da ação.

Quanto à forma de implementação, uma ação pode ser executada sem que ocorra transferência de recursos para outro ente federado, sendo realizada, diretamente ou por contratação, pela própria unidade responsável por ela (implementação direta) ou pode ser executada de forma descentralizada, por outro ente da federação ou pelo setor privado, com recursos transferidos pela União (implementação descentralizada) (MPOG, 2007).

Uma vez iniciada a gestão do Plano, é fundamental que os programas sejam monitorados e avaliados, conforme estabelecido pelo MPOG (2007, p.17) no Manual de

Elaboração do PPA 2008-2011: “O monitoramento e a avaliação dos programas são as principais ferramentas de gestão visando à correção de desvios na implementação, à mensuração do desempenho e ao aperfeiçoamento contínuo da qualidade do Plano Plurianual”.

Considerando a necessidade de monitoramento, o MPOG estabelece a obrigatoriedade de haver pelo menos um indicador para cada programa finalístico, sendo sua utilização facultativa para os programas de apoio. Sugere, também, que seja estabelecido pelo menos um indicador para cada objetivo, com o intuito de possibilitar a mensuração do desempenho dos programas em termos de resolução dos problemas inicialmente identificados (MPOG, 2007).

Em seu manual, o MPOG (2009a, p. 41) conceitua o indicador como sendo um

[...] instrumento capaz de medir o desempenho do programa. Deve ser passível de aferição, coerente com o objetivo estabelecido, sensível à contribuição das principais ações e apurável em tempo oportuno. O indicador permite, conforme o caso, mensurar a eficácia, eficiência ou efetividade alcançada com a execução do programa.

Além da definição do indicador, devem ser determinados o seu índice de referência (resultado inicial ou linha de base) e a meta para o final do Plano, de forma a permitir a avaliação de seus resultados de maneira comparada. Com efeito, para a elaboração do PPA 2008-2011 conforme as orientações do MPOG (2007), devem ser apresentados os seguintes conceitos e dados relativos a cada indicador:

- 1) **Denominação:** forma pela qual o indicador será apresentado e divulgado.
- 2) **Unidade de medida:** padrão escolhido para mensuração do indicador.
- 3) **Índice de referência:** resultado mais recente do indicador e sua respectiva data de apuração.
- 4) **Índices esperados ao longo do PPA:** situação, expressa pelo indicador, que se deseja atingir com a execução do programa ao longo de cada ano de vigência do PPA.
- 5) **Índice ao final do programa:** resultado que se deseja atingir ao final do programa, devendo ser preenchido somente para os programas temporários.
- 6) **Fonte:** órgão responsável pelo registro ou produção dos dados necessários para a apuração do indicador e divulgação periódica dos resultados.
- 7) **Periodicidade:** frequência com a qual o indicador é apurado (ex: anual, mensal, bienal).
- 8) **Base geográfica:** menor nível de agregação geográfica da apuração do indicador (ex: nacional, regional, estadual, municipal).
- 9) **Fórmula de cálculo:** demonstra, de forma sucinta e por meio de expressões matemáticas, o algoritmo que permite calcular o valor do indicador.

A definição clara desses conceitos é importante para dar continuidade e transparência ao processo de monitoramento dos programas de governo, uma vez que somente é viável interpretar os resultados dos indicadores se se conhecer o que ele indica, como ele é calculado, o período ao qual o resultado corresponde, qual território ele representa e quais as metas propostas (ou seja, qual resultado se pretendia atingir).

A Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos – SPI do MPOG é a responsável pela definição do processo de elaboração e avaliação do PPA. Essa Secretaria publica, periodicamente, o Manual de Avaliação do Plano Plurianual, que serve como orientação aos demais gestores para a avaliação dos programas sob sua responsabilidade.

Sendo assim, a proposta é que uma auto-avaliação gerencial seja realizada pelas equipes executoras dos programas e coordenada e validada pelo Secretário Executivo ou equivalente dos órgãos responsáveis pelos programas do PPA, o que, conforme descrito no Manual (MPOG, 2009b), possibilita melhorar o aprendizado da organização e a implantação das recomendações construídas coletivamente. Trata-se de uma avaliação baseada em critérios e normas estabelecidos pelo MPOG, que, segundo a SPI/MPOG, visa identificar os efeitos produzidos na sociedade e os fatores que influenciaram positiva ou negativamente na implementação do programa (MPOG, 2009b).

No mais recente manual de avaliação do Plano Plurianual 2008-2011, referente ao exercício 2009 (MPOG, 2010), destaca-se que o modelo de avaliação do PPA incorpora aspectos de uma avaliação de resultado, uma vez que para os programas inseridos no Plano deve haver indicadores cujas mensurações das linhas de base (índices de referência) e dos “índices” previstos e finais permitam o acompanhamento dos resultados de uma intervenção na realidade.

Segundo o MPOG, o exercício de previsão e estabelecimento de metas será tão efetivo quanto maior for a possibilidade de apuração do indicador e quanto maior for o conhecimento disponível sobre a sua sensibilidade para evidenciar a contribuição das ações do programa para o alcance dos objetivos setoriais. Assim, “a avaliação anual deve contemplar uma comparação entre os índices previstos e realizados de modo a mensurar o desempenho do programa” (MPOG, 2010, p. 17).

Ainda conforme descrito no Manual (MPOG, 2009b), a avaliação anual do PPA 2008-2011 tem quatro objetivos específicos: 1) dar maior transparência às ações de governo, ao disponibilizar informações sobre o desempenho dos programas e servir como meio de prestação de contas ao Congresso Nacional e à sociedade; 2) auxiliar a tomada de decisão

gerencial, ao fornecer dados e informações sobre as políticas públicas; 3) promover a aprendizagem e a disseminação do conhecimento sobre os programas nas organizações; e 4) aperfeiçoar a concepção e a gestão do plano e dos programas, atuando como um instrumento de gestão e visando à melhoria dos resultados e à otimização do uso dos recursos públicos.

Observa-se, então, que o modelo de elaboração e avaliação do PPA não prioriza o sistema de incentivos, pois entre os seus principais objetivos não está contemplada a possibilidade de beneficiamento dos ministérios e programas bem sucedidos nem de restrições às instituições gestoras que não tenham atingido as metas previstas. Porém, apesar de tais estímulos ou penalidades não serem evidentes no âmbito da administração pública, poderiam influenciar o aperfeiçoamento da gestão.

O modelo de incentivos seria importante não somente para que os resultados dos programas tivessem maior repercussão no âmbito da administração federal – gerando até mesmo uma competição positiva entre os diversos ministérios ou entre os gerentes dos programas de um mesmo ministério – mas seria, também, um fator determinante para que fossem selecionados indicadores e estabelecidas metas fundamentadas em aspectos relevantes dos programas de governo.

De todo modo, com base nos objetivos e na proposta do PPA, sua avaliação por meio dos indicadores é registrada anualmente no Relatório de Avaliação do Plano Plurianual. No caso do PPA 2008-2011, a cada ano de vigência do Plano, os ministérios elaboraram o seu relatório, em parceria com o MPOG. Como referência, pode ser consultado o relatório de avaliação do Ministério da Saúde relativo ao exercício 2008, disponibilizado no seguinte endereço eletrônico: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caderno_setorial_36000.pdf.

No entanto, esse é um processo auto-avaliativo, realizado pelos próprios gerentes dos programas e não pelo MPOG ou por um grupo instituído e capacitado para verificar o grau e a qualidade da implantação dos programas previstos no PPA. Desse modo, a interpretação dos resultados, registrada nos referidos Relatórios, pode não corresponder fielmente à realidade de implementação das políticas públicas. Na opinião de Cavalcante (2006), como essa avaliação é realizada pelos próprios responsáveis pela implementação dos programas, há uma forte tendência de ela ser uma avaliação enviesada.

Além disso, o autor, referindo-se ao PPA 2000-2003, considera que há dois problemas principais relativos à mensuração dos resultados dos programas descritos no PPA. O primeiro diz respeito à dificuldade de elaboração de indicadores de resultado e de sua mensuração de forma a evidenciar o impacto da implantação do programa. O segundo corresponde à

complexidade de definição do período de tempo a ser considerado para que um programa gere resultados.

É esperado, no entanto, que as possibilidades de equacionamento desses problemas sejam variáveis, já que os programas de governo são bastante diversos em termos de complexidade de implementação, objetivos propostos e montante de recursos destinado a sua execução. Assim, a depender do programa a ser monitorado e avaliado, a seleção e a mensuração dos indicadores pode ser mais ou menos factível e simplificada, o mesmo ocorrendo para a definição do intervalo de tempo no qual se espera alterações dos resultados desses indicadores.

De todo modo, independentemente da dificuldade de definição desses indicadores, é mandatório que os gestores estabeleçam meios de medir os resultados dos programas de governo e de dar transparência ao gasto público, daí a necessidade de definição de indicadores.

Ainda questionando a qualidade do monitoramento dos programas do PPA, Cavalcante destaca que a implementação da aferição dos resultados do PPA 2000-2003 foi irrisória, pois dos 392 programas contemplados no Plano, somente 73 possuíam uma meta prevista e, dos 663 indicadores descritos no Plano, somente 260 foram apurados e apenas 98 atingiram a meta estabelecida pelos gestores para o final do PPA. Desse modo, o autor pondera que no PPA 2000-2003 a implantação do modelo de gestão por resultados no processo orçamentário brasileiro teve efeitos embrionários. Enfatiza, ainda, que a SPI/MPOG concluiu, em 2004, que a avaliação ainda não era plenamente utilizada pelos gestores públicos como subsídio para a tomada de decisões, seja por deficiências próprias ou pela incipiente cultura avaliativa da administração pública (MPOG, 2004, apud CAVALCANTE, 2006, p. 18)³.

A incorporação dessa cultura de monitoramento e avaliação por meio da utilização de indicadores é fundamental para o aprimoramento do processo de gestão pública, pois subsidia a tomada de decisões gerenciais a partir do acesso a dados que evidenciam a realidade do programa.

Entende-se como monitoramento o processo contínuo de coleta e análise de dados para a construção de indicadores que evidenciem o progresso e o alcance de determinados

³ Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. **Plano Plurianual 2000-2003**, uma análise dos quatro anos de implementação, mimeo, 2004. Observação: esse documento não foi encontrado por meio de consultas na internet, não tendo sido possível identificar se ele foi ou não publicado e divulgado pelo MPOG após 2004.

objetivos ao longo do tempo. Assim, o monitoramento por meio de indicadores possibilita identificar a situação da execução de um determinado programa de governo, de forma a comparar o que foi previsto e o que está sendo realizado. Desse modo, reflete a execução das atividades planejadas, identificando tendências e eventuais desvios na implantação do programa e gerando informações que auxiliem na definição de estratégias de atuação, com vistas a atingir os resultados e as metas previstos.

A mensuração de resultados é fundamental para se diferenciar o fracasso do sucesso de determinada ação de governo. Se os resultados não são medidos, não há como se identificar os rumos da execução do programa e se seus objetivos estão sendo atingidos. Além disso, os dados obtidos por meio do monitoramento possibilitam o *feedback* não apenas para os gestores, mas também para a população beneficiária e outros interessados (KUSEK, 2004), contribuindo para o controle social da implementação das políticas públicas. Desse modo, o monitoramento baseado em resultados é também um importante instrumento para a transparência pública e para a responsabilização (*accountability*) de gestores e instituições.

Contudo, a construção e a manutenção de um sistema de monitoramento baseado em resultados são extremamente complexas, uma vez que envolvem questões relacionadas à vontade política e à capacidade operacional e técnica das instituições, assim como à habilidade e à competência governamental de cooperação e coordenação (KUSEK, 2004). Além disso, requerem a aplicação de recursos e de esforços contínuos das organizações e dos gestores públicos, respectivamente.

A implantação de um sistema de monitoramento de resultados envolve a formulação de objetivos e metas e a definição e utilização de indicadores a serem monitorados. Os indicadores são medidas-síntese que contêm informação relevante sobre determinada situação, atributo ou dimensão que se quer analisar. De tal modo, um conjunto de indicadores se destina a produzir informações sobre o que se quer monitorar, evidenciando a realidade de forma agregada, consolidada e objetiva.

A aplicabilidade e a qualidade de um indicador variam conforme sua validade, confiabilidade, simplicidade, economicidade e acessibilidade, entre outros atributos. A qualidade de um indicador depende também das propriedades dos componentes utilizados em sua formulação, dos critérios estabelecidos para a coleta dos dados, da fórmula definida para seu cálculo, assim como da precisão do registro e da consolidação dos dados. A disponibilidade de dados válidos e confiáveis é condição essencial para a construção dos indicadores.

Em suma, essas características são necessárias para que os indicadores sejam úteis e aplicáveis ao monitoramento e para que possam ser analisados e interpretados com facilidade pelos usuários da informação, que no caso da administração pública são, especialmente, os gestores e aqueles agentes que atuam no controle interno, externo e social das ações de governo. A utilização de indicadores que não contemplam esses atributos de qualidade não atinge o objetivo de monitoramento das ações e de transparência da gestão pública.

Assim, este estudo foi proposto considerando a possibilidade de seleção, aferição e avaliação insatisfatórias dos indicadores do PPA. Por esta razão, esta pesquisa abordou o PPA 2008-2011, última versão do Plano, na qual se espera encontrar o exemplar mais evoluído em termos do modelo de planejamento e orçamento por resultados.

Diante dos conceitos estabelecidos pelo MPOG para a elaboração do PPA e das ponderações já abordadas anteriormente, passemos, então, para uma sucinta descrição do PPA 2008-2011, objeto deste estudo. Nesse PPA, estão contemplados treze programas de governo que são coordenados e/ou executados pelo Ministério da Saúde ou instituições vinculadas a ele (administração indireta). Doze desses programas são finalísticos (Quadro 3) e, para o seu monitoramento, foram definidos 51 indicadores de gestão.

Quadro 3 - Programas do Ministério da Saúde descritos no PPA 2008-2011

Código	Descrição
Programas Finalísticos	
1436	Aperfeiçoamento do Trabalho e da Educação na Saúde
1220	Assistência Ambulatorial e Hospitalar Especializada
1293	Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos
1214	Atenção Básica em Saúde
1201	Ciência, Tecnologia e Inovação no Complexo da Saúde
1446	Implementação da Política de Promoção da Saúde
1312	Promoção da Capacidade Resolutiva e da Humanização na Atenção à Saúde
1185	Regulação e Fiscalização da Saúde Suplementar
1287	Saneamento Rural
1291	Segurança Transfusional e Qualidade do Sangue e Hemoderivados
1289	Vigilância e Prevenção de Riscos Decorrentes da Produção e do Consumo de Bens e Serviços
1444	Vigilância, Prevenção e Controle de Doenças e Agravos
Programas de Apoio às Políticas Públicas e Áreas Especiais	
16	Gestão da Política de Saúde

Fonte: SIGPLAN

Dentre esses programas foi selecionado para a realização deste estudo o Programa 1220 - Assistência Ambulatorial e Hospitalar Especializada, cujo detalhamento será abordado no capítulo a seguir.

CARACTERÍSTICAS DO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE BRASILEIRO E AS FUNÇÕES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

2.1 A evolução do SUS e da Secretaria de Atenção à Saúde e seu papel na implementação da atenção especializada

O sistema de saúde público brasileiro vem sendo implantado ao longo de um processo de transformações na estrutura e no papel do Estado na política de saúde caracterizado por mudanças no modelo de assistência e na lógica de financiamento e gestão da saúde. Assim, nas últimas décadas, em meio a contextos políticos e econômicos diversos, a política nacional de saúde vem se adequando às distintas dinâmicas dos arranjos intergovernamentais e dos pactos federativos no País.

Até a década de 1980, o sistema de saúde no Brasil caracterizava-se pela dicotomia entre as ações de saúde pública, destinadas à população em geral, e a atenção médica individualizada, voltada para os cidadãos que possuíam vínculos formais de trabalho. Esta dicotomia era, no entanto, um reflexo da dualidade da gestão da saúde em nível federal, executada de um lado pelo Ministério da Saúde, ao qual competiam as ações de medicina preventiva e saúde pública (ênfase no combate a endemias e epidemias) e de outro pelo Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS, responsável pela prestação estratificada de assistência à saúde.

Nesse período, o sistema de saúde era extremamente desigual e fragmentado, não atingindo de maneira uniforme toda a população e sendo efetivado por meio de ações de saúde executadas por diversos núcleos e com públicos e objetivos distintos. O Ministério da Saúde, um desses executores, realizava ações coletivas no formato de campanhas, tais como a campanhas contra tuberculose e hanseníase, que atingiam a população em geral. Outros núcleos de assistência eram encontrados nas grandes capitais, que dispunham de uma importante estrutura de serviços de saúde, cujo acesso não se restringia aos contribuintes previdenciários.

A terceira forma de prestação de serviços era a assistência previdenciária, garantida somente aos trabalhadores urbanos do mercado formal e seus dependentes. Assim, em muitos casos, aos cidadãos que não realizavam contribuição previdenciária (trabalhadores informais ou rurais), apesar de serem alvo das campanhas do Ministério, restava a assistência benevolente e precária das Santas Casas e demais instituições filantrópicas, nas quais recebiam atendimento em caráter de caridade.

Essa assistência médica previdenciária, com foco individual e curativo, era inicialmente realizada pelos diversos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP), que disponibilizavam serviços de saúde somente às famílias cujo integrante pertencia à classe profissional representada pelo IAP (ex: industriários, bancários, comerciários etc.). Organizados por categorias profissionais, os IAP contemplavam planos de assistência médica bastante heterogêneos quanto à cobertura, abrangência e forma de prestação e compra de serviços (MACHADO, 2005). E essa gestão fragmentada da assistência à saúde foi centralizada em 1966, quando os IAP foram unificados a partir da criação do Instituto Nacional de Previdência Social - INPS.

Posteriormente, em 1977, ocorreu a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS, que assumiu a responsabilidade do INPS quanto à prestação de serviços de saúde e que perpetuou a condução de uma política nacional de assistência médica previdenciária. No entanto, apesar da centralização da gestão da assistência médica no INAMPS, a política nacional de saúde manteve-se focalizada, pois permaneceram tendo acesso à saúde somente os cidadãos inseridos formalmente no mercado de trabalho e seus dependentes.

Durante o período de co-existência do INAMPS e do Ministério da Saúde foram mantidos dois subsistemas de saúde pública: o primeiro, focalista, com finalidade curativa, baseado em um modelo de assistência médico e hospitalocêntrico, oferecia assistência à saúde individual e excludente; o segundo, mais universal, com foco em saúde coletiva, buscava o combate de doenças infectocontagiosas e tinha caráter preventivo. Também em relação ao financiamento, estes subsistemas tinham participações bastante divergentes nos gastos do setor saúde. Segundo Viana (1994), no início dos anos 80 havia uma preponderância inequívoca da participação do gasto previdenciário na saúde, uma vez que as ações do INAMPS representavam cerca de 80% do gasto total com a saúde.

Contudo, apesar da grande diferença entre as finalidades das ações executadas por esses dois gestores federais da saúde, ambos desempenhavam suas atribuições de gestão de maneira centralizada, seja no âmbito das decisões políticas, seja em relação ao financiamento. Com efeito, o INAMPS, à época uma autarquia vinculada ao Ministério da Previdência, manteve-se à frente de um modelo de gestão com concentração de atribuições, uma vez que o Instituto era o grande financiador e executor das políticas de saúde no País.

No entanto, a implementação dessas políticas não era realizada de forma homogênea em todo o Brasil. A alocação regional dos recursos do INAMPS era direcionada aos estados mais ricos, onde havia maior número de beneficiários e maior arrecadação fiscal por meio da

tributação dos trabalhadores da economia formal. Sendo assim, a aplicação de recursos era de maior magnitude nas Regiões Sul e Sudeste e, dentre elas, nas cidades de grande porte (MS, 2002). Com efeito, a lógica de financiamento da saúde realizada pelo INAMPS favorecia a iniquidade de acesso à saúde, seja na comparação entre os estados ou entre os cidadãos da federação. Ademais, segundo Viana (1994), a expansão dessa rede de serviços de saúde não seguia critérios epidemiológicos, o que acabava por aprofundar as desigualdades de acesso à saúde.

Para operacionalizar a prestação de serviços de saúde, o INAMPS disponibilizava atendimentos médicos ambulatoriais e hospitalares que eram realizados por sua rede própria de serviços de saúde ou por estabelecimentos privados, que eram contratados ou conveniados. No entanto, havia uma predominância da prestação privada de serviços, que eram custeados pelo INAMPS a partir do pagamento da produção de procedimentos realizados. Desse modo, este modelo de atenção à saúde caracterizava-se pela dissociação entre o financiamento (público) e a prestação (privada) dos serviços de saúde no País (MACHADO, 2005), transformando o INAMPS em um importante comprador de serviços de saúde.

Ainda no contexto pré-SUS, no qual havia o financiamento previdenciário da assistência à saúde, Ugá e Marques⁴ (2005 apud FRANÇA, 2006, p. 36), observam que, por meio do Fundo de Assistência Social, grande parte do recurso da saúde era destinada não somente à compra de serviços (garantia de demanda para a oferta existente), mas também à expansão da infra-estrutura hospitalar do setor privado. Com efeito, esta forma de alocação de recursos vem contribuir para a manutenção do modelo hospitalocêntrico privatista da saúde no período. Para Santos e Gerschman (2004), esse subsídio do setor privado pelo público (por meio da compra de serviços e do financiamento para a ampliação de seu parque tecnológico) sem a devida regulação da atuação da iniciativa privada, acabou criando e consolidando as bases para a manutenção da oferta privada de serviços públicos no País, situação que se perpetua atualmente no SUS.

Cajueiro (2004) argumenta, ainda, que este mecanismo de compra de serviços possibilitou o atendimento dos interesses do mercado privado de saúde e permitiu a consolidação de um esquema de fraudes que aumentou os custos do sistema e superestimou a expansão da cobertura. Nesse contexto, sanitaristas defendiam que a burocracia do INAMPS havia sido capturada pelos interesses privados e, preocupados com a centralização das

4 UGÁ, M.A.D.; MARGUES, R.M.. O financiamento do SUS: trajetória, contexto e constrangimentos. In LIMA, N.T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F.C.; SUÁREZ, J.M.. **Saúde e democracia**: história e perspectivas do SUS. 1ª Ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 193-234.

decisões políticas que privilegiavam este setor de saúde lucrativo, propunham a implementação de um sistema de saúde universal com gradativa estatização da provisão de saúde e com a expansão de programas de prevenção e de atenção primária.

O movimento sanitário brasileiro, combatendo a aliança empresariado-Estado, contestava o subsídio do setor privado pelo sistema público de saúde e condenava o padrão hospitalocêntrico de atenção (SANTOS e GERSCHMAN, 2004). Por essa razão, propôs o controle sobre os prestadores privados contratados, de forma a reduzir sua influência na arena decisória das políticas de saúde. Tal situação, atrelada à urgência de ampliação do acesso à saúde e à necessidade de rearranjo do pacto federativo para a gestão da saúde pública, desencadeou movimentos de contestação ao modelo de saúde vigente, tendo propostas desses movimentos sido assimiladas com a promulgação da Constituição Federal de 1988.

Em síntese, até o final dos anos 1980, o modelo de atenção à saúde no Brasil caracterizava-se por ser excludente, curativo e hospitalocêntrico, sendo planejado, executado e financiado de forma centralizada e operacionalizado de maneira fragmentada por meio da compra de serviços de saúde realizados fundamentalmente por prestadores privados. De tal modo, com a promulgação da Constituição de 1988, houve uma reestruturação do modelo de gestão nacional da saúde (dual => unitário), do foco da atenção (excludente => universal), do processo decisório (centralizado => descentralizado) e do financiamento das políticas de saúde (federal => tripartite).

Com efeito, em um momento de redemocratização do País, os discursos defendidos na VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) e formalizados na Constituição de 1988 enfatizaram as ações de promoção e proteção da saúde e a busca pelo acesso universal e integral à saúde. Posteriormente, nos anos noventa, a política nacional de saúde foi reestruturada e “o Ministério da Saúde passou por um processo de redefinição político-institucional, a partir de dois movimentos concomitantes: a unificação do comando nacional sobre a política e a descentralização político-administrativa” (VIANA; MACHADO, 2009, p. 808).

De tal modo, após a incorporação do INAMPS ao Ministério da Saúde, em 1990, surgiu uma autoridade sanitária nacional única, responsável pela política nacional de saúde e fundamental para a universalização do acesso e a descentralização da gestão da saúde: é criado o Sistema Único de Saúde – SUS. O SUS foi instituído em um contexto de centralização da gestão (política, administrativa e financeira) e focalização da assistência, com a proposta inovadora de universalização do acesso e de gestão descentralizada da saúde. Assim, a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988 e da publicação das normas

que a sucederam (Lei nº 8.080/1990, Lei nº 8.142/1990 e Normas Operacionais Básicas - NOB), a saúde pública brasileira passou por um processo de redefinição dos papéis e do poder dos entes federativos na formulação e implementação das políticas públicas.

O dispositivo constitucional trata a saúde como direito de todos, a ser garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem ao acesso igualitário e universal às ações e serviços de saúde. Este modelo de saúde tem como diretrizes a descentralização, o atendimento integral e a participação da comunidade, permite a participação da iniciativa privada em caráter complementar e é financiado de forma tripartite com recursos da seguridade social.

Portanto, a partir da Constituição de 1988, os recursos para o financiamento da saúde, que antes estavam vinculados às contribuições incidentes sobre a folha de pagamento salarial, passam a compor o Orçamento da Seguridade Social – OSS, que é composto pelos orçamentos da saúde, da previdência e da assistência social. Assim, ocorre uma ampliação dos recursos e obtém-se certa proteção do orçamento destinado à saúde contra as oscilações da economia devido à diversificação de fontes orçamentárias, que passam a não se basearem mais somente nas contribuições da folha salarial (FRANÇA, 2006). Além disso, por determinação constitucional, a saúde passa a ser financiada de forma tripartite por recursos federais, estaduais e municipais, apesar de a percentagem de participação de cada ente federado não ter sido estipulada à época.

Ainda sob o aspecto normativo, ao analisarem a política de saúde dos anos 90, Levcovitz, Lima e Machado (2001) descrevem em que medida as NOB orientaram o processo de descentralização e o grau de atuação dos entes federativos sobre as políticas de saúde. Assim, definem as NOB como instrumentos de regulação do processo de descentralização, que abordam aspectos referentes à repartição de responsabilidades, à relação entre os gestores e aos critérios de transferências de recursos da União para os demais entes da federação, ressaltando, ainda, a importância destes critérios por sua interferência no grau de autonomia gestora de cada esfera de governo.

Para os autores, apesar de as NOB terem sido publicadas com o intuito de definir as diretrizes da descentralização, em alguns casos acabaram mantendo diversos aspectos centralizadores da política de saúde e reforçando o poder de regulamentação do gestor federal do SUS, ao ampliar sua capacidade de indução e regulação das ações de saúde executadas em nível local, por meio da introdução de mecanismos de repasse de recursos vinculados à implantação de políticas definidas pelo nível central.

Os autores argumentam que as alterações propostas pela NOB 01/91 (unificação da tabela de pagamentos, ampliação do uso de sistemas de informação centralizados e definição de critérios de repasse dos recursos) tiveram o objetivo de aumentar o poder de indução e controle do Ministério da Saúde sobre as mudanças no sistema por meio de seu modelo de financiamento. Sob este ângulo, Levcovitz, Lima e Machado (2001) ressaltam que a definição dos critérios de transferência de recursos federais baseados na produção de serviços e no pagamento direto aos prestadores privados pelo governo federal restringe a autonomia gestora dos governos locais, pois engessam as possibilidades de ajustes na utilização do recurso conforme as necessidades de saúde de seu território.

Ainda nesse contexto de transferência da responsabilidade de execução dos serviços de saúde para o nível local, após a IX Conferência Nacional de Saúde, em 1992, foi elaborada a NOB 01/93, que representou um avanço para o processo de municipalização iniciado pelas NOB 01/91 e 01/92. Com efeito, a partir da NOB 01/93 e da instituição da transferência de recursos fundo a fundo (do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos de Saúde dos municípios em gestão semiplena), os gestores locais passaram a ter mais controle sobre a forma e as prioridades de aplicação dos recursos recebidos da União.

Desse modo, os prestadores privados de serviços de saúde começaram a receber o pagamento diretamente do município, sem a intermediação do gestor federal. Entretanto, conforme exposto pelos autores, apesar dessas mudanças no modelo de financiamento da saúde, foi mantida a lógica de pagamento por produção vinculada ao registro da realização dos procedimentos de saúde nos sistemas de informações oficiais do Ministério da Saúde. Ou seja, em que pese ter ocorrido a desvinculação direta entre o prestador privado e o gestor federal, a flexibilidade decisória dos entes subnacionais manteve-se “regulada” pela lógica de pagamento por produção, uma vez que o recebimento do recurso federal continuou dependente da “prestação de contas”, ao nível central, de quais e quantos procedimentos foram realizados em nível local.

A NOB 01/96, por sua vez, propôs: 1) a consolidação da gestão da saúde pelo município, incluindo a competência de execução da atenção básica; 2) a definição das responsabilidades de cada esfera de gestão no âmbito da saúde; 3) a pactuação de instrumentos de gestão (tetos financeiros, rede de referências, metas e responsabilidades de cada esfera de governo) por meio da Programação Pactuada e Integrada – PPI; e 4) o aprimoramento dos mecanismos de controle, avaliação e auditoria (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001). Porém, apesar de ter sido publicada em 1996, ela entrou efetivamente em vigor a partir de 1998 e, além disso, teve suas propostas iniciais modificadas por portarias

publicadas pelo Ministério da Saúde. Mesmo assim, os autores concluem que a NOB 01/96 contribuiu para o processo de descentralização ao estimular a habilitação dos municípios, o que determinou o aumento da transferência de recursos fundo a fundo em detrimento ao modelo anterior de pagamento direto aos prestadores privados pelo Ministério da Saúde, favorecendo uma maior autonomia do gasto pelos gestores locais.

Sobre as considerações desses autores, cabe ponderar que apesar de o novo modelo de financiamento ter proporcionado certa autonomia aos governos locais, a manutenção da multiplicidade de campos de atuação do Ministério da Saúde e a precária estrutura técnico-administrativa de diversos estados e municípios para assumir a gestão da saúde contribuem para a manutenção da centralização decisória e do poder político no âmbito federal.

De tal modo, apesar de a descentralização do sistema de saúde brasileiro ter representado a divisão de poderes, responsabilidades e recursos na área da saúde, este processo não desencadeou a correspondente transferência de capacidade decisória e gestora para todos os estados e municípios. Considerando-se as imensas desigualdades regionais existentes no País, era de se esperar que o processo de descentralização ocorresse de forma heterogênea, tanto em velocidade quanto em intensidade, pois a diversidade das realidades nacionais (demográficas, econômicas, sociais e sanitárias) reflete-se também na diferença de capacidade gestora dos milhares de municípios brasileiros.

A autonomia de gestão da saúde está intrinsecamente relacionada à autonomia administrativa, financeira e política de cada esfera de governo. Com efeito, a capacidade gestora dos entes subnacionais varia segundo dois aspectos: 1) as possibilidades de formulação e implementação de políticas de saúde em nível local; e 2) as condições de financiamento da saúde com recursos próprios.

Em relação ao primeiro aspecto, cabe considerar que a possibilidade e a qualidade da gestão estadual e municipal da saúde estão vinculadas à disponibilidade de estrutura administrativa e de profissionais habilitados para planejar, executar e monitorar as ações de saúde. Uma vez que os perfis demográficos e epidemiológicos locais são variáveis e geram diferentes necessidades de saúde, é fundamental que sejam estabelecidas prioridades e estratégias de atuação específicas para cada localidade (município, estado ou região), pois tal situação exige a formulação de políticas de saúde direcionadas para a realidade local. Por essa razão, é necessário que os entes subnacionais disponham de profissionais habilitados para desempenhar as atividades de gestão da saúde.

O capital social da administração pública, seja nas Secretarias ou nos serviços de saúde, é essencial para que o processo de descentralização da gestão se efetive, já que os

governos locais têm que se apropriar dos conhecimentos necessários para a identificação e o atendimento da demanda local de saúde. Contudo, a capacidade de gestão da esfera local é variável. Sabe-se que muitos municípios não dispõem de estrutura e de recursos humanos para gerir as políticas de saúde de acordo com as suas prioridades, o que tem impacto direto no movimento de descentralização.

Monnerat, Senna e Souza (2002) observam que, muitas vezes, a transferência da gestão da política de saúde para o âmbito municipal esbarra na precariedade da estrutura administrativa do município. Por essa razão, propõem que a descentralização, processo gradual e de longo prazo, seja acompanhada pela capacitação dos gestores locais como forma de torná-los efetivos. Nesse contexto, as autoras (MONNERAT; SENNA; SOUZA, 2002, p. 513 e 514) destacam que:

[...] os municípios situados nas regiões e estados mais desenvolvidos tendem a reunir os requisitos básicos necessários à assunção da gestão descentralizada e ao desenvolvimento de ações mais eficientes visando à otimização dos resultados e à maximização na utilização de recursos disponíveis. Isso porque as localidades mais ricas têm em geral mais capacidade técnica e gerencial, bem como maior aporte de recursos advindos da sua capacidade de arrecadação fiscal. Assim, a experiência recente de descentralização municipal vem demonstrando a institucionalização de inúmeras modalidades de organização dos sistemas locais, originadas da combinação entre normas institucionais do SUS e as singularidades sociopolíticas locais.

Já em relação ao segundo aspecto que influencia o grau de autonomia dos gestores – as condições de financiamento da saúde – observa-se que a insuficiência de arrecadação fiscal, em muitos municípios, cria a dependência do recurso federal para o custeio da saúde pública e os submete às regras definidas em nível central. Assim, dependentes das transferências intergovernamentais, cabe a estes entes federativos seguir as determinações e implementar as políticas propostas pelo Ministério da Saúde, reduzindo suas possibilidades de definir e de atender as necessidades de saúde específicas de seu território.

A dependência do financiamento federal para a execução de ações de saúde por determinados municípios é um fator que contribui para a ampliação e a consolidação do poder indutivo do Ministério da Saúde. O repasse de recursos vinculado à implementação de programas específicos propostos pelo gestor federal representa o controle do sistema de saúde de certos municípios por meio dos mecanismos de financiamento.

Alguns autores que analisam o processo de descentralização da gestão da saúde (ARRETCHE, 2003; VIANA; MACHADO, 2009), consideram que o governo federal ainda dispõe de grande poder para a definição das regras e do modelo de gestão da saúde no País. Com efeito, o Ministério da Saúde concentra diversas funções de gestão do sistema de saúde nacional: 1) tem a prerrogativa normativa; 2) formula as políticas nacionais de saúde; 3)

coordena ações intergovernamentais (articulação entre as três esferas de gestão); 4) estabelece mecanismos de controle e avaliação dos serviços e ações de saúde (política nacional de regulação); 5) cria e gerencia os sistemas nacionais de informação; e 6) define o modelo de (co)financiamento da saúde com recursos federais.

O Ministério da Saúde elabora normas que regulamentam diversos aspectos da gestão da saúde nos estados e municípios, pois publica, anualmente, Portarias que dispõem sobre regras e condicionantes para gestão das três esferas e que abordam aspectos relacionados: 1) ao financiamento (requisitos para o repasse e critérios de suspensão da transferência de recursos federais para os demais entes federativos, assim como regras para a aplicação dos recursos no âmbito local); 2) à relação do SUS com o setor privado; 3) à regulação (controle, monitoramento e avaliação); e 4) à utilização dos sistemas de informação oficiais. Este poder normativo pode reduzir a autonomia dos gestores locais, ao restringir seu poder decisório quanto à aplicação dos recursos financeiros e às formas de implantação das políticas de saúde.

Outra forma de atuação do nível central diz respeito à formulação de políticas de saúde que têm impacto na gestão local ao gerarem demandas de saúde e direcionarem a prestação de serviços para determinados questões sanitárias que não necessariamente correspondem às prioridades estabelecidas pelos estados e municípios. Além disso, em muitos casos, essas políticas estão sustentadas por mecanismos de vinculação financeira, ou seja, o ente subnacional somente recebe o recurso federal se implementar a política de saúde conforme as regras determinadas pelo Ministério. Esta atuação do governo federal interfere diretamente na autonomia gestora local, pois impõe as formas de implementação das ações de saúde no âmbito municipal. Sendo assim, a atuação do nível central na formulação de políticas nacionais de saúde, apesar de ser necessária para atenuar desigualdades regionais e auxiliar gestores com frágil capacidade de gestão, tem o aspecto negativo de condicionar o financiamento da saúde ao atendimento, pelo nível local, das regras centrais.

Já a terceira forma de atuação nível central, a coordenação intergovernamental, permite a intermediação de pactuações entre as três esferas de gestão, com o intuito de estabelecer as responsabilidades e a forma de atuação dos governos municipais, estaduais e federal com vistas à universalidade e integralidade da oferta de saúde à população. Essa articulação entre os entes federativos busca a acomodação de seus interesses e possibilidades de gestão no âmbito da saúde pública.

Ainda no âmbito da coordenação intergovernamental, o governo federal atua também como regulador da assistência à saúde, ao coordenar o sistema de referência de pacientes entre os estados da federação. Assim, quando um estado não oferece determinado procedimento de

saúde, os cidadãos que necessitam deste procedimento são encaminhados a outro estado, a partir da intermediação do Ministério da Saúde. Esse papel do gestor federal é fundamental para adequar a oferta à demanda de saúde e para ampliar o acesso da população a serviços não ofertados em seu território.

Outra atribuição do Ministério da Saúde diz respeito ao monitoramento, controle e avaliação da assistência à saúde. Compete ao gestor federal: 1) estabelecer normas, critérios, parâmetros e métodos para o controle da qualidade e avaliação da assistência à saúde; 2) supervisionar e coordenar as atividades de avaliação; 3) elaborar e propor normas para disciplinar as relações entre as instâncias gestoras do SUS e os serviços privados contratados de assistência à saúde; e 4) coordenar a formulação e a implantação da política de regulação assistencial do SUS (Decreto nº 7.135/2010).

Assim, de forma a acompanhar a prestação de serviços no âmbito local, o gestor federal disponibiliza aos demais gestores sistemas de informação que permitem o monitoramento de dados referentes à produção de procedimentos de saúde (número de procedimentos realizados). Tais sistemas subsidiam o processo de gestão, pois oferecem relatórios gerenciais úteis para o planejamento, programação, controle, avaliação e monitoramento da atenção à saúde.

Em relação ao modelo de financiamento do sistema de saúde brasileiro, o Ministério da Saúde atua de diversas maneiras: 1) define os critérios para a transferência de recursos para estados e municípios; 2) determina o teto financeiro de cada ente federativo (montante de recursos da União transferido mensalmente a estados e municípios); 3) estipula o valor unitário de cada procedimento de saúde custeado por recursos federais; 4) estabelece a lógica de pagamento por produção; e 5) categoriza o tipo de financiamento (forma de pagamento) de cada procedimento (ex: Piso de Atenção Básica – PAB, Fundo de Ações Estratégicas e Compensações – FAEC ou Média e Alta Complexidade – MAC). Ou seja, por meio de diversos mecanismos, a interferência do gestor federal no modelo de financiamento da assistência à saúde é bastante significativa.

Todos estes campos de atuação do MS estão interligados e são executados de maneira concomitante. Assim, ao formular uma política de saúde, o Ministério também define os requisitos para a transferência de recursos federais (financiamento) e exerce seu papel regulamentador e regulador do sistema, ao estabelecer as formas de monitoramento e de prestação de contas quanto à implementação da política proposta. Da mesma forma, ao estabelecer o modelo de atenção à saúde, com execução da atenção básica pelos estabelecimentos de saúde do SUS, permitindo que a atenção especializada, em grande parte,

seja realizada por prestadores privados, o governo central tem papel determinante na relação do SUS com o setor privado de saúde (compra de serviços).

Com efeito, estes papéis exercidos pelo governo federal na gestão do sistema nacional de saúde acabam centralizando o poder decisório e agindo de forma a induzir governos locais a aderir às políticas formuladas em nível central. A ausência de capacidade gestora e de possibilidade de financiamento da saúde com recursos próprios em diversos municípios (e não em todos), atrelada à diversidade de mecanismos de atuação do gestor federal faz com que os governos locais se submetam às políticas de saúde e às determinações do Ministério.

Cabe ponderar, no entanto, que apesar da multiplicidade de atuações do Ministério da Saúde sobre a implantação das políticas de saúde pelos gestores locais, observa-se que, com o passar dos anos, a participação dos recursos federais no montante global do financiamento da saúde vem se reduzindo paulatinamente. Assim, é um tanto contraditório o fato de o gestor federal ter tamanha interferência sobre as políticas executadas em nível local, já que sua contribuição no financiamento público da saúde é minoritária.

Segundo Viana e Machado (2009), ao longo do processo de implantação do SUS e de descentralização da gestão sanitária, enquanto no nível federal foi estruturada uma autoridade sanitária nacional única, no nível local houve a multiplicação e o fortalecimento de milhares de autoridades sanitárias – os gestores estaduais e municipais – que, de forma heterogênea, passaram a dispor de maior autonomia político-administrativa a partir da repartição de poderes, responsabilidades e recursos na área da saúde. Contudo, apesar de a Constituição de 1988 buscar a descentralização da gestão com ênfase no papel dos municípios, esse novo pacto federativo manteve grande poder de formulação e regulação das políticas de saúde pelo governo federal. Para as autoras, a implantação do SUS ocorreu a partir de dois processos: um centralizador, com protagonismo do governo central, dotado de poder normativo e indutor de políticas, o que contribuiu para a descentralização; o outro, descentralizador, apoiado por grupos de interesse dos demais entes federativos e por determinados gestores federais.

Ao analisar as visões de gestores federais da saúde no período de 1990 a 2002, as autoras identificam que até mesmo dirigentes nacionais da saúde criticam o elevado poder decisório do Ministério exercido por meio de sua capacidade normatizadora e indutora – esta vinculada às regras de financiamento federal da saúde executada em nível local (transferências de recursos) – e consideram necessária a redução do seu escopo de atuação.

Na visão de Almeida (2005), a descentralização foi um processo longo e espasmódico, cujo sucesso dependeu da disposição do governo federal em abdicar de poder decisório e de recursos, de sua capacidade de criação de incentivos que levem os municípios a assumir

determinadas responsabilidades e da experiência administrativa prévia dos governos locais. Para a autora, o Ministério da Saúde está no centro do arranjo intergovernamental, detém o controle do processo decisório e determina a forma de utilização dos recursos transferidos, enquanto os municípios atuam como executores e gestores da política de saúde definida pelo ente federal.

Sob este aspecto, Arretche (2003) considera que a concentração de funções pelo nível central tem grande influência sobre as ações de saúde de estados e municípios, mas que, em contrapartida, estes entes subnacionais, ao disporem de autonomia político-administrativa, têm a prerrogativa de não aderirem às políticas de saúde propostas pelo Ministério, o que acaba por se configurar como um contrapeso à múltipla atuação do governo federal e a forçar a participação dos demais entes federativos na formulação das políticas de saúde. Tal articulação entre os diversos níveis de gestão funcionaria, então, como incentivo ou controle em relação à atuação do governante.

Contudo, apesar de diversidade de atribuições do Ministério da Saúde na condução das políticas públicas, atualmente muitas das decisões relativas à gestão do sistema de saúde brasileiro não são estabelecidas unilateralmente e resultam da ampla participação das instâncias colegiadas (Comissão Intergestores Bipartite e Comissão Intergestores Tripartite) e dos conselhos de secretários de saúde (CONASS e CONASEMS), que representam e defendem os interesses dos estados e municípios. Porém, sabe-se que o grau de autonomia individual dos gestores subnacionais é muito variável, devido à incapacidade político-administrativa e financeira de inúmeros municípios de conduzir adequadamente as políticas de saúde.

Na opinião de Arretche, a autoridade do gestor federal da saúde é evidenciada por sua capacidade de indução e interferência nas políticas de saúde do nível local, influenciando suas decisões. Mas ela pondera que o poder indutivo do Ministério da Saúde (financiamento e coordenação intergovernamental), no entanto, não levou à redução das desigualdades regionais de forma a tornar a oferta de serviços de saúde melhor distribuída no território nacional (ampliação e equidade do acesso).

Em suma, a descentralização tem reflexos importantes nas relações intergovernamentais e na atuação dos diversos grupos de interesse no que tange ao processo de formulação e implementação das políticas públicas de saúde, ao desencadear a divisão de responsabilidades e o estabelecimento de um novo pacto federativo. Contudo, em que pese seu incontestável avanço em relação à gestão da saúde no Brasil, a redefinição dos papéis e do poder dos entes federativos suscita o debate sobre a importância da atuação do governo

federal como gestor da política nacional de saúde sem que ocorram grandes interferências sobre os “direitos e deveres” dos entes subnacionais.

Além disso, a partir do processo de descentralização essa redistribuição de competências não ocorreu de forma imediata e nem no mesmo ritmo e intensidade em todo o território nacional, ao longo do tempo, o que é evidenciado pelas distintas realidades de gestão sanitária existentes no País. Vinte anos após a implantação do SUS, o processo de descentralização ainda está em andamento e a universalidade e a integralidade da assistência à saúde ainda são objetivos a serem atingidos.

Mas, diante dessa reestruturação do papel dos governantes (federal, estaduais e municipais) e da assimetria de poder em relação à formulação e à implementação das políticas de saúde entre os entes federativos, qual é o papel da Secretaria de Atenção à Saúde – SAS na condução da gestão do Sistema Único de Saúde?

A SAS é uma unidade técnico-administrativa do Ministério da Saúde que desenvolve atividades finalísticas relacionadas à formulação, coordenação e implementação de políticas nacionais de atenção à saúde. Atua essencialmente nas áreas de atenção básica e especializada, mas também na atenção a grupos populacionais estratégicos e em situações especiais de agravo (ex: saúde mental, do idoso, dos portadores de deficiência etc.), sendo composta por cinco departamentos: 1) Departamento de Atenção Básica – DAB; 2) Departamento de Atenção Especializada – DAE; 3) Departamento de Regulação, Avaliação e Controle – DRAC; 4) Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – DAPES; e 5) Departamento de Gestão Hospitalar no Rio de Janeiro – DGH.

A SAS, por intermédio do DAB, do DAE e do DRAC, é responsável pela coordenação e normatização das ações de atenção básica e especializada realizadas no âmbito do SUS, pelo desenvolvimento de mecanismos de controle e avaliação e pela cooperação técnica a estados, municípios e Distrito Federal (Decreto nº 7.135/2010). Além disso, compete à SAS definir a política de regulação assistencial e acompanhar e avaliar (qualitativa e quantitativamente) a prestação de serviços assistenciais de saúde e a transferência de recursos financeiros do Ministério aos entes subnacionais.

Essas competências legais da Secretaria legitimam a sua atuação em diversos campos da gestão da saúde, quais sejam: 1) formulação e coordenação de políticas nacionais; 2) regulamentação; 3) financiamento; 4) coordenação intergovernamental; e 5) regulação. Portanto, como se pode verificar, as múltiplas atribuições do Ministério da Saúde discutidas anteriormente são, no âmbito da atenção à saúde, realizadas pela SAS. Ou seja, a Secretaria tem importante papel de comando do sistema de saúde devido, fundamentalmente, à sua

prerrogativa normativa e ao seu poder de definição de políticas públicas e do modelo de financiamento federal da saúde.

Considerando-se este paralelo entre o papel do Ministério da Saúde – que detém o poder de influenciar os governos locais – e o modelo de atuação da SAS, que operacionaliza essas ações do Ministério, cabe aqui, então, analisar qual foi a trajetória da SAS ao longo do processo de transformações sofridas pelo sistema de saúde brasileiro nas últimas décadas e como ela se insere no contexto de criação e implantação do SUS.

Conforme já abordado anteriormente, até a década de 1980 o sistema nacional de saúde caracterizava-se pelo duplo comando federal (INAMPS e Ministério da Saúde), pela centralização decisória e pelo caráter restritivo, privatista e curativo do modelo de atenção à saúde vinculados à distribuição e à aplicação desiguais dos recursos federais da saúde.

Em termos de financiamento, segundo Souza (2003), os limites (tetos) financeiros dos entes federativos haviam sido estabelecidos a partir da série histórica de procedimentos realizados e de gastos efetuados pelo INAMPS, o que tinha relação com a capacidade instalada de estabelecimentos e atendimentos de saúde nos estados. Assim, segundo o autor, havia grande desigualdade na distribuição e na aplicação de recursos entre as regiões do País, já que a concentração de hospitais, clínicas e laboratórios era muito maior nas Regiões Sul e Sudeste. Além disso, a aplicação desses recursos tinha como foco a assistência médico-hospitalar, o que corresponderia, na atualidade, à atenção de média e alta complexidade.

Nesse período (anos 80), os serviços de saúde financiados pelo INAMPS eram executados fundamentalmente por estabelecimentos de saúde privados. Assim, o INAMPS era um importante comprador de serviços realizados pelo setor privado de saúde e financiados a partir da lógica de pagamento por produção. Era também alvo de interesses políticos e de mercado devido à magnitude do seu gasto com saúde e da importância estratégica de suas políticas públicas.

Essa conjuntura sofre modificações a partir da promulgação da Constituição de 1988 e da incorporação do INAMPS ao Ministério da Saúde, quando foi unificada a coordenação nacional das ações de saúde e foi desencadeado o processo de descentralização decisória e financeira da saúde, em busca de um sistema público universal. No entanto, para Souza (2003), o processo de implantação do SUS foi iniciado tendo o INAMPS como base do novo sistema, preservando-se a lógica de financiamento e de alocação de recursos financeiros. Em consequência, foram mantidos, também, os limites físicos e financeiros das unidades federadas.

Ou seja, não houve um rearranjo da alocação de recursos para os estados, correspondente ao aumento da demanda por serviços de saúde desencadeada pela universalização do sistema. De tal modo, a atuação do SUS, que tem como proposta a assistência universal à saúde, foi estruturada a partir de uma instituição que havia sido criada para disponibilizar serviços de saúde a apenas uma parcela específica da população, sem que, contudo, tenha sido proposto um modelo de financiamento que fosse compatível com essa nova realidade.

Com efeito, o Ministério da Saúde e a SAS (anteriormente denominada Secretaria Nacional de Assistência à Saúde - SNAS) foram organizados a partir da estrutura do INAMPS e mantêm algumas estratégias de gestão utilizadas à época pelo Instituto. Apesar das mudanças ocorridas no sistema de saúde e em seu modelo de financiamento após a criação do SUS, mantêm-se a prestação privada de serviços saúde e o pagamento por produção (no âmbito da média e alta complexidade), assim como a vinculação das transferências financeiras federais à adesão, pelos entes subnacionais, às políticas criadas em nível central.

Mesmo com a criação do SUS, manteve-se a grande presença do setor privado na provisão de serviços de saúde à população. Ao longo dos anos, este setor vem se apropriando da prestação de serviços de média e alta complexidade, enquanto o setor público passou a se responsabilizar principalmente pela atenção básica. Na opinião de Santos e Gerschman (2004, p. 795), os

[...] consensos entre atores políticos de maior peso contribuem para a tendência atual de especialização do setor público em tecnologias de cuidados de baixo custo e complexidade, enquanto o setor privado mais dinâmico passa a priorizar os segmentos de atenção de média e alta complexidade mais bem remunerados pela tabela SUS e mais valorizados por compradores de planos de saúde privados.

A autora argumenta que a opção de viabilizar a universalização a partir da provisão de serviços pela iniciativa privada, sem, contudo, regular desde o início a sua atuação, fez com que os gestores públicos acabassem criando e consolidando as bases para a oferta privada de serviços.

Apesar de a legislação sanitária nacional estabelecer a participação do setor privado como complementar, observa-se que, no âmbito da atenção especializada, em diversas áreas médicas, o prestador privado realiza grande parte dos serviços de saúde ofertados pelo SUS. A depender do município/estado e do procedimento de saúde em questão, é o SUS que atua de forma complementar na prestação de serviços de média e alta complexidade.

Desse modo, assim como à época de atuação do INAMPS, o Ministério da Saúde e mais especificamente a Secretaria de Atenção à Saúde, mantêm-se de forma indireta como um

importante comprador de serviços a partir do financiamento federal por meio das transferências de recursos da União para estados e municípios, executores das políticas de saúde. A “alta prevalência” de participação do setor privado na prestação de saúde pública e a forte atuação deste grupo nas arenas decisórias influenciam de maneira significativa a formulação e a implementação de políticas de saúde no País. O poder político e econômico desses provedores de serviços e produtos de saúde é determinante para a dinâmica do SUS, pois trata-se de grupos de interesse que podem direcionar a condução do sistema de saúde brasileiro.

Soma-se a isso, o baixo insulamento burocrático da Secretaria, cujo corpo técnico e gestor é composto por um reduzido quantitativo de servidores efetivos que, ao menos em tese, estariam menos sujeitos às pressões políticas e econômicas que influenciam a gestão do SUS.

Em síntese, em um contexto de fragilidade político-administrativa e econômica de inúmeros municípios e de assimetria de poder entre os entes federativos, a prerrogativa normativa do governo federal atrelada ao processo de descentralização regulada por mecanismos financeiros formatam o papel da Secretaria de Atenção à Saúde na condução da política nacional de saúde. A multiplicidade de atuações da SAS pode gerar certa centralização decisória na gestão da saúde e ir de encontro ao movimento de descentralização estabelecido na Constituição de 1988.

O insulamento burocrático da SAS, a estruturação da rede de serviços públicos de saúde e o rearranjo do pacto federativo e do modelo de financiamento da atenção à saúde são determinantes para o aprimoramento das estratégias de formulação e implementação das políticas de saúde no âmbito o SUS, de forma a reduzir as desigualdades regionais de acesso e qualidade da saúde, tornando o sistema de saúde brasileiro, de fato, universal e integral.

2.2 Atenção especializada em saúde no âmbito do SUS: operacionalização, magnitude e fragilidades

Nesse capítulo, serão apresentados os aspectos operacionais da atenção especializada visando identificar elementos determinantes dos resultados dessa política de saúde. No primeiro tópico serão abordados seus mecanismos de gestão, modelo de financiamento e formas de regulação, com o intuito de esclarecer o intrincado funcionamento da assistência em saúde de média e alta complexidade no âmbito do SUS.

No segundo item serão discutidos, sinteticamente, os pontos críticos da formulação e da implementação das políticas da atenção especializada no País e os dilemas relativos ao acesso e à qualidade dos serviços de saúde. No terceiro tópico, serão apresentados elementos quantitativos em termos da produção de procedimentos e da dotação e execução orçamentárias da atenção especializada, correlacionando a média e alta complexidade ao Plano Plurianual 2008-2011.

Conceituação e operacionalização da atenção especializada em saúde

O Sistema Único de Saúde foi criado com base nos dispositivos da Constituição de 1988, que estabelece que a saúde é direito de todos e que devem ser garantidos, à população, atendimento integral e acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde. Para operacionalizar essa oferta de serviços, a prestação de serviços de saúde, tais como consultas médicas, exames e internações, está estratificada em três níveis: a atenção básica, a média complexidade e a alta complexidade.

A formulação e a definição das políticas públicas nacionais relativas a esses níveis de atenção cabem ao Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Atenção à Saúde – SAS, unidade técnica administrativa, que também tem a competência de adotar medidas que promovam maior equidade na oferta de serviços e na distribuição dos recursos financeiros federais destinados ao custeio da atenção à saúde. Para isso, a Secretaria desenvolve ações normativas e operacionais nas áreas de atenção básica e especializada (média e alta complexidade – MAC), visando à formulação, à implementação e ao monitoramento das políticas públicas relativas aos três níveis de atenção.

A atenção básica é, idealmente, o contato inicial dos usuários em termos de assistência à saúde e tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização.

É considerada o primeiro nível de atenção, uma vez que responde às principais e mais frequentes demandas de saúde da população.

Os municípios são os grandes responsáveis pela gestão da atenção básica e para implementá-la recebem recursos federais para o seu co-financiamento. Atualmente, a participação da União no custeio das ações básicas de saúde é realizada por meio da transferência dos recursos do Piso de Atenção Básica – PAB. O PAB deve ser aplicado exclusivamente nas ações e serviços de atenção básica e é formado por dois componentes: PAB Fixo e PAB Variável.

O recurso do PAB Fixo é repassado mensalmente, de forma regular e automática, a todos os municípios brasileiros que atendam aos requisitos estabelecidos na legislação (constituição de Fundo e Conselho Municipal de Saúde e elaboração de Plano Municipal de Saúde e do Relatório Anual de Gestão). Já o PAB Variável é transferido da União para os demais entes federados mediante adesão e implementação, pelo gestor local, de ações relativas às estratégias nacionais de reorganização do modelo de atenção à saúde, tais como Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde, Saúde Bucal, Compensação de Especificidades Regionais, Saúde Indígena e Saúde no Sistema Penitenciário.

Ou seja, trata-se de duas formas distintas de financiamento: uma sistemática e destinada a todos os municípios brasileiros, outra vinculada à adesão do município às políticas de saúde propostas pelo Ministério. Em ambos os casos (PAB Fixo e Variável), os recursos são repassados diretamente do Fundo Nacional para o Fundo Municipal ou Distrital de Saúde.

A atenção básica é disponibilizada pelo SUS a partir da rede pública de serviços de saúde, não havendo, em geral, a contratação de estabelecimentos privados, diferentemente do que ocorre na MAC, como será visto a seguir.

A atenção especializada é complementar à atenção básica e envolve profissionais especializados, maior tecnologia ou maior custo operacional, contemplando os procedimentos de saúde de média e alta complexidade. O Ministério da Saúde (MS, [site], 2010a) define a média complexidade ambulatorial como o conjunto de “ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos para o apoio diagnóstico e tratamento”. Já a alta complexidade é definida como um “conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados,

integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade)” (MS [site], 2010b).

A MAC contempla uma gama de procedimentos que podem ser preventivos, ter finalidade diagnóstica ou terapêutica, ser clínicos ou cirúrgicos, ou ainda estar relacionados ao fornecimento de medicamentos, órteses e próteses. Esses procedimentos são realizados tanto em nível ambulatorial como hospitalar e, de forma a organizá-los, o Ministério da Saúde os classificou em oito grupos, quais sejam: 01 - Ações de promoção e prevenção em saúde; 02 - Procedimentos com finalidade diagnóstica; 03 - Procedimentos clínicos; 04 - Procedimentos cirúrgicos; 05 - Transplantes de órgãos, tecidos e células; 06 - Medicamentos; 07 - Órteses, próteses e materiais especiais; e 08 - Ações complementares da atenção à saúde. Cada um desses grupos é estratificado em subgrupos, conforme apresentado no Anexo A.

A Tabela Unificada de Procedimentos - TUP, que é atualizada periodicamente pela SAS (MS, 2010c), contempla a relação completa dos procedimentos de média e alta complexidade oferecidos pelo SUS. Esta Tabela apresenta diversas características de cada procedimento, tais como valor unitário, complexidade (atenção básica, média ou alta complexidade), modalidade (ambulatorial, hospitalar, hospital dia, internação domiciliar ou assistência domiciliar), instrumento de registro (BPA, APAC, AIH, a serem abordados a seguir) e tipo de financiamento, entre outras informações. Sua utilização, no contexto gerencial, é de extrema importância para os três níveis de gestão da saúde, uma vez que a TUP padroniza nomes, códigos, valores e classificação de todos os procedimentos de saúde oferecidos no âmbito do SUS. Assim, a Tabela Unificada é uma ferramenta para o planejamento, programação, regulação, avaliação e controle no âmbito do SUS.

Os valores unitários de cada procedimento constante da TUP correspondem ao recurso repassado pela União a estados, municípios e Distrito Federal para o financiamento da MAC. Ou seja, o montante de recursos federais transferido aos demais entes federados é calculado pela multiplicação do valor de cada procedimento (na TUP) pelo número de procedimentos realizados. Sendo assim, reajustes definidos pela SAS nos valores de procedimentos da Tabela Unificada têm impacto no montante final de recursos federais transferidos para estados e municípios.

Ademais, a TUP é um norteador do valor pago pelos gestores locais, aos prestadores privados de saúde, pelos serviços de média e alta complexidade realizados. De tal modo, um procedimento de saúde executado por estes prestadores terá um custo, em geral, maior ou igual àquele previsto na referida Tabela. Contudo, visto que o recurso federal transferido a

estados e municípios pode financiar procedimentos de MAC somente até o valor máximo definido na TUP, caso o gestor local necessite pagar pelos procedimentos um valor superior àquele da Tabela Unificada, esta diferença deve ser custeada com recursos próprios. Isso pode ocorrer em locais onde, por motivos diversos (maiores gastos com o transporte de produtos, impossibilidade de economia de escala devido à restrita rede de serviços de saúde local, necessidade de encaminhamento de amostras biológicas para serem analisadas em outros estados etc.) o custo da assistência à saúde é mais elevado que aquele previsto na TUP.

No entanto, mesmo em grandes pólos de saúde onde é realizado um significativo número de procedimentos, é frequente o fato de o valor da TUP ser inferior ao valor de mercado, o que desencadeia constantes críticas de gestores e prestadores de serviços quanto ao valor da Tabela. Estudos têm mostrado que em termos agregados o valor médio da Tabela corresponde a 30% dos custos reais dos procedimentos (RIBEIRO; COSTA, 2005)

Em suma, a implementação das ações relativas à atenção especializada ocorre de forma descentralizada, sendo estados e municípios os responsáveis pelo estabelecimento das prioridades locais e da forma de alocação dos recursos, assim como pela realização dos procedimentos de saúde por meio de prestadores de serviços públicos ou privados. Já a União é responsável pela definição das políticas e das estratégias nacionais de implantação do programa e pelo repasse de recursos a estados e municípios para o custeio dos procedimentos. De tal modo, a União não executa diretamente os procedimentos de MAC, mas transfere recursos para que os gestores locais operacionalizem essa execução. A exceção ocorre no caso dos hospitais federais e dos universitários que, uma vez que são geridos pelo governo federal, acabam representando a execução direta de procedimentos de MAC pela União.

Com efeito, o financiamento da MAC é de responsabilidade das três esferas de gestão, sendo os recursos federais transferidos do Fundo Nacional de Saúde - FNS aos Fundos de Saúde dos municípios, estados e Distrito Federal, conforme critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde e pactuados entre os demais gestores do SUS em instâncias colegiadas (Comissões Intergestores Bipartite).

Ainda sobre o financiamento da atenção de média e alta complexidade, cabe abordar a regulamentação atual para a transferência dos recursos federais para o custeio das ações e serviços de saúde. Assim, a partir da publicação da Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007, esses recursos passaram a ser organizados e transferidos sob a forma de seis blocos de financiamento, quais sejam: 1) Bloco de Atenção Básica; 2) Bloco de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar - “Bloco MAC”; 3) Bloco de Vigilância em

Saúde; 4) Bloco de Assistência Farmacêutica; 5) Bloco de Gestão do SUS; e 6) Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde (incluído pela Portaria nº 837/2009).

A Portaria nº 204/2007 estabelece, ainda, que os recursos referentes a cada bloco devem ser aplicados somente nas ações e serviços de saúde relativos ao próprio bloco. De tal modo, os recursos do Bloco MAC devem ser utilizados exclusivamente na prestação de serviços de média e alta complexidade, e, por conseguinte, recursos de outros blocos de financiamento não podem ser utilizados para este fim.

O Bloco MAC é constituído por dois componentes: o Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar e o Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC. O primeiro componente contempla o Teto MAC, que financia a maioria dos procedimentos de média e alta complexidade realizados no âmbito do SUS, e os incentivos financeiros. O Teto MAC é um recurso transferido mensal e automaticamente para estados e municípios, diretamente do FNS para o Fundo Municipal, Distrital ou Estadual de Saúde (transferência fundo a fundo), o que dispensa a celebração de convênio ou instrumento congêneres. Este recurso é repassado aos gestores locais para o custeio dos procedimentos, antes mesmo da realização.

O montante de recursos federais repassados sob a forma do Teto MAC é calculado a partir do histórico mensal de procedimentos realizados. Ou seja, a partir do quantitativo total de procedimentos realizados e aprovados em determinado estado ou município ao longo dos meses, obtém-se o montante de recursos correspondente para o seu custeio, com base nos valores da Tabela Unificada.

No entanto, uma vez estabelecido o valor do Teto MAC de um ente federado, este valor será mantido até que a Secretaria de Atenção à Saúde/MS decida alterá-lo. Não basta um aumento da produção (quantitativo de procedimentos realizados) em nível local para que o valor mensal do Teto MAC seja reajustado. Nesse caso, é o gestor local que, ao identificar a necessidade de acréscimos na transferência federal de recursos para o custeio da MAC, solicita e negocia este reajuste no âmbito da Comissão Intergestores Bipartite – CIB. A CIB, então, demanda o aumento à SAS, cabendo à Secretaria, posteriormente, conceder ou não o aumento no teto financeiro da MAC. Assim, a Secretaria tem certo poder discricionário, com base em critérios pré-estabelecidos, de eleger quais entes federados terão reajustes em seus tetos de financiamento da MAC e de definir quanto será este reajuste. Trata-se, então, de uma arena de negociações e articulações políticas de alta relevância, pois a definição dos tetos financeiros da cada ente federativo é influenciada sobremaneira pela atuação tanto dos gestores municipais e estaduais, como do empresariado da saúde junto ao Ministério.

Os incentivos financeiros, por sua vez, são também transferidos mensalmente do FNS para os demais Fundos de Saúde e são destinados às seguintes ações de saúde (Portaria nº 204/2007): 1) Centro de Especialidades Odontológicas - CEO; 2) Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU; 3) Centro de Referência em Saúde do Trabalhador; 4) Adesão à Contratualização dos Hospitais de Ensino, dos Hospitais de Pequeno Porte e dos Hospitais Filantrópicos; 5) Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa Universitária em Saúde – FIDEPS; 6) Programa de Incentivo de Assistência à População Indígena – IAPI; e 7) Incentivo de Integração do SUS – INTEGRASUS.

O segundo componente do bloco de financiamento da MAC, o FAEC, é destinado ao custeio de um número restrito de procedimentos ambulatoriais e hospitalares considerados estratégicos pelo MS, tais como procedimentos de nefrologia, oncologia, transplantes e oftalmologia. Este recurso, que também é transferido fundo a fundo, é repassado ao gestor local somente após a realização dos procedimentos pelas unidades de saúde. Desse modo, o gestor recebe exatamente o montante financeiro correspondente ao número de procedimentos informados como tendo sido realizados. Não é elaborada uma média histórica mensal como no caso do Teto MAC.

Conclui-se, então, que o Ministério da Saúde participa no financiamento da MAC por meio da transferência de recursos da União para estados e municípios. Com efeito, o gestor federal influencia diretamente o financiamento da atenção especializada, pois, além de repassar recursos para o custeio das ações executadas pelos gestores locais, é a SAS/MS que estipula o montante a ser transferido, seja pelo estabelecimento dos valores unitários de cada procedimento na Tabela Unificada, seja pela participação na definição dos tetos financeiros dos municípios, ou ainda pela categorização do procedimento quanto à sua forma de financiamento (Teto MAC x FAEC).

Outra atribuição da SAS/MS diz respeito à regulação da MAC, por meio do monitoramento, do controle e da avaliação desse nível de atenção à saúde. A Secretaria tem a competência de coordenar a formulação e a implantação da política de regulação assistencial do SUS e de elaborar e propor normas que disciplinem as relações entre os gestores do SUS e os serviços de saúde privados contratados. Além disso, cabe à SAS estabelecer normas e critérios para a avaliação e o controle da qualidade da assistência à saúde, assim como coordenar essas atividades de avaliação.

Nesse contexto de regulação da prestação de serviços no âmbito local, a SAS/MS disponibiliza, aos governos locais, sistemas de informação que subsidiam o processo de gestão da média e alta complexidade. Esses sistemas permitem o monitoramento da produção

de procedimentos de saúde (número de procedimentos realizados) e oferecem relatórios gerenciais úteis para o planejamento, programação, controle, avaliação e monitoramento da atenção especializada

Os principais sistemas utilizados são o Sistema de Informação Ambulatorial – SIA, no qual são cadastrados os procedimentos ambulatoriais, e o Sistema de Informações Hospitalares – SIH, onde são registrados os hospitalares. Para serem armazenados nestes sistemas, os dados relativos à produção de MAC podem ser registrados por meio de três instrumentos: Boletim de Produção Ambulatorial – BPA, Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo – APAC e Autorização de Internação Hospitalar – AIH.

A AIH apresenta dados referentes às internações hospitalares ocorridas no SUS, incluindo aqueles relativos aos procedimentos realizados (código, nome e data de início e fim da internação) e ao estabelecimento de saúde (nome, código do CNES, CNPJ), além de dados detalhados do paciente, tais como nome, endereço, idade, sexo e hipótese diagnóstica (CID – Código Internacional de Doenças). Trata-se do instrumento de registro com maior grau de detalhamento de dados, que é utilizado para procedimentos hospitalares, sejam eles de média ou de alta complexidade.

Já a APAC é utilizada para o registro de procedimentos ambulatoriais que necessitam de autorização prévia para a sua realização. O processo de autorização inicia-se com a solicitação médica do procedimento, emitida por meio do laudo de emissão de APAC, que contém informações sobre o usuário, o estabelecimento e o profissional solicitante, a doença e o(s) procedimento(s). Desde que haja compatibilidade entre todos os dados informados, o procedimento é autorizado. Em seguida, o gestor emite a APAC-I, formulário que autoriza o prestador a registrar a APAC-II magnética para cobrança e faturamento do(s) procedimento(s) realizado(s). Apesar de a maioria deles ser de alta complexidade, há também alguns de média complexidade, considerados estratégicos pelo MS, que são operacionalizados por meio de APAC.

O BPA, por sua vez, permite duas formas de entrada de dados, podendo ser consolidado (BPA-C) ou individualizado (BPA-I). O BPA-C, de todos os instrumentos de registro, é o que dispõe do menor grau de detalhamento e desagregação, pois apresenta apenas dados consolidados do quantitativo de procedimentos realizados. Por meio do BPA-C, não é possível a identificação do paciente nem do dia de realização do procedimento. Este é o instrumento utilizado para o registro de diversos exames laboratoriais (anatomia patológica) e de imagem, entre outros. O BPA-I, de outro modo, apresenta dados relativos ao paciente

(nome, número do Cartão Nacional de Saúde, data de nascimento, sexo, CID) e ao procedimento (data de realização – dia/mês/ano, número da autorização), e é utilizado para tomografias computadorizadas, ressonâncias magnéticas, determinadas biópsias e sorologias, entre outros procedimentos.

Há procedimentos que podem ser registrados por qualquer destas ferramentas (BPA, APAC e AIH), outros são registrados exclusivamente por uma delas. Como exemplo, um procedimento de média complexidade que pode ser realizado em ambiente extra-hospitalar e é geralmente processado pelo BPA pode também ser cadastrado como procedimento secundário em uma AIH ou APAC. A Tabela Unificada de Procedimentos especifica quais os possíveis instrumentos de registro utilizados para cada procedimento.

O conhecimento das características de cada tipo de instrumento de registro é importante porque, quanto maior o grau de detalhamento de dados apresentado, maior a possibilidade de rastreamento e controle da efetiva realização do procedimento pelo prestador privado. Sendo assim, um procedimento cadastrado por AIH é melhor regulado e monitorado do que aqueles registrados por BPA.

O BPA e a APAC são os tipos de registro encontrados no Sistema de Informações Ambulatoriais, enquanto a AIH é utilizada no Sistema de Informações Hospitalares. Os dados relativos aos procedimentos são cadastrados nesses sistemas pelos prestadores dos serviços de saúde, sejam eles públicos ou privados, como uma forma de apresentar a sua produção mensal realizada. Após este cadastro, os dados passam por uma série de críticas realizadas pelo próprio sistema, e, no caso de inconsistências, alguns procedimentos podem sofrer rejeições. Os procedimentos rejeitados, ou seja, não aprovados, não serão pagos pelo gestor local ao prestador. Em algumas situações, essas inconsistências podem ser corrigidas e o prestador, então, apresenta o procedimento novamente no mês seguinte, para que receba o pagamento correspondente a ele.

Além desse mecanismo de controle, o gestor local, por meio de auditoria e análise dos dados cadastrados nos sistemas pelos prestadores, pode também realizar glosas ao identificar problemas. Assim, uma vez cadastrados todos os procedimentos executados e realizadas as rejeições e as glosas, o SIA e o SIH consolidam a produção aprovada (produção aprovada = produção apresentada menos as rejeições e as glosas). Em seguida, a partir desta produção aprovada, com base na TUP, o sistema calcula o valor financeiro total dos procedimentos realizados e o valor a ser pago pelo gestor local a cada prestador de serviço contratado. Este cálculo também é utilizado pelo MS para se estipular o montante de recursos federais a ser transferido a estados e municípios.

Além dos relatórios com fins financeiros, o SIA e o SIH permitem a elaboração de outras consultas gerenciais. No SIA, para os procedimentos registrados por BPA, é possível a obtenção de relatórios consolidados (por tipo de procedimento e mês de competência) do quantitativo de procedimentos realizados em cada unidade de saúde habilitada para tal, além do valor aprovado para o seu pagamento. O sistema gera, também, relatórios consolidados sobre o tipo e o subtipo de financiamento (Teto MAC ou FAEC) estratificados por complexidade (média ou alta).

O uso dos sistemas de informação descritos acima, ao instrumentalizar os gestores do SUS no processo de planejamento, execução e monitoramento da MAC, contribui, também, para a operacionalização do controle e da regulação da prestação de assistência à saúde. Essa regulação da assistência visa organizar a demanda e a oferta de serviços de saúde, tornando o acesso dos cidadãos aos procedimentos de MAC mais equânime e oportuno.

Sob esta perspectiva de regulação da assistência à saúde, a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/02), publicada em 2002, ao estabelecer as responsabilidades de cada esfera de governo e as formas de estruturação dos mecanismos regulatórios, define que o controle e a avaliação dos prestadores de serviços compreendem: 1) o conhecimento global e o cadastramento dos estabelecimentos de saúde; 2) a condução de processos de compra e contratualização de serviços de acordo com as necessidades identificadas e com a legislação específica; e 3) o acompanhamento do faturamento, quantidade e qualidade dos serviços prestados.

Segundo a NOAS, as funções de controle, regulação e avaliação devem ser coerentes com os processos de planejamento, programação e alocação de recursos em saúde, sendo a regulação da assistência efetivada por meio da implantação de Complexos Reguladores. Esses são responsáveis pela regulação do acesso dos usuários ao sistema de saúde e pelo auxílio no monitoramento da produção e do faturamento de serviços.

Os Complexos Reguladores (estaduais, regionais ou municipais) são compostos por uma ou mais Centrais de Regulação. Essas Centrais recebem as solicitações de atendimento e processam e agendam os procedimentos de saúde, desenvolvendo ações tais como a regulação de urgências, de consultas especializadas, de exames e de leitos de internação. Dessa forma, ao receber a solicitação de um procedimento de saúde, é verificada a pertinência de sua realização (relação entre a hipótese diagnóstica e o procedimento solicitado) e a disponibilidade de um prestador habilitado a realizá-lo. Em seguida, uma vez havendo o consentimento do gestor local, o procedimento poderá ser executado. Portanto, a atividade dos

Complexos Reguladores envolve a autorização prévia para a realização de determinados procedimentos de saúde.

Em relação à regulação do acesso, além do aspecto autorizador, os Complexos Reguladores são responsáveis também pelo sistema de referência (encaminhamento do paciente entre serviços de saúde distintos) e contra-referência intra e intermunicipal, gerando um fluxo de atendimento mais oportuno à necessidade do cidadão.

A Política Nacional de Regulação do SUS estabelece como atribuições dos Complexos Reguladores: 1) a gestão da ocupação de leitos e agendas das unidades de saúde; 2) a atuação nos processos autorizativos dos procedimentos de saúde; 3) o controle dos limites físicos e financeiros; e 4) a execução da regulação médica do processo assistencial. Com efeito, a regulação de acesso permite a identificação das demandas de saúde e subsidia as ações de planejamento, controle, avaliação e auditoria, contribuindo para a equidade e a integralidade da assistência.

A implantação dos Complexos Reguladores pelos gestores subnacionais está relacionada ao processo de descentralização da assistência à saúde, por meio do qual os gestores estaduais e, sobretudo, os municipais tornaram-se responsáveis pela gestão das políticas de saúde em âmbito local, cabendo a eles a definição das estratégias de atuação e da forma de alocação dos recursos financeiros para o atendimento das demandas de saúde da população.

Neste contexto, compete ao o Ministério da Saúde a gestão de questões de abrangência nacional, como a definição da política (ou das políticas) de atenção especializada em saúde, a regulamentação e o estabelecimento de critérios e métodos para o controle da qualidade e da assistência à saúde, além da avaliação da transferência de recursos financeiros aos entes federados e dos aspectos qualitativos e quantitativos da prestação de serviços assistenciais de saúde. Sendo responsável por essas atribuições, a SAS é a principal unidade técnico-operativa do Ministério da Saúde, pois coordena as políticas nacionais de atenção à saúde (básica e especializada) e gerencia cerca de 70% do orçamento do Ministério.

Contudo, apesar da gestão e do financiamento tripartite da atenção especializada, do significativo montante de recursos financeiros aplicados nesse nível de atenção e do grande quantitativo de procedimentos realizados, o acesso aos procedimentos de MAC ainda representa uma importante barreira para o ingresso da população ao sistema de saúde brasileiro.

O alto custo e a necessidade de profissionais especializados e de tecnologias avançadas impossibilitam a disponibilização de inúmeros desses procedimentos em todo o

território nacional. Além disso, a sua operacionalização, em muitos casos, por meio da contratação de prestadores de saúde privados associada à influência desse empresariado da saúde na formulação das políticas e à insuficiência de regulação da qualidade dos serviços prestados são aspectos determinantes para a racionalização da oferta de procedimentos de média e alta complexidade no País. Associado a isso, existe, também, uma arena política altamente relevante, cujos acordos interferem nas decisões gerenciais relativas à saúde pública.

Compreender e discutir as fragilidades do processo de formulação e implementação das políticas de atenção especializada é fundamental para se propor alternativas para o aprimoramento de sua gestão. No próximo tópico, sem a pretensão de esgotar todo o assunto, serão abordados pontos críticos relativos à atenção de média e alta complexidade no âmbito do SUS.

Dilemas atuais das políticas públicas de atenção especializada à saúde

Diante da magnitude da atenção especializada e da complexidade de sua operacionalização, do heterogêneo processo de descentralização da gestão da saúde, da extensa dimensão territorial e da grande desigualdade sócio-econômica brasileiras, é esperado que as propostas constitucionais de universalidade e de equidade de acesso à saúde ainda estejam em processo de implantação.

A trajetória de construção do sistema de saúde brasileiro a partir do modelo de assistência oferecido pelo INAMPS (ações curativas, excludentes e executadas por prestadores de serviços privados), que posteriormente evoluiu para a universalização da saúde com a criação do SUS, é determinante para a concretização do modelo atual de gestão da média e alta complexidade – MAC. O processo de descentralização desencadeado ou impulsionado pela Constituição Federal de 1988 criou milhares de gestores da saúde que passaram a ser responsáveis pela oferta de serviços para atendimento da demanda local. No entanto, a oferta de procedimentos de MAC envolve a participação de profissionais especializados e o uso de tecnologias avançadas e de alto custo, o que não está disponível (e nem deveria estar) em todos os municípios brasileiros.

Essas lacunas da descentralização, que também ocorrem em outros países, fragilizam os gestores locais, que acabam por não dispor de autonomia gerencial integral sobre o sistema de saúde. A insuficiência de recursos financeiros, humanos e tecnológicos em determinadas localidades é crucial para a restrição do acesso da população aos procedimentos de saúde – o

que gera filas de espera – e resulta na necessidade de articulações entre os gestores do SUS, de forma a referenciar a população para outros estados ou municípios que disponibilizem certos serviços. Contudo, o processo regulatório para este referenciamento é bastante complexo e, muitas vezes, insuficiente para equacionar as contradições entre oferta e demanda na área da saúde.

Mesmo considerando-se a possibilidade de efetiva regulação do acesso a esses procedimentos, o alto custo da MAC é um fator limitante à sua implementação. A ampliação das possibilidades diagnósticas e terapêuticas (incorporação de novas tecnologias), o envelhecimento da população e o modelo atual de atenção à saúde resultam em uma enorme demanda por procedimentos e no aumento do gasto em saúde. Soma-se a esses fatores, o ônus das decisões judiciais, que, apesar de em muitas situações representar a única forma de acesso do cidadão a determinados serviços de saúde (é a “porta de entrada do direito”), outras vezes desvirtuam a aplicação dos recursos da saúde ao privilegiar um atendimento individual em detrimento do coletivo.

Contudo, a intensidade de crescimento das demandas não é acompanhada pela ampliação dos recursos públicos empregados nas ações de saúde. Apesar de o gasto público total com saúde vir aumentando ao longo dos anos, esse montante de recursos não atinge um patamar suficiente para custear todas as despesas de manutenção do Sistema Único de Saúde e para realizar, integralmente, ações que busquem a universalidade e a equidade de acesso.

A Organização Mundial da Saúde – OMS (OMS, 2010a) avaliou e comparou o gasto em saúde em diversos países – desenvolvidos e emergentes – no período de 2003 a 2007. Segundo dados da OMS (Quadro 4), nesses cinco anos, o gasto total com saúde no Brasil passou de 7,5 para 8,4% do PIB⁵. Desse montante, em média, os gastos governamentais corresponderam a 41,6%, enquanto os dispêndios privados foram da ordem de 58,4%. Considerando-se somente os gastos governamentais, o valor per capita aplicado em saúde variou de US\$95,00 (em 2003) a US\$252,00 (em 2007).

⁵ Produto Interno Bruto: valor do conjunto de todos os bens e serviços produzidos em um país em determinado período.

Quadro 4 - Gasto em saúde no Brasil, no período de 2003 a 2007

Tipo de gasto	Ano				
	2003	2004	2005	2006	2007
Gasto total em saúde, em % PIB	7,5	7,7	8,2	8,5	8,4
Gasto governamental em saúde, em % do gasto total em saúde	41,3	43,3	40,1	41,7	41,6
Gasto privado em saúde, em % do gasto total em saúde	58,7	56,7	59,9	58,3	58,4
Gasto governamental em saúde, em % do gasto total do governo	4,4	5,1	4,7	5,1	5,4
Gasto total per capita em saúde (US\$)	229	279	388	490	606
Gasto governamental per capita em saúde (US\$)	95	121	156	204	252

Fonte: OMS, 2010a

No último ano da pesquisa, analisando-se os gastos em saúde dos países da América do Sul, o Brasil tem a segunda menor proporção de gasto governamental no total do gasto em saúde (41,6%), superando somente o Equador (39,1%) (Quadro 5). Considerando-se a porcentagem do gasto em saúde no total dos gastos públicos, o Brasil tem o menor percentual (5,4%), enquanto a Colômbia tem o maior (18,8%). Já o gasto per capita em saúde – que no Brasil foi US\$252,00 – foi inferior ao da Argentina, do Chile e do Uruguai. Em termos da porcentagem do PIB gasta em saúde entre os países da América do Sul, em 2007, o Brasil tem a segunda maior proporção (8,4%), inferior somente à da Argentina (10%).

Quadro 5 - Financiamento do setor saúde em países da América do Sul, em 2007

País	Gasto total em saúde, em % do PIB	Gasto governamental em saúde, em % do gasto total em saúde	Gasto governamental em saúde, em % do gasto total do governo	Gasto per capita em saúde (US\$)	Gasto governamental per capita em saúde (US\$)
Brasil	8,4	41,6	5,4	606	252
Argentina	10,0	50,8	13,9	663	336
Bolívia	5,0	69,2	9,9	69	47
Chile	6,2	58,7	17,9	615	361
Colômbia	6,1	84,2	18,8	284	239
Equador	5,8	39,1	7,4	200	78
Guiana	8,2	87,7	14,8	115	101
Paraguai	5,7	42,4	11,9	114	48
Peru	4,3	58,4	15,6	160	94
Suriname	7,6	47,4	13,3	361	171
Uruguai	8,0	74,0	17,3	582	431
Venezuela	5,8	46,5	7,1	477	222

Fonte: Adaptado de OMS, 2010a.

Ao se analisar os dados relativos aos anos de 2000 e 2007, encontrados em outra publicação da OMS (OMS, 2010b), observa-se que, dos 191 países cujos dados foram obtidos para ambos os períodos (2000 e 2007), o Brasil passou de 49^a para 43^a maior porcentagem do PIB utilizada em saúde, não tendo havido grande alteração na proporção do gasto governamental no total do gasto em saúde (40,0% em 2000 e 41,6% em 2007).

Deve-se atentar, contudo, que a comparação entre os países não deve ser feita de forma pragmática, já que as fontes de dados utilizadas pela OMS são variáveis e podem não seguir exatamente os mesmos critérios de cálculo dos gastos em todos os países. Em geral, foram utilizados, pela OMS, documentos oficiais de cada país, que podem ter variações quanto à metodologia de cálculo e quanto ao que é considerado como gasto em saúde, o que pode comprometer a comparação precisa dos dados. Mesmo assim, os dados apresentados pela Organização são norteadores da realidade encontrada nos países e, quando comparados, auxiliam nas discussões relativas ao sistema de proteção social em saúde.

De todo modo, considerando-se que os dados da OMS incluem os países desenvolvidos e que o Brasil é um país emergente ainda em processo de aprimoramento da gestão e de refinamento de seu sistema de saúde, é razoável que o País não figure entre os “melhores colocados” no ranking de gasto público em saúde. Porém, uma vez que o Sistema Único de Saúde foi constitucionalmente previsto como de caráter universal, integral e equânime, tais cifras financeiras parecem insuficientes para prover saúde de qualidade a toda a população.

Como consequência da insatisfação dos cidadãos com os serviços oferecidos pelo SUS, é conhecido o fato de grande número de brasileiros migrarem para os planos privados de saúde. Há atualmente, no País, 43,2 milhões de beneficiários de planos de saúde, número que, em comparação ao ano 2000, aumentou em 40,7% (MS, 2010d). Essa situação é também comprovada por dados da OMS (OMS, 2010b), que evidenciam alta participação do gasto com planos privados pré-pagos (39,4%) no total do gasto privado em saúde no Brasil, em 2007.

Em suma, é expressivo o aumento do gasto governamental em saúde ao longo dos anos, o que, contudo, ainda não é suficiente para o custeio integral das ações de saúde, conforme prevê a Constituição de 1988. Esse possível subfinanciamento público tem reflexos diretos na atenção especializada, por ser este o nível de atenção de maior custo na cadeia assistencial do SUS. Desse modo, a escassez de recursos para a saúde é um fator determinante

para a oferta de serviços de MAC em quantidade e qualidade suficientes para o atendimento da população.

Outra característica da atenção especializada diz respeito aos obstáculos impostos pela precariedade da rede pública de estabelecimentos de saúde em diversas categorias de assistência de MAC, em termos quantitativos. Atualmente, há uma dicotomia na provisão de serviços pelo SUS, visto que a atenção básica é oferecida mais frequentemente por unidades de saúde da rede pública, enquanto muitos dos serviços de média e alta complexidade são disponibilizados à população a partir da contratação de prestadores privados.

A Constituição Federal de 1988 prevê que, em caráter complementar, os serviços de saúde ofertados pelo SUS podem ser executados pela iniciativa privada. No entanto, em muitos casos, essa condição de complementaridade não é respeitada, pois os estabelecimentos privados constituem-se nos principais executores de determinados serviços no âmbito do SUS. Tal situação, apesar de em curto prazo significar a única possibilidade de atendimento à população, representa uma grande fragilidade do sistema público de saúde, que se torna dependente do setor privado (necessidade de compra de serviços).

Com efeito, há uma tendência de especialização do SUS na atenção básica e de provisão de serviços de MAC pelo setor privado de saúde, gerando o que alguns autores denominam de segmentação de clientela e de oferta de serviços. Segundo Santos e Gerschman (2004), no Brasil há uma disputa por esses segmentos de clientela e especializações na saúde, cujo resultado final (distribuição da provisão de serviços de saúde entre estabelecimentos públicos e privados) é determinado por critérios econômicos e políticos. É nesse contexto que os profissionais e o empresariado da saúde buscam formas de garantir seu financiamento público por meio de sua presença organizada nas arenas decisórias da área da saúde.

Para as autoras, as políticas de saúde formuladas nos últimos anos atendem aos interesses do empresariado nacional da saúde e propiciam a expansão do mercado privado, o que, até certo ponto, seria uma forma de garantir o financiamento na saúde para seus colégios eleitorais. Estabelecer-se-ia, desse modo, uma vinculação entre gestores da saúde (“tomadores de decisão”), grupos de interesse do setor privado e entes políticos, fator este determinante na formulação de políticas da atenção especializada. Ou seja, essas articulações entre público e privado e a disputa pela apropriação dos recursos federais da saúde têm impacto na condução da política de saúde brasileira (SOUZA; BODSTEIN, 2002).

As políticas públicas respondem aos grupos de interesse atuantes nas instâncias decisórias, às estratégias redistributivas sancionadas eleitoralmente e aos mecanismos de pactuação desenvolvidos, sendo importante o papel da burocracia técnica do Estado e dos

tomadores de decisão associados a esses grupos (RIBEIRO, 1997). Mas, na opinião de Bahia (2009, p. 759), essas influências não são neutras e admissíveis, pois

além das pautas conjuntas entre parlamentares e entidades de representação de interesses públicos e privados, os vínculos estabelecidos mediante as nomeações intermediadas por partidos políticos da base governista para os cargos do Ministério da Saúde e agências reguladoras estabelecem um fluxo político direto e permanente entre o Legislativo e o Executivo.

Perante essas possíveis articulações entre os gestores da saúde, os grupos de interesses privados (ex: prestadores de serviços, indústrias farmacêuticas e de equipamentos) e os detentores de cargos políticos, é difícil imaginar que as decisões relativas à condução das políticas de saúde sejam neutras. No entanto, o atendimento aos interesses desses grupos pode não corresponder ao atendimento às demandas da sociedade. Assim, a ampla atuação do setor privado no SUS por meio da prestação de serviços ou a partir de sua influência nas arenas decisórias das políticas públicas pode acabar gerando desvios na formulação e na implementação dessas políticas e, conseqüentemente, impactando na busca da universalidade e da equidade de acesso à saúde, já que os interesses de mercado não necessariamente estão em consonância com os interesses públicos.

No âmbito local, a partir do movimento de descentralização e municipalização, essa dinâmica da gestão da saúde também vem sendo influenciada pela participação dos gestores municipais nas arenas decisórias como responsáveis diretos pela administração do sistema de saúde. Sob essa perspectiva, no entanto, Arretche (2003) ressalta que existe um vácuo de conhecimento quanto às relações entre os gestores locais e os provedores de serviços e que a crença nos benefícios da descentralização não evidenciou, à época, a possibilidade de captura dos gestores locais por interesses privados (prestadores de serviços e empresariado da saúde).

Matos e Pompeu (2003) analisaram a relação entre os prestadores privados de serviços de saúde e o SUS e observaram que dos 23.791 estabelecimentos de saúde privados cadastrados no País, 11.293 (47,47%) prestavam algum tipo de serviço ao SUS. Ao se eliminar da amostra os consultórios particulares, esse número passou para 65,15%, e, considerando somente a rede hospitalar, o autor identificou que 78,71% dos hospitais especializados e 83,54% dos hospitais gerais estavam vinculados ao SUS. Em seguida, os autores levantaram a situação contratual dessa prestação de serviços ao SUS e identificaram que dos 3.547 contratos registrados no CNES⁶, apenas 1.481 haviam sido firmados após o ano 1998.

⁶ Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde: base de dados disponibilizada pelo Ministério da Saúde por meio da qual são registrados e consultados dados relativos aos estabelecimentos (públicos e privados) e

Ou seja, todos os outros contratos não somente estavam em situação irregular, por ter expirado seu período de vigência, como indicavam serem contratos firmados ainda no período de existência do INAMPS. Trata-se, então, de uma falha de regulação e de gestão, já que há normativos que determinam que a participação complementar dos serviços privados seja formalizada mediante contrato ou convênio (Lei nº 8.080/1990) e que os serviços contratados devem se submeter às normas técnicas e administrativas e aos princípios e diretrizes do SUS.

A realização de contratos entre gestores e prestadores é considerado pelo Ministério da Saúde como uma diretriz da política de regulação da atenção à saúde (MS, 2006a, p. 78).

Segundo o Ministério,

a contratação, para além do cumprimento legal da formalidade dos contratos, deve representar o pacto de compromissos entre gestores e desses com os prestadores, com a devida assunção de responsabilidades entre as partes. No contrato com prestadores, deve ficar claro que a oferta de serviços se dará conforme as diretrizes e ações do controle assistencial, regulação do acesso e avaliação.

Com efeito, a inexistência de contratos que estipulem o que está sendo contratado pelo gestor impossibilita que a administração pública exija os resultados acordados com o prestador, em termos qualitativos e quantitativos, além de permitir que o prestador interrompa a realização de serviços para o SUS, de forma unilateral, sem comunicação prévia e sem multas rescisórias. Assim, uma vez que a compra de serviços de saúde pelo SUS frequentemente ocorre de maneira não planejada (sem a identificação das demandas locais), o gestor torna-se refém da oferta do setor privado, sendo o sistema regido pela lógica da oferta. “Compra-se o que o prestador oferece, em detrimento de serviços que se coadunam com as reais necessidades da população” (MATOS; POMPEU, 2003, p. 637) Para esses autores, se a contratação de serviços privados de saúde fosse realizada pela lógica da demanda, muitos interesses seriam contrariados, visto que a precariedade dessa relação contratual remete à ausência de definições gerenciais motivadas e influenciadas, também, pelos interesses dos próprios prestadores.

Considerando essa possibilidade de captura dos governos pelo setor de saúde privado, Arretche (2003) questiona se as expansões do gasto e da produção de procedimentos de saúde seriam, de fato, um reflexo da melhoria do acesso e da qualidade dos serviços disponibilizados pelo SUS. Tal reflexão nos remete à discussão do modelo de financiamento da média e alta complexidade, que, ao se basear no pagamento por produção, poderia estimular as unidades prestadoras de serviços – UPS privadas a informarem aos gestores,

profissionais de saúde de todo o País., permitindo que os gestores conheçam a realidade da rede assistencial de seu território, auxiliando os processos de planejamento e a implementação das políticas de saúde.

como tendo sido realizados, um quantitativo de procedimentos superior ao que efetivamente foi produzido.

O pagamento por produção foi implantado em 1983 como um mecanismo de reembolso do INAMPS aos prestadores privados contratados pelos gestores públicos e, a partir de 1991, passou a ser adotado também como ferramenta de financiamento dos hospitais públicos de todo o País (VERAS; MARTINS, 1994), situação que vigora até os dias atuais. Assim, o cálculo do valor do repasse de recursos da União para os gestores locais e destes para os prestadores, baseia-se no quantitativo de procedimentos produzidos e registrados nos sistemas de informação oficiais (Sistema de Informação Ambulatorial – SIA e no Sistema de Informações Hospitalares – SIH). Entretanto, em seu estudo, Veras e Martins (1994) identificaram uma baixa confiabilidade dos dados do SIH quando comparados aos registros dos prontuários, no que tange a variáveis tais como o número de consultas médicas e de exames realizados e o diagnóstico informado. Assim, na opinião de Veras, o modelo de pagamento por produção pode influenciar a qualidade dos dados inseridos nesses sistemas de informação.

Cabe lembrar que o diagnóstico é a variável diretamente vinculada ao procedimento cadastrado nos sistemas de informação e, conseqüentemente, é determinante do valor do pagamento às instituições de saúde. De tal modo, pode haver o registro incorreto intencional do diagnóstico, por parte dos prestadores, com vistas a aumentar o valor do pagamento a ser recebido do gestor local. A baixa qualidade da informação sobre os diagnósticos registrados no SIH foi também observada por Martins, Travassos e Noronha (2001), que ressaltam a necessidade de adequações desse banco de dados para se aprimorar a utilização dos indicadores gerados a partir dele.

Por outro lado, há estudos que evidenciam que, em certos casos de discordância entre os dados do prontuário e os cadastrados nos sistemas de informação, os procedimentos cadastrados têm valores inferiores aos que foram, de fato, realizados (BITTENCOURT; CAMACHO; LEAL, 2006; VERAS; MARTINS, 1994). Além disso, há também situações de elevado sub-registro dos diagnósticos secundários identificados nas internações hospitalares.

A confiabilidade e a fidedignidade dos dados relativos aos procedimentos de média e alta complexidade constantes no SIA e no SIH foram objeto de estudo de diversos autores. Bittencourt, Camacho e Leal (2006) sintetizaram as vantagens e limitações do uso do SIH, a partir do levantamento das publicações científicas sobre o assunto, e concluíram que os maiores problemas de confiabilidade dos dados do SIH estão relacionados ao diagnóstico na internação, devido à insuficiência de informações no prontuário do paciente, aos problemas de

codificação de diagnóstico conforme a Classificação Internacional de Doenças e às fraudes realizadas para aumentar os valores de pagamento pelas internações.

Outros pesquisadores também observaram que há limitações na qualidade da informação disponível nos sistemas oficiais (MARTINS; TRAVASSOS; NORONHA, 2001; VERAS; MARTINS, 1994). Assim, apesar de serem ferramentas fundamentais para o diagnóstico situacional e para o planejamento das ações de saúde no País, a consistência dos dados disponíveis nessas bases sofre grandes variações conforme a natureza jurídica da instituição de saúde informante, o município e/ou região do País e o tipo e a complexidade dos procedimentos realizados (RIBEIRO, 2009).

Sob essa ótica do custeio da MAC, o estudo de Matos e Pompeu (2003) evidencia que, no período analisado, o valor total das AIH⁷ faturado pelos hospitais privados foi o dobro daquele faturado pelos públicos e que o valor médio dessas AIH foi maior nos estabelecimentos privados que nos públicos (R\$ 428,41 e R\$ 382,19 respectivamente). Tais resultados, em parte, podem ser um reflexo de menor comprometimento dos hospitais públicos em registrar todas as AIH e procedimentos realizados, já que, por se tratarem de instituições da rede própria do SUS, serão custeados com recursos públicos independente de notificarem ou não, com rigor, o número de procedimentos que foram realizados. Por motivos opostos, os estabelecimentos da rede privada são mais rigorosos quanto a esta notificação, pois somente receberão o pagamento por aqueles procedimentos registrados nos sistemas oficiais como tendo sido realizados.

Contudo, sabe-se que há prestadores que informam ter executado um número de procedimentos de saúde superior àquele produzido na realidade ou que registram, nos bancos de dados oficiais, os procedimentos cujo pagamento pelo SUS é de maior valor (VERAS; MARTINS, 1994). Valendo-se da incapacidade regulatória de muitos estados e municípios, essa supernotificação, pelos prestadores privados, além de causar prejuízos ao SUS, gera inconsistências nas bases de dados oficiais e prejudica o planejamento das ações de saúde pelos gestores. Cabe ressaltar, no entanto, que essa situação está longe de ser uma regra, já que essa conduta não se aplica, de forma alguma, a todos os estabelecimentos de saúde que prestam serviços ao SUS.

⁷ Autorização de Internação Hospitalar: formulário básico de registro dos dados relativos a uma internação hospitalar que subsidia o cadastro dos dados do Sistema de Informações Hospitalares – SIH. Inicialmente produzido para controlar e fiscalizar as internações hospitalares, é principalmente um instrumento para operacionalizar os pagamentos dos procedimentos de saúde. Toda internação hospitalar realizada no SUS deve estar vinculada a uma AIH.

Retomando-se, então, à discussão sobre a atuação da iniciativa privada no SUS, seria um exagero considerar que toda participação do setor privado no SUS seja negativa. É certo que há prestadores privados de serviços de saúde que, apesar de terem fins lucrativos (o que é esperado, pois estão inseridos no mercado de saúde), desempenham suas atividades com qualidade e realizam, de fato, os serviços comprados pelo SUS, sendo habilitados e contratados para prover esses serviços de saúde sem que haja interferências políticas ou de mercado nesse processo. Além disso, a participação desses entes privados nas arenas decisórias não necessariamente é negativa, pois as interações entre gestores e setor privado de saúde são oportunidades de troca de experiências e de construção conjunta do sistema de saúde brasileiro. O que não pode ocorrer é a interferência do setor privado sem que se busque o interesse público.

Na verdade, a expressiva prestação de serviços de saúde públicos pelo setor privado não seria um ponto de fragilidade da MAC se a capacidade regulatória do Estado fosse mais robusta (desconsiderando-se a questão constitucional de complementaridade, obviamente), e se fosse maior o insulamento burocrático das instituições gestoras da saúde. Assim, a partir da regulação concreta do Estado, seria possível o monitoramento dos serviços prestados pelos estabelecimentos privados, garantindo melhor qualidade da oferta de saúde pelo SUS. De maneira complementar, estando o corpo técnico gestor da saúde blindado às pressões políticas e econômicas (do empresariado privado), as decisões relativas à saúde estariam baseadas exclusivamente em questões técnicas e financeiras, de forma a atender somente aos interesses da população.

Nesse contexto, é papel do gestor garantir a qualidade do gasto público e, no caso da saúde, isso depende de sua efetiva regulação em diversas etapas da implementação das políticas públicas. Quanto mais intensa for a aplicação de mecanismos de regulação pelo Estado, melhores devem ser os resultados das políticas de saúde em termos de qualidade, equidade e acesso (CONASS, 2007), pois a regulação aprimora o processo de gestão, otimizando a aplicação dos recursos e qualificando o acesso dos usuários do SUS às ações de saúde.

Entretanto, a capacidade de gestão e de regulação dos diversos entes federados é bastante desigual. Segundo o Ministério da Saúde, a organização das redes de serviços de saúde e o planejamento das ações, muitas vezes, ocorrem de forma fragmentada ou parcial, o que reflete “[...] nítidas barreiras físicas e burocráticas ao acesso da população às ações e serviços, apesar da expansão da rede observada nos últimos anos” (MS, 2006b, p. 7). Por essa

razão, vem sendo implantada a Política Nacional de Regulação, como uma tentativa de fortalecimento da capacidade regulatória brasileira na área da saúde.

Sob essa perspectiva regulatória, os estabelecimentos privados vinculados ao SUS, seja por meio de contrato (serviços lucrativos), convênio (instituições filantrópicas), ou contrato de gestão, devem submeter-se à regulação, fiscalização, controle e avaliação do gestor público (CONASS, 2007). No entanto, cabe ao Estado a estruturação desse sistema regulatório, que, segundo a NOAS, deve disponibilizar a alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada.

Todos os fatores discutidos anteriormente, ao influenciarem a implementação e os resultados das políticas de atenção especializada no SUS, têm impacto, em maior ou menor intensidade, na oferta de serviços à população. Essa é, então, a principal fragilidade da MAC: a divergência entre a oferta e a demanda de procedimentos de saúde, a iniquidade de acesso. Em um contexto de aumento da demanda em saúde, de alto custo dos serviços, de escassez de financiamento e de extensa atuação do setor privado na prestação de serviços sem a devida regulação de sua atuação, a disponibilização de procedimentos de MAC configura-se, atualmente, como a principal barreira de acesso da população ao atendimento assistencial do SUS.

Em uma publicação conjunta do Ministério da Saúde e da Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS, intitulada “Epidemiologia das Desigualdades em Saúde no Brasil – Um Estudo Exploratório” (OPAS, 2002), foram analisadas as desigualdades relacionadas à oferta e à cobertura do sistema de saúde brasileiro a partir dos seguintes indicadores: 1) razão do número de médicos e razão de leitos hospitalares (totais e de UTI) vinculados ao SUS, por 1.000 habitantes; e 2) proporção de pacientes atendidos por terapia renal substitutiva (TRS).

Em relação ao primeiro indicador, identificou-se que, no País, a razão do número de médicos era de 1,3 por 1.000 habitantes, variando de 0,4 (Maranhão) a 3,2 (Distrito Federal). Em termos de distribuição regional, a Região Sudeste apresentou 2,7 vezes mais médicos por habitantes (1,7 médicos por 1.000 habitantes) que a Região Norte (0,6 médicos por 1.000 habitantes). O estudo mostrou também que, além das desigualdades regionais, há grandes disparidades entre estados da mesma região no que tange ao quantitativo de médicos.

A mesma situação foi observada na distribuição de leitos hospitalares: enquanto a média nacional foi de 3 leitos por 1.000 habitantes, Amazonas e Amapá apresentavam 1,8 e Goiás 4,5 leitos por 1.000 habitantes. No que se refere ao número de leitos em unidades de tratamento intensivo – UTI, a desigualdade se manteve, pois a maioria dos estados das

Regiões Norte e Nordeste obteve resultados inferiores à média nacional de 6,8 leitos de UTI por 1.000 habitantes. Em relação à proporção de pacientes atendidos por TRS, indicador que foi utilizado como marcador de acesso a procedimentos de alta complexidade, evidenciou-se, novamente, que os estados das Regiões Sul e Sudeste apresentaram melhores resultados que as demais regiões do País.

Esses resultados demonstram que, apesar de o número médio de médicos no Brasil estar em conformidade com o preconizado pela Organização Mundial da Saúde (1 médico para cada 1.000 habitantes), isso não representa a realidade de todo o País, pois é muito expressiva a desigualdade de oferta de serviços de saúde no território nacional, seja entre as regiões ou entre os estados da federação. Apesar de não ter sido objeto do referido estudo, cabe considerar, ainda, as extensas disparidades existentes entre os municípios. Além disso, a depender do procedimento de saúde em questão, essa iniquidade de acesso torna-se ainda mais acentuada. De todo modo, é inegável a deficiência de oferta e a desigualdade de acesso a serviços de MAC, no País, o que gera distorções no fluxo de referência dos pacientes e a impossibilidade de atendimento de toda a demanda.

Em suma, analisando-se os dilemas da atenção especializada, pode-se destacar: 1) a dependência, do SUS, da compra de serviços de saúde para o atendimento da população; 2) a influência do empresariado da saúde na condução das políticas públicas; 3) a deficiência de regulação dos serviços prestados pelo setor privado; 4) a inexistência de acordos contratuais legais entre o SUS e os prestadores privados; 5) o precário insulamento burocrático da administração pública na área da saúde; 6) o subfinanciamento da saúde; e, como consequência de todos esses fatores, 7) a restrição e a desigualdade de acesso à assistência de média e alta complexidade em saúde.

A manutenção da necessidade de compra de serviços privados para o atendimento da população impõe ao SUS a constante pressão do empresariado da saúde, que acaba atuando, de maneiras e com intensidades diversas, na formulação e na implementação das políticas de saúde. Por esse motivo, é necessário o estabelecimento de contratos e regras claras para a transferência de recursos públicos ao setor privado, pois isso significaria maior responsabilização dos gestores e dos prestadores e, conseqüentemente, seria um passo para a melhoria da qualidade da assistência (MATOS; POMPEU, 2003).

De fato, nas últimas décadas, o setor privado prestador de serviços ao SUS vem influenciando a condução das políticas de saúde, sendo necessária a identificação se essa tendência leva ao aumento da eficácia, da eficiência e da equidade no SUS, ou se gera somente a privatização da saúde pública no País (SOUZA; BODSTEIN, 2002). Nesse

contexto, o desenvolvimento de estratégias para a ampliação e qualificação da rede pública de serviços de saúde e para o aprimoramento da regulação são fundamentais para que o SUS possa se autogovernar.

Uma vez que um montante significativo dos procedimentos de saúde de MAC é realizado pelas UPS privadas, é fundamental o aprimoramento dos mecanismos regulatórios do SUS, com vistas a garantir não somente que os serviços estejam, de fato, sendo prestados à população, como também que a qualidade dessa assistência seja satisfatória.

Além disso, em virtude da falta de insulamento burocrático das instâncias gestoras do SUS, é necessária a adequação das formas de provimento, à carreira pública, dos profissionais responsáveis pela condução das políticas de saúde, com o intuito de blindar a administração contra a interferência de grupos cujos interesses não sejam públicos.

Já sobre a hipótese de subfinanciamento da saúde assinalada por diversos autores e gestores, parece verdadeira a afirmação relativa à necessidade de ampliação dos recursos destinados à saúde, já que a proporção do PIB nacional e o valor per capita gasto com saúde, no Brasil, ainda são inferiores aos de diversos países da OCDE⁸ (SANTOS, 2010) e que as demandas de saúde da população não vêm sendo atendidas a contento.

Todavia, cabe considerar que somente seria possível mensurar com precisão a real necessidade de aumento desse montante financeiro após 1) o dimensionamento concreto dos pontos frágeis do sistema em termos da disponibilização e da qualidade dos serviços; 2) a validação dos bancos de dados referentes ao número de procedimentos de saúde efetivamente realizados no País; e 3) a quantificação e qualificação da demanda reprimida. Sendo assim, outra importante etapa para o aprimoramento da atenção especializada é o levantamento do estágio de implementação das políticas públicas de MAC e a identificação das demandas de saúde da população, que são etapas cruciais para o planejamento das ações e para a redução das deficiências do sistema.

As demandas de saúde são e sempre serão infinitas, enquanto os recursos para o seu financiamento são limitados. Assim, é um grande desafio para esse país federativo, de dimensões continentais e diferenças regionais tão expressivas – no qual a implantação do

⁸ A Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico – OCDE é uma organização que reúne os governos de países comprometidos com a democracia e o mercado econômico de todo o mundo para apoiar o crescimento econômico sustentável, alavancar o emprego, aumentar os padrões de vida, manter a estabilidade financeira, auxiliar os países em seu desenvolvimento econômico e contribuir para ampliação do comércio mundial. A Organização utiliza informações para auxiliar os governos na luta contra a pobreza por meio do crescimento econômico e da estabilidade financeira.

sistema de saúde universal é relativamente recente – proporcionar à população o acesso equânime a serviços de saúde de boa qualidade.

Equacionar as contradições da média e alta complexidade é uma tarefa complexa e de longo prazo, que envolve a participação da sociedade, da comunidade científica e dos governantes (e porque não também do setor privado de saúde). A reestruturação do modelo de atenção especializada depende não somente da redução da dependência do SUS ao setor privado, mas também do aprimoramento dos mecanismos regulatórios e do planejamento e do monitoramento das ações de saúde, de forma a melhorar a qualidade do gasto público e a ampliar o acesso da população à assistência à saúde.

Sob essa perspectiva do planejamento e do monitoramento dos programas de governo, no tópico a seguir serão abordadas: 1) a magnitude da MAC em termos orçamentários e de produção de procedimentos e 2) como a atenção especializada está inserida no contexto do PPA 2008-2011.

A magnitude da atenção especializada e sua inserção no Plano Plurianual 2008-2011

As políticas nacionais de assistência à saúde desenvolvidas pelo Ministério da Saúde estão contempladas em dois grandes eixos: a atenção básica e a especializada. A atenção básica será abordada nesse tópico apenas como um ponto de comparação com a MAC em termos orçamentários, já que esses dois níveis de atenção correspondem aos programas estruturantes da assistência à saúde no País.

Ambos são coordenados, em nível nacional, pela Secretaria de Atenção à Saúde – SAS e têm como finalidade ofertar ações e serviços de saúde à população, sejam eles preventivos ou curativos, ambulatoriais ou hospitalares. Sendo programas finalísticos e de duração continuada, estão contemplados no Plano Plurianual 2008-2011, no qual recebem a seguinte descrição: 1) Programa 1214 – Atenção Básica em Saúde; e 2) Programa 1220 – Assistência Ambulatorial e Hospitalar Especializada. No Plano Plurianual estão estabelecidas, também, as ações de governo que compõem cada um desses programas e os indicadores e metas utilizados para o monitoramento de sua implementação.

No PPA 2008-2011, o Programa Assistência Ambulatorial e Hospitalar Especializada está contemplado no seguinte Objetivo de Governo: “Promover o acesso com qualidade à Seguridade Social, sob a perspectiva da universalidade e da equidade, assegurando-se o seu caráter democrático e a descentralização”, cujo Objetivo Setorial é “Ampliar o acesso da população aos serviços de que necessita e promover a qualidade e a humanização na atenção à

saúde”. Já o objetivo específico do programa é “Ampliar o acesso da população aos serviços ambulatoriais e hospitalares do Sistema Único de Saúde, na busca da equidade, da redução das desigualdades regionais e da humanização de sua prestação”.

O Programa 1220 - Assistência Ambulatorial e Hospitalar Especializada é composto, no PPA 2008-2011, por vinte e quatro ações de governo, conforme apresentado no Anexo B. Dentre elas, a Ação 1220.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade é a principal, pois por meio dela é financiada a maior parte dos procedimentos da atenção especializada.

Para o financiamento da MAC e da atenção básica são estabelecidas no PPA as previsões orçamentárias plurianuais que orientam a definição das dotações orçamentárias anuais, definidas na LOA. Juntos, esses programas dispõem, em média, de cerca de 67 % do orçamento anual do Ministério da Saúde, o que demonstra a grande responsabilidade da SAS como gestora desses dois níveis de atenção (Tabela 1).

Nas tabelas e gráficos a seguir estão apresentadas as dotações orçamentárias do Ministério da Saúde, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Programa da Assistência Ambulatorial e Hospitalar Especializada e do Programa Atenção Básica em Saúde, no período de 2005 a 2010, cuja fonte de dados é o Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal – SIAFI. Foi optado pelo período de seis anos para que, de cada PPA (2004-2007 e 2008-2011), fosse considerado o mesmo intervalo de tempo (três anos).

Antes de passarmos à descrição dos dados, são necessários três esclarecimentos: 1) para o levantamento do orçamento do Ministério da Saúde, foram consideradas somente as unidades da administração direta, tendo sido excluídas do cálculo instituições tais como a Agência Nacional de Vigilância Sanitária e a Agência Nacional de Saúde Suplementar; 2) no orçamento da atenção especializada para o período de 2005 a 2007 foram considerados os três programas que no PPA 2004-2007 correspondiam à assistência de média e alta complexidade (Programa 1220 - Atenção Hospitalar e Ambulatorial no Sistema Único de Saúde, o Programa 1216 - Atenção Especializada em Saúde e o Programa 1218 - Doação, Captação e Transplante de Órgãos e Tecidos), enquanto no período de 2008 a 2010 a MAC está representada somente pelo Programa 1220 – Assistência Ambulatorial e Hospitalar Especializada; e por fim, 3) os números estão apresentados de forma bruta, não tendo sido aplicados deflatores com o intuito de dar liberdade ao leitor para utilizar o que mais lhe convier. Mesmo assim, ao final da Tabela 1, estão descritos os valores do Índice Nacional de Preços ao Consumidor – IPCA para o período em questão.

Conforme demonstrado na Tabela 1 e no Gráfico 1, em 2010⁹, a dotação orçamentária destinada à atenção especializada é da ordem de R\$ 30,90 bilhões, o que corresponde a mais da metade do orçamento do Ministério da Saúde (R\$59,74 bilhões). Ao longo dos últimos seis anos, a proporção do orçamento da média e alta complexidade no orçamento total do Ministério da Saúde variou de 47,53% a 52,59%, enquanto a dotação da atenção básica correspondeu a 14,85 a 17,35% do total. Já a proporção do orçamento da Secretaria de Atenção à Saúde (somatórios dos programas coordenados pela SAS), de 2005 a 2010, correspondeu, em média, a 68,56% da previsão orçamentária do Ministério da Saúde.

Observa-se, ainda, que comparando o orçamento de 2005 com os orçamentos de 2006 a 2010, enquanto o aumento da dotação do Ministério da Saúde (de 2005 a 2010) foi de 59,21% (sem o uso de deflatores), para a MAC foi de 73,26% e para a atenção básica de 86,00% (Quadro 6 e Gráfico 2). Essa maior proporção de elevação no orçamento da atenção básica pode se justificar por um subfinanciamento prévio e pela maior necessidade de ajustes da dotação orçamentária desse programa.

Os recursos aplicados na atenção especializada destinaram-se fundamentalmente à realização de procedimentos de MAC. Em 2009, foram produzidos 1,64 bilhões de procedimentos de saúde, sendo 944,56 milhões de média e 661,62 milhões de alta complexidade. Os procedimentos de alta complexidade corresponderam a 40,31% do total de procedimentos realizados e consumiram 34,42% dos recursos utilizados. Entre os procedimentos hospitalares, aos de alta complexidade (4,54% do total) foram destinados 22,39% dos recursos, conforme demonstrado na Tabela 2¹⁰.

⁹ Nesse estudo, a dotação orçamentária do ano 2010 representa a previsão orçamentária de todo o ano definida até setembro de 2010, o que pode sofrer acréscimos ou reduções até o final do exercício.

¹⁰ A diferença entre a dotação orçamentária do Programa Assistência Ambulatorial e Hospitalar Especializada (R\$ 29,06 bilhões), em 2009, e o gasto total com procedimentos de média e alta complexidade (R\$23,85 bilhões), em 2009, corresponde ao orçamento destinado às outras ações do Programa que não custeiam procedimentos de MAC e ao orçamento que, apesar de disponibilizado, não foi utilizado nesse exercício financeiro.

Tabela 1 - Dotações orçamentárias da atenção especializada, da atenção básica e da Secretaria de Atenção à Saúde, em bilhões de reais, e sua proporção no orçamento total do Ministério da Saúde, no período de 2005 a 2010

	2005	%	2006	%	2007	%	2008	%	2009	%	2010**	%	% Média
Atenção especializada*	17,84	47,53	20,01	49,42	23,42	51,02	26,17	52,59	29,06	51,69	30,90	51,72	50,66
Atenção básica	5,57	14,85	6,68	16,50	7,91	17,23	8,59	17,27	9,37	16,68	10,37	17,35	16,65
Secretaria de Atenção à Saúde	24,06	64,11	27,41	67,71	32,14	70,03	35,10	70,55	38,84	69,10	41,75	69,87	68,56
Ministério da Saúde	37,53	100,00	40,48	100,00	45,89	100,00	49,76	100,00	56,21	100,00	59,74	100,00	-

Fonte: SIAFI

* Uma vez que no PPA 2004-2007, a média e alta complexidade estava contemplada em três diferentes programas, nesse levantamento foram considerados como atenção especializada, para o período de 2005 a 2007, o Programa 1220 - Atenção Hospitalar e Ambulatorial no Sistema Único de Saúde, o Programa 1216 - Atenção Especializada em Saúde e o Programa 1218 - Doação, Captação e Transplante de Órgãos e Tecidos.

** A dotação orçamentária de 2010 refere-se àquela definida, até o mês de setembro/2010, para todo o exercício.

*** Índice Nacional de Preços ao Consumidor - IPCA anual: 2005 = 5,69; 2006 = 3,14; 2007 = 4,46; 2008 = 5,90 2009: 4,31; 2010: 3,60 (até setembro/2010).

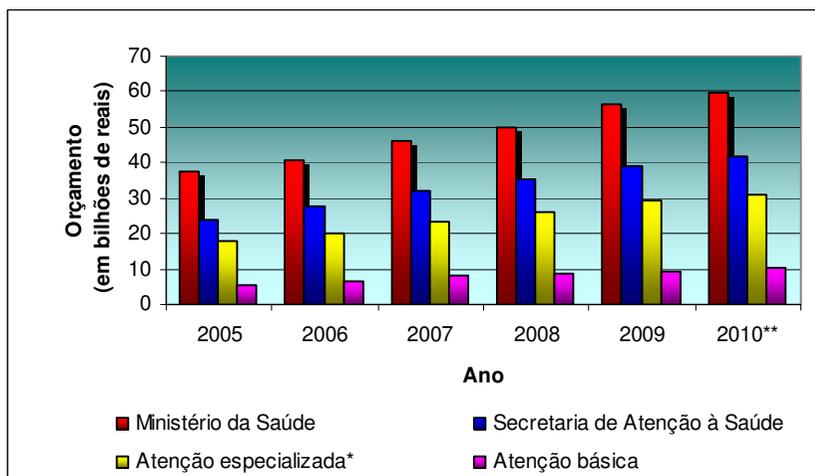


Gráfico 1 - Dotações orçamentárias federais da saúde, no período de 2005 a 2010

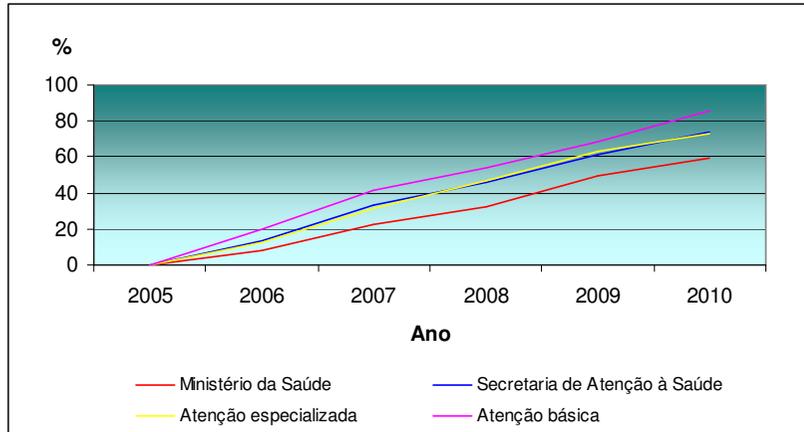


Gráfico 2 - Porcentagem de aumento da previsão orçamentária do Ministério da Saúde, de 2006 a 2010, em relação ao orçamento de 2005

Quadro 6 - Porcentagem de aumento dos orçamentos no Ministério da Saúde, de 2006 a 2010, em relação ao orçamento de 2005

Ano	2006	2007	2008	2009	2010**
Atenção especializada*	12,16	31,29	46,71	62,90	73,26
Atenção básica	19,83	41,85	54,13	68,17	86,00
Secretaria de Atenção à Saúde	13,94	33,59	45,90	61,46	73,51
Ministério da Saúde	7,88	22,30	32,60	49,81	59,21

Fonte: SIAFI

* Uma vez que no PPA 2004-2007, a atenção especializada estava contemplada em três diferentes programas, nesse levantamento foram considerados como média e alta complexidade, para o período de 2005 a 2007, o Programa 1220 - Atenção Hospitalar e Ambulatorial no Sistema Único de Saúde, o Programa 1216 - Atenção Especializada em Saúde e o Programa 1218 - Doação, Captação e Transplante de Órgãos e Tecidos

** A dotação orçamentária de 2010 refere-se àquela definida, até o mês de setembro/2010, para todo o exercício.

*** Índice Nacional de Preços ao Consumidor - IPCA anual: 2005 = 5,69; 2006 = 3,14; 2007 = 4,46; 2008 = 5,90; 2009: 4,31; 2010: 3,60 (até setembro/2010).

Tabela 2 - Quantitativo de procedimentos de média e alta complexidade realizados pelo SUS e os recursos aplicados para sua realização, em 2009

Complexidade	AMBULATORIAIS				HOSPITALARES				TOTAL			
	Nº de procedimentos (milhões)		Recurso (bilhões)		Nº de procedimentos (milhões)		Recurso (bilhões)		Nº de procedimentos (milhões)		Recurso (bilhões)	
	Qtde	%	\$	%	Qtde	%	\$	%	Qtde	%	\$	%
Média	933,66	57,29	7,32	53,11	10,90	95,46	7,81	77,61	944,56	57,55	15,13	63,45
Alta	661,10	40,56	5,96	43,21	0,52	4,54	2,25	22,39	661,62	40,31	8,21	34,42
Não se aplica*	35,05	2,15	0,51	3,68	-	-	-	-	35,05	2,14	0,51	2,13
Total	1.629,81	100,00	13,79	100,00	11,42	100,00	10,06	100,00	1.641,23	100,00	23,85	100,00

Fonte: DATASUS

*Estão categorizados como “Não se aplica” os procedimentos que, na Tabela Unificada de Procedimentos – TUP do SUS, não foram classificados como sendo de média ou de alta complexidade, apesar de integrarem a atenção especializada em saúde.

Os recursos destinados aos procedimentos de média complexidade ambulatoriais e hospitalares são semelhantes (R\$ 7,32 e R\$ 7,81 bilhões, respectivamente). No entanto, o quantitativo de procedimentos ambulatoriais realizados é cerca de 85 vezes o de procedimentos hospitalares, evidenciando que estes têm valor médio unitário muito mais elevado. No Quadro 7 estão apresentados os valores médios dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares da atenção especializada, em 2008 e 2009.

Quadro 7 - Valores unitários médios transferidos pelo Ministério da Saúde para o custeio dos procedimentos especializados realizados pelo SUS, em 2008 e 2009

Ano	Média Complexidade		Alta Complexidade	
	Ambulatorial	Hospitalar	Ambulatorial	Hospitalar
2008	R\$ 7,56	R\$ 609,07	R\$ 9,13	R\$ 3.791,67
2009	R\$ 7,84	R\$ 715,92	R\$ 9,01	R\$ 4.339,99

Fonte: DATASUS

Observa-se, assim, a magnitude da atenção especializada, tanto em termos orçamentários como em relação ao quantitativo de procedimentos de saúde realizados ao longo de um ano. Esses fatores, assim como a complexidade e as fragilidades da implementação desse programa e o fato de a MAC ser, em muitos casos, uma barreira de acesso ao sistema de saúde brasileiro, são as razões pelas quais a assistência de média e alta complexidade foi escolhida como objeto deste estudo.

Sabe-se, contudo, que a atenção básica também apresenta gargalos de acesso, apesar de ser fundamental para a assistência integral dos usuários do SUS e de se pretender como a principal porta de entrada do sistema. A ampliação da cobertura desse nível de atenção, no entanto, também implica a geração de maior demanda por procedimentos de MAC, tais como exames complementares e consultas especializadas. Assim, a melhor estruturação da atenção básica acaba, de todo modo, impactando na atenção especializada, que continuamente necessita se ajustar às demandas de saúde da população.

Por esta e pelas razões já citadas anteriormente, optou-se por avaliar a atenção especializada nesta pesquisa. Devido à importância, à magnitude e à complexidade de operacionalização desse nível de atenção, é fundamental que seja realizado o monitoramento de sua implementação e, para isso, é necessária a utilização de indicadores que demonstrem os resultados do programa.

Para o monitoramento do Programa Assistência Ambulatorial e Hospitalar Especializada ao longo do PPA 2008-2011, foram propostos seis indicadores pelo Ministério

da Saúde, quais sejam: 1) Índice de cobertura de Centros de Atenção Psicossocial; 2) Índice de consulta por habitante; 3) Índice de leitos disponibilizados; 4) Índice de transplantes realizados no SUS; 5) Quociente de internação hospitalar no SUS; e 6) Taxa de participação dos Serviços extra-hospitalares de atenção psicossocial no gasto total com atenção psiquiátrica. Esses serão, então, os indicadores objeto deste estudo.

INFORMAÇÕES OBJETIVAS DE DADOS PÚBLICOS SOBRE OS INDICADORES DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA DESCRITOS NO PLANO PLURIANUAL 2008-2011

Com o intuito de verificar os resultados dos indicadores do PPA 2008-2011 ao longo dos anos e as formas de divulgação desses dados pela SAS, foram realizadas pesquisas por meio do endereço eletrônico do Ministério da Saúde (www.saude.gov.br) e do Google, nas quais foram utilizadas as seguintes palavras e/ou termos de busca: *indicadores, Plano Plurianual, PPA, Secretaria de Atenção à Saúde, SAS e Relatório de Gestão*.

No endereço do Ministério, na pesquisa pelo termo *indicador*, realizada no dia 24/07/10, foram encontrados 858 links. Em seguida, foram acessados todos os arquivos e textos disponibilizados nas referidas páginas e, naqueles relativos à SAS, foram pesquisadas as palavras PPA, Plano Plurianual e indicador. Entre os documentos encontrados, destaca-se a publicação “Painel de Indicadores do SUS” (MS, 2006 a 2009. 6v.), lançada em seis volumes, no período de agosto de 2006 a novembro de 2009. Nesses painéis, não foi feita referência aos indicadores do PPA para a atenção especializada, apesar de em alguns volumes terem sido citados indicadores relativos à média e alta complexidade (ex: proporção de hospitais que aderiram à política de contratualização – Vol. 1, dados sobre os Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) – Vol. 3, número de transplantes realizados no País – Vol. 6).

Além desse, foi encontrado, também, o livro “Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações”¹¹, da Rede Interagencial de Informação para a Saúde – Ripsa¹² (RIPSA, 2008), que aborda indicadores de cobertura semelhantes a alguns dos indicadores da atenção especializada no PPA, mas que não apresenta os resultados obtidos nos exercícios 2008-2011 (PPA atual). Os resultados da RIPSA contemplam o período de 1995 a 2005, podendo, então, ser comparados aos resultados dos indicadores apresentados em outros

¹¹ Essa publicação, referência nacional para a discussão de indicadores para a saúde, apresenta 120 indicadores classificados em demográficos, socioeconômicos, de mortalidade, de morbidade e fatores de risco, de recursos e de cobertura. Elaborada de forma bastante criteriosa, apresenta, para cada indicador, sua conceituação, forma de interpretação, usos, limitações, fonte de dados, método de cálculo e categorias sugeridas para análise.

¹² A RIPSA foi instituída por uma iniciativa conjunta do Ministério da Saúde - MS e da Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS e tem como colaboradores profissionais de órgãos governamentais (ex: MS, IBGE e IPEA), instituições de ensino e pesquisa (ex: UFMG, USP, UnB), associações científicas e de classe, Conass, Conasems e OPAS.

documentos oficiais do MS para esse período, tal como o Relatório de Gestão – RG¹³ (MS, 2006c) da SAS de 2005.

Em ambos os documentos (livro da RIPSAs e RG 2005) foi utilizado o indicador “Número de consultas médicas por habitante”, apesar de no RG 2005 sua denominação ser “Índice de consulta por habitante”. Nos dois casos, as fontes dos dados para a construção do indicador foram o Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA, do Ministério da Saúde, e a base demográfica do IBGE, e como fórmula de cálculo foi estabelecida a seguinte equação: número total de consultas médicas no SUS, dividido pela população total residente no País. No Quadro 8 estão apresentados os resultados obtidos pela RIPSAs para o período de 1995 a 2005.

Quadro 8 - Número de consultas médicas (SUS) por habitante, em anos alternados, segundo região. Brasil, 1995 a 2005

Regiões	1995	1997	1999	2001	2003	2005
Brasil	2,2	2,3	2,3	2,4	2,5	2,5
Norte	1,3	1,4	1,5	1,6	1,8	2,0
Nordeste	1,9	2,1	2,1	2,2	2,3	2,2
Sudeste	2,6	2,6	2,7	2,8	2,9	2,9
Sul	2,1	2,0	2,1	2,4	2,4	2,3
Centro-Oeste	2,3	2,1	2,1	2,4	2,4	2,4

Fonte: RIPSAs, 2008

Contudo, o resultado desse indicador é diferente em cada um dos documentos. Para o ano 2005, na publicação da RIPSAs, foram calculadas 2,5 consultas por habitante, enquanto no RG da SAS de 2005, o resultado foi 1,85 consultas por habitante. Entretanto, visto que as fórmulas de cálculo e as fontes de dados utilizadas nos dois casos são as mesmas, era esperado que os resultados fossem semelhantes, o que não ocorreu. Analisando-se a publicação da RIPSAs e o Relatório de Gestão da SAS, não foi possível identificar com precisão quais os fatores ou critérios que possam ter interferido no cálculo e levado à obtenção de resultados divergentes.

¹³ O Relatório de Gestão – RG é um documento elaborado anualmente pelos órgãos e entidades da administração pública federal direta ou indireta, no qual são apresentados dados e informações relativos à gestão pública realizada ao longo de um exercício. A cada ano, normativos publicados pelo Tribunal de Contas da União – TCU determinam o conteúdo a ser abordado no RG, que em geral contempla dados sobre previsão e execução orçamentárias, metas físicas e financeiras, indicadores do PPA e composição de recursos humanos, entre outros assuntos. Segundo a Instrução Normativa TCU nº 57/2008, o Relatório de Gestão é definido como o conjunto de documentos, informações e demonstrativos de natureza contábil, financeira, orçamentária, operacional ou patrimonial relativos à gestão dos responsáveis por uma ou mais unidades jurisdicionadas, organizado de forma a possibilitar a visão sistêmica da conformidade e do **desempenho desta gestão**.

É possível que, enquanto a RIPSAs utilizou como denominador do indicador todas as consultas informadas no SIA, tendo elas sido ou não aprovadas, a SAS (em seu Relatório de Gestão) tenha utilizado para cálculo do indicador somente as consultas aprovadas, cujo custeio foi co-financiado por recursos federais¹⁴.

Outra hipótese seria a de divergência entre os procedimentos considerados como consulta médica em cada publicação. O documento da RIPSAs, por se tratar de uma publicação de cunho científico, apresenta em detalhes quais procedimentos da Tabela do SUS foram utilizados para o cálculo do indicador (RIPSAs, 2008, p. 308). Porém, no RG 2005 da SAS, esta informação não está disponível, o que inviabiliza a análise detalhada do resultado e sua comparação com outros dados públicos.

Há ainda a possibilidade de terem sido utilizadas bases populacionais diferentes em cada uma das aferições do indicador. No entanto, a variação dessas bases não é suficiente para justificar tamanha divergência entre os resultados encontrados nas duas publicações.

A realização de entrevistas com os responsáveis pela elaboração dos dois documentos poderia comprovar alguma dessas hipóteses e solucionar a questão. De todo modo, permaneceria a necessidade de inclusão, nessas publicações oficiais, de maiores detalhes sobre a metodologia de aferição dos indicadores, de forma a maximizar a interpretação de seus resultados.

Cabe ressaltar que tanto a publicação da RIPSAs quanto o RG da SAS são publicações oficiais do Ministério da Saúde que, no entanto, apresentam resultados discordantes para o mesmo indicador “Número de consultas médicas por habitante”. Observa-se, assim, que há divergências na divulgação dos resultados da gestão federal, o que torna mais complexos a identificação e o entendimento dos resultados dos indicadores da atenção especializada no PPA 2008-2011.

Retornando, então, à descrição dos documentos identificados nas pesquisas pela internet, o mais específico e pertinente à análise dos indicadores descritos no PPA para a gestão da atenção especializada foi o “Relatório de Avaliação do Plano Plurianual 2008-2011”, elaborado em conjunto pelos Ministérios da Saúde e do Planejamento, Orçamento e Gestão – MPOG (MS/MPOG, 2009). Essa publicação, que é referente à gestão de 2008, contém os resultados da implementação dos programas governamentais da área da saúde e

¹⁴ Cabe lembrar aqui que a transferência de recursos federais para estados e municípios para o custeio da média e alta complexidade baseia-se no pagamento por produção. De tal modo, somente os procedimentos registrados pelos prestadores nos sistemas de informação oficiais (SIA e SIH) e posteriormente aprovados pelo gestor são considerados válidos para o cálculo do montante de recursos a ser repassado para da União para os demais entes federados.

inclui demonstrativos físicos e financeiros das ações desenvolvidas ao longo do ano, tendo como objetivo dar maior transparência à aplicação dos recursos públicos, conforme descrito no próprio Relatório.

Em relação aos programas do Ministério da Saúde, esse Relatório apresenta a execução orçamentária (proporção dos recursos orçamentários utilizados no período), os indicadores descritos no PPA e suas metas para 2011, assim como as metas e resultados físicos e financeiros das ações de governo que compõem esses programas. Em seguida, há uma explanação sobre os principais resultados da gestão em 2008 sob a perspectiva da avaliação realizada pelos próprios gerentes dos programas.

Na primeira parte do Relatório, foram apresentadas tabelas estratificadas por objetivo setorial de governo que contêm os indicadores dos programas e suas metas para 2011. Nesse tópico, em relação à atenção especializada (Programa 1220 - Assistência Ambulatorial e Hospitalar Especializada), foram abordados somente dois dos seis indicadores descritos no PPA 2008-2011 (Índice de Consulta por Habitante e Índice de Leitos Disponibilizados), que foram incluídos no seguinte Objetivo Setorial de Governo: "Ampliar o acesso da população aos serviços de que necessita e promover a qualidade e a humanização na atenção à saúde" (MS/MPOG, 2009, p. 6).

O Quadro 9, adaptado do Relatório, evidencia como os dados dos programas da saúde foram apresentados e como os indicadores referentes à atenção especializada foram abordados nesse item de avaliação setorial. Observa-se, contudo, que especificamente para os indicadores da MAC, as metas para 2011 não foram apresentadas e que foram descritos como índices de referência os resultados de 2003.

Quadro 9 - Avaliação setorial da saúde no PPA 2008-2011, ano-base 2008 – Indicadores e metas do objetivo setorial de governo "Ampliar o acesso da população aos serviços de que necessita e promover a qualidade e a humanização na atenção à saúde"

Indicadores do Objetivo Setorial	Unidade de medida	Índice de Referência		Meta para 2011
		Índice	Data de Apuração	
Índice de consulta por habitante	Consulta per capita	1,60	30/06/2003	-
Índice de leitos disponibilizados	1/1.000	2,20	20/06/2003	-
Índice de mortalidade masculina por causas externas	1/100.000	119,40	31/12/2004	113,52
Redução do número de internações hospitalares (SUS) por grupos de causas	Unidade	1.149.722	31/12/2005	981.593

Fonte: Adaptada do Relatório de Avaliação do Plano Plurianual 2008-2011. MS/MPOG, 2009.

Em outro trecho do Relatório, há um quadro que discrimina os seis indicadores da MAC, incluindo o seu “índice” de referência, o apurado em 2008 e o esperado em 2011, último ano de vigência do PPA. Além disso, nesse quadro há um campo no qual o Ministério expressa sua percepção quanto à possibilidade de alcance do “índice” previsto para o final do PPA, conforme apresentado no Quadro 10.

Quadro 10 - Indicadores da atenção especializada descritos no PPA 2008-2011 e resultados apurados no exercício 2008

INDICADOR (UNIDADE DE MEDIDA)	ÍNDICE DE REFERÊNCIA (LINHA DE BASE)		ÍNDICE APURADO EM 2008		ÍNDICE PREVISTO PARA O FINAL DO PPA (2011)	MEDIDAS CORRETIVAS NECESSÁRIAS
	Índice	Data de apuração	Índice	Data de apuração	Índice / Possibilidade de alcance	
Índice de leitos disponibilizados (1/1.000 habitantes) Fonte: CNES e IBGE	2,66	30/06/2006	3,66	12/2008	3,00 / Alta	Atualmente o SUS dispõe de mais de 366.000 leitos que englobam todas as especialidades clínicas e cirúrgicas
Índice de consulta por habitante (consulta per capita) Fonte: SIA/SUS e IBGE	2,50	31/12/2005	3,27	12/2008	2,90 / Alta	Não informadas
Índice de cobertura de Centros de Atenção Psicossocial - CAPS (1/100.000 habitantes) Fonte: DATASUS/IBGE/PNAD	0,44	31/12/2005	0,55	12/2008	0,70 / Alta	Não informadas
Taxa de participação dos serviços extra-hospitalares de atenção psicossocial no gasto total com atenção psiquiátrica (%) Fonte: DATASUS/IBGE/PNAD	44,53	31/12/2005	63,35	12/2007	75,00 / Alta	Não informadas
Índice de transplantes realizados no SUS (1/1.000.000) Fonte: SAS/MS	59,60	31/12/2005	63,73	12/2008	74,60 / Alta	Não informadas
Quociente de internação hospitalar no SUS (%) Fonte: SIH / SIA - MS	3,43	30/06/2007	5,96	12/2008	2,90 / Alta	Não informadas

Fonte: Adaptado do Relatório de Avaliação do Plano Plurianual 2008-2011, MS/MPOG, 2009.

Esse quadro é de grande importância, pois é o único exemplo, entre todos os documentos oficiais de acesso público consultados, em que os seis indicadores da atenção especializada no PPA 2008-2011 estão apresentados de maneira mais sistematizada, mesmo que não estejam contempladas todas as informações, tais como a fórmula de cálculo e os critérios de seleção dos dados. Por meio dele, é possível comparar os resultados do ano 2008 com os valores de base, cuja data de aferição varia para cada indicador, e com as metas para 2011.

Além disso, nesse quadro é apresentada a opinião do gestor do programa quanto à possibilidade de alcance da meta ao final do PPA. É interessante ressaltar que, para todos os indicadores o gestor considera alta a possibilidade de se atingir a meta em 2011. De fato, para o “Índice de leitos disponibilizados” e o “Índice de consultas por habitantes”, as metas de 2011 já tinham sido atingidas no primeiro ano de vigência do PPA (2008), conforme se pode observar no Quadro 10.

Mas quais seriam as razões desse resultado tão surpreendente em apenas um ano de gestão do programa? Tal questão não foi abordada nesse Relatório de Avaliação do PPA, o que nos permite somente levantar hipóteses. Assim, três possibilidades parecem razoáveis: 1) equívoco no cálculo dos resultados de 2008, que teriam sido superestimados; 2) implantação de uma forte política pública para o incremento do número de leitos e de consultas disponibilizados pelo SUS; ou 3) definição de metas pouco desafiadoras e fáceis de serem atingidas.

Em relação à primeira hipótese, por meio de consulta ao CNES, constata-se que o quantitativo do número de leitos que atendem ao SUS vem se reduzindo nos últimos anos, o que, então, deveria levar à diminuição, e não ao aumento do resultado do indicador¹⁵. De tal modo, a hipótese de se tratar de um equívoco no cálculo do indicador é pertinente.

Quanto à segunda hipótese, apesar de o Ministério da Saúde estar envidando esforços para a ampliação da oferta de leitos, tais como os de Unidade de Terapia Intensiva, o aumento de 2,66 para 3,66 significaria dizer que foram disponibilizados, em dois anos e meio, mais 190.000 leitos à população. Mais uma vez, os dados obtidos no CNES não comprovam essa hipótese, já que em 2006 havia 374.208 leitos do SUS no País e que, em 2008, esse quantitativo foi reduzido para 369.036.

¹⁵ A comparação entre os resultados do Ministério da Saúde e o cálculo do indicador a partir das bases de dados oficiais para o “Índice de leitos disponibilizados pelo SUS” e para o “Índice de consulta por habitante” será abordada com maiores detalhes na segunda parte desse capítulo.

Essas duas primeiras hipóteses são também pertinentes ao indicador de número de consultas por habitantes, pois existe a possibilidade de terem sido utilizados diferentes critérios para a definição do que foi considerado como consulta médica em cada período analisado, o que pode ter gerado diferentes resultados, impossibilitando sua comparação (primeira hipótese). Além disso, como o montante de recursos destinados à realização de procedimentos de MAC vem aumentando significativamente nos últimos anos, isso culminaria na elevação real do quantitativo de consultas realizadas pelo SUS no País (segunda hipótese).

Passemos, então, para a terceira possibilidade: a definição de metas formais, de fácil alcance. Um indicador cuja meta é tão facilmente atingida seria realmente utilizado para a tomada de decisão? Como? Como esses resultados, obtidos já no primeiro ano de gestão do programa, poderiam evidenciar algum problema em sua implementação a ponto de indicar a necessidade de providências por parte do gestor? Isso gera o questionamento se, de fato, o indicador seria utilizado como ferramenta de gestão do programa, uma vez que teriam sido definidas metas cujo alcance seria trivial.

No caso desses dois indicadores, para os quais são utilizados dados dos sistemas de informação do próprio Ministério da Saúde, porque utilizar como linha de base os resultados dos anos de 2005 e 2006 e não os de 2007, último ano antes do início do PPA atual? Será que em 2007 o número de consultas por habitante já não teria atingido o patamar de 2,90? Nesse caso, significaria considerar que a meta estabelecida para o final do PPA já havia sido alcançada antes do início de sua vigência. Tal situação tornaria inócua a definição dessa meta, pois certamente ela não seria utilizada como referência para a gestão do programa, como objetivo a ser alcançado.

Chama a atenção, ainda, o fato de o gestor considerar como alta a possibilidade de alcance da meta para todos os seis indicadores da atenção especializada, até mesmo para o “Quociente de internação hospitalar no SUS”, cujos resultados em 2008 não foram favoráveis. Teria a definição dessas metas sido apenas uma etapa formal do processo de elaboração do PPA devido à obrigatoriedade de definição de indicadores e metas para cada programa finalístico de governo? Ou essas metas serviriam, de fato, como referência do objetivo a ser atingido pelo programa/ação, como norteador para o processo de planejamento e execução das políticas de média e alta complexidade? Teria esta previsão de alta possibilidade de alcance das metas sido feita devido ao estabelecimento de metas pouco desafiadoras? Essa é, também, uma hipótese provável.

Essas incoerências relativas aos resultados dos indicadores e à possibilidade de alcance das metas apresentadas no Relatório de Avaliação do PPA 2008-2011 são reforçadas

pelos dados registrados pelo Ministério da Saúde no Sistema de Informações Gerenciais e de Planejamento – SIGPLAN. A partir de uma consulta a esse sistema, que não é de acesso livre ao público externo, é possível a obtenção e a comparação dos resultados da atenção especializada nos anos 2008 e 2009.

No Quadro 11 estão apresentados os índices previstos e realizados nesses dois exercícios, assim como as linhas de base dos indicadores da atenção especializada no PPA 2008-2011. Observa-se que o “Índice de consultas por habitante” e o “Índice de leitos disponibilizados”, que em 2008 atingiram resultados surpreendentes que superaram até mesmo as metas previstas para 2011, em 2009 sofreram redução significativa, quando comparados ao ano anterior.

O primeiro indicador – cujo índice de referência, em dezembro de 2005, era 2,5 – em 2008 atingiu 3,27 e em 2009 recuou para 2,72 consultas por habitante, segundo o Ministério da Saúde. O mesmo ocorreu em relação ao segundo indicador, que de 2,66 leitos disponibilizados para cada mil habitantes em 2006 (linha de base), passou para 3,66 em 2008 e em seguida para 2,67 leitos/1.000 habitantes em 2009.

Outra grande variação foi sofrida nesse mesmo intervalo de um ano pelo indicador “Quociente de Internação Hospitalar no SUS”, que, partindo de 3,43% em 2007 (índice de referência), apresentou um resultado insatisfatório em 2008 (5,96%) e atingiu 3,15% em 2009, tendo como meta para 2011 um “Quociente de internação hospitalar” de 2,90%.

No entanto, não é esperado que haja tamanha variação dos resultados dos indicadores no período de um ano, como ocorreu com os três indicadores descritos acima. Teriam esses indicadores sido, de fato, mensurados adequadamente e utilizados no monitoramento da gestão do Programa? Novamente, podem ser levantadas hipóteses quanto à possibilidade de equívocos no cálculo dos indicadores e quanto à utilidade desses resultados na condução da MAC.

A grande flutuação desses valores reforça a hipótese de erro de cálculo ou de divulgação incorreta dos resultados de 2008, e, conseqüentemente de pouca utilidade desses indicadores na gestão da MAC. Cabe lembrar que esses resultados foram aqueles apresentados à sociedade no Relatório de Avaliação do PPA 2008-2011 referente ao ano-base 2008.

Outra incoerência na divulgação desses dados diz respeito aos valores de linha de base utilizados e disponibilizados para o acompanhamento da evolução dos indicadores. Em cada quadro do Relatório de Avaliação do PPA (Quadro 9 e Quadro 10) foram utilizados diferentes “índices” de referência para o “Índice de leitos disponibilizados” e para o “Índice de consultas

por habitante”. Apesar de se tratar de uma falha formal na apresentação dos dados no Relatório, o leitor desatento pode acabar se equivocando ao realizar a comparação dos resultados de 2008 com os do tempo zero, o que prejudica a análise dos dados e evidencia uma ausência de padronização sobre como os indicadores do PPA devem ser monitorados e divulgados ao longo da gestão.

Dando continuidade à análise do Relatório de Avaliação do PPA 2008-2011 (MS/MPOG, 2009), observa-se que no texto no qual devem ser abordados os resultados dos indicadores e a análise da gestão do programas, enquanto sobre a atenção básica foram demonstrados os avanços e as dificuldades de implementação do programa, incluindo-se uma análise do gestor, sobre a atenção especializada foram somente registrados os resultados dos indicadores. Ou seja, foi informada a evolução dos resultados de cinco dos seis indicadores do PPA, sem a inclusão da descrição e da fórmula dos indicadores, do que eles medem ou do que seus resultados representam. Não há uma abordagem analítica e crítica quanto a estes resultados, que foram apresentados conforme o texto abaixo, extraído do referido Relatório (MS/MPOG, 2009, p. 11):

A ampliação do acesso da população à atenção ambulatorial e hospitalar especializada foi bastante expressiva e dimensionada pela evolução dos indicadores. O índice de leitos disponibilizados para cada um mil habitantes elevou-se de 2,66 para 3,66; o índice de consulta por habitante foi de 2,50 para 3,27; a cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial evoluiu de 0,44 para 0,55, para cada 100 mil habitantes; o índice de transplantes realizados teve índice de acréscimo de 4,13, atingindo 63,73 para cada 1 milhão de habitantes; já o quociente de internação hospitalar teve elevação de 2,53 pontos percentuais e cobriu 5,96% da população.

O trecho acima corresponde à totalidade do que foi abordado de forma textual sobre os indicadores da atenção especializada nesse Relatório. Ou seja, não foi realizada uma análise dos resultados conforme a proposta inicial dessa publicação. Sendo assim, são cerca de 26 bilhões de reais e 1,4 bilhões de procedimentos de saúde de média e alta complexidade resumidos em um parágrafo¹⁶. Perde-se, então, uma importante oportunidade de se apresentar e analisar os resultados do programa e de se levantar os fatores facilitadores e dificultadores de sua implementação. Priva-se, assim, o cidadão, da transparência da gestão pública, objetivo inicial do documento, conforme já descrito anteriormente. Abstém-se, dessa forma, o Ministério da Saúde, de divulgar como e em que os recursos públicos foram aplicados e de que maneira isso se reverteu em prestação de serviços de saúde para a população brasileira.

¹⁶ Esses dados (26 bilhões de reais e 1,4 bilhões de procedimentos de saúde) referem-se ao gasto e à produção da atenção especializada em 2008.

Retomando-se a descrição da pesquisa por documentos que continham dados e informações relativas aos indicadores do PPA para a atenção especializada, foi realizado, no endereço eletrônico do Ministério da Saúde, um levantamento dos Relatórios de Gestão – RG da Secretaria de Atenção à Saúde. A busca pelo termo “Relatório de Gestão” resultou em 49 links, cujos conteúdos, uma vez acessados, apresentaram somente os Relatórios dos exercícios 2005 e 2008. Por este motivo, esta pesquisa foi também realizada no Google, mas, novamente, foram encontrados os mesmos documentos.

Em seguida, foram verificados os conteúdos desses dois Relatórios de Gestão da SAS quanto à apresentação dos indicadores do PPA da atenção especializada e à análise crítica de seus resultados. Apesar de o RG do exercício 2005 não integrar o objeto deste estudo (período de 2008-2011), ele também será abordado uma vez que o RG de 2009 não foi encontrado na pesquisa pela internet.

Em 2005, a atenção especializada – que no PPA 2008-2011 está agregada em um único programa – estava contemplada em três programas de governo, quais sejam: 1) Atenção Especializada em Saúde; 2) Doação, Captação e Transplante de Órgãos e Tecidos; e 3) Atenção Hospitalar e Ambulatorial no Sistema Único de Saúde. Os indicadores estabelecidos para estes programas no PPA 2004-2007 foram apresentados no Relatório de Gestão 2005, assim como seus “índices” de referências, metas e resultados para aquele ano. Contudo, no Relatório não foram incluídas a análise crítica desses resultados, nem as medidas tomadas para a adequação dos problemas na implementação da atenção especializada identificados a partir dos resultados desses indicadores. Além disso, não foram apresentados dados que permitam o melhor entendimento e utilização do indicador, tais como as fórmulas de cálculo e os critérios e parâmetros para a seleção dos dados (ex: quais procedimentos foram considerados como consultas médicas, como as internações foram contabilizadas para não haver duplicação de dados etc.).

Já no Relatório de Gestão do exercício 2008, a palavra indicador(es) foi citada 39 vezes e o termo Plano Plurianual (ou PPA), doze. Foi feita referência aos indicadores do PPA para a atenção básica, mas para a especializada isso não ocorreu. Foram abordados outros indicadores relativos às políticas de média e alta complexidade (ex: número de unidades de saúde habilitadas para prestar serviços ao SUS, número de procedimentos de saúde realizados, número de hospitais filantrópicos que finalizaram o processo de contratualização), entretanto, a partir destes indicadores não é possível se obter os resultados dos indicadores descritos no PPA para a MAC.

Ressalta-se, no entanto, que a inclusão das informações referentes aos indicadores do PPA no Relatório de Gestão – RG não é opcional, uma vez que o Tribunal de Contas da União, instituição que regulamenta o conteúdo do RG, determina a apresentação dos indicadores do PPA, suas metas, resultados obtidos e análise crítica do gestor em relação a esses resultados.

Em síntese, em que pese o fato de o Relatório de Gestão ser um instrumento de transparência e de divulgação do andamento da implementação das políticas de saúde e das formas de aplicação dos recursos públicos, e de o PPA ser uma ferramenta de gestão que vincula o planejamento ao orçamento públicos, no RG referente à gestão de 2008 não foi feita menção aos indicadores do PPA para o Programa 1220 - Assistência Ambulatorial e Hospitalar Especializada.

Entretanto, a seleção e a utilização de indicadores são fundamentais para a realização do monitoramento do programa, assim como a divulgação de seus resultados é essencial para o aprimoramento da transparência da gestão pública. É por meio dos indicadores que os gestores podem monitorar se os objetivos do programa estão sendo atingidos e tornar transparentes os resultados de sua gestão. Desse modo, a utilização criteriosa dos indicadores é necessária para subsidiar a atuação do controle social e o acompanhamento da aplicação dos recursos públicos.

Sendo assim, uma vez que nos documentos oficiais disponíveis na internet os dados sobre os indicadores da atenção especializada são divergentes ou de difícil interpretação (devido à escassez de detalhamento), foi feita uma tentativa de se obter esses resultados a partir de consultas a bancos de dados oficiais acessíveis ao público em geral. Para tal, foram utilizados os sistemas de informação disponíveis na internet, consultados no endereço www.datasus.gov.br. Contudo, apesar de serem públicas e acessíveis a qualquer cidadão, essas bases não são facilmente consultadas, pois sua utilização exige conhecimentos específicos para o manuseio dos bancos de dados.

Para realizar esses cálculos e chegar aos resultados, é necessário se identificar quais são as fórmulas dos indicadores e as bases de dados a serem consultadas. Na publicação “Relatório de Avaliação do Plano Plurianual 2008-2011” (MS/MPOG, 2009) foram citadas as fontes de dados e as unidades de medida utilizadas pelo Ministério da Saúde, mas as fórmulas de cálculo não estão disponíveis nesse documento nem em qualquer outro encontrado no endereço eletrônico do Ministério da Saúde ou na pesquisa pelo Google.

Nesse site de busca, foi realizada inclusive uma pesquisa individual utilizando a denominação de cada indicador, com o objetivo de identificar algum documento não

encontrado nas pesquisas anteriores que abordasse as fórmulas de cálculo, mas este também foi um levantamento que não obteve êxito. Por esta razão, foi necessária a consulta ao Sistema de Informações Gerenciais e de Planejamento – SIGPLAN, de acesso restrito, para se identificar as fórmulas de cálculo e, a partir delas, tentar obter os resultados dos indicadores.

Assim, caso um pesquisador ou especialista – já que o cidadão comum teria dificuldades de acessar adequadamente as bases de dados oficiais e realizar estes cálculos – queira obter os resultados desses indicadores, isso seria dificultado pelo fato de as suas fórmulas de cálculo não estarem amplamente divulgadas e disponibilizados ao público. No Quadro 11 estão relacionados estes parâmetros.

Em seguida serão tecidas considerações a respeito das possibilidades de aferição de cada um dos indicadores da atenção de média e alta complexidade a partir da obtenção dos dados que o compõem.

Quadro 11 - Indicadores do Programa 1220 – Assistência Ambulatorial e Hospitalar Especializada, no PPA 2008-2011

Indicador	Unidade de medida	Índice no início do PPA		Índice em 2008		Índice em 2009		Índice previsto no final do PPA	Fórmula de cálculo	Fonte
		Data	Índice	Previsto	Realizado	Previsto	Realizado			
Índice de Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial	1/100.000 habitantes	31/12/06	0,44	0,52	0,55	0,58	0,58	0,70	Número de CAPS por tipo x peso/população Brasil x 100.000 habitantes	DATASUS IBGE E PNAD
Índice de Consulta por Habitante	Consulta per capita	31/12/05	2,50	2,60	3,27	2,70	2,72	2,90	Relação entre o número de consultas médicas - básicas e especializadas - no SUS e o total da população	SIA - MS e IBGE
Índice de Leitos Disponibilizados	1/1.000	30/06/06	2,66	2,70	3,66	2,80	2,67	3,00	Número de leitos públicos e privados disponibilizados no SUS dividido pela população brasileira multiplicado por 1.000	CNES e IBGE
Índice de Transplantes Realizados no SUS	1/1.000.000	31/12/06	59,60	63,00	63,73	67,00	93,46	74,60	Relação entre o número total dos vários tipos de transplantes realizados no ano, dividido pela população nacional, multiplicado por 1.000.000.	SAS/MS
Quociente de Internação Hospitalar no SUS	%	30/06/07	3,43	3,35	5,96	3,15	3,15	2,90	Número de internações ocorridas / total de atendimentos médicos realizados (consultas médicas) x 100	SIH/SIA - MS
Taxa de Participação dos Serviços Extra-Hospitalares de Atenção Psicossocial no Gasto Total com Atenção Psiquiátrica	%	31/12/05	44,53	59,00	63,35	64,00	64,00	75,00	Total de gastos do SUS com serviços extra-hospitalares de atenção psicossocial dividido pelo total de gastos com saúde mental (ambulatorial e hospitalar) x 100.	SIH/SIA - MS

Fonte: SIGPLAN

Para a aferição do “Índice de Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial – CAPS”, é necessário conhecer o quantitativo de cada um dos diferentes tipos de Centros (CAPS I, II, III, Infantil e Álcool e drogas), assim como o peso dado a cada um deles para o cálculo do indicador, cuja fórmula é: $[(\text{Número CAPS I} \times 0,5) + (\text{Número CAPS II}) + (\text{Número CAPS III} \times 1,5) + (\text{Número CAPSi}) + (\text{Número CAPSad})] / \text{população} \times 100.000$ ¹⁷. No Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, ao se utilizar o filtro de pesquisa “Estabelecimento – Serviços / classificação”, obtém-se o número de CAPS em determinado período, mas não é possível obter o resultado estratificado por tipo de CAPS.

No CNES, ao se selecionar o filtro “Tipo de Estabelecimento”, é possível escolher o estado e/ou município e, em seguida, obter o quantitativo de cada tipo de CAPS. No entanto, não foi possível obter o quantitativo consolidado de cada tipo de CAPS para todo o País, nem consultar esses dados para anos anteriores. Já se utilizando o filtro “Habilitações”, obtém-se o quantitativo nacional de cada tipo de CAPS, podendo ser selecionados períodos diversos para a consulta. Ressalta-se, porém, que a consulta por meio do filtro “Tipo de Estabelecimento” resulta em 1.633 CAPS, enquanto a consulta pelo filtro “Habilitações” traz um total de 1.376 CAPS no País. Ademais, se for utilizado o filtro “Tipo de Habilitações” obtém-se um terceiro quantitativo de CAPS para o mesmo período (1.469), conforme apresentado na Tabela 3.

Tabela 3 - Número de Centros de Atenção Psicossocial cadastrados no CNES, segundo o filtro utilizado na pesquisa dos dados de 2008 e 2009.

Tipo de filtro / Descrição	Qtde por Tipo de Estabelecimento		Qtde Estabelec. Habilitados por Habilitação		Qtde Estabelec. Habilitados por Tipo de Habilitação	
	2008*	2009*	2008*	2009*	2008*	2009*
CAPS I	-	-	587	653	-	-
CAPS II	-	-	357	373	-	-
CAPS III	-	-	40	47	-	-
CAPS álcool e drogas	-	-	172	199	-	-
CAPS infantil	-	-	95	104	-	-
Total	1.485	1.633	1.251	1.376	1.365	1.469

* Os dados consultados são relativos a dezembro de 2008 e dezembro de 2009.

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES

Uma vez que para cada filtro utilizado na consulta do quantitativo de CAPS foi obtido um resultado total diferente, não é possível se ter garantias de que os dados estratificados por categoria de CAPS, obtidos com o uso do filtro “Habilitação”, estão corretos. Por

¹⁷ CAPSi: Centros de Atenção Psicossocial Infantil; CAPSad: Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

consequência, fica inviabilizado o cálculo do indicador, pois para realizá-lo é necessário se conhecer exatamente o número de cada um desses tipos de Centros de Atenção Psicossocial.

O “Índice de Consulta por Habitante”, por sua vez, apresenta uma contradição já em sua fórmula de cálculo, pois apesar de se tratar de um indicador relativo à média e alta complexidade, contempla as consultas da atenção básica, conforme a fórmula descrita pelo MS: “Relação entre o número de consultas médicas - básicas e especializadas - no SUS e o total da população”. Sendo assim, por se tratar de um indicador do Programa 1220, que é referente somente à atenção especializada, é um contra-senso que as consultas básicas estejam contabilizadas em seu cálculo. Desse modo, qualquer que seja o resultado do indicador, ele não representa a realidade da oferta de consultas especializadas no âmbito do SUS, o que o desqualifica como um indicador dessa política de saúde.

Mas, considerando que no cálculo desse indicador estivessem sendo utilizadas somente as consultas especializadas, foi verificado como seu resultado poderia ser obtido a partir dos dados disponíveis ao público em geral. O número de consultas realizadas no SUS pode ser obtido a partir do acesso ao Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA e do Sistema de Informações Hospitalares – SIH, disponibilizados pelo Departamento de Informática do SUS – DATASUS. Para ambos os casos é necessário ter familiaridade com o uso dos sistemas, uma vez que há inúmeras possibilidades de filtros que, se utilizados de maneira inadequada, levam a um resultado incorreto.

É importante salientar, no entanto, que o modo como a fórmula do indicador é divulgado não permite a dedução de quais filtros devem ser utilizados na busca de dados, de forma a se obter exclusivamente as consultas médicas. Considerando-se que os procedimentos de saúde disponibilizados pelo SUS são estratificados em Grupo, Subgrupo e Forma de Organização, ao se buscar o quantitativo de consultas médicas para consolidar o numerador do indicador, é necessário se certificar, principalmente em relação à Forma de Organização, quais procedimentos devem ser utilizados (ou seja, quais dos dados disponíveis são usados na aferição do indicador). Como exemplo cabe citar que no Grupo Procedimentos Clínicos (código 03), Subgrupo Consultas / atendimentos / acompanhamentos (código 0301), há 13 possibilidades de Formas de Organização, conforme demonstrado no Anexo C.

Uma vez que o “Índice de Consulta por Habitante” contempla somente as consultas médicas, os atendimentos de enfermagem não deveriam ser incorporados no cálculo do indicador. No entanto, esses atendimentos compõem o Subgrupo 0301 - Consultas / atendimentos / acompanhamentos, que é utilizado para a mensuração do indicador. Assim, se

o corte para a definição do número de consultas for realizado em nível de Subgrupo, esses atendimentos de enfermagem e outros procedimentos seriam contabilizados incorretamente.

Ainda em relação a esse aspecto, se sob o Código 030101 estão agrupadas as consultas realizadas por médicos ou outros profissionais de nível superior, como seria realizado o filtro nos sistemas de informação (SIA e SIH), de forma a separar somente as consultas médicas para comporem o indicador?

Diante desses questionamentos, não foi possível a obtenção dos resultados do “Índice de Consulta por Habitante” a partir da consulta aos sistemas de informação oficiais do Ministério da Saúde, visto que seria necessário maior detalhamento da sua fórmula de cálculo e outras possibilidades de filtros e melhores orientações sobre como extrair os dados dos sistemas.

Passemos para o terceiro indicador, o “Índice de Leitos Disponibilizados”, que tem a seguinte fórmula de cálculo e fonte de dados descritos pelo Ministério da Saúde: “Número de leitos públicos e privados disponibilizados no SUS dividido pela população brasileira multiplicado por 1.000”; fonte: MS/SAS/CNES e IBGE.

No CNES, a partir do filtro “*Relatórios => Leitos*”, é possível acessar o número de leitos do SUS em todo o território nacional, por Unidade Federada ou por município, mas os dados obtidos correspondem àqueles do momento da consulta, não sendo permitida a seleção de outros períodos. Já a pesquisa por meio do Tabnet (cujo caminho é: www.datasus.gov.br => *Informações de saúde => Rede Assistencial => Recursos físicos => Hospitalar – leitos de internação*) permite a definição do período da consulta. Nesse banco de dados, os leitos complementares (leitos de Unidades de Terapia Intensiva – UTI) estão agregados aos leitos de internação até janeiro de 2010. A partir desse mês de competência, os dados referentes aos leitos complementares passaram a ser consolidados separadamente e a constituir uma consulta específica. Assim, deve-se atentar para este fato no momento de consolidar o número de leitos de cada ano, uma vez que, a depender do período a ser consultado, os leitos de UTI irão ou não ser contemplados no consolidado de leitos de internação.

Para se obter o resultado do indicador, é importante determinar se o “Número de leitos públicos e privados disponibilizados no SUS” corresponde ao total de leitos do SUS ou se nesse cálculo devem ser desconsiderados os leitos de UTI. Parece, no entanto, que se trata do total de leitos do SUS, incluindo os de UTI. Sendo assim, é factível a realização do cálculo desse indicador, para o período em análise, a partir da obtenção dos seguintes dados oficiais: 1) número de leitos do SUS, disponível no CNES por meio do Tabnet; e 2) estimativa populacional, cuja fonte é o IBGE.

Cabe discutir aqui que no Relatório de Avaliação do Plano Plurianual 2008-2011, em relação ao “Índice de Leitos Disponibilizados”, foram apresentados os seguintes dados:

- Índice de referência (06/2006): 2,66/1.000 habitantes
- Índice apurado em 2008 (12/2008): 3,66/1.000 habitantes
- Índice previsto para o final do PPA 2008-2011: 3,00/1.000 habitantes

Ou seja, de 2006 para 2008 teria havido aumento na oferta de leitos pelo SUS, já que o resultado passou de 2,66 para 3,66 leitos disponibilizados para cada mil habitantes. Contudo, além de a população brasileira ter aumentado nesse período, em consulta aos dados disponíveis no CNES/Tabnet, observa-se que o número de leitos disponibilizados pelo SUS vem se reduzindo ao longo dos anos, conforme Quadro 12.

Quadro 12 - Índice de leitos disponibilizados pelo SUS, de 2005 a 2009

Ano	Nº de leitos no SUS	População	"Índice de Leitos Disponibilizados" ¹
2005	375.738	184.184.264	2,04
2006	374.208	186.770.562	2,00
2007	361.814	189.335.191	1,91
2008	369.036	189.612.814	1,95
2009	367.158	191.506.729	1,92

¹ Número de leitos disponibilizados pelo SUS para cada 1.000 habitantes

Fonte: CNES/DATASUS e IBGE

Dessa forma, é esperado que o resultado do indicador sofra redução – o que foi observado no “Índice de Leitos Disponibilizados” calculados a partir dos dados disponíveis no CNES e do IBGE (Quadro 12) – e não aumento, conforme os resultados apresentados pelo MS no Relatório de Avaliação do PPA 2008-2011 (MS/MPOG, 2009). Assim, novamente, existe a possibilidade de o cálculo e a divulgação dos resultados oficiais do indicador terem sido realizados equivocadamente.

Passemos agora para o quarto indicador da atenção especializada no PPA 2008-2011, o “Índice de transplantes realizados no SUS”. Sua fórmula, consultada no SIGPLAN, é a seguinte: “Relação entre o número total dos vários tipos de transplantes realizados no ano, dividido pela população nacional, multiplicado por 1.000.000”.

Para se obter o número de transplantes realizados pelo SUS em determinado período, é necessário, primeiramente, identificar quais são os procedimentos classificados nesta categoria na Tabela Unificada de Procedimentos do SUS. Nesta tabela, o Grupo 05 – Transplantes de órgãos, tecidos e células compreende vinte tipos de procedimentos que estão

organizados sob os códigos 050501 - Transplantes de tecidos e células e 050502 - Transplantes de órgãos.

Assim, a busca por estes procedimentos no sistema de informações do DATASUS (Tabnet), disponibiliza o quantitativo total de transplantes realizados pelo SUS nos anos de 2008 e 2009. Para exercícios anteriores a estes, uma vez que havia outra classificação dos procedimentos de saúde ofertados pelo SUS, a consulta dos dados depende da identificação dos procedimentos classificados à época como “transplantes”. Além disso, para que os resultados de anos anteriores a 2008 sejam comparáveis àqueles obtidos após este período, é necessária, também, a verificação de quais procedimentos classificados como transplantes em 2007 mantiveram-se como tal em 2008 após a unificação da Tabela de Procedimentos do SUS, de forma a manter o mesmo critério de seleção dos dados.

Para tornar mais clara essa ponderação, cabe aqui um exemplo: em 2007, recebia o nome de transplante a transposição de segmento venoso avalvulado (Código: 48020400), procedimento este que passou a não se enquadrar mais como transplante a partir de 2008. De tal modo, para que os resultados obtidos antes e a partir do ano de 2008 sejam comparáveis, é fundamental que sejam considerados apenas os procedimentos classificados como transplante em ambos os períodos.

Por este motivo, uma vez que a seleção destes procedimentos de 2007 demanda um grande esforço e que o período anterior a 2008 não está no escopo desta pesquisa, que se refere ao PPA 2008-2011, foram levantados os dados somente dos anos 2008 e 2009, conforme apresentado no Quadro 13.

Quadro 13 - Índice de transplantes realizados no SUS, em 2008 e 2009

Ano	Transplante de órgãos, tecidos e células	População	Índice de transplantes realizados no SUS
2008	11.727	189.612.814	61,85
2009	11.354	191.506.729	59,29

Fonte: DATASUS e IBGE

Mais uma vez, o resultado do indicador obtido a partir da consulta às bases administrativas do Ministério da Saúde não corresponde àquele divulgado pelo gestor do programa. O “Índice de transplantes realizados pelo SUS”, em 2008, obtido por meio do cálculo do indicador foi 61,85 (Quadro 13), enquanto no Relatório de Avaliação do PPA 2008-2011 (MS/MPOG, 2009), o índice apresentado foi 63,73 (Quadro 10). Essa disparidade será discutida posteriormente.

Já o cálculo do indicador “Quociente de internação hospitalar no SUS”, cuja fórmula é o “Número de internações ocorridas / total de atendimentos médicos realizados (consultas médicas) x 100”, depende também da definição de como extrair do banco de dados do Ministério da Saúde somente as consultas médicas, conforme já discutido anteriormente. Assim, considerando-se que em sua fórmula são utilizados o total de internações e de consultas médicas ocorridas no SUS, seria possível buscar esses dados no sistema de informações do DATASUS caso fosse viável a extração somente das consultas médicas, conforme já discutido para o indicador “Índice de consultas por habitante”.

Cabe ponderar, contudo, qual seria a utilidade desse indicador na condução das políticas de saúde, pois, a partir de sua descrição e fórmula de cálculo, não é possível se deduzir e entender como seus resultados poderiam influenciar a gestão da assistência especializada no âmbito do SUS. A obtenção de informações diretamente com os gestores do programa poderia solucionar essa questão. No entanto, a metodologia deste estudo não contemplou a realização de entrevistas, o que poderá ser realizado a partir do desenvolvimento de outra pesquisa.

Finalmente, o sexto e último indicador da atenção de média e alta complexidade: a “Taxa de Participação dos Serviços Extra-Hospitalares de Atenção Psicossocial no Gasto Total com Atenção Psiquiátrica”, cuja fórmula é o “Total de gastos do SUS com serviços extra-hospitalares de atenção psicossocial dividido pelo total de gastos com saúde mental (ambulatorial e hospitalar) multiplicado por 100”, e cujas fontes de dados, segundo o Ministério da Saúde, são o DATASUS, o IBGE e a PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios).

Para se calcular os resultados desse indicador é fundamental a obtenção dos seguintes dados e conceitos: 1) O que é considerado, pelo Ministério da Saúde, como gasto em saúde mental?; 2) Como esses gastos podem ser mensurados? Há bancos de dados públicos que disponibilizem esses dados?; 3) Quais são os serviços considerados, pelo gestor federal, como extra-hospitalares de atenção psicossocial?

No âmbito do programa de governo relativo à atenção de média e alta complexidade (Programa 1220 – Assistência Ambulatorial e Hospitalar Especializada), há uma Ação específica destinada à saúde mental: Ação 1220.20B0 - Atenção Especializada em Saúde Mental. Sendo assim, todo o recurso destinado a ela será considerado no denominador do indicador. No entanto, é necessário identificar se há recursos de outras ações orçamentárias que são aplicados na saúde mental – SM, de forma a se assegurar quanto ao montante total a ser considerado no cálculo do indicador.

Diante desses questionamentos, foi consultado o sítio eletrônico do Fundo Nacional de Saúde - FNS com o intuito de buscar os dados referentes ao gasto federal com SM. No entanto, foi observado que o FNS disponibiliza de maneira agregada os dados sobre as transferências da União a estados e municípios para o financiamento da atenção especializada. Assim, nessa base de dados não há uma estratificação em nível de ação governamental ou de política de saúde que permita a identificação do montante de recursos aplicado especificamente em SM.

Em seguida, foi consultado o sistema de informações do DATASUS, pela internet, o qual apresenta informações financeiras no âmbito do SUS. Os dados mais recentes são do exercício 2006, o que não permite, portanto, o cálculo dos resultados dos indicadores do PPA 2008-2011. Mesmo assim, foram realizadas tentativas de obtenção dos gastos federais em saúde mental.

Na consulta por “Tipo de Despesa” foram identificados como pertinentes à SM os seguintes filtros: 1) Acompanhamento de paciente em saúde mental – Ações estratégicas – SIA; 2) Incentivo de custeio de Centros de Atenção Psicossocial; 3) Incentivo de implantação do programa de qualificação dos CAPS; 4) Medicamentos para a saúde mental; e 5) Programa Nacional de Atenção a Usuários de Álcool e Drogas. No entanto, ao efetuar a busca com várias combinações desses filtros, nenhum resultado foi encontrado.

Dando continuidade ao levantamento do gasto federal em saúde mental, foram analisadas a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD referente a 2008 (MPOG, 2009c), uma vez que o Ministério da Saúde a utiliza como fonte dos dados para subsidiar o cálculo do indicador, e a publicação Estudos e Pesquisas – Informação Demográfica e Socioeconômica (MPOG, 2006). De posse das PNAD de 2006 e de 2008, foram pesquisados os seguintes termos: mental, psicossocial, extra-hospitalares, gasto e saúde. Os quatro primeiros não foram citados nos referidos documentos. A palavra saúde, por sua vez, foi utilizada em ambos, mas não associada a questões relativas à saúde mental.

Desse modo, por meio da pesquisa em bases de dados e documentos oficiais de acesso público, não foi possível a identificação do montante de recursos destinado à atenção especializada em saúde mental, o que, conseqüentemente, impediu a realização do cálculo do indicador em questão.

Em síntese, os indicadores da atenção especializada descritos no PPA não são abordados de maneira sistematizada nos documentos oficiais ou no endereço eletrônico do Ministério da Saúde. Da mesma forma, seus resultados, obtidos a cada ano, não são

disponibilizados à sociedade com clareza suficiente para permitir maior transparência da gestão da média e alta complexidade no âmbito do SUS.

Com efeito, o modo como os resultados desses indicadores foram apresentados no “Relatório de avaliação do Plano Plurianual 2008-2011” não permite uma análise, por parte do cidadão ou do pesquisador, quanto ao sucesso ou aos resultados da política de atenção especializada.

Diante dessa constatação, restaria a possibilidade de realização do cálculo desses indicadores, a partir de dados disponibilizados ao público. Contudo, utilizando-se as definições dos indicadores da atenção especializada no PPA 2008-2011, não é possível deduzir sua fórmula de cálculo e, por meio de consultas aos bancos de dados oficiais, chegar aos seus resultados. Além disso, mesmo conhecendo essas fórmulas, visto que elas não são descritas com clareza e detalhamento suficientes, em muitos casos não é factível o cálculo dos indicadores.

Como exceção, pode ser citado o “Índice de transplantes realizados no SUS”, cujas consultas referentes a 2008 e 2009 são simples e rápidas, desde que sejam considerados e contabilizados para o cálculo do indicador todos os transplantes realizados no período.

Já o cálculo do “Índice de Cobertura de CAPS” dependeria de esclarecimentos quanto a qual dado utilizar dentre os disponibilizados no CNES, visto que, a depender do filtro de consulta selecionado, o quantitativo de CAPS, no País, é variável. O “Índice de Consulta por Habitante”, conforme já abordado, inclui em sua fórmula, consultas da atenção básica, o que parece um equívoco. Além disso, para se computar seu resultado, seria também necessária a extração, exclusivamente, do número de consultas médicas realizadas no País, o que não é possível atualmente a partir dos dados consultados no site do DATASUS. Essa mesma análise se aplica ao cálculo do “Quociente de internação hospitalar no SUS”, o qual depende do quantitativo de consultas médicas disponibilizadas em determinado período.

O cálculo do “Índice de Leitos Disponibilizados” dependeria somente de esclarecimentos sobre a contabilização ou não dos leitos de UTI como “leitos disponibilizados”. Tal dúvida é secundária à segregação dos leitos de UTI do total de leitos disponibilizados no banco de dados do DATASUS. Assim, se a consulta a esses dados no sistema do DATASUS é estratificada, cabe a confirmação, então, se os leitos de UTI devem ou não compor esse indicador.

A “Taxa de Participação dos Serviços Extra-Hospitalares de Atenção Psicossocial no Gasto Total com Atenção Psiquiátrica”, por sua vez, não pode ser obtida devido à impossibilidade de definição do gasto total em saúde mental a partir dos dados disponíveis

nas bases públicas. Além disso, seria necessária, também, a elucidação dos conceitos adotados pelo Ministério da Saúde para a definição do que é considerado como gasto em SM e quais são os serviços considerados como extra-hospitalares para a aferição desse indicador.

Conclui-se, portanto, que há aspectos de apuração dos indicadores que não são acessíveis em nível externo, o que torna inexecutável a obtenção dos resultados, pelo cidadão comum ou até mesmo por pesquisadores, da maioria dos indicadores da atenção especializada descritos no PPA.

Dessa forma, a dificuldade de obtenção desses resultados por meio de consulta às bases públicas atrelada à deficiente divulgação dos indicadores do PPA pelo Ministério da Saúde não favorecem a transparência da gestão e a prestação de contas à sociedade quanto à aplicação dos recursos públicos e aos resultados das políticas públicas implementadas.

Ademais, tal situação gera questionamentos quanto à real utilização desses indicadores no monitoramento da atenção especializada, visto que há diversas inconsistências relativas a suas fórmulas de cálculo e aos dados que os compõem. Da mesma forma, cabe ponderar se é viável o cálculo desses indicadores a partir de dados passíveis de mensuração e restritos à atenção especializada.

Ressaltam-se, ainda, as questões relacionadas às metas propostas pelo Ministério da Saúde que, sendo atingidas já no primeiro ano de gestão do PPA sugerem tratar-se de metas pouco desafiadoras, que não correspondem aos objetivos reais a serem obtidos com a implementação da atenção especializada no País. Sendo assim, seriam somente metas formais, definidas apenas por ser uma etapa da elaboração do PPA, mas não como referência para a implantação do Programa Assistência Ambulatorial e Especializada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio deste trabalho buscou-se identificar a aplicabilidade dos indicadores propostos no PPA 2008-2011 para o monitoramento da atenção especializada no âmbito do SUS. Para tal, foram abordados 1) o Programa Assistência Ambulatorial e Hospitalar Especializada, por meio do qual o Sistema Único de Saúde operacionaliza as ações e serviços de média e alta complexidade – MAC; 2) os papéis do Ministério da Saúde (especificamente da Secretaria de Atenção à Saúde) e os fatores que influenciam a condução de suas políticas públicas; 3) o Plano Plurianual, seus objetivos e formas de elaboração e avaliação (uso de indicadores); e 4) os indicadores da MAC descritos no PPA 2008-2011, do ponto de vista da avaliação da sua aplicabilidade para o monitoramento e a transparência da gestão do programa.

Assim, diante da necessidade de aprimoramento dos mecanismos de gestão – especialmente o planejamento e o monitoramento das ações de governo – e da obrigatoriedade de prestação de contas à sociedade quanto à aplicação dos recursos e aos resultados das políticas públicas conforme os objetivos propostos para um Plano Plurianual (gestão por resultados, transparente e com articulação entre planejamento e orçamento), este estudo teve o intuito de identificar em que medida os indicadores de gestão da atenção especializada (e suas metas) propostos no PPA 2008-2011 são capazes de subsidiar o processo decisório gerencial e de dar transparência à implementação do programa.

O Programa Assistência Ambulatorial e Hospitalar Especializada contempla todas as políticas nacionais de assistência de média e alta complexidade no SUS, sendo um programa estratégico por meio do qual são co-financiados procedimentos de saúde essenciais para a população. Contudo, apesar da sua importância para a efetivação do SUS, a assistência de média e alta complexidade ainda é o principal ponto de estrangulamento do acesso ao sistema de saúde público brasileiro.

Mesmo que a atenção básica sofra uma grande expansão e absorva alguns dos atendimentos da população que atualmente são realizados pela atenção especializada, tal situação geraria um aumento da demanda de procedimentos de média e alta complexidade e poderia resultar na restrição do acesso a esse nível de atenção caso as políticas de saúde da MAC não sejam adequadas às necessidades da população.

Diversos fatores contribuem para que a situação de demanda reprimida e de iniquidade de acesso à MAC se perpetue. A atenção especializada é implementada em um contexto de desconhecimento da real demanda pelos procedimentos de saúde, de possível

subfinanciamento e de escassez de regulação e de controle da prestação de serviços pelo setor privado de saúde contratado pelo SUS. As fragilidades dos processos de regulação, controle e auditoria da MAC não permitem a identificação adequada dos problemas relativos à prática de clientelismo para acesso aos serviços de saúde do SUS, ao superfaturamento dos procedimentos por parte de prestadores privados de serviços (recebimento de pagamento superior ao que corresponderia à sua produção real) e ao desvio de recursos da saúde. Somase a esses fatores, a dificuldade encontrada pelo sistema para garantir a qualidade dos serviços ofertados e para equacionar as desigualdades sanitárias regionais.

Apesar disso, esse é o programa de maior magnitude do Ministério da Saúde, para o qual, em 2009, foram destinados 29,06 bilhões de reais (cerca de metade do orçamento federal da saúde), o que, em sua maior parte, foi transferido a estados e municípios e aplicado na realização de 1,64 bilhões de procedimentos de saúde, conforme dados disponíveis nas bases administrativas nacionais oficiais. No entanto, por não se conhecer, em termos quantitativos, as demandas em saúde no País, não é possível afirmar que esse significativo resultado é suficiente para atender a população adequadamente. Provavelmente não, já que a MAC configura-se, em muitos casos, como um fator de restrição de acesso à saúde.

Já em termos de gestão do programa, a Secretaria de Atenção à Saúde, com uma multiplicidade de atribuições, atua com um corpo técnico e de comando pouco insulado sob fortes influências políticas e econômicas (do empresariado da saúde) e realiza de forma deficiente a divulgação oficial dos resultados e dos critérios para utilização e repasse dos recursos da MAC.

Cabe ao Ministério da Saúde, no entanto, acompanhar a implementação da MAC e prestar contas dos gastos públicos à sociedade, evidenciando em que os recursos foram utilizados e como a sua aplicação resultou na melhoria da prestação de serviços de saúde à população, sendo necessário que o gestor federal disponha de mecanismos de monitoramento do desempenho e dos resultados do programa.

Assim, a obrigatoriedade de prestação de contas à sociedade e a necessidade de monitoramento atrelada à magnitude, à importância e à complexidade de operacionalização da atenção especializada, no âmbito do SUS, geram a necessidade de utilização de ferramentas de gestão capazes de evidenciar, de maneira oportuna e fidedigna, os resultados da implantação da MAC no País.

Ou seja, é importante que o Ministério da Saúde realize o monitoramento das políticas da atenção especializada, com o intuito de mensurar seus resultados, corrigir possíveis desvios de sua execução e adequar as condições e os critérios de aplicação e de transferência de

recursos para os demais entes federados, de forma a buscar a redução das desigualdades de acesso à saúde no território nacional e a tornar a assistência à saúde de média e alta complexidade mais integral e universal.

Sob essa perspectiva de monitoramento, o Plano Plurianual se insere como um instrumento de gestão e de integração entre o planejamento e o orçamento em nível federal, já que o modelo proposto para a elaboração e acompanhamento do PPA visa melhorar o desempenho gerencial da administração pública e, conseqüentemente, viabilizar o equacionamento dos problemas e das demandas da população. O modelo do PPA é orientado à prestação de contas e, se aplicado conforme a proposta-base, é vantajoso para dar transparência à gestão pública, mas esse modelo é pouco orientado à estrutura de incentivos. Ou seja, quando uma unidade gestora atinge as metas estabelecidas para os indicadores do PPA, ela não recebe vantagens ou benefícios que estimulem o seu bom desempenho. Da mesma forma, quando as metas não são alcançadas, não há penalidades nos casos de má gestão.

Além disso, a proposta de auto-avaliação do PPA, ao ser realizada pelo próprio ministério responsável pelo programa, reduz as possibilidades de controle efetuado por agentes externos, uma vez que o gestor não somente implementa a política e mensura seus resultados, mas também é responsável pela sua avaliação e divulgação, conforme apresentado no Relatório de Avaliação do PPA, assumindo uma posição privilegiada, com menores possibilidades de críticas.

Assim, esse modelo está sob o risco de ser apenas mais uma formalidade da administração pública, pois 1) não estimula o empenho dos gestores e das instituições para obter bons resultados; 2) não cria constrangimentos nos casos nos quais as metas não são alcançadas, apesar de não haver justificativas plausíveis para o mau desempenho; 3) não padroniza o processo de seleção dos indicadores com base em questões técnicas e de viabilidade, para que eles sejam construídos com o intuito de sintetizar e evidenciar a realidade de implementação do programa; e 4) não sistematiza, de maneira detalhada, as formas de apresentação e divulgação dos resultados e da análise do gestor sobre as políticas sob sua responsabilidade.

De todo modo, apesar de não serem perceptíveis as repercussões (positivas ou negativas) relacionadas aos resultados dos indicadores dos programas, a elaboração e a avaliação do PPA, conforme proposto pelos órgãos gestores, tem como objetivos levantar e divulgar informações sobre o desempenho desses programas, subsidiando o processo de

gestão e dando maior transparência às ações de governo, à aplicação dos recursos públicos e aos resultados das políticas públicas.

Para alcançar esses objetivos, são essenciais o monitoramento e a avaliação dos programas de governo a partir do uso de indicadores que possam refletir dados e informações sobre essas políticas de forma a subsidiar a tomada de decisão e a contribuir para o aperfeiçoamento da gestão. Nesse contexto, os indicadores atuam como medidas-síntese, evidenciando a realidade de forma agregada, consolidada e objetiva. Assim, a seleção de indicadores de boa qualidade é fundamental para o monitoramento da implementação dos programas de governo, pois sintetizam seu desempenho e seus resultados.

Foi com base nessas premissas que, neste estudo, buscou-se avaliar aspectos relativos aos indicadores da atenção especializada, no âmbito do PPA, de forma a identificar sua utilidade no processo de gestão desse nível de assistência. Os resultados desta pesquisa serão comentados sob dois aspectos relativos: 1) às condições de divulgação dos resultados dos indicadores da MAC pela Secretaria de Atenção à Saúde/MS; e 2) às possibilidades de acesso aos dados brutos para a realização do cálculo dos resultados dos indicadores.

A extensa consulta à internet, um dos principais meios de acesso às informações na atualidade, evidenciou grande fragilidade na divulgação dos resultados do Programa Assistência Ambulatorial e Hospitalar Especializada pelo Ministério da Saúde. Observou-se que, dos Relatórios de Gestão da SAS, que são elaborados anualmente, somente dois exemplares foram encontrados – os dos anos 2005 e 2008 – e que nesse último exemplar os indicadores da MAC não foram abordados.

Contudo, esse Relatório tem como objetivo primordial prestar contas da gestão da Secretaria, para a sociedade e para os demais órgãos gestores, quanto aos resultados dos programas e à aplicação dos recursos públicos. Além disso, espera-se que esse documento seja elaborado de forma clara e que contemple os principais aspectos relativos ao planejamento e à execução das políticas públicas, incluindo dados relativos aos indicadores do PPA.

Até mesmo no Relatório de Avaliação do PPA 2008-2011, documento-chave para a divulgação dos resultados dos programas de governo, a atenção especializada foi abordada de forma superficial e pouco esclarecedora, sem que fosse apresentada uma análise crítica do gestor quanto ao sucesso ou aos problemas encontrados ao longo da gestão. Nessa publicação, apesar da significativa dotação orçamentária e da produção de bilhões de procedimentos de saúde de média e alta complexidade, a atenção especializada foi resumida a um parágrafo, o

que parece insuficiente para descrever, de forma analisada, os produtos esperados e obtidos com a sua implantação.

Ademais, nesse Relatório, sob a perspectiva avaliativa do gestor do programa, para todos os indicadores do PPA foi considerada como alta a possibilidade de alcance da meta estabelecida para o final do Plano. Contudo, conforme já discutido anteriormente, observa-se que, para dois desses indicadores, as metas já haviam sido cumpridas no primeiro ano do PPA 2008-2011 (Índice de leitos disponibilizados por mil habitantes e Índice de consultas por habitante). Seriam estas metas pouco desafiadoras, com alta probabilidade de serem atingidas desde a concepção do PPA, e não estariam, de fato, sendo utilizadas como norteadoras para a implantação do programa?

Não cabe aqui afirmar que sim ou que não, mas no caso de seleção de indicadores e do estabelecimento de metas reais, que configurem o objetivo a ser alcançado ao longo de quatro anos, seria improvável que elas fossem atingidas em apenas um ano de gestão. Ressalta-se que se trata de um programa de abrangência nacional, executado de maneira descentralizada por estados e municípios, sujeito a fortes interferências políticas e econômicas, o que impede o controle total, por parte do gestor federal, sobre os fatores positivos e negativos que podem influenciar sua implementação. Sendo assim, não é esperado que os resultados previstos para quatro anos sejam obtidos com facilidade no primeiro ano de vigência do PPA.

O processo de seleção e utilização de indicadores e de definição de metas tem o objetivo não somente de monitorar a implantação do programa, mas também de prestar contas à sociedade. Assim, o estabelecimento de metas pouco desafiadoras e facilmente alcançáveis, além de não subsidiar as ações de monitoramento, configura a não prestação de contas, pois a meta atingida não significa a boa gestão do programa e a obtenção de resultados reais para a população. Com efeito, não somente a divulgação dos resultados dá transparência à gestão, mas também é necessária a transparência do processo de definição do indicador e de suas metas.

Esse processo não pode ter apenas um caráter burocrático por se tratar de uma etapa obrigatória para a inclusão de um programa no PPA. É fundamental que, do ponto de vista técnico e gerencial, os indicadores e as metas sejam úteis para a condução do programa, pois poderão indicar caminhos a serem seguidos. Ademais, sua definição e acompanhamento poderiam contar com a participação de agentes externos ao Ministério da Saúde como forma de democratizar e de dar transparência ao processo e de permitir o entendimento do indicador que, posteriormente, ao longo do PPA, terá seus resultados monitorados por esses agentes.

O Relatório de Avaliação do PPA 2008-2011 configura-se não somente como uma importante ferramenta de transparência, mas também é uma oportunidade de reflexão, por parte dos governantes, quanto às necessidades de ajustes no planejamento e na execução dos programas, de forma a redirecionar sua implementação e a atingir os objetivos propostos. No entanto, em termos do Programa Assistência Ambulatorial e Hospitalar Especializada, esse objetivos não foram cumpridos no Relatório relativo à gestão do exercício 2008.

Ainda em relação aos documentos oficiais disponíveis ao público, foram encontradas divergências entre os resultados apresentados para um mesmo indicador em duas publicações oficiais do Ministério: no Relatório da RIPSAs, o “Número de consultas médicas por habitante”, em 2005, não é o mesmo apresentado no Relatório de Gestão da SAS. Apesar de haver a possibilidade de terem sido utilizados diferentes critérios para o cálculo desse indicador em cada publicação, não é esperado que isso aconteça, já que o gestor deve padronizar não somente os componentes e as fontes de dados que subsidiam a aferição do indicador, mas também suas formas de divulgação. A apresentação de resultados conflitantes torna improvável que um cidadão, gestor ou pesquisador compreenda quais foram, de fato, os produtos do programa que está sendo analisado.

Outra questão diz respeito à não utilização e apresentação dos indicadores do PPA nos documentos oficiais relativos à gestão da Secretaria de Atenção à Saúde/MS. Esses indicadores não foram divulgados, por exemplo, no Relatório de Gestão – RG de 2008 da Secretaria. Se forem indicadores, de fato, utilizados para auxiliar a condução dos programas de governo, porque eles não são apresentados nesse Relatório? É possível que esses indicadores não sejam ferramentas de gestão e que sejam calculados e (sub)divulgados somente como etapa formal do processo de elaboração e avaliação do PPA.

Assim, não tendo sido possível avaliar os indicadores da MAC a partir da consulta a documentos oficiais, tornou-se necessário o acesso às bases públicas para a obtenção dos dados (numeradores e denominadores) que compõem o indicador e para a realização de sua aferição. No entanto, o problema da ausência de divulgação dos resultados de maneira padronizada e analisada nos documentos oficiais não foi solucionado a partir da mensuração dos indicadores por meio da consulta às bases de dados administrativas nacionais. Ao longo desta pesquisa, foi encontrada grande dificuldade de acesso às fórmulas de cálculo e aos caracterizadores dos indicadores, o que somente foi possível a partir da utilização de sistemas de informação de acesso restrito. Além disso, a definição imprecisa das fórmulas e dos critérios utilizados para a seleção dos dados que constituem o indicador praticamente impossibilitaram a mensuração fidedigna dos resultados.

Portanto, mesmo de posse dessas fórmulas, outros obstáculos foram encontrados: 1) com frequência, a descrição do indicador e de sua fórmula não são claras o suficiente a ponto de permitir a apuração dos resultados a partir do acesso às bases administrativas públicas; 2) a obtenção dos dados, nessas bases, depende de conhecimento especializado sobre o sistema, já que as possibilidades de filtros nas consultas não são triviais e, portanto, se realizadas de maneira equivocada, geram resultados que podem não corresponder à realidade a ser medida; e 3) a divulgação dos critérios de inclusão dos dados a serem utilizados para o cálculo do indicador não é satisfatória, o que inviabiliza a seleção desses dados (ex: O que é considerado como gasto em saúde mental? Os leitos de UTI são ou não considerados no cálculo do número de leitos disponibilizados pelo SUS?).

Cabe destacar, então, que dos seis indicadores propostos para o monitoramento da MAC ao longo do PPA 2008-2011, somente um (Índice de transplantes realizados no SUS) foi passível de cálculo a partir dos dados obtidos nas bases públicas.

Em síntese, as principais dificuldades identificadas em termos do acesso e da interpretação dos resultados dos indicadores da atenção especializada no PPA foram: 1) a não disponibilização dos Relatórios de Gestão anuais da SAS ou de outros documentos que evidenciem como o programa é monitorado e que dêem transparência e permitam a prestação de contas da gestão da MAC; 2) a ausência de apresentação dos indicadores e de divulgação de suas metas e resultados no Relatório de Gestão 2008 da SAS; 3) a não apresentação de análise crítica do gestor, nos documentos oficiais de prestação de contas da gestão, quanto aos resultados da implementação da atenção especializada; e 4) a ausência de apresentação das fórmulas de cálculo e dos critérios para utilização dos dados na apuração dos indicadores. Observou-se, ainda, a grande dificuldade de aferição dos indicadores a partir dos dados disponíveis em bases administrativas públicas, o que impossibilitou a obtenção de seus resultados.

Outra consideração relevante é o fato de, dos seis indicadores propostos para o monitoramento da atenção especializada ao longo do PPA 2008-2011: 1) todos terem alta probabilidade de que suas metas sejam atingidas ao final do Plano, conforme análise do gestor; 2) nenhum ter sua fórmula de cálculo disponibilizada em documentos oficiais ou no endereço eletrônico do Ministério da Saúde; 3) cinco não usarem como linha de base para comparação, os resultados de 2007, último ano antes da vigência do PPA atual; 4) dois terem suas metas para o final do PPA atingidas já em seu primeiro ano de vigência

(A e B)¹⁸; 5) dois não contemplarem exclusivamente questões relacionadas à MAC (B e F); 6) apenas um ser passível de cálculo a partir de consultas às bases de dados oficiais (E); 7) um ter resultados discrepantes apresentados em dois diferentes documentos elaborados pelo gestor federal da saúde (B); e 8) dois (33,33%) serem referentes a uma política de saúde (saúde mental) de abrangência e custo restritos diante das grandes cifras orçamentárias e de produção (número de procedimentos realizados) do programa.

Todas essas questões tornam improvável que, de fato, esses indicadores sejam utilizados e subsidiem a gestão da atenção especializada no SUS. Caberia considerar, também, a possibilidade de a pesquisadora ter se equivocado em suas pesquisas às bases de dados oficiais e de não ter conseguido obter corretamente os dados necessários à aferição dos indicadores. Entretanto, se uma profissional da área da saúde, servidora de um órgão do Poder Executivo Federal, que trabalha e estuda sobre as políticas de assistência de média e alta complexidade não for capaz de consultar essas bases e obter os dados necessários aos cálculos dos indicadores, chega-se à mesma conclusão já descrita anteriormente: a dificuldade de acesso a dados consolidados que permitam a apuração dos indicadores da MAC descritos no PPA 2008-2011 e a obtenção e interpretação dos resultados do programa de atenção especializada do SUS.

Sendo assim, caberia ao Ministério de Saúde rever sua estratégia de seleção, utilização e apresentação dos indicadores no PPA – e de seus caracterizadores e metas – bem como de divulgação dos resultados do Programa Assistência Ambulatorial e Hospitalar Especializada, com o intuito de aprimorar os mecanismos de monitoramento e de evidenciar todo o trabalho desenvolvido na instituição, que além de ser de enorme complexidade e importância, deve ser do conhecimento da sociedade. Assim, seria interessante que o corpo técnico do Ministério reavaliasse a utilidade desses indicadores para o monitoramento da atenção especializada e, caso cheguem às mesmas conclusões deste estudo, proponham novos indicadores para a gestão da MAC. Da mesma forma, é necessário que haja uma sistematização das formas de divulgação dos indicadores e de seus resultados, incluindo-se também, periodicamente, uma análise crítica do gestor quanto às causas e consequências dos resultados atingidos.

¹⁸ Indicadores:

A - Índice de leitos disponibilizados

B - Índice de consulta por habitante

C - Índice de cobertura de Centros de Atenção Psicossocial – CAPS

D - Taxa de participação dos serviços extra-hospitalares de atenção psicossocial no gasto total com atenção psiquiátrica

E - Índice de transplantes realizados no SUS

F - Quociente de internação hospitalar no SUS

Além disso, é importante que os documentos oficiais que contemplam a avaliação do programa e do PPA abordem as providências tomadas a partir da mensuração dos indicadores. Desse modo, além de prestar contas à sociedade quanto aos resultados do programa, estaria evidenciado como os indicadores subsidiam a tomada de decisões no âmbito da gestão pública. É necessário que esteja demonstrado como os bons resultados dos indicadores levaram ao aumento da oferta e/ou à redução da demanda por determinados procedimentos de saúde, ou correspondem à melhoria da qualidade dos serviços prestados e à maior satisfação dos usuários do SUS.

As políticas públicas de MAC geram um enorme benefício à população brasileira, mas esses resultados positivos não estão sendo divulgados e refletidos nas avaliações do PPA 2008-2011 e da gestão da SAS. Da mesma forma, equívocos ou dificuldades de implementação do programa deveriam ser apresentados com vistas a não somente dar transparência a todo o processo, mas também a expor como o planejamento público é repensado a partir da obtenção de resultados não satisfatórios. Isso também é gestão pública. Afinal de contas, não se espera que todas as etapas de um programa sejam sempre bem sucedidas, mas cabe ao gestor a identificação e a correção dos problemas verificados ao longo das etapas de implantação do programa, o que leva ao aprimoramento da gestão e à melhoria dos resultados.

Não é esperado, também, que existam no PPA indicadores capazes de representar todas as políticas de média e alta complexidade de maneira integral. Contudo, os resultados desta pesquisa evidenciaram que é improvável que os indicadores propostos no PPA 2008-2011 estejam demonstrando e transparecendo o que o programa é, como ele está evoluindo ao longo dos anos, quais são seus resultados, o que eles significam e como eles correspondem à melhoria do acesso e da qualidade dos serviços de MAC. Ou seja, considerando os objetivos do programa definidos pelo Ministério da Saúde¹⁹, é necessário que seja demonstrado como a implementação da atenção especializada vem gerando redução das desigualdades regionais e maior equidade de acesso à assistência de média e alta complexidade. Isso que tem que estar divulgado de forma clara e fidedigna. Isso é prestar contas à sociedade.

¹⁹ O Anexo I da Lei nº 11.653, de 07/04/08, que dispõe sobre o Plano Plurianual para o período 2008-2011 e apresenta os programas finalísticos de governo, define o seguinte objetivo para o Programa Assistência Ambulatorial e Hospitalar Especializada: “Ampliar o acesso da população aos serviços ambulatoriais e hospitalares do Sistema Único de Saúde, na busca da equidade, da redução das desigualdades regionais e da humanização de sua prestação”.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS²⁰

- ALMEIDA, M.H.T. Recentralizando a federação? *Rev. Sociol. Polít.*, 24, p. 29-40, jun. 2005.
- ARRETCHE, M. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 8, n. 2, p. 331-345, 2003.
- BAHIA, L. O sistema de saúde brasileiro entre normas e fatos: universalização mitigada e estratificação subsidiada. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 3, p. 753-762, 2009.
- BITTENCOURT, S.A.; CAMACHO, L.A.B.; LEAL, M.C. O Sistema de Informação Hospitalar e sua aplicação na saúde coletiva. *Cad. Saúde Pública*, v. 22, n. 1, 19-30, 2006.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Regulação em Saúde*. Brasília: CONASS, 2007. 174p. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 10).
- BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. Decreto nº 7.135, de 29 de março de 2010. Dispõe sobre remanejamento de cargos em comissão do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores - DAS; aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde; altera o Anexo II ao Decreto no 4.727, de 9 de junho de 2003, que trata do Estatuto e do Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas da Fundação Nacional de Saúde; e dá outras providências.
- BRASIL. Lei 10.933, de 11 de agosto de 2003. Dispõe sobre o Plano Plurianual para o período 2004/2007.
- BRASIL. Lei Complementar nº 101, de 04 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências.
- BRASIL. Lei nº 11.653, de 07 de abril de 2008. Dispõe sobre o Plano Plurianual para o período 2008/2011.
- BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990 - Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
- BRASIL. Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.
- BRASIL. Ministério da Saúde [site] 2010a, [pesquisado em 14/04/2010]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/sas/mac/area.cfm?id_area=821

²⁰ De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 6027.

BRASIL. Ministério da Saúde [site] 2010b, [pesquisado em 14/04/2010]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/sas/mac/area.cfm?id_area=835

BRASIL. Ministério da Saúde [site] 2010c, [pesquisado em 14/04/2010]. Disponível em: <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Caderno de Informação da Saúde Suplementar: Beneficiários, Operadoras e Planos. 2. ed. revisada. Rio de Janeiro, 2010d. 68p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS - DATASUS. Base de dados Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?recsus/cnv/rsuf.def>. Acesso de Mar. a Nov. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Departamento Nacional de Auditoria do SUS e Departamento Nacional de Auditoria do SUS. Curso básico de regulação, controle, avaliação e auditoria do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006a. 256p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Epidemiologia das desigualdades em saúde no Brasil: um estudo exploratório. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002. 123 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. O Sistema Público de Saúde Brasileiro. Brasília, DF: Secretaria de Atenção à Saúde, 2002. 44p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Diretrizes para a implantação de complexos reguladores. Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2006b. 68p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Relatório de Gestão 2005. 2006. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_gestao_sas_2005.pdf. Acesso em 24 Jul. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Relatório de Gestão 2008. 2009. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_gestao_sas_2008.pdf. Acesso em 24 Jul. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS. Painel de Indicadores do SUS. Números 1 a 6. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006 a 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Relatório de Avaliação do Plano Plurianual 2008-2011: Ministério da Saúde - Exercício 2009, ano base 2008. 2009. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caderno_setorial_36000.pdf. Acesso em: 19 Set. 2010.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: Síntese de Indicadores 2008. Rio de Janeiro. 2009c. 213p.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas. Síntese de Indicadores Sociais 2006. Rio de Janeiro. 2006. 317p. (Estudos e Pesquisas - Informação Demográfica e Socioeconômica, n. 19)

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Orçamento Federal. Manual técnico de orçamento MTO. Versão 2010. Brasília, 2009a. 169 p.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. Manual de avaliação: Plano Plurianual 2008/2011: exercício 2009 - ano base 2008. Brasília: MP, 2009b. 49p.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. Manual de avaliação: Plano Plurianual 2008/2011: exercício 2010 - ano base 2009. Brasília: MP, 2010. 47p.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. Manual de Elaboração: Plano Plurianual 2008-2011. Brasília: MP, 2007.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social. Manual de Elaboração: o passo a passo da elaboração do PPA para municípios. Brasília, DF: 2. ed., 2005. 233p.

BRASIL. Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/02. Portaria GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002.

BRASIL. Portaria GM n.º 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle.

BRASIL. Portaria n.º 837, de 23 de abril de 2009. Altera e acrescenta dispositivos à Portaria n.º 204/GM, de 29 de janeiro de 2007, para inserir o Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde na composição dos blocos de financiamento relativos à transferência de recursos federais para as ações e os serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

CAJUEIRO, J.P. de M. Saúde Pública no Brasil nos anos noventa: um estudo da política e de seus limites e condicionantes macroeconômicos. 2004. 182f. Dissertação (Mestrado em Economia Social e do Trabalho) - Instituto de Economia, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.

CAVALCANTE, P.L. A Implementação do Orçamento por Resultados no Âmbito do Executivo Federal: um Estudo de Caso. 2006. 173f. Dissertação (Mestrado em Ciência Política) - Instituto de Ciência Política, Universidade de Brasília, Brasília, 2006.

CORE, F. G. Reforma gerencial dos processos de planejamento e orçamento. Brasília: ENAP, 2001. 43p. (Texto para discussão, 44).

FRANÇA, José Rivaldo Melo de. A Dinâmica da Vinculação de Recursos para a Saúde no Brasil: 1995 a 2004. 2006. 124f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Departamento de Ciências Sociais Políticas Públicas e Saúde, Rio de Janeiro.

KUSEK, J. Z.; RIST, R.C. Ten steps to a Results-Based Monitoring and Evaluation System. Washington, D.C: World Bank; 2004.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L.D de.; MACHADO, C.V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001.

MACHADO, C.V. Direito universal, política nacional: O papel do Ministério da Saúde na política de saúde brasileira de 1990 a 2002. 2005. 391f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Curso de Pós-graduação em Saúde Coletiva – área de concentração em Políticas, Planejamento e Administração em Saúde do Instituto de Medicina Social, UERJ, Rio de Janeiro.

MARTINS, M., TRAVASSOS, C., NORONHA, J.C. Sistema de Informações Hospitalares como ajuste de risco em índices de desempenho. *Rev Saúde Pública*, v. 35, n. 2. p. 185-192, 2001.

MATOS, C.A.; POMPEU, J.C. Onde estão os contratos? Análise da relação entre os prestadores privados de serviços de saúde e o SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 8, n. 2, p. 629-643, 2003.

MONNERAT, G.L.; SENNA, M.C.M.; SOUZA, R.G. A reorganização dos serviços de saúde no cenário local. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 7, n. 3, p. 509-521, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Selected National Health Accounts indicators: measured levels of expenditure on health, 2003-2007. 2010a. Disponível em: http://www.who.int/nha/country/nha_ratios_and_percapita_levels_2003-2007.xls e em <http://www.who.int/nha/en/>. Acesso em: 28 Ago. 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. World health statistics 2010. 2010b. Disponível em: http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS10_Full.pdf >. Acesso em: 29 Ago. 2010.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações / Rede Interagencial de Informação para a Saúde - Ripsa. 2. ed. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. 349 p.

RIBEIRO, J.M. Conselhos de saúde, comissões intergestores e grupos de interesses no Sistema Único de Saúde (SUS). *Cad. Saúde Públ.*, v.13, n. 1, p. 81-92, 1997.

RIBEIRO, J.M. Desenvolvimento do SUS e racionamento de serviços hospitalares. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 3, p. 771-782, 2009.

RIBEIRO, J.M., COSTA N.R. Mecanismos de governança e modelos alternativos de gestão hospitalar no Brasil. Brasília: World Bank, 2005. Relatório de pesquisa.

SANTOS, C.H.M dos. Um panorama das finanças públicas brasileiras 1995/2009. In: CASTRO, J.A. de; SANTOS, C.H.M dos. RIBEIRO, J.A.C. Tributação e equidade no Brasil: um registro da reflexão do Ipea no biênio 2008-2009. Brasília: Ipea, 2010. cap. 1, p. 19-65.

SANTOS, M.A.B.; GERSCHMAN, S. As segmentações da oferta de serviços de saúde no Brasil – arranjos institucionais, credores, pagadores e provedores. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 9, n. 3, p. 795-806, 2004.

SOUZA, R.G.; BODSTEIN, R.C.A. Inovações na intermediação entre os setores público e privado na assistência à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 7, n. 3, p. 481-492, 2002.

SOUZA, R.R. Redução das desigualdades regionais na alocação dos recursos federais para a saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 8, n. 2, p. 449-460, 2003.

VERAS, C.M.T.; MARTINS, M.S. A Confiabilidade dos Dados nos Formulários de Autorização de Internação Hospitalar (AIH), Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Públ.*, v. 10, n. 3, p. 339-355, 1994.

VIANA, A.L.d'Á. Sistema e descentralização - A política de saúde no Estado de São Paulo nos anos 80: formação e tensões. 1994. 195f. Tese (Doutorado) Instituto de Economia, Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 1994.

VIANA, A.L.d'Á, MACHADO, C.V. Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 3, p. 807-817, 2009.

ANEXOS

Anexo A - Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais disponibilizados pelo SUS - Classificação por Grupos e Subgrupos

Grupo - 01 - Ações de promoção e prevenção em saúde

Sub-Grupo - 01 - Ações coletivas/individuais em saúde

Sub-Grupo - 02 - Vigilância em saúde

Grupo - 02 - Procedimentos com finalidade diagnóstica

Sub-Grupo 01 - Coleta de material

Sub-Grupo 02 - Diagnóstico em laboratório clínico

Sub-Grupo 03 - Diagnóstico por anatomia patológica e citopatologia

Sub-Grupo 04 - Diagnóstico por radiologia

Sub-Grupo 05 - Diagnóstico por ultra-sonografia

Sub-Grupo 06 - Diagnóstico por tomografia

Sub-Grupo 07 - Diagnóstico por ressonância magnética

Sub-Grupo 08 - Diagnóstico por medicina nuclear in vivo

Sub-Grupo 09 - Diagnóstico por endoscopia

Sub-Grupo 10 - Diagnóstico por radiologia intervencionista

Sub-Grupo 11 - Métodos diagnósticos em especialidades

Sub-Grupo 12 - Diagnóstico e procedimentos especiais em hemoterapia

Sub-Grupo 13 - Diagnóstico em vigilância epidemiológica e ambiental

Sub-Grupo 14 - Diagnóstico por teste rápido

Grupo - 03 - Procedimentos clínicos

Sub-Grupo 01 - Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos

Sub-Grupo 02 - Fisioterapia

Sub-Grupo 03 - Tratamentos clínicos (outras especialidades)

Sub-Grupo 04 - Tratamento em oncologia

Sub-Grupo 05 - Tratamento em nefrologia

Sub-Grupo 06 - Hemoterapia

Sub-Grupo 07 - Tratamentos odontológicos

Sub-Grupo 08 - Tratamento de lesões, envenenamentos e outros, decorrentes de causas externas

Sub-Grupo 09 - Terapias especializadas

Sub-Grupo 10 - Parto e nascimento

Grupo - 04 - Procedimentos cirúrgicos

Sub-Grupo 01 - Pequenas cirurgias e cirurgias de pele, tecido subcutâneo e mucosa

Sub-Grupo 02 - Cirurgia de glândulas endócrinas

Sub-Grupo 03 - Cirurgia do sistema nervoso central e periférico

Sub-Grupo 04 - Cirurgia das vias aéreas sup., da cabeça e do pescoço

Sub-Grupo 05 - Cirurgia do aparelho da visão

Sub-Grupo 06 - Cirurgia do aparelho circulatório

Sub-Grupo 07 - Cirurgia do ap. digestivo, órgãos anexos e parede abdominais

Sub-Grupo 08 - Cirurgia do sistema osteomuscular

Sub-Grupo 09 - Cirurgia do aparelho geniturinário

Sub-Grupo 10 - Cirurgia de mama

Sub-Grupo 11 - Cirurgia obstétrica

Sub-Grupo 12 - Cirurgia torácica

Sub-Grupo 13 - Cirurgia reparadora

Sub-Grupo 14 - Cirurgia orofacial

Sub-Grupo 15 - Outras cirurgias

Sub-Grupo 16 - Cirurgia em oncologia

Sub-Grupo 17 - Anestesiologia

Sub-Grupo 18 - Cirurgia em nefrologia

Grupo - 05 - Transplantes de órgãos, tecidos e células

Sub-Grupo 01 - Coleta e exames para fins de doação de órgãos, tecidos e células e de transplante

Sub-Grupo 02 - Avaliação de morte encefálica

Sub-Grupo 03 - Ações relacionadas à doação de órgãos, tecidos e células

Sub-Grupo 04 - Processamento de tecidos para transplante

Sub-Grupo 05 - Transplante de órgãos, tecidos e células

Sub-Grupo 06 - Acompanhamento e intercorrências pré e pós-transplante

Grupo - 06 - Medicamentos

Sub-Grupo 01 - Medicamentos de dispensação excepcional

Sub-Grupo 02 - Medicamentos estratégicos

Sub-Grupo 03 - Medicamentos de âmbito hospitalar

Sub-Grupo 04 - Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

Grupo - 07 - Órteses, próteses e materiais especiais

Sub-Grupo 01 - Órteses, próteses e materiais especiais não relacionados ao ato cirúrgico

Sub-Grupo 02 - Órteses, próteses e materiais especiais relacionados ao ato cirúrgico

Grupo - 08 - Ações complementares da atenção à saúde

Sub-Grupo 01 - Ações relacionadas ao estabelecimento

Sub-Grupo 02 - Ações relacionadas ao atendimento

Sub-Grupo 03 - Autorização / Regulação

Fonte: DATASUS

Anexo B - Ações orçamentárias integrantes do Programa 1220 - Assistência Ambulatorial e Hospitalar Especializada no PPA 2008-2011

AÇÕES (Código e descrição)	
0110	Contribuição à Previdência Privada
110H	Elaboração do Projeto de Integração das Instalações do Instituto Nac. do Câncer – INCa
1K09	Implantação da Nova Sede do Instituto Nacional de Ortopedia e Traumatologia
20B0	Atenção Especializada em Saúde Mental
20CF	Apoio à Melhoria da Gestão em Santas Casas de Misericórdia, entidades hospitalares sem fins lucrativos e entidades de reabilitação física de portadores de deficiência
2272	Gestão e administração do Programa
4324	Atenção à saúde das Populações Ribeirinhas da Região Amazônica mediante cooperação com a Marinha do Brasil
4525	Apoio à Manutenção de Unidades de Saúde
4641	Publicidade e Utilidade Pública
6148	Assistência Médica Qualificada e Gratuita a Todos os Níveis da População e Desenvolvimento de Atividades Educacionais e de Pesquisa no Campo da Saúde - Serviço Social Autônomo Associação das Pioneiras Sociais
6217	Atenção à Saúde nos Serviços Ambulatoriais e Hospitalares do Ministério da Saúde
7833	Implantação de Centros de Alta Complexidade em Oncologia - CACON
7H87	Construção da Unidade Acolada da Rede Sarah de Hospitais em Santa Maria
7H99	Implantação de Hospital Geral Público de Alta Complexidade no litoral norte do estado do Rio Grande do Sul
8535	Estruturação de Unidades de Atenção Especializada em Saúde
8585	Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade
8736	Atenção Especializada em Saúde
8755	Aperfeiçoamento, Avaliação e Desenvolvimento de Ações e Serviços Especializados em Cardiologia
8758	Aperfeiçoamento, Avaliação e Desenvolvimento de Ações e Serviços Especializados em Oncologia
8759	Aperfeiçoamento, Avaliação e Desenvolvimento de Ações e Serviços Especializados em Traumatologia e Ortopedia
8761	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – Samu 192
8933	Serviços de Atenção às Urgências e Emergências na Rede Hospitalar
8934	Atenção Especializada em Saúde Bucal
9738	Financiamento ao Custeio dos Hospitais Privados Prestadores de Serviços ao Sistema Único de Saúde

Fonte: PPA 2008-2011

Anexo C – Tabela Unificada de Procedimentos do SUS - Formas de organização dos procedimentos clínicos do Subgrupo “Consultas /atendimentos /acompanhamentos”

Código	Descrição
030101	Consultas médicas/outras profissionais de nível superior
030102	Atendimento/Acompanhamento em saúde do trabalhador
030103	Atendimento pré-hospitalar de urgência
030104	Outros atendimentos realizados por profissionais de níveis superior
030105	Atenção domiciliar
030106	Consulta/Atendimento às urgências (em geral)
030107	Atendimento/acompanhamento em reabilitação física, mental, visual e múltiplas deficiências
030108	Atendimento/Acompanhamento psicossocial
030109	Atendimento/Acompanhamento em saúde do idoso
030110	Atendimentos de enfermagem (em geral)
030111	Atendimento/Acompanhamento queimados
030112	Atendimento/acompanhamento de diagnóstico de doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais
030113	Acompanhamento em outras especialidades

Fonte: Tabela Unificada de Procedimentos, SAS/MS