

Cláudia Regina de Andrade Pereira

**Relação público-privado no contexto da reforma do Estado e da descentralização em  
saúde: o caso do setor privado de serviços vinculado ao SUS**

Dissertação apresentada, como requisito parcial  
para obtenção do título de Mestre, ao Programa de  
Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade  
do Estado do Rio de Janeiro.

Orientador: George Edward Kornis

Rio de Janeiro

2004

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL

**RELAÇÃO PÚBLICO-PRIVADO NO CONTEXTO DA REFORMA DO  
ESTADO E DA DESCENTRALIZAÇÃO EM SAÚDE: O CASO DO SETOR  
PRIVADO DE SERVIÇOS DE SAÚDE VINCULADO AO SUS**

**CLÁUDIA REGINA DE ANDRADE PEREIRA**

Dissertação apresentada como requisito parcial para  
obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva,  
Curso de Pós-graduação em Saúde Coletiva - área  
de concentração em Política, Planejamento e  
Administração em Saúde do Instituto de Medicina  
Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Orientador: Prof. Dr. George Edward Kornis

Rio de Janeiro  
2004

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ/REDE SIRIUS/CB

- P436      Pereira, Cláudia Regina.  
            Relação público-privado no contexto da reforma do Estado  
            e da descentralização em saúde: o caso do setor privado de  
            serviços de saúde vinculado ao SUS / Cláudia Regina de  
            Andrade Pereira. – 2004.  
            235f.
- Orientador: George Edward Kornis.  
            Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de  
            Janeiro, Instituto de Medicina Social.
1. Política de saúde – Brasil – Teses. 2. Sistema Único de  
            Saúde(Brasil) – Teses. 3. Serviços de saúde – Descentralização  
            administrativa – Brasil – Teses. I. Kornis, George Edward  
            Machado. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro.  
            Instituto de Medicina Social. III.Título.

CDU 614:008.1(81)

À Luna, ser que vi crescer e se tornar tão belo.

## AGRADECIMENTOS

Ao orientador e amigo George Edward Kornis, pelo companheirismo, força, torcida, carinho e dedicação às minhas indagações, todo o tempo, e pelas inesquecíveis interlocuções. E não poderia me esquecer de Mônica, sua esposa, que sempre me recebeu com tanto carinho, na aconchegante casa.

À minha co-orientadora e também grande amiga, Joyce Mendes de Andrade Schramm, pessoa especial, presente que a vida me deu nestes anos de SES-RJ, pela amizade que não vacila, não some nunca e está sempre trazendo vida, mesmo "do outro lado do Oceano"... Um agradecimento efusivo à sua co-orientação, embora a burocracia acadêmica tenha impedido, pelos prazos, a oficialização desta. Mas ela aqui se legitima, publicamente, por todas as trocas que me proporcionou.

À Elaci Barreto e Dario Pontes Regis, "mainha" e "mano", dois outros presentes nos tempos SES até hoje, por toda a força, amor e colo nos momentos difíceis, pelos diálogos risonhos, gargalhadas e momentos inesquecíveis juntos.

Aos meus pais, Sueli e Crispim, à minha irmã Cris e à linda Sofia, pelo elo de amor que nos une.

Aos amigos-irmãos, cuja amizade nasceu no intra-muros da UERJ, resiste, se aventura e só se fortalece com o tempo, ultrapassando os 10 anos de convivência, especialmente: ao Luis Henrique, Vânia (Vaninha), Valdir Ermida, Antonio Carlos (Cerezzo), Leo Castro, Adriana Rosa (Drica) e Geandro (Gê).

Ao Galvão e à Ceição, pela amizade, pela casa que abriga e pelos momentos inesquecíveis.

Um carinho especial para toda a equipe do Núcleo de Integração e Desenvolvimento Estratégico (NIDE) da Subsecretaria de Desenvolvimento do Sistema de Saúde (SDSS) da SES-RJ, composta por pessoas muito queridas,

Leonardo Castro, Geandro Pinheiro, Cláudia Martins, Eliane Teixeira, Juliano de Lima e Ana Miranda (Ju, Lili e Ana, não mais conosco), por terem torcido, compreendido e bancado minha ausência na “casa” e o aumento de trabalho que isto pode ter significado, assim como a não divisão, por mim, de alguns pepinos que apareceram quando estava “fora”; pela coesão da equipe, pela força da amizade e da solidariedade.

À Ana Cecília Faveret, pelo trabalho de tradução e fundamentais comentários, bem como à Luciana Dias de Lima (Kalu), amigas com as quais troco tantas coisas, que vão do lado genérico da vida às minúcias do SUS. E também pela dedicação e companheirismo em tantos momentos. E à Carmen Rocha Maia, mãe de Ana, minha querida professora de inglês, cujas aulas foram de extrema importância e proporcionaram imenso prazer.

Ao David Kestenberg e ao “pequenino” Caio, pelas maravilhosas aventuras ecológicas, pelo carinho sempre aceso e também pelas belas gargalhadas.

À equipe do gabinete da SDSS, além do NIDE, pela convivência diária e troca de momentos peculiares.

Ao Nelson Souza e Silva, doutor exemplar e defensor da promoção de saúde, pelas trocas de idéias e dedicação a olhar os dados que coletei e discuti-los com carinho e olhar analítico. Outra pessoa especial que encontrei na SES.

À Marina Ferreira de Noronha, companheira afável e cuidadosa nos trabalhos na ENSP, em pleno carnaval, e ao carinho sempre presente de Vera Peppe. Bem como à presteza e gentileza de Iúri e Raolino pela oferta e disponibilidade de olhar alguns dados.

Aos professores do IMS, pela qualidade da discussão que promovem, com especiais agradecimentos a Ruben Mattos, José Luis Fiori, Laura Tavares, Kenneth Camargo, José Noronha, Hesio Cordeiro e Roseni Pinheiro, pela disponibilidade e interesse de discutir o trabalho que aqui nasce.

Aos colegas do mestrado, pelo “sentido de turma” e união em todo o percurso acadêmico que nos moveu. Em especial, ao Álvaro Nascimento, Celso Coelho e Nara Sudo, pela preocupação e amizade nestes idos. Viva o “Reino de Alvaland” que montamos!

À equipe da secretaria do IMS, pela solidariedade, orientações indispensáveis e seriedade no trabalho.

À coordenação e secretaria do Curso Gestão em Saúde, do EAD, da ENSP/FIOCRUZ, pela compreensão de minha ausência em alguns momentos, e carinho especial aos amigos Ju e Kalu que seguraram as pontas nesta ausência.

À Ceres Albuquerque, Wagner Martins, Valcler Rangel Fernandes e Cristiani Vieira Machado por tudo o que aprendi de saúde pública em nossa convivência, pelo companheirismo e espírito solidário que sempre os imbuíram.

Ao Gilson Carvalho, o qual, infelizmente, não conheço pessoalmente, pessoa solidária e defensora do SUS, com o qual tive o prazer de trocar tantas idéias por email.

Ao Guilherme Horta, pela presença e ajuda em muitos momentos delicados.

À Ligia Bahia, por ter incitado a minha entrada efetiva na área do planejamento do SUS, na qual estou até hoje, bem como pelas conversas, pelas trocas quando fiz especialização em saúde coletiva na UFRJ, bem como pelo carinho com que sempre me recebeu.

À Heliana Conde Rodrigues e Cid Cortez, professores do Instituto de Psicologia da UERJ, por tudo o que aprendi com eles em minha estadia na graduação, na ousadia que lhes é peculiar; também pelas maravilhosas aulas e conversas que tanto me encantaram e me fizeram embrenhar, com paixão, pela saúde mental.

À equipe do Espaço Aberto ao Tempo do Instituto Municipal de Assistência à Saúde Nise da Silveira (antigo CPPII), bem como aos pacientes que acompanhei, pela tentativa de desmonte da perversidade do hospício e da clausura, e pelos aprendizados não só sobre saúde mental, mas sobre a vida.

Ao Daniel Farias, uma águia que a vida me presenteou, cujas asas me ajudam a voar...

Novamente, e em especial, à Luna, por todo o amor e beleza que sua existência representa.



## SUMÁRIO

### TRAJETÓRIA

#### **CAP. I - INTRODUÇÃO.....20**

I.1 - O objeto de estudo.....21

I.2 - Os objetivos.....23

I.2.1 - Geral.....23

I.2.2 - Específicos.....24

I.3 - As justificativas.....24

I.4 - O método.....26

I.5 - A organização do trabalho.....28

#### **CAP. II - DESCENTRALIZAÇÃO NO CONTEXTO DA REFORMA DO ESTADO DESDE OS ANOS 90: A EXPERIÊNCIA BRASILEIRA.....32**

II.1 - Breves apontamentos sobre o projeto brasileiro de Reforma do Estado.....32

II.2 - O processo de descentralização em saúde: cisões entre a perspectiva neoliberal e a democrática no SUS.....47

II.2.1 - A gênese do SUS.....48

II.2.2 - O marco legal e o "ciclo" das NOBs nos anos 90.....58

II.2.3 - O debate acerca da regionalização em saúde com o advento da NOAS.....65

II.3 - O ideário sobre a gestão da municipalidade: perdas e ganhos.....71

II.4 - Implicações do processo de descentralização na relação público-privado: a perspectiva da saúde.....82

#### **CAP. III - A POROSIDADE DO SUS FACE AO SETOR PRIVADO DE SERVIÇOS DE SAÚDE (SPSS).....91**

III.1 - Entre o público e o privado: o SPSS e o SUS.....91

|                                                                                                                        |            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| III.2 - A filantropia em questão: uma outra discussão.....                                                             | 101        |
| III.3 - A invisibilidade do Terceiro Setor: possíveis danos da falácia “nem público, nem privado” na saúde.....        | 112        |
| III.4 - É imperativa a cisão entre provisão, financiamento e regulação do SUS?.....                                    | 118        |
| <b>CAP. IV - MAPEAMENTO DO SPSS: CONTRIBUIÇÕES PARA UMA ANÁLISE MAIS DETIDA DA RELAÇÃO PÚBLICO-PRIVADO NO SUS.....</b> | <b>128</b> |
| IV.1 - Breve discussão sobre a participação do setor privado no SUS: a perspectiva do marco legal e normativo.....     | 128        |
| IV.2 - Distintos aspectos da contratualização entre gestão pública e setor privado na saúde.....                       | 138        |
| IV.3 - O que “dizem” os dados oficiais: mapeando o setor no país.....                                                  | 149        |
| IV.3.1 - A área hospitalar.....                                                                                        | 151        |
| IV.3.2 - A área ambulatorial.....                                                                                      | 170        |
| IV.3.3 - Os recursos financeiros.....                                                                                  | 183        |
| IV.4 - O SPSS e o SUS: discutindo dados e desmontando castelos.....                                                    | 190        |
| <b>CAP.V - CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>                                                                               | <b>199</b> |
| <b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>                                                                                 | <b>207</b> |
| <b>ANEXOS.....</b>                                                                                                     | <b>212</b> |

# RELAÇÃO PÚBLICO-PRIVADO NO CONTEXTO DA REFORMA DO ESTADO E DA DESCENTRALIZAÇÃO EM SAÚDE: O CASO DO SETOR PRIVADO DE SERVIÇOS DE SAÚDE VINCULADO AO SUS

## RESUMO

O trabalho aqui apresentado busca avaliar algumas tendências da relação público-privado no Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como foco principal a análise de vários aspectos da inserção e da participação do setor privado de serviços de saúde (SPSS) neste sistema, dos anos 90 em diante.

Dado que a área de saúde se inseriu no contexto de profundas mudanças ocorridas nas políticas públicas a partir dos anos 90, são também analisados o projeto de Reforma do Estado e o processo de descentralização.

Duas dessas mudanças foram o processo de descentralização, associado diretamente à municipalização, e a criação de novas modalidades de participação do setor privado na área da saúde. O fortalecimento do chamado *terceiro setor* e da privatização da saúde, no âmbito dessas novas modalidades, têm íntima relação com o que se cunhou de *publicização* do Estado pela política neoliberal.

O processo de transformações na relação público-privado no escopo do SUS é, por conseguinte, objeto privilegiado de análise. Para tanto, articulamos o mapeamento da significativa participação do SPSS no SUS à avaliação de alguns dos desafios postos à gestão do sistema e à política pública de saúde.

## Palavras-chave

- 1 - Relação público-privado na saúde
- 2 - Setor privado de serviços de saúde vinculado ao SUS
- 3 - Reforma do Estado
- 4 - Descentralização

# PUBLIC-PRIVATE RELATIONSHIP IN THE CONTEXT OF THE STATE REFORM AND OF THE DECENTRALIZATION IN THE HEALTH SECTOR: THE CASE OF THE PRIVATE HEALTH CARE SECTOR WITHIN SUS

## ABSTRACT

This dissertation attempts to evaluate some of the tendencies found in the public-private relationship within the Sistema Único de Saúde (Unified Health System - SUS), and it focuses mainly on the analysis of several aspects of the insertion and participation of the private health care sector (SPSS) in this system since the 1990s.

Given that the health sector was part and parcel of the profound changes that occurred in the public policies since the nineties, the State Reform project and the process of decentralization are also analyzed.

Two of these changes were the decentralization process that was directly associated with the "municipalization", and the creation of new forms of participation of the private sector in the health area. The strengthening of the so-called *third sector* and of the privatization in the health sector, within these new forms, are closely related with what became known as the *publicization* of the State by the neoliberal policy.

The process of transformation in the public-private relationship within SUS is, therefore, a privileged object of analysis. In order to do that, we articulated the understanding of the significant participation of the SPSS in SUS with the evaluation of some of the administration challenges that both the system and the health public policy face.

### Keywords

- 1 - Public-private relationship in health
- 2 - Private health care sector related to SUS
- 3 - State reform
- 4 - Decentralization

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

|                                                  |     |
|--------------------------------------------------|-----|
| Figura 1 - Fluxo de Contratação de Serviços..... | 146 |
|--------------------------------------------------|-----|

### Área Hospitalar

|                                                                                                                                         |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Gráfico 1 - Total de Internações Hospitalares do SUS, Brasil, 1995 a 2003.....                                                          | 151 |
| Gráfico 2 - Valor Total de Internações Hospitalares do SUS, Brasil, 1995 a 2003.....                                                    | 152 |
| Gráfico 3 - Frequência Total das Internações Hospitalares do SUS, por Especialidade, Brasil, 1995 a 2003.....                           | 153 |
| Gráfico 4 - Valor Total das Internações Hospitalares do SUS, por Especialidade, Brasil, 1995 a 2003.....                                | 154 |
| Gráfico 5 - Total de Internações Hospitalares do SUS, por Natureza do Prestador, Brasil, 1995 a 2003.....                               | 157 |
| Gráfico 6 - Valor Total das Internações Hospitalares do SUS, por Natureza do Prestador, Brasil, 1995 a 2003.....                        | 159 |
| Gráfico 7 - Percentual do Valor Total das Internações Hospitalares do SUS, por Especialidade e Regime, Brasil, 1995 a 2003.....         | 160 |
| Gráfico 8 - Valor Total das Internações Hospitalares do SUS, por Especialidade e UF, Brasil, 1995 a 2003.....                           | 162 |
| Gráfico 9 - Percentual do Valor Total das Internações Hospitalares do SUS, por UF e Regime, Brasil, 1995 a 2003.....                    | 163 |
| Gráfico 10 - Percentual do Valor Total das Internações Hospitalares do SUS, por Região e Regime, Brasil, 1995 a 2003.....               | 163 |
| Gráfico 11 - Total de Leitos Hospitalares do SUS, por Natureza, Brasil, 1995 a 2003.....                                                | 164 |
| Gráfico 12 - Percentual do Total de Leitos Hospitalares do SUS, por Regime, Brasil, julho de 2003.....                                  | 165 |
| Gráfico 13 - Percentual do Total de Hospitais do SUS, por Regime, Brasil, julho de 2003.....                                            | 165 |
| Gráfico 14 - Percentual do Valor Total de Procedimentos Hospitalares de Alta Complexidade, do SUS, por Regime, Brasil, 1995 a 2003..... | 166 |
| Gráfico 15 - Percentual do Valor Total de Procedimentos Hospitalares Estratégicos, do SUS, por Regime, Brasil, 1995 a 2003.....         | 166 |
| Gráfico 16 - Percentual do Valor Total dos Demais Procedimentos Hospitalares do SUS, por Regime, Brasil, 1995 a 2003.....               | 167 |

### Área Ambulatorial

|                                                                                                                                                                 |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Gráfico 1 - Percentual do Valor Total da Produção Ambulatorial, por UF e Tipo de Prestador, Brasil, 1995 a 2003.....                                            | 172 |
| Gráfico 2 - Percentual do Valor Total Aprovado de Procedimentos Financiados pelo FAEC, por Tipo de Prestador, Brasil, maio de 1999 a dezembro de 2003.....      | 173 |
| Gráfico 3 - Valor Total da Produção Ambulatorial de Procedimentos Especializados, por Tipo de Prestador, Brasil, novembro de 1999 a dezembro de 2003.....       | 174 |
| Gráfico 4 - Total do Valor Aprovado em Fisioterapia, por Tipo de Prestador, Brasil, 1995 a 2003.....                                                            | 176 |
| Gráfico 5 - Valor Total da Produção Ambulatorial de Procedimentos de Alta Complexidade, por Tipo de Prestador, Brasil, novembro de 1999 a dezembro de 2003..... | 178 |
| Gráfico 6 - Total do Valor Aprovado em Medicina Nuclear, por Tipo de Prestador, Brasil, 1995 a 2003.....                                                        | 179 |
| Gráfico 7 - Total do Valor Aprovado em Hemodinâmica, por Tipo de Prestador, Brasil, 1995 a 2003.....                                                            | 179 |
| Gráfico 8 - Total do Valor Aprovado em Terapia Renal Substitutiva, por Tipo de Prestador, Brasil, 1995 a 2003.....                                              | 180 |

|                                                                                                        |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Gráfico 9 - Total do Valor Aprovado em Radioterapia, por Tipo de Prestador, Brasil, 1995 a 2003.....   | 180 |
| Gráfico 10 - Total do Valor Aprovado em Quimioterapia, por Tipo de Prestador, Brasil, 1995 a 2003..... | 181 |

## Recursos Financeiros

|                                                                                                                                                                                     |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Gráfico 1 - Valor Médio, <i>Per Capita</i> , dos Valores Federais do SUS despendidos, por Tipo de Prestador, Brasil, 1997 a 2003.....                                               | 185 |
| Gráfico 2 - Diferença Percentual do Valor Médio, <i>Per Capita</i> , de Valores Federais do SUS despendidos, por Tipo de Prestador e Unidade da Federação, Brasil, 1997 a 2003..... | 188 |

## Anexos

|                                                                                                                                                                                        |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Anexo 1 - Percentual do Valor Total dos Principais Procedimentos Hospitalares de Alta Complexidade, Brasil, 1995 a 2003                                                                |  |
| Anexo 2 - Percentual de Leitos Hospitalares por Unidade da Federação, Brasil, julho de 2003                                                                                            |  |
| Anexo 3 - Percentual de Hospitais por Unidade da Federação e Natureza, Brasil, julho de 2003                                                                                           |  |
| Anexo 4 - Percentual do Valor Total das Internações Hospitalares do SUS, por UF e Principais Causas do Capítulo CID 10, Brasil, 1995 a 2003                                            |  |
| Anexo 5 - Percentual de Unidades Ambulatoriais do SUS, por UF e Tipo de Prestador, Brasil, julho de 2003                                                                               |  |
| Anexo 6 - Percentual do Valor Aprovado da Produção Ambulatorial, por Item de Programação até 10/99 e Tipo de Prestador, Brasil, janeiro de 1995 a outubro de 1999                      |  |
| Anexo 7 - Percentual do Valor Aprovado da Produção Ambulatorial, por Grupo após 10/99 e Tipo de Prestador, Brasil, novembro de 1999 a dezembro de 2003                                 |  |
| Anexo 8 - Percentual do Valor Total dos Principais Procedimentos Ambulatoriais do SUS, de Patologia Clínica Realizados pelo Setor Privado, Brasil, novembro de 1999 a dezembro de 2003 |  |
| Anexo 9 - Percentual do Valor Total de Procedimentos Hospitalares Estratégicos do SUS, por Grupo de Procedimento e Regime, Brasil, 1995 a 2003                                         |  |
| Anexo 10 - Percentual do Valor Total de Procedimentos Financiados pelo FAEC, por Tipo de Prestador, Brasil, maio de 1999 a dezembro de 2003                                            |  |
| Anexo 11 - Valores Despendidos de Recursos Federais do SUS, por Tipo de Prestador e Unidade da Federação, Brasil, 1997 a 2003                                                          |  |
| Anexo 12 - Valor Médio, <i>Per Capita</i> , em Ordem Decrescente, dos Valores Despendidos de Recursos Federais do SUS, por UF e Tipo de Prestador, Brasil, 1997 a 2003                 |  |

## LISTA DE ABREVIATURAS

AIH - Autorização de Internação Hospitalar

AIS - Ações Integradas em Saúde

BNDES - Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CID X - Classificação Internacional das Doenças X

CF 88 - Constituição Federal de 1988

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CPMF - Contribuição Provisória sobre Movimentações Financeiras

DATASUS - Departamento de Informática do SUS

EC - Emenda Constitucional

FAEC - Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação

FCES - Ficha de Cadastro dos Estabelecimentos de Saúde

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social

INCA - Instituto Nacional do Câncer

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

INTEGRASUS - Incentivo criado pelo Ministério da Saúde para unidades do SUS

LOAS - Lei Orgânica da Assistência Social

LOS - Lei Orgânica da Saúde

MS - Ministério da Saúde

NAPS - Núcleo de Atenção Psicossocial

NOAS - Norma Operacional da Assistência à Saúde

NOB - Norma Operacional Básica

PROFAE - Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem

PT/GM - Portaria do Gabinete do Ministério

REFORSUS - Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde

SIA-SUS - Sistema de Informação Ambulatorial do SUS

SES - Secretaria de Estado de Saúde

SIH-SUS - Sistema de Informação Hospitalar do SUS

SPSS - Setor Privado de Serviços de Saúde

SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

TRS - Terapia Renal Substitutiva



## TRAJETÓRIA

Este trabalho tem íntima relação com uma inquietude que retrocede ao começo dos anos 90, época de minha "entrada efetiva" na área da saúde, como estagiária, quando do penúltimo ano para graduação em Psicologia na UERJ.

O que chamo aqui de "entrada efetiva", mais precisamente na área de saúde mental, foi por intermédio de vivências na assistência pública, em hospital federal psiquiátrico, no subúrbio do município do Rio de Janeiro.

É isto mesmo. A inquietude a qual me refiro vem de minhas indagações e experiências dentro de um "hospício", por mais humanizado este se quisesse fazer.

A discussão de ambas as questões já me apaixonava: a da assistência pública e da assistência ao sofrimento psíquico. Não que a idéia do manicômio atraísse em qualquer sentido. A pulsação vinha justamente da verve que alguns grandes professores da graduação provocaram, bem como do que a leitura de alguns escritores brasileiros, italianos e franceses imbuíu: a necessidade de desmontagem do manicômio e a recriação da história, em oposto ao que lhe instituiu como legítimo.

A inquietude não parou aí.

Tive o prazer de trabalhar em um espaço dentro do hospício que objetivava justamente recriá-lo, destituí-lo de suas perversas origens. O que se chamava, à época, Enfermaria de Portas Abertas tornou-se Espaço Aberto ao Tempo. Espaço esse que não é nem um CAPS, um NAPS ou meramente um espaço alternativo à face feia do manicômio. É muito mais do que isso.

A loucura também trouxe outras infinitas inquietudes. A desmontagem de sentidos comuns, e recriação de tantos outros sentidos, na fala e experiência psicótica, burla todos os sentidos comuns a respeito do que seja saúde, vida, sanidade, e por aí vai. "Há que se criar outros"...

Felizmente, foi justamente no convívio com a diferença e com a loucura que pude recriar os sentidos e *realinhavar* minhas inquietações. Nada passava despercebido: o que ouvia e aprendia na graduação, na conversa com amigos, com brilhantes professores e profissionais com os quais convivi desde o começo dos 90.

Pude também carregar os frutos de minha vivência no hospício para as “portas da periferia”, quando tive a oportunidade de trabalhar como psicóloga em um Centro de Saúde no bairro de Ramos, no Complexo da Maré, município do Rio de Janeiro. Desde então, já como servidora deste município. E a inserção na favela trazia novos desafios.

As experiências na área ambulatorial e da clínica me proporcionaram marcas indelévels. O contato estreito com a angústia de uma pessoa e com as “suas inquietudes”, tanto no espaço hospitalar quanto no ambulatorial, reinventaram meus desejos e aflições na área da saúde.

Mas não é que a “loucura” não acabava? Voltei para o lugar de origem, o hospício, e o mesmo, então como servidora do município. Rever os pacientes moradores daquela “casa” trouxe novas aflições e desejos de transformação.

Foram também imprescindíveis, as experiências práticas e discussões conceituais empreendidas na pós-graduação em Saúde Coletiva, na UFRJ, bem como no mestrado no Instituto de Medicina Social da UERJ, onde a discussão conceitual se intensificou. A “ida para a saúde pública” já era produto de uma premência de desenvolver discussões sobre a assistência pública à saúde, bem como sobre a importância de sua existência e suficiência, marca vivíssima até hoje.

Esta “ida”, pelo jeito, é sem “volta”. Ter tido a oportunidade de trabalhar em outra realidade, completamente distinta das anteriores, como o nível central de um governo do estado do Rio de Janeiro, mais precisamente na área de

planejamento da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro-SES/RJ, mudou boa parte da "rota".

Lá se vão seis anos de SES-RJ, dentre outros trabalhos. Junta tudo: saúde mental, hospício, favela, ambulatório, clínica, gestão, saúde pública... A malinha vai ficando abarrotada e precisando de mais espaço para que as histórias caibam. E as inquietudes também!

A experiência no mestrado veio aprimorar as indagações que já pulsavam nos anos anteriores, refinando a experiência e os dados provenientes do trabalho na gestão estadual.

A verve inicial, portanto, não perdeu sua força: continuo e continuarei, acreditando na necessidade de uma assistência pública, universal, igualitária e redistributiva. Também acredito na idéia de que esta possa cada vez mais se aprimorar, e torço para que o debate democrático sobre isto não perca sua potência.

Quando digo assistência pública, refiro-me às unidades próprias do Estado, leia-se unidades municipais, estaduais ou federais. Quanto às unidades contratadas pelo SUS, apesar de poderem ser inseridas no que se chama assistência pública, considero que mereçam uma análise peculiar. Muitas experiências esdrúxulas, bizarras e imorais me foram relatadas por pacientes psiquiátricos que viveram a experiência de longas estadias em clínicas psiquiátricas conveniadas ao SUS. E haja história!

Portanto, quanto à retomada do debate público x estatal, não me parece consenso que esta deva ser despojada de qualquer possibilidade no debate sobre o SUS como um todo. Não só a psiquiatria possui nuances na assistência privada conveniada/contratada pelo SUS. Temos outras especialidades em jogo.

Dado isto, vêm as questões: se a assistência privada contratada pelo SUS, tida como com fins lucrativos ou não, também se insere no escopo da oferta pública de

serviços de saúde, a quantas anda sua relação com este sistema? E vice-versa, que relações formais e informais este sistema vem travando com aquela? Quais as características legais, oficiais e oficiosas de tal inserção? Esta possui efetivamente um caráter complementar, como dita a Lei, ou a história não é bem assim "como se diz"?

Outras questões se somam a estas: ainda que incorporadas no âmbito geral da assistência pública, a assistência privada e pública, têm, essencialmente, as mesmas finalidades e atribuições maiores no interior do papel do Estado em prover uma assistência universal e igualitária, com qualidade e eficácia? A inquietude dizia e ainda diz que não. A *Carta Cidadã*, tal como se fez conhecer a Constituição Brasileira promulgada em 1988, também não.

Daí parte o objeto deste trabalho. De que forma vem se dando a assistência privada contratada ou conveniada pelo SUS, no interior mesmo do que se chama assistência pública, representa a preocupação *mor*.

Da preocupação, surge o interesse acadêmico de transformá-la em um texto consistente, legível e útil aos possíveis leitores e interessados, bem como para este campo de conhecimento e de práticas. Sem que, para isto, no entanto, tenha prescindido da necessidade de rigor na escrita acadêmica.

Este trabalho de pesquisa, e fruto de uma trajetória específica, com inquietações específicas, traduz-se em uma proposta de discussão e multiplicação do debate. Estudos posteriores, de outros autores, poderão estar refinando e trazendo à baila novas questões que, decerto, possivelmente puderam ser negligenciadas neste escrito.

Ainda que considere a complexidade do tema, está lançado o debate que aqui se propõe.

## I. INTRODUÇÃO

A temática da relação público-privado na área da saúde, no Brasil, é particularmente importante para a avaliação mais geral da conformação do sistema de saúde brasileiro.

Esta temática vem sendo cada vez mais refinada quando o assunto trata da inserção da assistência suplementar, a qual não se vincula à assistência pública, ainda que esta seja e deva ser regulada pelo Estado; bem como possa obter isenções fiscais, nos termos de pessoas físicas e jurídicas, dada a relevância pública da assistência à saúde no âmbito das políticas públicas.

Têm multiplicado estudos e aumentado o relevo de análises e informações acadêmicas a respeito da referida temática<sup>1</sup>. No entanto, muito menos vem sendo produzido, acadêmica e oficialmente, no que se refere à análise da relação público-privado no interior da assistência pública, organizada pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Ainda que alguns estudiosos sobre a legislação do SUS refinem a discussão no que se refere ao arcabouço jurídico que embasa o Sistema<sup>2</sup>, o legitima e regula a participação da iniciativa privada, há outras nuances na análise da relação da gestão pública com o setor privado.

Outros estudos acerca de políticas de saúde e dos aspectos da descentralização em saúde nos anos 90, também fornecem valiosos subsídios à análise da temática que se propõe nesta dissertação<sup>3</sup>.

Visto que nosso campo temático abarca aspectos concernentes à discussão de políticas públicas e de saúde nos anos 90, após a instituição do SUS, não

---

<sup>1</sup> Estudos, tais como os de: BAHIA, L. (1999; 2001), ANDREAZZI, F.S. (2002), ALMEIDA, C. (1998), PEREIRA, C.R.A., et al (2002, mimeografado).

<sup>2</sup> Sobre o tema consultar CARVALHO, G.I. & SANTOS, L. (2001), bem como MARQUES NETO, F.P.A. (2003, mimeografado).

<sup>3</sup> Tomamos como base nesta dissertação, na discussão a respeito, autores como: ARRETCHE, M. (1999); PERES, A.M.A. (2002); ANDRADE, L.O.M., et al (2000); HORTALE, V.A., et al (2000); VIANA, A.L.D'Ávila, et al (2002).

poderíamos, portanto, prescindir da análise da Reforma do Estado brasileiro impetrada no período<sup>4</sup>. Assim como não poderíamos prescindir da avaliação de aspectos do inegável fortalecimento do processo de descentralização em saúde neste mesmo período.

Aliás, há uma forte relação entre o fortalecimento da descentralização e a conformação da Reforma do Estado nos anos 90. O próprio princípio da descentralização constitui-se como um dos princípios desta Reforma.

Diante desta “constatação”, partimos da seguinte indagação: de que forma o cenário dos anos 90, em torno das políticas públicas referentes mais especificamente à área da saúde, pode ter sucedido mudanças na relação do poder público com o setor privado de serviços de saúde vinculado ao SUS?

Tomando como base originária esta indagação, seguimos para a delimitação do nosso objeto de estudo, o qual será agora detalhado.

### 1.1. O objeto de estudo

O Setor Privado de Serviços de Saúde (SPSS) vinculado ao SUS<sup>5</sup> não representa parcela insignificante da oferta de serviços públicos de saúde. Ao contrário, em diversos municípios do país representa a quase totalidade da oferta e, não poucas vezes, principalmente em municípios de menor porte e de regiões do interior, a totalidade.

Ressalta, portanto, o fato de que o SPSS vinculado ao SUS se apresenta enquanto um setor decisivo nos sistemas locais/regionais de saúde, dada sua representatividade na totalidade da oferta hospitalar e ambulatorial no país e nos recursos federais repassados.

---

<sup>4</sup> No que se refere a esta temática tomamos como referência os estudos de FIORI, J.L. (1997, 2001a, 2001b); SOARES, L.T. (2001, 2002); CARNEIRO JUNIOR, N. & ELIAS, P.E. (2003); COHN, A. (2002); MONTANO, C. (2002), NORONHA, J. & SOARES, L.T.(2001); MACHADO, C..V. (2001)

<sup>5</sup> Para fins deste trabalho este setor é definido como SPSS do SUS (o qual engloba o setor privado, universitário e não universitário, bem como o setor filantrópico, com ou sem isenção fiscal, e o sindicato).

A percentagem de leitos hospitalares privados não universitários no país é de 63% do total de leitos credenciados ao SUS. Nas extremidades quanto à oferta estatal e de privados não universitários estariam os estados de Roraima (com 100% de oferta pública, leia-se rede própria, não privada) e o do Rio Grande do Sul (com 6,16% de oferta pública). Na área ambulatorial, no Brasil, 21,09% das unidades são da rede privada (privados, filantrópicos, sindicais, universitários privados), enquanto que 51,16% dos recursos financeiros repassados, referentes à produção ambulatorial, de março de 2002 a fevereiro de 2003, foram para a rede privada<sup>6</sup>.

Cabe, ademais, o esclarecimento de que este setor engloba distintos serviços e com natureza jurídica diferenciada, a qual pressupõe forma específica de financiamento e contratualização com o SUS<sup>7</sup>. Tal peculiaridade reforça a necessidade de mapeamento do SPSS pela academia e pela gestão pública.

Os resultados de recente pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), encomendada pelo BNDES, sobre hospitais filantrópicos do Brasil<sup>8</sup>, apontam para a predominância do setor filantrópico em municípios do interior do país (65,73%), estando 81,26% do setor concentrado em municípios de até 200.000 habitantes. Alguns dados preliminares, constantes da referida pesquisa, sugerem, portanto, a predominância, em diversos municípios do país, da rede filantrópica, com ou sem isenção fiscal.

No entanto, não podemos desconsiderar a importância da parcela do setor privado com fins lucrativos na rede de média e alta complexidade, ambulatorial e hospitalar, principalmente no que se refere à oferta de alta complexidade.

Quanto à rede própria, estatal, essa se concentra em algumas regiões do país e, intra-regionalmente, nas áreas metropolitanas. Sendo que, no próprio âmbito

---

<sup>6</sup> Fonte: [www.datasus.gov.br/tabnet](http://www.datasus.gov.br/tabnet).

<sup>7</sup> Há necessidade de esclarecimento a respeito da utilização do contrato ou do convênio como instrumentos de contratualização do SUS com o referido setor. O primeiro é utilizado para vinculação com o chamado setor contratado (privado, com fins lucrativos) enquanto que o segundo é típico do vínculo com as chamadas instituições filantrópicas, teoricamente sem fins lucrativos. Quanto à discussão acerca da diferenciação jurídica entre contrato e convênio, consultar Carvalho & Santos (2001).

<sup>8</sup> Referimo-nos à pesquisa realizada pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) para o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES), ao longo dos anos 2000 e 2001, com resultados publicados em 2002. A este respeito, consultar BARBOSA (2002).

das regiões metropolitanas, a concentração se dá nos centros, e não na periferia, particularmente nas capitais e nas cidades-pólo.

No entanto, o SPSS vinculado ao SUS careceu de análises mais minuciosas por parte de estudiosos do sistema de saúde brasileiro no período que estudamos, qual seja, dos anos 90 ao começo dos anos 2000.

Portanto, pretendemos nesta dissertação trazer à tona aspectos da relação público-privado no SUS, com ênfase na relação da gestão pública com o SPSS vinculado a este sistema, no referido período.

Intentamos, ademais, dar destaque à análise do tema no que se refere ao contexto das políticas públicas a partir dos anos 90, com ênfase na Reforma do Estado e da descentralização em saúde no período.

Dado isto, tomamos como base de análise para tal estudo revisão de referências bibliográficas a respeito do campo temático e objeto de estudo em questão. Além disso, buscamos dar maior visibilidade à dinâmica da relação da gestão pública do SUS com o SPSS, ainda que o assunto careça de maiores referências bibliográficas.

## **I.2. Os objetivos**

### **I.2.1. Geral**

O presente trabalho tem como objetivo geral tecer avaliações sobre algumas tendências da relação público-privado no curso do processo de descentralização do SUS e da Reforma do Estado a partir dos anos 90, com ênfase na relação da gestão pública com o setor privado de serviços de saúde vinculado a este sistema.



### 1.2.2. Específicos

- Entender a dinâmica da relação público-privado no que se refere à relação do poder público com o setor contratado/conveniado ao SUS nos anos 90 e começo dos anos 2000;
- Analisar as diferentes formas de contratualização do SUS em relação ao referido setor, bem como de sua proporcionalidade, por níveis de complexidade na atenção à saúde, em relação à rede própria, estatal;
- Contribuir com a discussão acerca dos desafios colocados para a gestão e assistência do SUS, em relação ao SPSS;
- Inserir no debate em questão a elaboração de observações acerca de possíveis problemas que ocorrem no âmbito da inserção do SPSS no SUS.

### 1.3. As justificativas

Tendo como base os apontamentos já efetuados, referentes ao setor privado de serviços de saúde contratado/conveniado, destacamos a relevância do estudo acerca deste aspecto peculiar à conformação do SUS, bem como intentamos um entendimento não meramente descritivo do assunto. Além disso, consideramos a contribuição que tal estudo pode trazer para a gestão pública do sistema de saúde e o controle social na próxima década.

Em que pese a escassez bibliográfica a respeito do objeto de estudo deste trabalho, arriscamo-nos a mais um recorte analítico possível acerca da relação público-privado no SUS. Para tanto, consideramos que a organização do sistema de saúde, particularmente nos âmbitos municipal e estadual, no que tange ao fortalecimento do processo de descentralização de políticas públicas na década de 90, foi interpelada por novos desafios e requisitos de capacidade de gestão. Dentre estes últimos, o da gestão da rede assistencial privada contratada/conveniada ao SUS e o aumento de cobertura de procedimentos assistenciais na rede pública de saúde<sup>9</sup>.

---

<sup>9</sup> Embora a oferta de serviços próprios de saúde tenha aumentado, principalmente por intermédio do aumento de cobertura na atenção básica, parte significativa do aumento da oferta de procedimentos de média e alta complexidade nos municípios deveu-se a (embora podendo ser considerado insuficiente) uma relativa

Avaliamos, portanto, que o desenvolvimento do tema dependeria de um mapeamento do objeto de estudo em questão, principalmente no que tange à caracterização de sua inserção no SUS. Para chegar a esta caracterização, lançamos mão da análise da representatividade do SPSS, representada tanto pela proporcionalidade do setor em relação à rede própria do SUS, como também pelas desigualdades vigentes em relação à complexidade da oferta e sua distribuição geográfica no país.

Consideramos a importância da discussão sobre a proporcionalidade deste setor nas regiões e estados do país, inclusive pelo respaldo legal à sua participação complementar ao SUS. Ademais, dada a capilaridade que lhe é peculiar, buscamos tecer comentários sobre os possíveis impactos de sua predominância no processo de descentralização em saúde na década de 90.

Além disso, indagamo-nos a respeito da possibilidade do referido setor poder ser considerado um subsistema dentro do SUS. Dizemos isto por não desconsiderarmos que este setor é heterogêneo e possui distintas inserções no mercado de serviços privados de saúde, bem como no interior da assistência pública. Daí atentarmos para sua importância na discussão da organização da assistência pública à saúde.

Visto que a discussão acerca da organização da assistência à saúde do SUS de forma regionalizada e hierarquizada foi retomada no começo deste século<sup>10</sup>, discutimos, neste trabalho, alguns dos desafios postos por esta orientação ao poder público nas três esferas de governo. E isto na perspectiva de que a Reforma do Estado e o fortalecimento da descentralização a partir dos anos 90 engendraram mudanças na relação público-privado no SUS em sua gestão tripartite.

---

descentralização financeira nos anos 90 (tema que será discutido posteriormente). Com isto, diversos municípios aumentaram seu poder de compra de serviços do setor privado. Além disso, estes vêm, nos últimos anos, aumentando sua parcela de aplicação de recursos dos Tesouros Municipais para custeio e investimento na saúde — ainda que a maior parcela venha do governo federal, o qual arrecada impostos que não são distribuídos a estados e municípios e possui maior poder de arrecadação.

<sup>10</sup> Culminando com a publicação da NOAS 2001 que reforça o papel dos estados na organização regionalizada e hierarquizada da assistência à saúde do SUS.

Isto posto, avaliamos ser de alta relevância a discussão da temática que aqui propomos e consideramos de extrema importância que esta se fortifique no escopo do debate mais amplo sobre o SUS.

#### 1.4. O método

O setor privado de serviços de saúde, contratado pelo SUS, possui um caráter múltiplo em termos de inserção no sistema de saúde brasileiro. Diz-se isso em função da complexidade que envolve a análise da relação público-privado tendo como base avaliação das distintas formas que pode assumir a inserção deste setor no contexto mais amplo da gestão do sistema de saúde, bem como das características da descentralização no Brasil.

Outro destaque refere-se ao limitado número de estudos acerca deste setor no acervo bibliográfico disponível. Estudos significativos sobre o sistema de saúde suplementar foram desenvolvidos na década de 90, e vêm sendo aperfeiçoados recentemente<sup>11</sup>. No entanto, no que se trata do setor contratualizado pelo SUS e complementar à rede própria dos municípios, muito pouco se elaborou a respeito. Daí ter se imposto o desafio de traçar uma metodologia de estudo que conjugasse disponibilidade de tempo e de recursos, dada a complexidade do tema.

Visto que existem poucos dados trabalhados e análises a respeito, algumas fontes de dados foram acionadas para fins de subsídio à discussão.

A própria diversidade de fontes de dados exigiu que elegêssemos algumas que de fato possibilitassem elementos comparativos, os quais minimizassem a fragmentação dos sistemas de informação do SUS e a impossibilidade, neste trabalho, de trabalharmos com dados primários.

Para tanto, utilizamos os Sistemas de Informação da Área Hospitalar (SIH-SUS) e da Área Ambulatorial (SIA-SUS), tanto no que se refere ao volume de

---

<sup>11</sup> Para referência, idem Nota 1.

procedimentos quanto aos valores financeiros envolvidos. O *site* do DATASUS foi nossa base de coleta de dados a este respeito, incluindo-se aí dados sobre valores financeiros despendidos, pelo nível federal, às unidades da federação, por tipo de prestador.

O leitor verá que priorizamos a análise dos dados por tipo de prestador, natureza jurídica e regime para a discussão da participação do SPSS no SUS. Isto porque pretendíamos avaliar o peso desta participação e algumas de suas características, no que se refere ao tipo de complexidade da atenção prestada, ao volume de recursos financeiros envolvidos, bem como aos principais procedimentos envolvidos.

No entanto, uma análise mais consistente da relação estabelecida entre a gestão pública e o SPSS no SUS, não podia prescindir de uma diversidade de fontes, que fugisse à simples análise dos dados oficiais e disponíveis pela internet. Portanto, inserimos, dentre a utilização de dados oficiais, a avaliação de aspectos do arcabouço jurídico, bem como das normatizações constantes a partir dos anos 90.

No que se refere a uma discussão mais conceitual e jurídica a respeito da participação complementar do SPSS no SUS, lançamos mão de estudos de alguns autores que analisaram a legislação do SUS, tais como Carvalho & Santos (2001) e Marques Neto (2003).

Quanto à discussão das temáticas da descentralização em saúde e da Reforma do Estado nos anos 90, utilizamos os trabalhos de diversos estudiosos do tema<sup>12</sup>. Com isto, subsidiamos nossa análise a respeito de possíveis impactos e efeitos da implementação destas temáticas no escopo da relação público-privado no SUS.

Para tanto, seguimos os seguintes passos:

---

<sup>12</sup> As referências encontram-se na Nota 4.

1 - Leitura de análises acerca do processo de descentralização em saúde e da Reforma do Estado na década de 90 e começo dos anos 2000, com ênfase na relação público-privado no SUS, nos âmbitos da produção acadêmica e da gestão governamental;

2 - Foram anexados à referida temática textos, dissertações e teses que discorrem sobre a questão da municipalização, dado que a experiência brasileira, em suas especificidades no pacto federativo, tornou "simbióticos" os dois processos: descentralização e municipalização.

3 - Quanto à bibliografia governamental e oficial, recorreremos à análise documental (com base em normas, portarias e documentos oficiais, principalmente federais), da legislação do SUS e da Constituição Federal de 1988.

4 - Quanto ao levantamento de dados oficiais gerais e disponíveis nos sistemas nacionais/estaduais de informação, utilizamos como base: o Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), o Sistema de Informação Hospitalar (SIH), bem como outros dados relevantes provenientes dos *sites* do Ministério da Saúde (MS), de organizações filantrópicas e do terceiro setor.

5 - Também tomamos como base, para o mapeamento do SPSS no país, dados provenientes da pesquisa sobre hospitais filantrópicos (ano 2002), realizada pela ENSP/FIOCRUZ e financiada pelo BNDES.

### **I.5. A organização do trabalho**

O período que foi especialmente considerado nesta dissertação foi aquele no qual as mudanças se multiplicaram e tomaram um vulto espantoso, dentre outros aspectos, no que se refere à Reforma do Estado e à descentralização em saúde.

Ressaltamos anteriormente que a relação público-privado na área da saúde, e mais especificamente no SUS, desde os anos 90, foi uma das áreas atingidas pelo rol de transformações engendradas no referido período, no contexto mais amplo da globalização.

Dadas estas observações iniciais, esta dissertação foi organizada em três capítulos, além dos capítulos referentes à Introdução e às Considerações Finais.

O desenvolvimento das referidas questões nos levou à análise, no segundo capítulo, da experiência brasileira no contexto da Reforma do Estado e da descentralização em saúde a partir dos anos 90. Desta forma, o desenvolvimento da referida discussão acabou por lançar as bases para considerações acerca de alguns dos impactos desta experiência no que tange à relação público-privado. Particularmente no que se refere ao impacto da descentralização, sob os moldes da Reforma do Estado, sobre a dinâmica da relação da gestão pública com o SPSS do SUS.

A discussão da descentralização foi, no entanto, emparelhada nos termos do que o movimento sanitário e o discurso hegemônico dos anos 90 “entenderam” desta questão. Ademais, analisamos de que forma a hegemonia do pensamento neoliberal a partir dos anos 90, no Brasil, foi modelando e determinando os rumos da descentralização em saúde.

Ênfase foi dada à municipalização, verificada, em paralelo, no processo de descentralização no Brasil, a qual tornou peculiar a organização de nosso sistema de saúde, onde os municípios foram cada vez mais assumindo funções e responsabilidades na provisão e financiamento de políticas públicas. Dado isto, não prescindimos de uma discussão mais detida a respeito de alguns dos desafios e problemas que podem advir de uma concepção neoliberal da gestão da municipalidade, em contraste com uma perspectiva democrática e de desenvolvimento social das cidades.

No terceiro capítulo, ao longo deste, demos destaque à análise do que chamamos de análise da relação entre o SPSS e o SUS, onde discorreremos sobre alguns problemas e impasses advindos da inserção do chamado terceiro setor (onde se incluem as entidades filantrópicas) neste sistema de saúde. Também destacamos algumas questões referentes à própria complexidade do conceito terceiro setor e de sua apropriação pelo pensamento neoliberal no Brasil.

A discussão a qual nos propusemos atribui-se, em muito, à importância da participação de entidades filantrópicas no SUS, no interior da participação do SPSS, as quais se inserem no âmbito do terceiro setor. Optamos, então, por não negligenciar a elaboração de questões referentes à complicação da própria expressão de filantropia e das benesses “fiscais e legais” que esta expressão pode conferir àquelas entidades.

Posteriormente, no que concerne às principais propostas da Reforma do Estado nos anos 90, debatemos o aparente consenso projetado por estas propostas no que se refere à cisão entre financiamento, provisão e regulação do SUS. Assim, procuramos tecer comentários acerca de alguns efeitos nefastos que a apropriação acrítica e veloz destas propostas pode gerar no sistema de saúde.

Completando este capítulo, já embasados pela discussão anterior, mais conceitual, partimos, no quarto capítulo, para o mapeamento do SPSS de acordo com vários aspectos: primeiramente, pela perspectiva do arcabouço legal a respeito da complementaridade deste setor no SUS. Em seguida, discutimos alguns aspectos da contratualização com o SPSS, de forma a ampliar o debate a respeito da relação da gestão pública com este setor no escopo do SUS.

Em seguida, tomamos como base para a discussão dados oficiais oriundos de alguns dos sistemas de informação do SUS, com vistas a uma análise mais descritiva desta complementaridade. Para tanto, buscamos refinar alguns dados apontados no corpo do texto em formato de Anexos, de forma que o leitor possa acessá-los para aprofundamento da avaliação. Este momento do trabalho representou um “passeio” detido por alguns sistemas oficiais de informação.

Por fim, ainda neste capítulo, elaboramos apontamentos referentes à complexidade da análise do SPSS quando analisamos a relação público-privado no SUS, onde os dados demonstrados no decorrer da dissertação são mais fortemente debatidos.

O quinto e último capítulo foi dedicado às considerações finais e à retomada de algumas questões levantadas, preliminarmente, no decorrer dos capítulos. Desta forma, deixamos a este capítulo a atribuição de fazer um elo entre o debate desenrolado nos capítulos que o precedem.



## II. DESCENTRALIZAÇÃO NO CONTEXTO DA REFORMA DO ESTADO DESDE OS ANOS 90: A EXPERIÊNCIA BRASILEIRA

### II.1 - Breves apontamentos sobre o projeto brasileiro de Reforma do Estado

O Brasil possui peculiaridades no que se refere à entrada, pelos países latino-americanos, nos ajustes orientados pelos países ricos aos chamados países em desenvolvimento nos anos 80 e 90. Ainda que tenha recorrido ao endividamento junto aos países credores, particularmente na década de 70, foi efetivamente, na década de 90, que o país seguiu quase que completamente à risca a agenda dos países ricos aos endividados.

Há diferenças de ordem “institucional” e “conjuntural” quando comparados os moldes dos ajustes no Brasil com países como Chile, México e Argentina, muito em função de uma nomeada “heterogeneidade estrutural” na América Latina. Essa heterogeneidade diz respeito, inclusive, a distintas conformações do sistema de proteção social nos países dessa Região (Soares, 2001, p. 26).

Outro fator para a peculiaridade brasileira no que se refere à sua entrada nos ajustes propostos diz respeito a variável tempo. Novamente Soares (idem) aponta para um dos aspectos dessa “heterogeneidade”:

“Existe ainda um outro elemento nessa diferenciação: o fator tempo, o que é exemplificado com os casos do Chile, onde o ajustamento começou na década de 70 (servindo inclusive como modelo para a elaboração posterior do chamado ‘Consenso de Washington’); do México, onde esse ajustamento só ocorreu na segunda metade dos anos 80; e do Brasil, com a virada dos anos 90” (p. 28).

Como ressalta Cano (2000), não há linearidade nas reformas de ajuste nos países da América Latina, tendo como exemplos de periodização anterior, os casos do

Chile (entre 1973 e 1979) e da Argentina (entre 1976 e 1979). Ainda assim, o autor ressalta que entre 1989-90 é que "a maior parte dos países latinoamericanos desencadeia seus processos de reforma e ajuste." (p. 300)

A entrada, ainda que tardia, do Brasil no ideário neoliberal<sup>13</sup> não nos isentou de profundas mudanças impetradas nos anos 90, dada sua velocidade. Algumas das quais serão mais detalhadamente debatidas no decorrer da dissertação, embora aqui já serão apontadas.

O chamado ideário neoliberal busca resvalar sobre vários aspectos da intervenção do Estado, e isso não somente no terreno econômico, como possa por vezes parecer. Ainda que a expressão neoliberalismo possa apontar para distintas definições, de acordo com o autor que a examina, trabalhamos com a definição que se segue:

"Neoliberalismo pode ser definido como a hegemonia nas esferas política e econômica da maior liberdade para as forças de mercado, menor intervenção estatal (Estado mínimo), desregulamentação, privatização do patrimônio público, preferência pela propriedade privada, abertura para o exterior, ênfase na competitividade internacional, e redução da proteção social." (Gonçalves e Pellegrino, 1997 *apud* Lesbaupin, 2000 - p. 20)

O pacote de ajustes embutido no pensamento neoliberal busca, portanto, atingir importantes esferas de atuação do Estado e provocar profundas mudanças políticas, econômicas e administrativas no campo das políticas públicas.

Dada a sua força em mudar completamente o rumo de atuação do Estado e, por conseguinte, alterar a "natureza" de sua atuação, reiteramos que a entrada

---

<sup>13</sup> Neoliberal nos termos colocados por Montaño (2002, p. 26) como a "resposta do capital à crise", mediante novas estratégias de acumulação de capital e de respostas às flutuações econômicas.

tardia e veloz do Brasil neste ideário e no contexto da *globalização econômica*<sup>14</sup>, ao contrário do que o discurso dos governos dos anos 90 propagou, não representou nenhuma vitória política em termos de fortalecimento do Estado Nacional e do seu sistema de proteção social. Como muito bem salienta Fiori (2001: p. 158):

"No 'período desenvolvimentista', o Brasil foi um dos poucos países subdesenvolvidos que conseguem percorrer quase todos os passos previstos para o processo de industrialização retardatária, registrando uma das mais elevadas taxas médias de crescimento mundial. Por outro lado, quando ocorreu sua reversão neoliberal tardia, que começa no momento em que acaba a Guerra Fria, ela também seguiu uma velocidade e radicalidade muito grandes, e o Brasil acabou cumprindo em poucos anos uma agenda complexa, que em outros países se arrastou por período de tempo muito mais longo. A despeito da força e velocidade desse segundo movimento de liberalização, entretanto, seus resultados econômicos e sociais foram decepcionantes. De maneira tal que, no fim do século XX, depois de cinquenta anos do clássico debate brasileiro entre Roberto Simonsen e Eugênio Gudin, sobre a vocação econômica do Brasil, a disjuntiva que se recoloca parece ser, uma vez mais, entre desenvolvimentismo e liberalismo."

Alguns autores, tais como Fiori & Kornis (1994) ressaltam a "crise orgânica do Estado desenvolvimentista brasileiro" nos anos 80, o qual aderiu à proposta de acelerada industrialização, com um desempenho não comparável, nas últimas décadas anteriores, na América Latina (p. 3). O cenário brasileiro, nos anos 70,

---

<sup>14</sup> No sentido explicitado por Fiori (2001, p. 150) quando esse fala do retorno à "utopia liberal que desde o século XVIII vem anunciando e propondo, reiteradamente, o mesmo objetivo terminal para a 'economia de mercado': um mercado global desvincilhado dos problemas impostos pelos particularismos nacionais e os protecionismos estatais."

conforme os referidos autores indicam, ao contrário de outros países dessa Região, buscava responder à crise mundial dessa década:

“(...) o Brasil respondeu ao desafio do início dos anos 70 e à subsequente estagnação da economia mundial reestruturando sua economia numa direção cada vez mais industrializada e exportadora” (idem).

Ainda assim, na tese de Fiori (2001), a reversão da “hegemonia do pensamento desenvolvimentista do pós-guerra”, no Brasil, vem desde a década de 70, com duas significativas crises dos anos 70 e 80: a primeira, em 1973, com a crise do Petróleo, enquanto que, na década de 80, a “causa principal da crise foi o corte do financiamento externo, decisivo para uma economia brasileira que já era, desde os anos 60, altamente internacionalizada e globalizada” (idem, p. 160). Foi nos anos 80 que se sucedeu o “esgotamento da estratégia de crescimento com endividamento adotada na década anterior”, onde foi totalmente esgarçada a dinâmica *growth-cum-debt*<sup>15</sup>.

No entanto, os governos brasileiros, na década de 90, em nome de um retorno sob novos moldes ao capital internacional, buscaram cumprir uma agenda detalhada, forjada pelos países do centro aos da periferia do capitalismo internacional<sup>16</sup>. Ainda que já se tenha afirmado a “tendência à liberalização” já na segunda metade dos 80 (Fiori & Kornis, *ibidem*).

Em nome de negociações referentes ao endividamento público, interno e externo, o Brasil foi se introduzindo, ferozmente, no rol de ajustes detalhados pela agenda hegemônica de Reforma do Estado.

---

<sup>15</sup> A esse respeito ver FIORI, José Luis; KORNIS, George Edward. Além da queda: economia e política numa década enviesada. In: **Saúde e Sociedade no Brasil: Anos 80**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.

<sup>16</sup> O autor faz questão de enfatizar a dicotomia centro x periferia, visto que traz à tona a diferenciação de poder existente entre países mais ricos e historicamente mais fortes (tanto em termos bélicos quanto em termos de poderio econômico e de dominação do capital circulante), e países considerados em desenvolvimento e altamente dependentes do capital internacional, os da periferia do sistema mundial, assim como o Brasil.

No tocante ao discurso predominante nos anos 90, vimos acentuar-se a desqualificação do Estado enquanto um governante capacitado a gerir e desenvolver o sistema de proteção social vigente, bem como a acentuação de uma nomeada incompetência, ineficiência e alto custo, inerentes às ações daquele. Os enunciados hegemônicos tentaram imbuir, todo o tempo, a ideologia da ineficiência nata do Estado para dar conta de ações anteriormente de sua competência.

No interior desse discurso repousou a construção de uma relação de causa e efeito altamente ideologizada: a de que a ineficiência inerente ao Estado, à sua composição e às suas formas de administração eram o motivo primordial da necessidade de Reforma do Estado conforme proposto na década de 90. Trechos do texto<sup>17</sup> de Carlos César Pimenta<sup>18</sup> (1998) para o III Congresso Internacional do CLAD ilustram bem os pontos acima ressaltados:

“Os Estados do Bem Estar, principalmente na Europa, continuam tentando ‘proteger’ os excluídos, mas agora sem recursos suficientes, o que acelerou o processo de crise econômica. Se nos anos trinta a crise mundial foi decorrência de problemas no mercado, nos anos oitenta a crise e a desaceleração econômica tiveram sua causa principal centrada na crise do Estado, com a falta de efetividade, os seus altos custos e o endividamento” (p.3).

As estratégias privilegiadas no escopo da inserção do projeto neoliberal no Brasil nos anos 90 contemplaram “três frentes articuladas: o combate ao trabalho (às leis e políticas trabalhistas e às lutas sindicais e da esquerda) e as chamadas ‘reestruturação produtiva’ e ‘reforma do Estado’” (Montaño, 2002, p.26).

<sup>17</sup> Texto elaborado para III Congresso Internacional do CLAD – Centro Latinoamericano para o Desenvolvimento – sobre a Reforma do Estado e da Administração Pública. Madrid, 14 – 17 de outubro de 1998.

<sup>18</sup> À época, Secretário de Logística e Projetos Especiais do MARE (Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado).

A ideologização ensejada pelo discurso neoliberal no Brasil nos anos 90 conectou diretamente a crise fiscal dos anos 80 à necessidade de Reforma do Estado, sobrepujando, como de costume na política brasileira, a questão econômica em relação às questões de ordem política. Passou-se a dar ênfase a uma concebida crise dos Estados Nacionais e à necessidade de que esses se integrassem em blocos econômicos e passassem a adquirir mais competitividade no mercado internacional de capitais e de trocas comerciais. Como bem enfatiza Cohn (2002, p.2), “verifica-se que continua ainda prevalecendo o ditame absoluto da economia sobre as formas de o país gerir a questão da pobreza e das desigualdades sociais.”

Faz parte, ainda, desse processo de ideologização da Reforma, o argumento hegemônico à época de que a Reforma Administrativa seria a grande ferramenta de combate à crise fiscal do Estado brasileiro.

Veremos posteriormente como este projeto intentou atingir não só a relação do Estado com o mercado e o setor privado, como também a forma de atuação no interior da própria máquina pública.

Nossa perspectiva nesse trabalho não se insere no campo ideológico hegemônico na década de 90, visto que pretende, ao contrário, desnudar as contradições e conivências de uma agenda política que acaba por favorecer, primordialmente, o centro em relação à periferia, o mercado em relação ao Estado. E que, conforme acentuam Dain & Soares (1998), objetiva fortalecer a idéia de que a “causalidade do agravamento da crise fiscal e da inflação é totalmente atribuída à presença do Estado no setor produtivo.” (p. 66)

Em um primeiro momento, reverteremos a ideologização da fragilidade dos Estados Nacionais e de sua suposta incompetência em dar continuidade a uma política de *Welfare State*<sup>19</sup> concebida no pós-guerra.

---

<sup>19</sup> Utilizamos a expressão no sentido de que vários Estados nacionais, em resposta às reivindicações de trabalhadores organizados, ligados ao setor produtivo, industrial por excelência, particularmente desde os anos 60, aprimoraram e estenderam cobertura de benefícios e serviços públicos. Dessa forma, foi-se conformando um sistema de proteção social que, embora não universal em diversos países, inegavelmente aumentou a cobertura de beneficiários a partir do cenário pós-guerra e foi intitulado como uma espécie de

Para começar, recorramos à análise de Fiori (2001, p. 148-149), a qual destaca sete grandes transformações no interior da “segunda grande transformação da ordem capitalista”, quando esse se refere aos últimos vinte e cinco anos do século XX: a primeira, no “campo geopolítico mundial”, modeladora do que seria, na opinião do autor, uma espécie de “império anglo-saxão”; a segunda, “no campo político-ideológico”, que reforçou a idéia de insucesso e inviabilidade das políticas de *Welfare State* do pós-guerra; a terceira, “no campo econômico”, com o processo de desregulação financeira, segundo o autor, mais precisamente na área monetário-financeira; a quarta, “responde pelo nome de ‘revolução tecnológica’”; a quinta, “no campo do trabalho ou do emprego”, por intermédio do “desemprego estrutural” e o aumento da economia informal; a sexta, no contexto da crise mundial, a qual atingiu principalmente os países periféricos, dada no “espaço da periferia capitalista”; e a sétima, e última, o ideário de fragilidade dos estados nacionais”, no entanto, “verdade apenas parcial.” [grifo da autora]

Em uma segunda perspectiva, colocamos em *xequê* a ideologia que impõe necessidade de reestruturação do Estado em nome de uma crise tida meramente como fiscal, ao contrário do que salientou Pimenta, no trecho destacado anteriormente. A despeito da crise fiscal que abarcou diversos Estados nacionais nos anos 80, lançamos mão do conceito de globalização econômica utilizado por Fiori (idem, p. 151) como forma de descortinar a aparente totalização do campo econômico em relação ao campo político-ideológico:

“Ela não é uma imposição tecnológica, nem apenas um fenômeno puramente econômico, envolvendo novas formas de dominação social e política que resultaram de conflitos, estratégias e da imposição vitoriosa de determinados interesses, tanto no plano internacional quanto no espaço interno dos estados nacionais.”

---

política de *Welfare State*, o Estado de Bem-Estar. Em que pesem as diferenças de cobertura e modelo de proteção social entre os países, vários Estados nacionais tiveram que responder mais contundentemente às demandas sociais dos trabalhadores organizados.

As sucessivas crises fiscais (anos 70 e 80) que abarcaram o mundo capitalista e impactaram o modelo de conformação de diversos Estados nacionais no período anterior, desenvolvimentista, não foram, decerto, a causa maior dos ajustes propostos aos países da América Latina nos anos 80 e 90. Os impactos provocados pelos ajustes na área social, por exemplo, não foram tampouco meros ajustes a uma dita inviabilidade fiscal, e acabaram por provocar profundas mudanças no campo de atuação dos Estados no contexto do *Welfare State* pactuado no pós-guerra.

Alguns reconhecidos autores, como Soares e Fiori, desnudam o argumento privilegiado pelos países ricos a respeito do contexto de ajustes propostos a distintos países da América Latina. A título de exemplo, Soares (2002, p.1) contesta a afirmação hegemônica:

"Apontamos ainda, como questão central, o fato de que o nível de deterioração verificado tanto nos serviços sociais públicos como na situação social foi, nos países latino-americanos estudados, **fruto de políticas de ajuste deliberadas** e não apenas resultado da crise econômica. Isto fica evidenciado nos países que, após saírem da recessão econômica, apresentando indicadores de crescimento, continuavam mantendo o 'ajuste' quanto às políticas públicas sociais, mantendo indicadores de pobreza sem nenhuma melhoria".<sup>20</sup> [grifo da autora]

Portanto, concordamos com os referidos autores quando buscamos analisar a ferocidade e a permeabilidade do ideário neoliberal nas mais diferentes esferas dos Estados nacionais, nos campos político, ideológico, cultural e social.

---

<sup>20</sup> A autora refere-se às discussões que constam de seu livro "Ajuste Neoliberal e Desajuste Social na América Latina. Petrópolis/Rio de Janeiro: Vozes, 2001. Os países pesquisados referem-se ao Chile, enquanto "experiência paradigmática" e "pioneira" na Região, ao México, Argentina e Bolívia. A referida autora ainda analisa minuciosamente a Reforma impetrada no Brasil na década de 90 no segundo capítulo do livro. In: As Reformas Neoliberais nas Políticas Sociais. Mimeo, 2002.



Quanto ao Brasil, a perspectiva da Reforma nesse Estado, nos anos 90, buscou invadir e modelar diversos campos de abrangência do Estado, segundo as diretrizes dos países centrais e a tentativa dos seus governos de lograr, *a fórceps*, as mudanças estruturais recomendadas em acordos internacionais. A força dessa estratégia, contudo, ganhou mais força e maiores condições de possibilidade nas duas últimas gestões governamentais, na referida década, pelo então presidente Fernando Henrique Cardoso. Foi característica marcante dessas gestões buscar seguir à risca os acordos de reorientação do modelo de intervenção do Estado calcado no Consenso de Washington<sup>21</sup>, de 1989.

No entanto, o Brasil possui peculiaridades no que se refere à aplicação dos ditames dos países centrais pelos chamados países em desenvolvimento. Dentre essas peculiaridades, em comparação com o pacto que deu sustentabilidade àqueles países, aponta Montaño (2002, p. 35):

“Diverso do que Bresser Pereira afirma (cf. 1998: 36 ss), no Brasil o processo aliancista é radicalmente diferente do ocorrido nos países centrais. Não é um pacto ‘social-liberal’ que sucede, no nosso país, a aliança da hegemonia neoliberal, mas, contrariamente, é esta última que substitui, na década de 90, o ‘pacto social-democrático’ dos anos 80.”

Não por acaso, em 1995, surge o Plano Diretor de Reforma do Estado do Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado (MARE), o qual orientava a reforma administrativa como estratégia privilegiada de enfrentamento da crise fiscal do Estado brasileiro e baseava-se em “oito princípios básicos: desburocratização, descentralização, transparência,

---

<sup>21</sup> Conferir em Montaño (2002), como o Brasil, na década de 90, buscou reorientar sua política em torno do referido Consenso, o qual representou, primeiramente, “uma reunião entre os organismos de financiamento internacional de Bretton Woods (FMI, BID, Banco Mundial), funcionários do governo americano e economistas latino-americanos, para avaliar as reformas econômicas da América Latina” (...). Relembra, ainda, o autor a presença de Luís Carlos Bresser Pereira, então Ministro da Reforma do Estado, em 1993, para discutir com os referidos organismos a inserção do Brasil naquele Consenso (p. 29).

*accountability*<sup>22</sup>, ética, profissionalismo, competitividade e enfoque no cidadão” (Pimenta, 1998).

Em que pesem os referidos princípios, reorientadores da política, a nosso ver não meramente administrativa do Estado, nos deteremos, em um primeiro momento, em três deles, com vistas à continuidade de nossa tentativa de descortinamento das obscuridades daquele Plano Diretor: a desburocratização, a descentralização e a competitividade.

Primeiramente, assinalamos a intenção de o referido Plano reestruturar a “essência” da relação trabalhista na administração direta da máquina pública, o qual, no entanto, lança no *front* do princípio da desburocratização o ideário de um Estado inerentemente ineficiente e inoperante frente às demandas político-econômicas postas. Foi justamente baseado nesse enfoque que a proposta de Reforma do Estado objetivou golpear conquistas históricas dos funcionários públicos em nome de uma modernização gerencial e suposto aumento da efetividade do Estado. Sendo assim, ações consideradas estratégicas seriam formuladas e executadas segundo uma nova lógica de contratualização, onde são privilegiados os contratos flexibilizados, sem estabilidade profissional e baseado em análise de resultados.

Em segundo lugar, frisamos nossa tese sobre a cisão existente entre o princípio da descentralização preconizado na legislação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a proposta de operacionalização desse princípio constante daquele projeto de Reforma, bem como dos documentos complementares àquela legislação. A nosso ver, há uma nítida separação entre as concepções que norteiam o princípio da descentralização quando nos referimos ao período de redemocratização do Estado, mais precisamente na segunda metade da década de 80, e o período de ajustes neoliberais nos anos 90. Essa discussão, no entanto, será mais fortemente debatida no subtema que tratará do fortalecimento da descentralização em saúde como uma das grandes transformações dos anos 90 no contexto da Reforma do Estado.

---

<sup>22</sup> Traduzido, usualmente, como “responsabilização”.

Quanto ao princípio da competitividade, insinua-se no Plano de Reforma a proposta de apropriação, pelo mercado, de ações anteriormente exclusivas do Estado. Dessa forma, o Estado passaria a ser o grande comprador, financiador, de serviços de instituições e organizações não-estatais que se regeriam pelo princípio da competitividade e do livre mercado. E isso, não só em um movimento de dentro para fora do Estado, como também intragovernamental, conforme nos aponta Pimenta (1998, p. 7):

" Um Estado social liberal não executa diretamente todas as suas ações, mas sim descentraliza e contrata externamente grande parte dos seus serviços. Para tanto é importante estimular a competitividade entre os seus fornecedores, mesmo no caso da não existência de mercados. No caso das organizações não governamentais subsidiadas pelo Estado ou mesmo de concessionárias de serviços públicos, é possível simular situações de quase-mercados, onde entidades competem entre si na busca de recursos, oferecendo para tanto serviços com melhor qualidade."

"O mesmo pode ser reproduzido dentro da estrutura administrativa do governo, onde setores específicos podem competir na busca de recursos, sempre preservando a integridade das equipes de trabalho, mas com uma competição saudável entre unidades organizacionais distintas."

Destaca-se aí uma das grandes estratégias do projeto de Reforma do Estado nos anos 90: a implementação de novos arranjos entre o setor público e o setor privado no que se refere à execução de ações de gerência, antes atividades exclusivas do Estado, no que se refere às instituições estatais. Segundo essa lógica essas ações deverão ser regidas pelo princípio da competitividade no interior da máquina pública, bem como ser executadas, preferencialmente, por

organizações sociais e instituições não-governamentais, produzindo, assim, um efeito *camaleônico*<sup>23</sup> ao projeto de privatização/terceirização do Estado.

No que se refere ao incentivo à aplicação de “novos modelos de gerência em hospitais públicos”, tomando como base a experiência do município do Rio de Janeiro na década de 90, Machado (2001) destaca: a pulverização de cooperativas para substituição de parte do quadro funcional dos hospitais e para terceirização da gerência de unidades públicas, bem como das fundações de apoio, principalmente a partir de 1995 (p. 177). A autora frisa, ainda, que (...) “do ponto de vista conceitual, há grande polêmica no que concerne à caracterização dessas novas modalidades, denominadas ora como formas de privatização, de terceirização, ou mesmo de descentralização administrativa” (p. 111). Quanto a esse tópico, o analisaremos mais detidamente no capítulo que discutirá a porosidade do SUS ao setor privado de serviços de saúde na década de 90, como também na parte do texto que discutirá a descentralização em saúde.

Há distintos autores que tomam como base uma análise da Reforma do Aparelho de Estado dos anos 90 no que lhe há de mais “essencial”, trazendo à tona os seus mais relevantes fundamentos<sup>24</sup>. Carneiro Junior & Elias (2003, p. 203-204), a respeito do assunto, destacam o aspecto de “desregulamentação administrativa” ao tratarem desses fundamentos, reforçando a idéia de que como essa efetivamente se sucedeu:

“A desregulamentação administrativa, principalmente em relação aos contratos de recursos humanos e à diminuição do controle de processos administrativos, e o estabelecimento de contratos de gestão entre governo e

<sup>23</sup> No sentido do dicionário da Língua Portuguesa, camaleão diz respeito a um réptil que possui a “faculdade de mudar de cor”, o que o faz se proteger de determinadas presas, por vezes confundindo-se com a cor do caule de uma árvore, por exemplo; como também pode significar, no sentido figurado que aqui utilizamos, um “indivíduo que adapta sua opinião ao interesse do momento”, “que assume o caráter conveniente aos seus interesses”. In: FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. Novo Dicionário da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, p. 323, 1986. É, portanto, no sentido figurado que se afirma o poder “camaleônico” da privatização/terceirização do Estado proposta nos anos 90.

<sup>24</sup> Dentre esses, podemos citar, como referências nesse estudo, Carneiro Junior & Elias (2003), Machado (2001), Cohn (2002), Noronha & Soares (2001).

setores privados para a produção de serviços nas áreas sociais constituem a base da proposta.”

Portanto, alguns dos pressupostos da Reforma do Estado nos anos 90, aqui tratados – tais como descentralização, competitividade e desburocratização – seguiram percursos que abalaram profundamente a forma de intervenção do Estado brasileiro na área de políticas sociais. Duas conseqüências “imediatas” desse itinerário foram, por conseguinte, enfatizadas por Cohn (2002, p. 13): “a questão social não ser defendida como uma questão da política, (...) mas de cálculo econômico entre o ‘possível’ e o ‘necessário’; como também, “nessa obsessão de imprimir maior racionalidade às políticas sociais, passa a imperar o raciocínio do custo/efetividade” (...).

A autora buscou dar ênfase à emergência, no cenário da Reforma nos anos 90, de uma lógica diferenciada de inserção do Estado nas políticas sociais. Inserção essa, a partir de então, como suposta reguladora da relação público-privado e que, em nome de uma dada modernização, foi sendo modelada sob distintas bases. Dentre essas, “e que consiste não mais em os recursos públicos comprarem serviços produzidos pelo setor privado, mas exatamente em se transplantar para o interior do setor público estatal critérios e práticas de seletividade próprias do mercado” (idem).

Há, portanto, muitas nuances no que se intitula proposta de Reforma do Estado na década de 90 e que não serão, certamente, alvo de minúcias nessa dissertação. No entanto, há aspectos daquela proposta que, a nosso ver, podem ser correlacionados e confrontados no que se refere ao objetivo maior de nosso estudo. Dentre os aspectos que podem ser salientados, damos ênfase às possíveis grandes transformações que se sucederam na relação entre a gestão pública e o setor privado de serviços no contexto daquela Reforma. Mais especificamente na área da saúde, nos perguntamos sobre quais mudanças podem ter efetivamente se sucedido nessa complexa relação tratando-se de Brasil.

Partimos, portanto, do levantamento e discussão acerca de alguns pressupostos do projeto de Reforma dos governos Collor e FHC na referida década. E isso não foi por menos. Não nos furtamos à hipótese de que a área da saúde não passou incólume por este projeto. Tampouco deixou de ser terreno para os ajustes impetrados nesses anos.

Ainda que reconheçamos os avanços obtidos no SUS, não desconsideramos a cisão existente entre o projeto de Seguridade Social, conforme proposto na Constituição Federal de 1988, cujos princípios apontam para a descentralização do Sistema de Saúde, e o manejo dessa descentralização pelos governos da época e sua proposta de Reforma.

Parte desta constatação pode ser obtida através da análise do documento de Luis Carlos Bresser Pereira, em 1995<sup>25</sup>, sobre a proposta de Reforma Administrativa da Saúde:

“ (...) particularmente na parte que diz respeito ao sistema de assistência médico-hospitalar, baseando-se na maioria das atuais reformas dos serviços de saúde nos países desenvolvidos que postulam a descentralização para entidades regionais e a formação de uma espécie de mercado, que promova a competição entre os supridores de serviços, com o objetivo de reduzir custos e aumentar a qualidade dos serviços”.

Optamos por sugerir que grande parte da chamada esquerda e dos atores da Reforma Sanitária nos anos 80 de nosso país cotejou o fortalecimento da descentralização de políticas públicas sem, no entanto, atentar efetivamente para o manejo imposto pelo projeto mais ampliado de Reforma do Estado nos anos 90. Esse último debateu ferrenhamente a descentralização de políticas

---

<sup>25</sup> Refere-se ao Trabalho apresentado ao Colóquio Técnico prévio à XXV Reunião do Conselho Diretivo do CLAD, Buenos Aires, outubro de 1995. À época, Bresser Pereira apresentou-se como Ex-Ministro da Administração Federal e da Reforma do Estado. Documento não paginado.

públicas, o que, aparentemente, pareceu não gerar conflito de interesses entre os projetos da "esquerda" e da "direita", nessa área<sup>26</sup>.

Devido às questões anteriormente levantadas, priorizamos o início de nossa discussão, nessa dissertação, pelo projeto hegemônico de Reforma do Estado, de forma a incluirmos seus pressupostos no debate a respeito da relação público-privado no SUS no contexto do modelo de descentralização em saúde engendrado nos anos 90, no Brasil.

Embora não desconsideremos a complexidade do debate proposto, e coadunemos com a idéia de que qualquer projeto de Reforma merece ser esmiuçado, com vistas à avaliação de seu impacto, utilizamos como ferramentas para análise do tema os destaques de Noronha & Soares (2001, p. 447) sobre os "usos que têm sido feitos do termo 'reforma', esvaziando-o de qualquer conteúdo semântico específico"; sobre a "necessidade de se definir melhor, com mais clareza, qual é o Estado objeto da reforma"; "qual é o diagnóstico no qual se baseia a reforma"; bem como a "não existência de uma reforma 'neutra' que seja 'adequada e boa' para todo o país, identificando quais interesses estão em jogo."

Dados esses apontamentos, recorreremos à análise de distintos aspectos do processo de descentralização do sistema de saúde brasileiro e de alguns dos impactos indelévels do ideário da Reforma do Estado nos anos 90 na conformação do SUS. Visto que, conforme acentuam Noronha & Soares (idem), "não há reforma neutra", pretendemos tecer comentários acerca dos possíveis efeitos de uma proposta radical de descentralização em saúde no cenário brasileiro, dada sua típica heterogeneidade. Também levantaremos questões sobre quais mudanças essa proposta ocasionou na relação entre a gestão pública estatal e o setor privado de serviços de saúde do SUS naquela década.

---

<sup>26</sup> Isto porque os dois debates, o hegemônico e o de atores de esquerda da área da saúde, discorriam sobre o mesmo princípio, o da descentralização. No entanto, com enfoques e acentuações conceituais distintas.

## II.2 - O processo de descentralização em saúde: cisões entre a perspectiva neoliberal e a democrática no SUS

A análise sobre importantes aspectos da Reforma do Estado brasileiro nos anos 90 traz poderosos subsídios para o entendimento de um de seus mais aguerridos pressupostos: o da descentralização de políticas públicas, na qual se insere a área da saúde.

Como discutimos anteriormente, a Reforma Administrativa da Saúde foi um dos carros-chefe do governo FHC, sendo essa insistentemente defendida pelo então representante do governo à época, Luis Carlos Bresser Pereira. Dentre os oito pressupostos desse projeto, acentua-se a proposta de descentralização em saúde, via Reforma Administrativa.

Ainda que o discurso hegemônico da época buscasse imprimir novos arranjos no que constitucionalmente foi nomeado como um dos princípios do sistema de saúde, buscaremos confrontá-lo com o ideário da descentralização de políticas públicas no contexto de redemocratização do Estado, nos anos 80.

Partimos da indicação de que há profundas (mas também sutis) distinções entre o princípio da descentralização quando confrontamos os diferentes cenários nos anos 80 e 90; assim como no início dos 2000. Também objetivamos levantar questões acerca do processo de descentralização em saúde e de suas implicações na relação público-privado no interior do sistema de saúde brasileiro, as quais serão debatidas ainda nesse capítulo.

Para atingir o intento acima, utilizaremos a seguinte periodização para nossa discussão a respeito: a) o período pré-SUS, da década de 80 à Constituição Federal de 1988; b) a legislação complementar à Constituição e o “ciclo” das Normas Operacionais (NOBs) na década de 90; “ciclo” esse que acelerou e normatizou o processo de descentralização e o comando das gestões locais sobre os prestadores de serviços; e c) o período de resgate da discussão sobre a regionalização em saúde, “fundado” pela publicação da Norma Operacional da



Assistência à Saúde-NOAS 01 (e sua sucessiva reedição nos anos 2002 e 2003<sup>27</sup>), a qual atualizou requisitos e prerrogativas para habilitação de municípios e estados.

### II.2.1 - A gênese do SUS

O período que se sucedeu da década de 80 à promulgação da Constituição Federal de 1988 (CF 88), intitulado aqui período pré-SUS, foi marcante em vários aspectos. A conjuntura da época apontava para um cenário com distintas facetas.

Destacamos um primeiro aspecto, no começo dos anos 80, para o início de nossa análise sobre o referido período: a avassaladora crise fiscal que abarcou nosso país e acabou por engendrar um itinerário específico de resposta à crise nessa década. Uma das grandes consequências dessa conjuntura foi que:

“Interrompia-se um processo de crescimento e transformações que parecia apontar na direção de uma economia de consumo de massas. Fosse como fosse, ao desvelar a fragilidade de seu padrão de financiamento, a crise do início dos anos 80 acabou estrangulando a própria estratégia desenvolvimentista de industrialização, a mais bem sucedida da América Latina e uma das que apresentou maiores taxas de crescimento continuado em todo o mundo” (Fiori & Kornis, 1994, p. 3)

Ainda segundo os autores, “ (...) o que começa com uma crise cambial, ao somar-se à entropia política do regime autoritário, acaba se transformando numa crise orgânica do Estado desenvolvimentista brasileiro” (idem).

---

<sup>27</sup> PT GM/MS nº 95, de 26 de janeiro de 2001 (NOAS 2001); PT GM/MS, nº 373, de 27 de fevereiro de 2002 (NOAS 2002). Em abril de 2003 foram publicadas algumas Portarias do Ministério da Saúde que fazem algumas alterações pontuais na NOAS 2002 (não cabendo aqui esmiuçá-las), mas não mudam o tom da Norma em sua concepção geral de organização da assistência, com enfoque na regionalização e hierarquização da rede de saúde.

A crise que se sucede no começo da década de 80 evidencia não somente uma crise fiscal mas também um certo esgotamento da própria estratégia de intervenção do Estado no contexto do governo militar, autoritário, o qual teve seu apogeu na década anterior. O "Estado militarista", que vai de 1964 a 1984, exerceu um ferrenho movimento de concentração e centralização de poder, conforme mencionado no estudo de Luz (1991).

A enorme concentração de poder e de centralização das decisões no nível federal passou a ser objeto de intensas críticas e de oposição por parte de trabalhadores organizados, bem como de parte da sociedade civil insatisfeita e completamente alijada da participação cidadã. Associa-se a isso o esgotamento da capacidade de consumo da maioria da população frente aos picos inflacionários na primeira metade da década<sup>28</sup>.

Dessa forma, expandiram-se movimentos em prol de uma redefinição da atuação do Estado que davam destaque, desde em direção à redemocratização das decisões, ao aumento de cobertura do sistema de proteção social brasileiro. Intensificava-se, assim, uma insatisfação geral com a política vigente que atingiu, inclusive, a chamada direita:

" (...) avançaram um movimento sindical cada vez mais autônomo e combativo, um eleitorado urbano cada vez mais desconfortável com a falta de liberdade do regime, e um empresariado cada vez mais insatisfeito com a estratégia econômica 'estatizante' do general Geisel. É por esta razão que muitos autores consideram, corretamente, as eleições para governadores dos estados, vencidas em 1982 pela oposição nas principais unidades da Federação, como o momento decisivo de inflexão da estratégia de liberalização que, controlada por cima, cede lugar a um processo de democratização, empurrado pelas novas forças sociais, econômicas e políticas"; (...) a

---

<sup>28</sup> De 1983 a 1985 a inflação atingiu os seguintes índices, respectivamente: 211%, 223%, 235%. In: Fiori & Kornis (1994, p. 19).

crise econômica “se transforma qualitativamente na crise política do regime militar” (Fiori & Kornis, 1994, p. 3).

Outra característica específica do período militar referiu-se ao fortalecimento da dicotomia entre ações de prevenção e de atenção curativa na área da saúde, com nítido privilegiamento da atenção curativa. Esse privilegiamento provocou uma acentuada participação do setor privado de serviços de saúde como prestador, ao Estado, dessa atenção, com ênfase no atendimento médico-hospitalar.

Autores como Oliveira e Teixeira (1985) trazem importantes análises e dados a respeito do processo de acumulação de capital associado à área da saúde no período autoritário. Além disso, enfatizam o privilegiamento da política curativa no referido período, onde o aumento de cobertura acabou por fortalecer a prática de contratação do setor privado de serviços de saúde pelo antigo INPS (p. 208-209), e posteriormente, pelo INAMPS<sup>29</sup>. Os referidos autores acentuam a “prioridade à contratação de serviços de terceiros em detrimento dos serviços médicos próprios da Previdência Social” (idem).

Todo esse movimento, característico do período autoritário, de privilegiamento da atenção curativa em relação às ações de saúde pública, não significou decerto melhoria nos indicadores de saúde e nem acesso igualitário da população aos serviços contratados. Luz (1991, p. 83) ressalta esse aspecto quando discorre sobre a crítica aos serviços de saúde disponíveis como “foco da crise do modelo de política social vigente entre 1975 e 1982”.

A crise do regime militar e as frentes de oposição ao modelo vigente acirraram o debate em torno da democratização das políticas públicas, incluindo a área da saúde, bem como a universalização de direitos e benefícios sociais. As críticas ao modelo de intervenção do Estado deste regime foram fortemente

---

<sup>29</sup> No livro “(Im)previdência Social: 60 anos de história da Previdência Social no Brasil” os autores fazem uma detalhada análise desse processo e acentuam que o Estado autoritário utilizou a estratégia de contratação de serviços do setor privado e acabou por financiar um “complexo médico-industrial”. Outras fundamentais contribuições a respeito podem ser obtidas no estudo pioneiro de Cordeiro (1981).

consubstanciadas por movimentos de trabalhadores organizados que colocavam pela primeira vez o direito à saúde na dimensão do direito social. O trecho do texto de Luz (idem, p. 83-84) ilustra bem esse processo:

“ A partir de 1983, a sociedade civil organizada desceu às ruas para pedir, junto com um Congresso firme e atuante, novas políticas sociais que pudessem assegurar plenos direitos de cidadania aos brasileiros, inclusive o direito à saúde, visto também como dever do Estado. Pela primeira vez na história do país, a saúde era vista socialmente como direito universal e dever do Estado, isto é, como **dimensão social da cidadania.**” [grifo da autora]

Há outro aspecto importante que também foi alvo de discussão por diversos segmentos da sociedade nos anos 80: o retorno do debate “**privado x estatal, ou nacional x internacional**” [grifo da autora]. Segundo Luz (ibidem, p. 86), “esse debate é recorrente no discurso da política de saúde desde os anos 50”. O que a autora frisa é a presença de um aspecto novo no interior desse debate nos anos 80, com a entrada mais firme, em cena, do empresariado da saúde. Esse setor engendrou poderosos “*lobbies* no Congresso e nas assembleias legislativas, nos ministérios da Saúde e da Previdência Social, nas instituições formadoras de recursos humanos (faculdades e hospitais universitários) e nos serviços públicos estaduais e municipais da área” (idem).

A referida década foi, portanto, palco de um debate acirrado, onde, de um lado, a esquerda e parte da burocracia estatal com um viés mais progressista defendia uma estratégia estatizante, em contraposição à estratégia privatizante do regime autoritário. E, de outro, o empresariado da saúde, altamente beneficiado pela onda de privatização dos anos 70, que buscava manter sua forte inserção na prestação de serviços ao Estado.

Um outro foco da crítica ao modelo que se instaurou no período militar, mais intensamente a partir da década de 80, referiu-se a uma certa “duplicidade de

comando, ainda que com uma correlação de forças desigual” (Peres, 2002, p. 79) que caracteriza o Sistema Nacional de Saúde, qual seja: entre o campo de atuação do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social-INAMPS<sup>30</sup>, ligado ao Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), e o do Ministério da Saúde.

No modelo vigente à época cabia ao INAMPS a gerência dos contratos e dos convênios com o setor privado de serviços de saúde contratado, e ao Ministério da Saúde, responsável tão somente por ações de saúde pública, uma forma de atuação de caráter eminentemente campanhista.

Esse modelo, no entanto, já desde meados da década de 70, apresentava sinais de falência no que se refere à melhoria das condições de saúde da população coberta. Além disso, a dicotomia entre ação preventiva e assistencial acentuava o debate em torno da reestruturação das ações do Ministério da Saúde, bem como da necessidade de um modelo de intervenção do Estado que atendesse à participação da população usuária na definição da política de saúde. É nesse momento que o debate sobre descentralização toma nova forma no contexto das lutas de esquerda no país.<sup>31</sup>

Tomando como base, ainda, o estudo de Peres (idem, p.80), esse destaca o fato de o debate em torno da descentralização da política de saúde, nos anos 80, buscar frisar a necessidade de garantia da participação popular e do exercício do controle social:

“Este ponto é fundamental, pois não era a ‘funcionalidade do sistema’ o principal, mas a necessidade imperiosa e inquestionável, face a

<sup>30</sup> Ao qual se referia a oferta de assistência médica individualizada, em resposta à demanda espontânea de atendimento. Esta assistência era oferecida tanto no âmbito da rede própria de serviços (a qual tinha a ver com a herança dos antigos Institutos de Assistência e Previdência –IAP e com a criação de diversos Postos de Assistência Médica-PAM) quanto no da contratação de serviços privados.

<sup>31</sup> Ainda que a dicotomia centralização/descentralização exista “desde a fundação da República” (Luz, 2000), tomamos em nosso estudo, como momentos privilegiados de análise a retomada da temática da descentralização desde o período pré-SUS ao começo do século XXI. Consideramos, no entanto, a heterogeneidade do debate nos anos 80, bem como no decorrer da década de 90, atualizando-o, no decorrer do texto, com base nas mudanças propostas desde o ano 2000 na política de saúde. Daí a utilização da periodização anteriormente citada.

conjuntura política do país, de permitir a participação e o acesso da população a formulação e execução da política de saúde.” [grifo da autora]

A discussão em torno da descentralização de políticas públicas, no começo da década de 80, conforme ressalta a autora acima, ainda não se pautava na transferência direta de responsabilidades à esfera municipal, mas referia-se, mais fortemente, à necessidade imperiosa de maior participação popular na definição de políticas. Isso se refere ao fato de que a “descentralização não estava necessariamente privilegiando o município como gestor das unidades de saúde” (ibidem, p. 81). [grifo da autora]

Embora a luta pela descentralização de políticas públicas tenha se fortalecido e encontrado terreno fértil na crise do regime militar, há inflexões em torno desse debate no decorrer da década de 80, que passamos a apresentar a seguir.

Vimos que, a princípio, o movimento em direção à descentralização de políticas acentuava a necessidade de garantia da participação da população na definição de políticas, em contraste com o período autoritário, de completa exclusão da participação da sociedade civil.

O estudo de Peres (2002) é ilustrativo nesse sentido e demonstra que, mesmo na proposta das Ações Integradas de Saúde (AIS), no começo da década de 80, o enfoque se dirigia para a necessidade de constituição de uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde. Embora as AIS tivessem promovido uma significativa descentralização administrativa e financeira<sup>32</sup> a municípios e estados, a ênfase se dirigia à organização, de forma regionalizada, de uma rede de serviços que se tornou *atomizada*<sup>33</sup>, com duplicidade de comando e com sérias inequidades no acesso da população a esses serviços.

---

<sup>32</sup> Cujo instrumento era o mecanismo convencional, através de transferências do INAMPS a municípios e estados que aderissem à proposta.

<sup>33</sup> Leia-se altamente concentrada nas regiões metropolitanas e nas grandes capitais do país.

Podemos inferir, inclusive, que a vitória de vários partidos de oposição na eleição para governadores em 1982 tenha proporcionado uma participação diferenciada dos estados na condução da política de saúde. E, como vimos, o município não era, ainda, considerado o *locus* privilegiado de execução e programação das ações de saúde.

A forte centralização de poder no INAMPS à época acentuava uma relação com municípios e estados “de cima para baixo”, ainda que as eleições para os governos estaduais, de 1982, tenha provocado algumas mudanças na correlação de forças existente.

No entanto, em 1985 foi oficializada a pioneira universalização dos serviços de saúde credenciados a este Instituto. Anteriormente, a lógica que se colocava era a do seguro social, ou seja, a da associação entre acesso e contribuição. Só tinham acesso aos serviços credenciados os trabalhadores com carteira assinada, vinculados ao mercado formal de trabalho. Então, a partir da proposta desta nova gestão do Instituto, o acesso passou a ser universal.

Acrescenta-se também um fato importante, na segunda metade dos anos 80, representado por um **movimento mais acentuado de descentralização, com enfoque na atuação dos estados**, que se sucedeu através da tentativa de implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), em 1987. Ainda através do mecanismo convencional, pretendia-se transferir para as Secretarias Estaduais de Saúde atribuições anteriormente vinculadas aos escritórios regionais do Ministério da Saúde no país (Costa, 2002, p.52).

No entanto, a proposta do SUDS foi alvo de infinitas resistências pela forte burocracia do INAMPS, por “grupos médico-empresariais” e por parte de governos estaduais que temiam a transferência de responsabilidades não acompanhada por uma efetiva descentralização financeira. Além disso, conforme

pode ser verificado no estudo de Costa (idem), setores mais à esquerda também se opuseram ao SUDS na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986<sup>34</sup>:

"Ali o SUDS fora amplamente criticado por setores da área de saúde mais à esquerda, que o entenderam como uma forma de sobrevivência política do Ministério da Previdência e Assistência Social numa conjuntura de mudanças que incluía a convocação de uma Assembléia Constituinte" (p. 52).

Embora o debate sobre a descentralização, nessa década, oscilasse entre as propostas que davam ênfase à municipalização ou à *estadualização*<sup>35</sup> da saúde, o município ainda não era considerado o ente mais privilegiado para execução e programação das ações e serviços de saúde. Ora a discussão girava em torno da participação popular nas instâncias decisórias, ora na maior participação dos municípios e estados na prestação de serviços. O referido estudo de Peres (2002) ressalta tal constatação: " (...) não foi explicitada a idéia do 'fortalecimento do papel dos municípios', cuja retomada se deu apenas quando da elaboração da Lei Federal nº 8.080/90" (p. 88).

Ainda que houvesse esta oscilação no debate sobre descentralização na década de 80, onde em um momento acentuava-se a discussão sobre a municipalização de ações e serviços de saúde, e em outro, a regionalização e hierarquização da assistência com ênfase na atuação dos estados para execução (de parte) e coordenação do SUS estadual, segundo Peres (idem), mesmo no corpo do texto constitucional (CF 1988) ainda não havia uma tradução clara da descentralização enquanto municipalização radical.

A autora procede à comparação entre os textos da VIII CNS (de 1986) e o texto constitucional e salienta a absorção, de "forma genérica", das resoluções daquela Conferência pela Constituição Federal de 1988 (artigos 30 e 198). No

---

<sup>34</sup> A importância dessa Conferência, dentre outros aspectos, deveu-se ao fato de que essa assentou as bases do que posteriormente seria consensuado por diversos segmentos na proposta do SUS.

<sup>35</sup> Termo cunhado por Viana (1995).



que diz respeito especificamente à descentralização, conforme ressalta a autora, o texto constitucional abandonou alguns dos itens destacados pela VIII CNS no que se refere à definição de atribuição dos municípios de acordo com “as características e peculiaridades de cada caso” (p.87).

Vimos, portanto, algumas das inflexões que ocorreram no decorrer do debate sobre descentralização nos anos 80. Ainda assim, não se pronunciava, de forma radical, a municipalização das ações e serviços de saúde e salientava-se desde então a necessidade de organização regionalizada da rede de serviços existentes, bem como a necessidade de extinção das duplicidades no comando dessa rede. Foi somente na década de 90, como veremos adiante, que o debate sobre descentralização, através de legislação complementar e as Normas Operacionais do SUS, ensejaram mais fortemente a tendência à municipalização na área da saúde.

Anterior à discussão sobre a década de 90, podemos destacar o marco legal da criação de um Sistema Único de Saúde pela Constituição Federal de 1988, o qual buscava romper com a dicotomia presente no Sistema Nacional de Saúde, criado por decreto-lei. Também podemos destacar que o conceito de unicidade intentou qualificar o processo de descentralização, com a acentuação do comando único em cada esfera de governo

A referida Constituição, portanto, enfatiza o comando único “ou direção única de cada esfera de governo” no princípio da descentralização (artigo 198). Como frisa Arretche (1999, p.6):

“A democratização – particularmente, a retomada de eleições diretas para todos os níveis de governo – e a descentralização fiscal da Constituição de 1988 alteraram profundamente a natureza das relações intergovernamentais.”

"Em suma, no Brasil pós-1988, a autoridade política de cada nível de governo é soberana e independente das demais. Diferentemente de outros países, os municípios brasileiros foram declarados entes federativos autônomos, o que implica que um prefeito é autoridade soberana em sua circunscrição."

No entanto, mesmo no texto constitucional, ainda não se colocava a ênfase na gestão direta, pelos municípios, da rede de saúde vinculada ao seu território. Ainda que o pacto federativo tenha sido remodelado nesta Constituição, com ênfase no comando único do sistema de saúde, a descentralização aí posta dirigiu-se mais a uma "descentralização fiscal-administrativa aos estados e municípios" (Dain & Soares, 1998, p. 39). As referidas autoras apontam o viés constitutivo dessa proposta de descentralização constante da CF de 1988:

"Entretanto, os ganhos da autonomia de estados e municípios estariam associados a ganhos da autonomia para tributar e a ampliação dos mecanismos constitucionais de partilha (fundos de participação e partilha do ICMS)."

Dentre outros aspectos, o período pré-SUS, como discutimos, foi cenário de um momento de fortalecimento do debate sobre redemocratização e descentralização de políticas públicas, onde se destacou a dimensão dos direitos sociais. Inserindo-se aí a garantia de direitos sociais universais e inclusivos no que se refere à população alijada do sistema de proteção social brasileiro, tendo-se consagrado esses direitos na Constituição de 1988.

No entanto, a implantação de um marco legal referendado por um alargado pacto social não chegou a se constituir em uma implementação homogênea, na década de 90, dos princípios e diretrizes preconizados na referida Constituição e na legislação posterior do SUS. Aliás, como veremos no decorrer da dissertação,

a própria questão da heterogeneidade da organização do SUS nos distintos municípios e estados do país pôde, então, ser tomada como objeto de análise.

No próximo tópico examinaremos como a legislação complementar do SUS no começo da década de 90, bem como as Normas Operacionais publicadas nos anos dessa década, imprimiram, efetivamente, a diretriz da municipalização em saúde, mas, desde então, sob uma perspectiva diferenciada do debate sobre descentralização, associado à redemocratização do Estado, nos anos 80. A normatização e o debate que se colocam na década de 90, como discutiremos adiante, assume um recorte diferenciado, completamente conectado ao ideário neoliberal que abarcou as políticas públicas no Brasil na referida década.

### **II.2.2 - O marco legal e o "ciclo" das NOBs nos anos 90**

Discutimos anteriormente como o debate em torno da política de saúde logrou a constituição de um Sistema Único de Saúde, sob a concepção de um sistema universal e equânime. Instaurou-se aí a lógica de um sistema de Seguridade Social, em oposição à lógica de Seguro Social das décadas anteriores que privilegiava parcela da população vinculada aos setores produtivos dominantes e ao mercado de trabalho formal.

A chamada *Constituição Cidadã*, promulgada em 1988, conformou um sistema de Seguridade Social no Brasil, com políticas específicas para as áreas da Saúde, Assistência Social e Previdência Social e previsão de vinculação de fontes de financiamento. Particularmente no que se refere à área da saúde, previu-se o financiamento do sistema de saúde pelas distintas instâncias governamentais: municípios, estados e União, como podemos vislumbrar no parágrafo único do artigo 198 da CF:

"O sistema único de saúde será financiado, nos termos do artigo 195, com recursos do orçamento da seguridade

social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes”.<sup>36</sup>

Também discorreremos sobre a concepção de descentralização associada a um forte movimento e luta pela redemocratização de um Estado alicerçado no regime autoritário, desde o golpe militar de 1964.

O que buscaremos discutir nesse tópico é justamente a cisão que se sucedeu na concepção de descentralização em saúde na década de 90, pautada segundo os pressupostos de Reforma do Estado, incluindo-se aí a Reforma Administrativa da Saúde.

Começaremos pela análise da legislação complementar ao SUS, representada pelas Leis Orgânicas da Saúde (Lei 8.080 e 8.142) no começo dos anos 90.

Antes de analisá-las mais detidamente, recordamos que essas Leis foram sancionadas em uma conjuntura de recente derrota da esquerda nas eleições presidenciais de 1989, onde, por intermédio de um pacto entre forças conservadoras de centro e direita, foi-se firmando o ideário neoliberal no país.

Para começar, daremos destaque ao fato de que significativos vetos foram impetrados pelo então Presidente Fernando Collor de Melo a propostas originadas na VIII CNS, em 1986, e em alguns importantes preceitos da CF de 1988. Para tanto, vejamos o texto de Cordeiro (2001, p. 323) a respeito:

“A Lei Orgânica da Saúde foi sancionada em 19 de setembro de 1990 (lei 8.080/90) com vetos do presidente Collor relativos aos prazos para a extinção do INAMPS, vinculação de percentuais orçamentários para o

<sup>36</sup> No artigo 195 definiu-se que a “seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e das seguintes contribuições sociais: I – dos empregadores, incidente sobre a folha de salários, o faturamento e o lucro; II – dos trabalhadores; III – sobre a receita de concursos de prognósticos”. Afirma-se aí o princípio da seguridade social, cujo financiamento se dá por toda a sociedade, não se distinguindo acesso de acordo com a capacidade contributiva dos cidadãos (como se dá na lógica do seguro social) e, dessa forma, se afirmando também o princípio de um sistema universal e igualitário.

orçamento da seguridade social para transferências automáticas de recursos fundo a fundo para estados e municípios, além de dispositivos relacionados a mecanismos de participação e controle sociais.”

Conforme afirma Cordeiro (idem), a “pressão política dos atores da reforma sanitária proporcionou a aprovação da Lei 8.142/90 que recompôs a presença de instâncias de participação e controle social do SUS.”

Podemos afirmar que esta vitória política ensejada na Lei 8.142 tenha consolidado um dos enfoques da descentralização nos anos 80, conforme vimos anteriormente: do efetivo exercício da população usuária na definição e planejamento da política de saúde nos âmbitos municipal, estadual e nacional do SUS.

Por intermédio da Lei supracitada, foi instituída a necessidade de criação de instâncias colegiadas, como os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde, como espaço para a representação de segmentos da população na definição de políticas para a área da saúde. Para tanto, no artigo 4º da Lei vincula-se o repasse de recursos financeiros, do nível nacional às outras instâncias subnacionais, à existência de conselhos de saúde com composição paritária, dentre outros requisitos.

Como podemos perceber, a legislação complementar ao SUS retoma o debate sobre descentralização e discrimina alguns de seus pontos, embora ainda de forma um tanto genérica em alguns itens. Apesar disso, algumas questões referentes às competências e responsabilidades das três esferas de governo já estão postas nesta legislação. Portanto, reafirma-se, desde então, o princípio da descentralização, tema recorrente na história de nosso país, só que, a partir de então, com novas nuances.

A ênfase dada à associação entre descentralização e municipalização na Lei 8.080/90 já foi apontada por Peres (2002, p.98). É justamente a incitação a

essa associação direta, nos anos 90, e sob quais moldes, que buscaremos discutir aqui.

A associação entre descentralização e municipalização decerto não parou na publicação da referida Lei. As Normas Operacionais, editadas nos anos 90, buscaram normatizar a operacionalização do que estava sendo entendido e conduzido como processo de descentralização. Essas Normas, portanto, buscaram detalhar alguns aspectos desse processo, tratado um tanto genericamente nas Leis Orgânicas da Saúde<sup>37</sup>, tais como mecanismos de repasse de recursos e requisitos para habilitação de municípios e estados a alguma condição de gestão.

A este respeito, como demonstra Levcovitz et al (2001, p. 283), a NOB 91 preservava o mecanismo convencional, criando a categoria de "município habilitado" para o convênio de municipalização, ou seja, mantinha-se o mecanismo tradicional de repasse do INAMPS. Só com a NOB 93 é que foi instituído o repasse "fundo a fundo" (repasse do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos municipais e estaduais) para municípios e estados habilitados em gestão semiplena; esse mesmo mecanismo de repasse foi conservado pela NOB 96, com a novidade de que essa Norma criou um repasse fixo para municípios e estados habilitados, repasse *per capita*, o chamado Piso da Atenção Básica (PAB). Acrescentava-se uma parte variável, de acordo com o percentual de cobertura de alguns programas de saúde, para custeio da atenção básica nos municípios habilitados em alguma condição de gestão.

No entanto, como afirmamos anteriormente, as Normas Operacionais do SUS não serão objeto de detalhamento, dado que este trabalho já foi realizado por outros autores.

---

<sup>37</sup> Na década de 90 foram editadas as seguintes Normas: NOB 91, NOB 93 e NOB 96. No entanto, essas Normas não serão alvo de detalhamento em nosso estudo, visto que já foram altamente discutidas por diversos autores aos quais o leitor pode se remeter, tais como: Levcovitz, et al (2001), Cordeiro (2001), Peres (2002) e Carvalho (2001).

O que para nós será objeto de discussão nesse tópico refere-se à conexão da retomada do processo de descentralização em saúde, associado à municipalização de ações e serviços, com o projeto maior de Reforma do Estado posto nos anos 90. Posteriormente, no decorrer da dissertação, estaremos levantando questões sobre as implicações da maior responsabilização das gestões municipais e estaduais no que se refere à intermediação dessas instâncias com o setor privado de serviços de saúde contratado pelo SUS.

Em primeiro lugar, levantamos a questão de que a descentralização de políticas públicas, proposta nos anos 90, no Brasil, não se furtou à adesão a um pacote de ajustes previstos para a América Latina desde os anos 80. O projeto de Reforma institucional salientado no Brasil, nesse período, esteve altamente inserido em um contexto mais amplo, internacional, como podemos ver no texto de Santos Junior (2001, p.11-12):

"Na verdade, esse processo é parte de um contexto internacional, no qual se destacam as transformações no Continente. Assim, desde os anos 80, assistimos a três fenômenos conexos, mais ou menos gerais nos países da América Latina. O primeiro diz respeito ao processo de democratização dos Estados nacionais (...). O segundo está relacionado à inserção das economias nacionais no movimento da globalização (...). O terceiro, por fim, refere-se à revalorização da esfera local, considerada a esfera capaz tanto de promover melhor desenvolvimento social, em razão da sua proximidade com os cidadãos, como de operar as mudanças sociais necessárias à maior eficiência e à maior competitividade econômicas requeridas pela inserção das cidades na dinâmica da globalização." [grifos da autora]

Ao confrontarmos a afirmação de Santos Junior com a proposta de Reforma Administrativa da Saúde nos textos oficiais da época, podemos ver o nítido

seguimento do Brasil ao modelo de descentralização proposto internacionalmente. Partimos, portanto, da hipótese de que, a partir daí, silenciou-se o discurso sobre descentralização dos anos 80 e passou a imperar uma lógica muito mais tecnocrática e internacionalizada sobre esse processo.

No tocante à saúde, o texto de Pimenta (1998, p. 8) muito nos auxilia no entendimento da verdadeira proposta de descentralização constante da Reforma Administrativa da Saúde nos governos do então presidente Fernando Henrique Cardoso:

“(...) a descentralização no setor público pode ser conceituada de três formas: a descentralização interna, a descentralização externa e a descentralização entre os níveis de governo, fortalecendo o poder local.” [grifos da autora]

O autor, ao diferenciar as dimensões que a descentralização pode assumir, quando destaca especificamente a descentralização interna, refere-se à descentralização no interior da própria máquina administrativa, em seus “níveis hierárquicos”, portanto, “intragovernamental”. Quanto à descentralização externa, envolve um conceito muito em voga à época, *publicização* do aparelho estatal (contratação de organizações não governamentais), ou seja, “projetos de parceria com a sociedade”, envolvendo terceirização e privatização; e a última dimensão, a da descentralização intergovernamental, “de poder e de recursos” (idem).

Tem-se, portanto, um fenômeno complexo: o mesmo princípio, da descentralização, é cotejado tanto pelo discurso da esquerda brasileira na década de 90 quanto pelo discurso neoliberal. Uma das conseqüências do novo rumo dado ao processo de descentralização pelos governos dos anos 90 foi, que aparentemente, na maioria dos casos, pareceu não haver conflito de concepções entre os discursos. Fenômeno que, ademais, existe ainda hoje na política pública no país.



A nosso ver, o “caldo” deixado pelo movimento de redemocratização do país, nos anos 80, em prol da radicalização de um processo de descentralização, acabou por enfatizar, nos anos 90, apenas a descentralização intergovernamental e não atentou para as outras dimensões desse processo postas pelo governo FHC. Tanto que as Normas Operacionais da década de 90, embora tenham sido alvo de críticas, principalmente no tocante à concentração de poder no nível central pela política de financiamento colocada, foi considerada por alguns autores<sup>38</sup> como uma espécie de avanço do processo de descentralização na área da saúde no país.

No entanto, consideramos que esta avaliação contemplou somente, e quando muito, os avanços da descentralização administrativa proposta, ou seja, a mera descentralização intergovernamental. Dessa forma, se burocratizou cada vez mais o debate em torno da descentralização, frisando-se seus aspectos operacionais, e, enquanto isso, o governo FHC foi levando a cabo a operacionalização das outras duas dimensões dessa descentralização.

Como ressalta Santos Junior (2001, p. 19), “(...) ao longo dos anos 90, assistimos à crescente transferência de atribuições de gestão das políticas sociais do âmbito federal para os âmbitos estadual e municipal de governo.”

O recurso utilizado, de edição de distintas Normas Operacionais, bem como a de instruções normativas, nos anos 90, foi alvo de intensas críticas por Carvalho (2001, p. 444). Segundo o autor as NOBs feriram profundamente as diretrizes constantes da CF de 1988 e das Leis Orgânicas da Saúde, como podemos ver:

“As NOBs iniciais desobedeceram essas diretrizes e retardaram o cumprimento das leis. A NOB 93 tentou resgatar esse cumprimento na forma de acesso gradual até se chegar ao cumprimento pleno da Lei (...). A NOB

---

<sup>38</sup> Na dissertação de mestrado de Peres (2002, p. 93) a autora destaca a fala de autores que de certa forma acentuam os aspectos positivos das normatizações dos anos 90, onde esses destacam que as Normas operacionais “contribuem para a normatização e operacionalização das relações entre as esferas de governo, não previstas nas leis da Saúde (8.080 e 8.142 de 1990)” (2001, p.273, apud Peres).

96 tentou avançar, correu alguns riscos conceituais e práticos, mas nem chegou a acontecer. A NOB 98 (não existiu de direito, mas de fato com todas inovações que fez à NOB 96) perpetuou a desconcentração, regrediu o quanto pôde e infringiu mais ainda as leis.”

Para contribuir com as críticas acima levantadas, acrescentamos a afirmação de Junior e Elias (2003, p. 207) sobre esse processo de normatização do governo federal na última década:

“As tendências de privilegiar a racionalidade técnica nas estratégias de implementação da reforma do setor de saúde no Brasil, apontadas nas edições das normas operacionais do Ministério da Saúde, articulam-se com um movimento mais geral de reforma do Estado, nestes últimos anos, cuja concepção economicista e tecnocrata tem sido a tônica da defesa da saída da crise do capitalismo e da reconstrução de um novo Estado pela esfera da administração pública.”

A partir desses apontamentos, partiremos para uma análise sucinta da proposta de normatização ensejada pela publicação da Norma Operacional da Assistência à Saúde-NOAS no começo dos anos 2000. Em suma, buscaremos responder às seguintes questões: há algo de novo no começo dos idos de 2000 com a publicação dessa Norma? O que se recoloca ou se coloca como novidade nesse documento?

### II.2.3 - O debate acerca da regionalização em saúde com o advento da NOAS

Não nos parece à toa que se tenha retomado a discussão sobre a regionalização em saúde no começo dos anos 2000. A heterogeneidade do processo de implementação da descentralização no país, de seus municípios e estados, tanto

em termos econômicos quanto de capacidade de gestão, bem como a não aplicação do orçamento da seguridade social conforme proposto na CF 1988, trazem imensos desafios à garantia de acesso da população ao SUS. E a retomada da discussão sobre regionalização está imersa nesse contexto.

No começo dos anos 2000, e particularmente, desde 2003, o novo governo nacional herdou os destroços provocados pela intensa política de ajuste dos anos 90 a 2002. Costa (2002, p.54) enfatiza a forte oposição que sofreu a proposta de universalização do SUS constante da CF 88. Cita, como exemplo, a oposição ferrenha do então Deputado Federal Roberto Jefferson (PTB-RJ) sobre a tida inviabilidade financeira da universalização de direitos na área da saúde e da previdência social. O autor dá destaque aos movimentos contrários ao modelo de seguridade social desde a Constituinte no final dos anos 80.

Ademais, Costa (idem) traz dados valiosos a respeito da queda dos gastos federais com saúde desde o governo Collor, como também da queda das despesas orçamentárias em programas de saúde e das despesas com saúde e saneamento no governo Fernando Henrique Cardoso (p. 56).

Podemos ver como a política de ajuste dos anos 90 ao começo dos anos 2000 ignorou a proposta de financiamento da Seguridade Social consagrada na Constituição de 1988. Noronha & Soares (2001, p. 448) dão ênfase a esse aspecto:

“ Abandonou-se por completo a concepção – prevista na Constituição de 1988 – da Seguridade Social, que preconizava um orçamento único e com diversidade de fontes de financiamento para os seus componentes de saúde, assistência e previdência social. Ao restringir o financiamento do setor saúde apenas aos recursos fiscais, ele ficou à mercê da política de ajuste fiscal cada dia mais restritiva, lançando mão de fontes que, como a

CPMF, são consideradas de caráter contingencial e sequer vêm sendo integralmente destinadas ao setor.”<sup>39</sup>

O cenário do começo dos anos 2000 representou a solidificação de um abandono por completo, nos anos 90, de vários princípios e diretrizes do SUS presentes na CF 88 e nas Leis Orgânicas da Saúde. Vimos, também, a partir das análises de Carvalho (2001), como as Normas Operacionais publicadas nos anos 90 feriram vários desses princípios e diretrizes.

O que, portanto, a Norma Operacional da Assistência em Saúde (NOAS), publicada em 2001, traz, a princípio, de novo? Ao se analisar o texto dessa Norma podemos vislumbrar, “de pronto”, três grandes estratégias: regionalização; fortalecimento da capacidade de gestão no SUS e renovação dos critérios de habilitação/desabilitação de estados e municípios (NOAS 2001)<sup>40</sup>.

Daremos ênfase, portanto, nesse tópico, à primeira estratégia, na qual a Norma enfatiza a regionalização do SUS. Em um primeiro momento, essa Norma destaca a necessidade de “ampliação do acesso e da qualidade da atenção básica”, por intermédio da comprovação da capacidade de oferta, pelos municípios que desejam se habilitar em uma das duas condições de gestão colocadas<sup>41</sup>, de um elenco mínimo de ações estratégicas e de procedimentos relativos a áreas de atenção básica<sup>42</sup>. Já para os municípios que desejem se habilitar em Gestão Plena do Sistema Municipal, acrescentam-se procedimentos de média complexidade que deverão ser ofertados aos seus munícipes ou a moradores de outros municípios, desde que previsto e pactuado no Plano Diretor de Regionalização do estado.

<sup>39</sup> O referido imposto, Contribuição sobre Movimentação Financeira, passou a vigorar em 1997. Costa (idem, p.57-59) demonstra em seu estudo como esse imposto foi desviado, desde o início, de sua proposição original, qual seja, de ser aplicado somente na saúde.

<sup>40</sup> A NOAS foi publicada em 29 de janeiro de 2001, D.O.U. nº 29-E, página 23, Seção 01 e refere-se à Portaria GM/MS nº 95, de 26 de janeiro de 2001, assinada pelo então Ministro da Saúde, José Serra.

<sup>41</sup> As duas condições de gestão previstas para os municípios são: Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (o termo “ampliada” refere-se ao acréscimo de procedimentos, antes considerados de média complexidade na Tabela do SUS, ao rol de procedimentos existentes da atenção básica) e Gestão Plena do Sistema Municipal. Para os estados são as seguintes: Gestão Avançada do Sistema Estadual e Gestão Plena do Sistema Estadual.

<sup>42</sup> São ações estratégicas referentes: a) ao Controle da Hipertensão; b) à eliminação da Hanseníase; c) ao controle da Tuberculose; d) ao controle do Diabetes Mellitus; e) a ações de saúde bucal; f) a ações de saúde da criança; e g) a ações de saúde da mulher (NOAS 2001).

Essas são algumas das alterações da NOAS em relação à NOB 96. Dentre as mais significativas, existe a criação da categoria "município-sede e município-adscrito" na configuração regional proposta. Quando um determinado município não tem capacidade de ofertar aos seus munícipes mais do que o elenco mínimo da atenção básica, o atendimento aos seus munícipes, no chamado primeiro nível da média complexidade<sup>43</sup>, deverá ser ofertado por um município-sede, compondo, assim um módulo assistencial (o módulo pode, no entanto, ser composto por apenas um município, caso não haja municípios a ele "adscritos").

Conforme proposto na NOAS, o conjunto de módulos assistenciais, dentro de uma dada região de saúde de um estado, comporá uma microrregião de saúde. Em cada microrregião deverá ser garantido o acesso da população que a compõe a procedimentos de maior complexidade, tanto na média quanto na alta complexidade. Caso haja um município que apresente uma situação diferenciada em termos de capacidade instalada, esse mesmo município pode ser considerado uma microrregião<sup>44</sup>.

A idéia é que a regionalização preveja a organização da oferta e do acesso de forma ascendente, por nível de complexidade e contigüidade geográfica entre os municípios de um mesmo módulo e microrregião de saúde, identificando fluxos de referência entre os municípios.

Outra categoria enfatizada é a de município-pólo, o qual possui capacidade de oferta de determinados procedimentos de média e alta complexidade para uma microrregião, um conjunto de microrregiões (que compõe uma região de saúde), e mesmo o estado como um todo, dependendo do procedimento em questão<sup>45</sup>.

---

<sup>43</sup> O chamado primeiro nível da média complexidade (ou M1) refere-se a um conjunto de procedimentos que fazem parte do grupo de consultas especializadas, médicas e não médicas, de exames de patologia clínica, de ações de odontologia, de cirurgias ambulatoriais especializadas, de procedimentos traumato-ortopédicos, de exames ultrassonográficos, de radiodiagnóstico e de fisioterapia; além do atendimento hospitalar nas clínicas básicas: obstetrícia, pediatria e clínica médica (idem).

<sup>44</sup> A título de exemplo, esse é o caso do município do Rio de Janeiro no Plano Diretor de Regionalização do estado do Rio de Janeiro (2001-2004), o qual pode ser consultado no site da SES-RJ ([www.saude.rj.gov.br](http://www.saude.rj.gov.br)).

<sup>45</sup> Um exemplo dessa situação, no caso do estado do Rio de Janeiro, refere-se a determinados procedimentos oncológicos que só são realizados no Instituto Nacional do Câncer-INCA, Instituto Federal, o qual se localiza no município do Rio de Janeiro. Aliás, o INCA é um caso emblemático, visto que não é somente referência estadual nessa área como também nacional.

No estudo de Peres (2002), a autora avalia que a proposta de configuração regional, constante da NOAS, possa significar um certo esquecimento em relação aos municípios:

“Como pode se perceber parece que, desta vez, os esquecidos foram os municípios. Talvez represente um entendimento, por parte do Governo Federal, de que a organização da rede de saúde transcende este nível de governo, dando a entender que a nova lógica do ordenamento da rede supera estas “questões menores”. Parece realmente, neste sentido, que o Federalismo brasileiro está em (re) construção” (p. 103).

No entanto, como mesmo frisa a referida autora (p.110-111), ainda permanece a incitação da municipalização de unidades de saúde, mesmo que se objetive uma configuração regional do SUS estadual. Portanto, não cremos que os municípios tenham sido tão esquecidos, ainda que a Norma reforce o papel dos estados no processo de regionalização e coordenação do componente estadual do sistema de saúde.

Embora o papel dos estados seja acentuado na referida Norma, ainda há uma poderosa ideologização de que os governos locais sejam capazes de assumir atribuições independentemente de seu porte e das características do processo de descentralização no Brasil, nos anos 90, via municipalização radical de políticas sociais.

Um dos efeitos de tal contradição foi apontado por Peres (idem, p. 104): “Como a rede de serviços de saúde é regional e as unidades de saúde, predominantemente municipais, como o estado dará conta de resolver os conflitos inerentes ao processo de negociação do funcionamento desta rede?”

A nosso ver, a NOAS apresenta propostas de configuração da rede de saúde, de forma regionalizada, com nova nomenclatura (municípios-sede e adscritos/satélites), enquanto que os efeitos nefastos da municipalização

radical, particularmente na segunda metade dos anos 90, ainda estão presentes, e quando a conjuntura política é a mesma, de sucessivos ajustes, como vimos.

Parece-nos que, mais uma vez, se pretende crer no fato de que uma normatização nacional dará conta da garantia de acesso eqüânime em um cenário de profundas desigualdades<sup>46</sup> entre municípios e estados do país.

Portanto, há de se qualificar o que vem sendo tomado como regionalização da saúde, de forma a se enfrentar um dos grandes desafios postos por essa proposta:

"Regionalizar serviços não significa, portanto, apenas distribuí-los espacialmente, mas também, e sobretudo, organizá-los com o indispensável suporte técnico e de recursos humanos, com suficiência de recursos e poder decisório definido sempre de acordo com as necessidades daquela população" (Carvalho & Santos, 2001, p. 86)

Na temática da regionalização, ainda que a NOAS possa esboçar uma *mea culpa* do nível federal quanto ao alijamento histórico dos estados de boa parte do processo, o incentivo à municipalização de ações e serviços de saúde se mostra presente. Embora se indiquem instrumentos de contratualização e acompanhamento para essa municipalização, tais como os Termos de Compromisso e a Declaração de Comando Único, desconsidera-se, ao se planejar nacionalmente um "ideal de regionalização", a trajetória e os impasses da municipalização tal como essa se sucedeu, bem como a inércia e inatividade histórica dos estados em nome de uma lamentação cômoda de "crise histórica de identidade".

Por fim, recorreremos aos apontamentos de Carvalho (2001, p. 444), quando esse se refere à NOAS:

---

<sup>46</sup> Trataremos mais especificamente da questão das desigualdades no tópico seguinte.

"Agora tudo é novo até o nome: NOAS!!!! Uma enxurrada de portarias com suas respectivas instruções normativas e mais portarias explicativas das próprias portarias. Muda tudo. Só não muda o espírito recentralizador que se iniciou bobamente na NOB-96, agravou-se na NOB-98 e consagrou-se na NOAS-2001. Hoje os recursos estão todos centralizados e fatiados."

"Com a NOAS coroou-se o processo burocrático recentralizador com hegemonia absoluta do Ministério da Saúde e discreta divisão do poder com os estados que se julgavam à margem do processo de implantação do SUS."

Decerto que a discussão sobre regionalização tem o seu valor enquanto instrumento para a organização do SUS estadual. O que pretendemos discutir é que, mesmo diante de um discurso "renovado", presente na NOAS e no governo federal, a descentralização, associada à municipalização, fortemente engendrada pelo Ministério da Saúde, trouxe distorções que se fazem refletir ainda hoje. É justamente sobre esse ponto que pretendemos discorrer nos próximos tópicos.

### **II.3 - O ideário sobre a gestão da municipalidade: perdas e ganhos**

Nos tópicos anteriores buscamos colocar reflexões acerca do processo de Reforma do Estado nos 90 e da proposição da descentralização em saúde posta pelos governos dessa década, em consonância com aquela Reforma.

Procuramos, também, acentuar a cisão, a nosso ver, existente entre a condução da descentralização em saúde pelo governo federal na referida década e começo dos anos 2000, e o projeto de redemocratização do Estado consubstanciado nos anos 80.

Ainda que este projeto de redemocratização tenha sido, em parte, consagrado na Constituição Federal de 1988, por intermédio do princípio da



descentralização e do controle social, a operacionalização da descentralização na década de 90, calcada no ideário neoliberal, trouxe sérios limites à implantação efetiva da redemocratização.

Podemos dizer que os princípios consagrados em nossa Constituição, em 1988, refletiram, embora de forma genérica, boa parte do movimento que se sucedeu nos anos 80 de descentralização de políticas por meio da democratização da gestão pública e da participação popular na definição e controle dessas políticas. Santos Junior (2001) destaca esses aspectos ao se referir à CF 88:

**"Sua promulgação, ainda que com limites, principalmente quanto ao financiamento das políticas sociais nela consagradas, definiu uma agenda reformista, que se caracteriza por uma concepção universalista quanto aos direitos sociais, redistributiva quanto à renda e democrática quanto à gestão pública." (p.13) [grifos da autora]**

No entanto, ao intentarmos debater como se sucedeu a descentralização em saúde nos anos 90, não temos como prescindir da associação entre a análise do fortalecimento da municipalização e da concepção neoliberal que revalorizou a esfera local.

Melhor dizendo, ainda que ambas, a concepção democrática e a neoliberal da descentralização, enfatizem a esfera local, há uma importante cisão entre as duas perspectivas: a primeira, valoriza a esfera local enquanto espaço potente de democratização da gestão pública, com participação popular e criação de mecanismos de maior proximidade entre Estado e sociedade<sup>47</sup>; a segunda prioriza a esfera local enquanto executora de serviços anteriormente sob gestão de outra instância subnacional e, privilegiadamente, por intermédio da parceria entre Estado e o setor não-estatal (setor privado lucrativo e as chamadas instituições sem fins lucrativos).

---

<sup>47</sup> Como também de controle, por parte da sociedade, do Estado, da execução das políticas públicas e da gestão orçamentária.

Podemos vislumbrar no discurso hegemônico dos anos 90 a priorização da perspectiva da descentralização externa<sup>48</sup>, onde se busca a minimização do Estado enquanto prestador de serviços e a maximização de seu caráter financiador e regulador. Santos Junior (idem), ao tratar de alguns dos impactos deste discurso hegemônico e dos efeitos das duas gestões do presidente Fernando Henrique Cardoso, qualifica a discussão:

"Essa nova conjuntura é marcada por um crescente consenso em torno da agenda neoliberal, cujo centro propõe uma política minimalista de intervenção do poder público, tornando duvidosa a ampliação das políticas de caráter universalista; no plano econômico aprofundam-se as crises fiscal e financeira do Estado, impondo limites à política redistributiva; no plano social, entram em crise os movimentos sociais que marcaram a cena política brasileira na década de 80, fragilizando os canais de participação e de ampliação da democracia. Portanto, a forma de inserção do país no movimento da globalização apresenta novas questões e aprofunda os desafios para a instituição de um modelo democrático da gestão das cidades." [grifos da autora]

Perguntamo-nos, portanto, de que forma o cenário que foi se conformando nos anos 90 e começo dos anos 2000 trouxe sérios limites à valorização e à execução efetiva e democrática da gestão das cidades brasileiras. Essa é a questão que nos detém nesse momento da dissertação.

---

<sup>48</sup> Conforme afirma Pimenta (1998, p. 8); "o segundo enfoque da descentralização é seguir o sentido de dentro para fora das organizações burocráticas estatais, ou seja, de dentro da estrutura do Estado para a sociedade, tanto para a sociedade organizada em empresas privadas quanto para entidades sem fins lucrativos, tais como associações e cooperativas. As possibilidades, neste caso, são os projetos de parceria com a sociedade, contratação externa de serviços (terceirização), descentralização para organizações não governamentais (publicização – Bresser Pereira, 1997) e privatizações."

Que a esfera local foi altamente privilegiada naqueles anos, é uma evidência. A questão da qual partimos aqui é de que até que ponto a ênfase na descentralização externa, acentuada no referido período, impôs uma nova dinâmica à gestão local no que se refere à execução de políticas públicas e prestação de serviços à população.

Quanto à temática da gestão local de políticas, a qual será nosso objeto privilegiado no tópico posterior, indagamo-nos a respeito dos limites e impossibilidades que se apresentam no formato da descentralização em saúde engendrada nos últimos doze anos. Colocamos essas questões no intuito de inserir a discussão acerca da gestão da municipalidade na conjuntura que se apresentou nos anos 90:

“Os números registrados no início dos anos 90 seriam suficientes para a conformação de um quadro conjuntural para a área da saúde, durante os anos seguintes, que apresentaria como principais características, segundo Médici (1995, p. 132-133):

1. a aceleração da desorganização e do sucateamento do sistema público;
2. a queda dos gastos com programas de alimentação e nutrição, vigilância sanitária e epidemiológica e da Fundação Nacional de Saúde, e
3. **o forte crescimento do setor privado complementar**”  
(Costa, 2002, p. 55). [grifo da autora]

O fortalecimento da descentralização nos anos 90, e começo dos anos 2000, associado à municipalização, adquiriu diversas feições e nuances. Uma dessas nuances pode ser visualizada pela criação de diversos municípios em função de uma certa **descentralização financeira** no período, ainda que com limites. Quanto a esse tema, Dain & Soares (1998, p. 42-43) destacam o beneficiamento de municípios e estados por intermédio do Fundo de Participação dos Estados

(FPE), do Fundo de Participação dos Municípios (FPM) e da quota-parte do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS).<sup>49</sup>

A combinação de fontes de receitas para estados e municípios apresenta, a princípio, um caráter redistributivo, na medida em que, para estados com pouca capacidade de arrecadação pelo ICMS, o FPE representa uma importante fonte de receita. O mesmo se dando, como efeito cascata, para aqueles municípios que possuem pouca participação na geração do ICMS, cuja arrecadação é estadual, e que dependem, de forma significativa, do FPM.

Destacamos, no entanto, que não há só bônus na situação de financiamento dos municípios, dado que, embora o texto constitucional tenha uma proposta de descentralização financeira redistributiva, houve aspectos significantes que impactaram o financiamento da saúde nos anos 90. Dentre esses aspectos, podemos destacar: i) recentralização de recursos pelo governo federal<sup>50</sup>; ii) o crescimento do endividamento das instâncias subnacionais frente à União<sup>51</sup>; iii) desvios, pela União<sup>52</sup>, de base de receita originalmente criada para o co-financiamento da saúde, a exemplo da CPMF.

<sup>49</sup> “Do ICMS arrecadado pelo estado, 75% destinam-se à administração estadual e 25% são repassados aos municípios” (Dain & Soares, 1998, p. 42). Além disso, conforme as autoras ressaltam (idem, p. 43): “Em termos verticais, os municípios foram os maiores beneficiados com a nova distribuição de receitas. A sua participação na arrecadação global cresce em torno de 70% (de 10% para 17%). Até 1988, esta se situava em torno de 2,5% do PIB e, com as modificações constitucionais, atinge 4% do PIB. O aumento das receitas deve-se ao FPM e à quota-parte do ICMS”.

<sup>50</sup> “(...) o crescimento da participação dos estados e dos municípios na receita tributária total é neutralizado em grande medida pela exploração pelo governo federal de bases de receita não-partilhadas com governos subnacionais” (Dain, 1995:47 *apud* Dain & Soares, 1998, p. 49)

<sup>51</sup> A estratégia do endividamento é significativamente utilizada por estados e municípios como forma de renegociação de dívidas junto à União. Alguns autores (idem, p. 48) destacam os problemas na “descentralização de encargos” para instâncias subnacionais advindos da “prática de transferência dos desequilíbrios financeiros dos níveis inferiores de poder para o governo federal.” Assim, como afirmam os autores: “Isto acontece porque fazem parte dos acordos em torno da renegociação das dívidas destas esferas de governo, tanto a apropriação sistemática pela União de parcela da receita a título de amortização da dívida como a imposição de ajustes fiscais a estas administrações.”

<sup>52</sup> A problemática de desvio de recursos públicos para outros fins que não os previstos não são privilégio da prática de governo da União. Recentemente, em 30 de novembro de 2003, foi publicado pelo jornal O Globo (2ª edição, Seção O País) um conjunto de irregularidades na utilização de recursos em 93,1% das 131 prefeituras, escolhidas por sorteio, fiscalizadas pela Controladoria Geral da União (CGU). A prática da corrupção e de desvio de recursos públicos “pode chegar a R\$ 60 bilhões por ano, conforme avaliação do próprio governo”, com a estimativa de que pelo menos 30% dos recursos repassados aos municípios sejam desviados. Entre alguns fins dados a esses recursos, foram encontradas “bizarrices” e inescrupulosidades, tais como, utilização de verba para compra de Viagra e pagamento de diárias de motel.

Diante desse cenário de reversão da descentralização financeira (idem, p. 51) proposta na CF 88, alguns autores discorrem sobre a "inviabilidade fiscal" de diversos municípios, e, por conseguinte, sobre as dificuldades de municípios implantarem políticas sociais e investirem na localidade:

"A inviabilidade fiscal aparece, portanto, como um indicador de que os municípios demasiado pequenos produzem mais custos do que benefícios. Para piorar as coisas, o fato da base econômica de grande parte daqueles municípios ser extremamente frágil, especialmente no Norte e no Nordeste, indica que sua inviabilidade fiscal decorre de sua inviabilidade econômica. A insuficiência das receitas próprias é, destarte, irremovível, não refletindo, simplesmente, má gestão" (Gomes & Mac Dowell, 1995, documento não paginado) [grifo dos autores]

Portanto, se coloca a questão: como o grau de inviabilidade fiscal contribui para o desaquecimento da economia de diversos municípios e para impossibilidades no financiamento de políticas sociais locais, dado o pacto federativo brasileiro e a descentralização de políticas públicas nos últimos doze anos?<sup>53</sup>

Perguntamo-nos, por conseguinte, de que forma a descentralização administrativa e financeira, tal como se sucedeu no Brasil, pode causar limites a uma das importantes estratégias de reversão do quadro de desigualdades entre os municípios do país, via desenvolvimento econômico. Isso porque, a princípio, o "desenvolvimento econômico é fundamental para o desenvolvimento social

(Prefeitura Municipal de Santos, *Santos - caminhos e vocações econômicas*, 1995)" (apud Lesbaupin, 2001, p. 63).

---

<sup>53</sup> A importância da questão que aqui colocamos é reforçada pela avaliação de Dain & Soares (1998, p. 56): "A cada ano se verifica o desmembramento de municipalidades, com gritantes 'deseconomias de escala', dada a redução da receita dos municípios já instalados e a ampliação dos gastos na constituição de novas estruturas legislativas e administrativas."

Buscamos, portanto, tecer avaliações sobre o ideário da gestão da municipalidade, dado o perfil dos municípios existentes, relacionando-a com a capacidade de gestão e de desenvolvimento econômico-social da cidade. A descentralização de fato traz novos desafios às instâncias subnacionais de governo, sendo os desafios impostos à gestão local nosso principal foco de preocupação nesse tópico da dissertação, visto que:

"Um dos elementos notórios do novo papel desempenhado pelas prefeituras democráticas em sua preocupação com a inclusão social e a democratização do poder público é o de promotor do desenvolvimento econômico local. Esta é uma das características do novo papel assumido pelas cidades na atual conjuntura econômico-política mundial (cf. Borja, 1997)" (apud Lesbaupin, *idem*).

As questões anteriormente colocadas decerto não intentam reforçar a tônica da prevalência da economia sobre a política, mas, ao contrário, de avaliar até que ponto a descentralização administrativa e financeira, conforme configurada, podem causar sérios limites à priorização da área social de alguns governos municipais. Portanto, não inserimos esses limites na categoria do estrutural na política pública brasileira, mas tão somente na categoria do conjuntural, visto que a política pública na década de 90 provocou profunda mudança de rumo no que se concebeu constitucionalmente para a área social.<sup>54</sup>

Diante disso, podemos acrescentar aspectos relevantes à proposta de descentralização tão reforçada, duplamente, pelo ideário reformista dos anos 80 e pelo ideário neoliberal, que dá outra direção àquele projeto reformista, a

---

<sup>54</sup> Reforçamos a idéia de que a inviabilidade de determinadas políticas e da reconfiguração da área social, sob gestão municipal, não significam necessariamente má gestão e falta de priorização da área social em algumas prefeituras do país. Relembremos os exemplos da Prefeitura de Santos e de Porto Alegre nessa área, as quais responderam de forma diferenciada de outras prefeituras aos desafios postos pela inclusão das cidades na conjuntura da globalização e da descentralização de políticas públicas.

partir dos anos 90 no Brasil. Daí concordarmos com a afirmação de Lesbaupin (idem, p. 46) de que:

“A descentralização não é, pois, um bem em si mesma: ela é apoiada tanto por conservadores como por progressistas, tanto pela direita como pela esquerda, mas por razões diversas. Em outras palavras, a descentralização tanto pode significar maior participação, mais cidadania, ampliação do processo democrático, como pode restringir a democracia.”

“As formas descentralizadas, segundo Levy, podem aprofundar as desigualdades intra-urbanas e sociais, se não estiverem presentes diversos mecanismos de redistribuição (Levy, 1997)” (apud Lesbaupin - idem, p. 47)<sup>55</sup>

Nosso interesse pelo tema da gestão da municipalidade advém do fato de que a *governança*<sup>56</sup> local pode assumir feições democráticas, que respondam às demandas sociais postas, através da efetiva participação da população na definição e acompanhamento da execução de políticas. Ou, muito diverso disso, pode representar o exercício de práticas de governo que privilegiem particularismos, interesses privados, bem como se relacionem de forma clientelista e meramente assistencialista com a população.

Então, a questão que se coloca, de forma imperiosa, nesta discussão sobre a governança local, no caso brasileiro, é de que forma a gestão da municipalidade

<sup>55</sup> Como complemento à essa discussão, acrescentamos a afirmação de Santos Junior (2001, p. 31): “Tomando como referência a história do municipalismo brasileiro (Dória, 1992; Brasileiro, 1973), crescem nossas razões para questionar as virtudes da descentralização como caminho suficiente para garantir a democratização da gestão das cidades.”

<sup>56</sup> Santos Junior (2001, p.59-60) sistematiza os dois sentidos básicos que podem ser sintetizados para o conceito de governança: o primeiro, “como a capacidade de ser governo” (...). “Em geral, as análises com essa abordagem têm como foco as responsabilidades e os mecanismos de transparência e de controle do Estado”. “No segundo sentido, mais freqüente, (...) a governança é entendida como a interação entre governo e sociedade, com análises centradas na questão dos arranjos institucionais que coordenam e regulam a relação entre governo e os atores sociais dentro de um sistema político.” O autor pretende, com isso, questionar o pensamento neoliberal a respeito do conceito de governança, que seria “fundada no mercado”.

tem conseguido reverter ou aprofundar desigualdades sociais; se tem, de fato, imprimido uma relação Estado-sociedade distinta do ideário neoliberal, bem como se tem proporcionado ou não maior acesso da população aos serviços oferecidos.

Partindo dessas indagações, acrescentamos, ainda, o questionamento de Santos Junior (2001, p. 67) ao tratar do crescimento da descentralização administrativa e da municipalização no Brasil:

“Nesse cenário, resta saber se, na verdade, os novos arranjos institucionais estabelecidos nos municípios brasileiros possibilitam o aprofundamento da nossa dinâmica democrática e podem ser associados ao modelo de governança democrática. Dito de outra forma, é necessário saber se as novas arenas de intermediação de conflitos e os novos mecanismos decisórios implantados detêm maior capacidade de incorporação de um novo padrão de interação entre governo e sociedade no plano local.”

Nessa perspectiva indagamos se a gestão local, dada a enorme desigualdade presente no país e o processo de liberalização engendrado nos anos 90, foi (e é) capaz de auxiliar a reverter as inequidades existentes. Para auxiliar nossa reflexão, utilizamos como referência o estudo de Santos Junior (2001), o qual utilizou distintas variáveis para avaliar o quadro geral de desigualdades no país e, mais particularmente, na região metropolitana do estado do Rio de Janeiro.<sup>57</sup>

---

<sup>57</sup> Seguem as principais e a quase totalidade das variáveis utilizadas: a) capacidade de oferta de serviços públicos municipais; b) porte populacional; c) distribuição da população; d) grau de associativismo (ou seja, de filiação a distintos tipos de organizações, tais como sindicatos, associações de moradores, associação filantrópica, etc, inclusive por faixa de renda); e) proporção de pobres; f) indicadores de avaliação dos municípios, tais como IQM, IM, etc; g) participação em atividades político-sociais; h) grau de informatização dos municípios; i) partidos políticos e rotatividade das filiações partidárias com avaliação de trocas de partidos; j) vereadores por nível de escolaridade; k) representatividade de partidos nas Câmaras de Vereadores; l) tipos de conselhos instituídos, conselheiros por escolaridade e por segmentos sociais.



O referido autor lança mão de distintos indicadores para alinhar o cenário de inequidades e tomou como base “três instâncias governativas da política local: o poder executivo e sua capacidade de gestão das políticas sociais; o poder legislativo e sua capacidade de representação de interesses; e os conselhos municipais e suas potencialidades e limites como novos canais de interação entre o governo e a sociedade” (idem, p. 177).

Consideramos de extrema relevância o estudo de Santos Junior (ibidem), ainda que o estudo baseado em algumas variáveis tenha abarcado somente a região metropolitana do estado do Rio de Janeiro<sup>58</sup>. Ainda assim, o autor nos relembra o fato da importância da concentração populacional nas regiões metropolitanas, onde também se revela a “problemática urbana no país”. Além disso, a autor ressalta que “cerca de 35% da população urbana concentram-se em nove regiões metropolitanas, das quais se destacam São Paulo e Rio de Janeiro, que reúnem cerca de 60% da população brasileira em espaços metropolitanos” (p. 127).

No que se refere à região metropolitana do estado do Rio de Janeiro, o estudo de Junior (2001, p. 145) chegou a importantes avaliações, aqui sintetizadas:

- (...) “existem condições de habilitação desfavoráveis entre os municípios e, no interior deles, entre os diferentes grupos sociais”;
- (...) “os indicadores de acesso da população aos serviços e equipamentos públicos fundamentais mostram como são profundas as desigualdades sociais” (...);
- (...) “quaisquer que sejam as fontes das desigualdades, elas interferem na habilitação dos membros de uma sociedade no exercício dos seus direitos de cidadania e de sua participação social e política”;
- “Existem diversos problemas – sociais, econômicos e de infra-estrutura – comuns a esses municípios cuja solução, de grande complexidade, exige uma abordagem e uma intervenção de âmbito metropolitano.”

---

<sup>58</sup> Ressaltamos a potência do estudo, dada sua possibilidade de replicação a outras regiões do país em estudos posteriores. Além disso, concordamos com a hipótese do autor quando esse afirma que há “sérias razões para inferir que esse quadro se reproduz, certamente com suas peculiaridades, na maioria dos municípios brasileiros” (p. 233).

Primeiramente, perguntamos sobre quais mecanismos de governança democrática, local, podem ser instituídos diante do quadro geral de desigualdades sociais, de desigualdades referentes à capacidade de gestão dos diversos municípios do país, bem como do contexto de desresponsabilização cada vez mais presente das outras instâncias de governo.

Além disso, o estudo de Santos Junior (2001, p. 232) levanta aspectos que merecem destaque para a questão que colocamos anteriormente, tais como: "fraco dinamismo econômico" de diversos municípios, "com baixa arrecadação orçamentária"; "inexistência de cultura partidária e a grande rotatividade dos partidos políticos frente às administrações municipais", provocando, dessa forma, uma "descontinuidade administrativa" e dificuldades na construção de "um projeto de cidade".

Ressaltamos que as variáveis estudadas por Santos Junior (2001) são de extrema relevância para a análise da gestão da municipalidade no interior de um contexto extremamente complexo que configura o perfil das cidades. Isso porque não somente a avaliação da estrutura burocrática e da capacidade instalada de serviços municipais trará a dimensão das dificuldades postas aos governos locais.

Quanto ao poder legislativo, o qual também foi objeto de análise por Santos Junior (idem), são destacados "a baixa capacidade de representação de interesses", "infidelidade partidária" e o "clientelismo na relação com a população".

Outros aspectos que foram foco de análise pelo autor supracitado referem-se aos conselhos municipais, com ênfase, dentre outras dimensões, na sua composição e no grau de representatividade dos conselheiros. Quanto a essa temática, o referido autor aponta para os limites ainda postos, de atuação dos conselhos, dada a "ausência de uma política articulada de incentivo à cultura cívica". Uma das conseqüências para tal situação pode ser, danosamente, o aparelhamento

dos conselhos por grupos de interesses, sem ampla participação e representatividade dessas instâncias (p. 233).

Como pudemos ver, há sérios desafios postos à gestão local e à participação efetiva da população na definição da política pública no âmbito do município.

A gestão da municipalidade, portanto, é transversalizada por uma série de variáveis que tornam a avaliação da capacidade de gestão uma espécie de **balanço entre perdas e ganhos** no processo de descentralização nos anos 90 e começo dos 2000. Adiante, estaremos conectando essa discussão mais ampla às possíveis mudanças surgidas na relação público-privado pela operacionalização da descentralização no referido período.

#### **II.4 - Implicações do processo de descentralização na relação público-privado: a perspectiva da saúde**

Buscaremos, nesse tópico, tecer algumas considerações acerca da relação público-privado no Estado brasileiro no contexto da descentralização, no período com o qual estamos trabalhando.

Alguns apontamentos a respeito deste assunto já foram feitos no decorrer desse capítulo da dissertação, mas será agora tratado mais detalhadamente, embora de forma sintética.

A discussão anterior intentou destacar aspectos da descentralização no contexto da Reforma do Estado brasileiro<sup>59</sup>. Um dos aspectos levantados remeteu-se à busca de uma nova dinâmica na relação da gestão pública com o setor privado pelo referido projeto de Reforma.

---

<sup>59</sup> Anteriormente, avaliamos como se deu o processo de descentralização na área da saúde na (ainda) inacabada implantação do SUS. Vimos como o pensamento neoliberal no Brasil, nos anos 90, buscou imprimir à descentralização formato diferenciado do que foi concebido como um dos princípios do sistema de saúde. No próximo capítulo da dissertação discutiremos justamente os impactos desse processo na relação público-privado no SUS.

O discurso hegemônico, condizente com este projeto, buscou minimizar e reformular a dicotomia público-privado radicalizada no movimento sanitário dos anos 80. Assim como o debate sobre descentralização apresenta distinções político-ideológicas, quando comparamos o discurso público x estatal dos anos 80,<sup>60</sup> com o dos anos 90, se fazem refletir as novas feições que esse debate foi assumindo na concepção neoliberal.

A concepção que se hegemoniza nos anos 90 diz respeito a uma estratégia de **privatização e terceirização** de ações anteriormente desenvolvidas pelo aparelho estatal. Diferentemente do regime militar, ainda que de forma também tirânica, os governos dos anos 90 imprimiram ao debate anterior, público x estatal dos anos 80, uma flexibilização radical da dicotomia público-privado.

Ainda que, segundo Montañó (2002, p. 134), na concepção liberal haja uma "*conversão do Estado como público e de todo o não-estatal (mercado econômico e sociedade civil) como privado, e uma separação destes espaços, como esferas autônomas*", a partir dos anos 90, no Brasil, vai se delineando uma flexibilização na dicotomia Estado-mercado.

Dizemos isso porque consideramos que houve uma inflexão: no sentido em que o discurso predominante à época imbuíu, ao seu projeto de flexibilização, a idéia de que essa aumentaria a capacidade de resposta e efetividade de instituições públicas, tidas como estruturalmente problemáticas. O texto de Pimenta (1998, p. 2) ilustra bem essa ideologização:

"O surgimento do Estado Burocrático na era moderna, concomitante à emergência do Estado de Bem Estar, tem como características a ação direta, a impessoalidade e a padronização e controle de procedimentos pré estabelecidos, nos moldes da dominação racional-legal, conceituada por Weber. Este fato trouxe também o surgimento de muitos problemas relacionados ao

<sup>60</sup> Isso muito em função da oposição nos anos 80, como vimos anteriormente, à estratégia privatizante, na área da saúde, principalmente à que se refere ao período autoritário.

desempenho da gestão pública, na medida em que se ampliou o papel do Estado na produção de bens e serviços para a sociedade.”

Nesse contexto é que se insere uma das dimensões assumidas pelo debate em torno da descentralização nos anos 90, a chamada descentralização externa, a qual promove mudanças significativas na dicotomia Estado-mercado, transmutando para o privado funções públicas, anteriormente de exclusividade estatal.

A idéia da relação entre Estado e mercado, público e privado ou estatal e não estatal, como queiram, por intermédio do pensamento hegemônico daquele período, assumiu feições de profunda cooperação e parcerias<sup>61</sup>.

O argumento em prol do desenvolvimento de parcerias entre o setor público e o setor privado se ideologizou, muito em função dos novos desafios impostos no contexto de inserção das cidades no mundo globalizado. A discussão sobre a capacidade mais limitada das cidades, em comparação com o governo nacional, de obter recursos e de tê-los disponíveis, imprimiu à realização das parcerias uma solução mágica para a gestão da municipalidade.

Portanto, o debate em torno da descentralização, ideologizado pelo discurso neoliberal, privilegiou fortemente a estratégia da descentralização externa em nome de categorias, tais como, de eficiência e efetividade da gestão pública local. Segundo Santos Junior (2001, p. 35), no ideário neoliberal “a finalidade política da descentralização seria fortalecer a capacidade institucional dos municípios para aumentar o desempenho macroeconômico. O quadro de referência é a inserção do local no contexto global.” [grifos da autora]

A defendida estratégia de inserção competitiva das cidades<sup>62</sup> no cenário global buscou atender, portanto, a pressões advindas “bem de cima”, do centro para a

---

<sup>61</sup> Sob distintos nomes, foi-se radicalizando a flexibilização da relação entre Estado e mercado, ora sob o nome de parcerias, terceirização e privatização na dimensão da descentralização externa (movimento de dentro para fora do Estado).

periferia. Santos Junior (2001), ao analisar o documento do Banco Mundial, elaborado por Ariel Fiszbein e Pamela Lowden (1999), sobre a aplicação do Programa Parcerias para Redução da Pobreza no Brasil<sup>63</sup>, levanta os principais argumentos em defesa da radicalização daquela estratégia, alguns dos quais são sistematizados, como segue:

- a) "As parcerias são entendidas no sentido mais amplo, como iniciativas conjuntas do setor público com o setor privado, tanto as com fins lucrativos como as sem fins lucrativos, ou seja, envolvem o setor governamental, empresarial e a sociedade civil";
- b) (...) "os processos de democratização, descentralização e reformas para a liberalização da economia de mercado, tanto exigiram como facilitaram a construção de parcerias" como uma alternativa para o desenvolvimento local;
- c) "Em relação à descentralização", frisa-se tanto a questão da participação social quanto a constituição de parcerias com o setor privado para aumento dos limitados recursos dos municípios<sup>64</sup>;
- d) "Agora, emerge um novo modelo de relação Estado-empresariado, menos antagônico, fundado no compartilhamento de responsabilidades sociais" (p.36-37). [grifos da autora]

---

<sup>62</sup> Inserção competitiva em dois sentidos: o primeiro, no que se refere ao incremento da competição, entre as cidades, em relação à produtividade econômica e desenvolvimento local, sob a perspectiva globalizada; o segundo, no que se refere à inserção do princípio da competitividade no interior das instituições públicas, sob o nome de modernização gerencial, aumento da produtividade e da eficiência. Ou seja, transmuta-se para o interior do próprio *modus operandi* da máquina pública, estatal, uma lógica de mercado, prevalente nas instituições privadas, com fins lucrativos.

<sup>63</sup> Como destaca o autor, esse Programa foi "lançado em 1996 pelo Instituto de Desenvolvimento Econômico (EDI) do Banco Mundial, pelo Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas (PNUD) e pela InterAmerican Foundation (IAF)". A princípio o Programa foi desenvolvido em "seis países da América Latina e no Caribe". Acrescenta, ainda, o autor: "Em 1999, o programa foi iniciado no Brasil, coordenado pela Fundação Getúlio Vargas – FGV, de que resultaram duas publicações em torno de cinco experiências de 'soluções locais na construção de relações sócio-econômicas' e de outras cinco de 'soluções locais na implementação de políticas públicas' (Camarotti e Spink, 2000)." (apud Santos Junior, 2001, p. 35).

<sup>64</sup> Santos Junior frisa como o projeto neoliberal exige "mudanças institucionais" na gestão local (p. 39).

Deu-se, diríamos, uma guinada na relação Estado-empresariado no Brasil, em um contexto pós-redemocratização. O empresariado, desde então, passa a ser tido como o ator privilegiado do desenvolvimento social e da possibilidade de governabilidade local. Tal avaliação pode ser encontrada no texto de Santos Junior (idem, p. 37):

“Para o empresariado, as parcerias, se não têm o caráter de urgência como no caso do Estado, permanecem como estratégia interessante para aumentar seu envolvimento social e, portanto, sua legitimidade como ator dirigente no modelo de desenvolvimento nacional.”

No caso brasileiro, assistimos, portanto, principalmente a partir dos anos 90, ao desenvolvimento do setor privado de serviços em um contexto mundial que já se afinava profundamente com as novas formas de acumulação de capital, as quais se aprofundaram no contexto pós-desenvolvimentismo.

Para um melhor entendimento desse processo, cabe-nos lembrar a análise de Harvey (1992). O autor, ao tratar da temática da *acumulação flexível*, discorre sobre como o manejo de acumulação de capital e de organização do processo produtivo vão assumindo diferentes formas. Também destaca como os modos de funcionamento e predominância do processo de acumulação se transformam de acordo com o contexto sócio-político e econômico que se apresenta.

É justamente nesse cenário de novas formas de acumulação de capital, de busca do desenvolvimento local e do debate em torno da descentralização de políticas que se inserem, no Brasil, as chamadas Organizações Sociais, consideradas “entidades públicas não-estatais”. Essas Organizações são sustentadas pela chamada estratégia de *publicização*<sup>65</sup> dos governos dos anos 90, capitaneada pelas gestões de Fernando Henrique Cardoso.

---

<sup>65</sup> Segundo Montañó (2002, p. 46), para “operacionalizar essa ‘publicização’, três conceitos viraram palavras de ordem: descentralização, organização social e parceria.” Ademais, conforme ressalta o autor, “para dotar de maior eficiência e governança o aparelho estatal, dever-se-ia seguir o caminho do que chama de ‘publicização’; isto é, conforme Bresser Pereira, ‘a transformação dos serviços não-exclusivos do Estado em

Em nome de uma forma diferenciada de relação Estado-sociedade, bem como de Estado-mercado, o manejo do conceito de *publicização* buscou imbuir-se de um caráter democrático, com vistas a ressaltar a possibilidade de efetiva participação da sociedade civil na relação com o Estado. Segundo o argumento predominante, essa deixaria de ser apenas beneficiária das ações do Estado e passaria, a partir de então, a ser produtora de bens e serviços financiados por aquele.

Então, surge uma nova dimensão, intitulada Terceiro Setor<sup>66</sup>, onde esse é concebido como um espaço de atuação que não se restringe ao Estado (público) e nem ao mercado (privado), e é justamente aí onde se inserem as Organizações Sociais.

A partir de então, a delimitação de fronteiras entre Estado e mercado, como também entre Estado e sociedade, se flexibiliza e assume novas modalidades. Conforme demonstra Montaña (2002, p. 135), "o debate em torno do 'terceiro setor' pretende a crítica e superação da bipolarização liberal entre Estado e mercado, entre público e privado."

Segundo o referido autor (idem, p. 45), ao aparecer o conceito de Terceiro Setor, no Brasil, vão sendo criados "leis e incentivos para 'organizações sociais', para a 'filantropia empresarial', para o serviço voluntário e outras atividades, e desenvolve-se uma relação de 'parcerias' entre elas e o Estado."

---

*propriedade pública não-estatal e sua declaração como organização social* (1998: 246, grifo nosso)." (apud Montaña, 2002, p. 45).

<sup>66</sup> Conforme sinaliza Montaña, o termo foi "cunhado, nos EUA, em 1978, por John D. Rockefeller III. Ao Brasil chega por intermédio de um funcionário da Fundação Roberto Marinho (cf. Ioschpe, 1997: 11). Isso mesmo!". O autor ainda destaca que este conceito "foi cunhado por *intelectuais orgânicos do capital*, e isso sinaliza clara ligação com os interesses de classe, nas transformações necessárias à alta burguesia" [grifos do autor], a partir da transferência de sua responsabilidade do Estado para o mercado ou o chamado 'terceiro setor'. Este último é o que Bresser Pereira chama, engenhosa e enganosamente, de *publicização*" (idem, p. 45).

"Assim o termo é construído a partir de um recorte do social em esferas: o Estado ('primeiro setor'), o mercado ('segundo setor') e a 'sociedade civil' ('terceiro setor'); faz parecer, dessa forma, "como se o 'político' pertencesse à esfera estatal, o 'econômico' ao âmbito do mercado e o 'social' remetesse apenas à sociedade civil, num conceito reducionista". Concordamos com o autor quando esse afirma que é assim que se sucede a *desistoricização* da realidade social (idem, p.53).



Cabe-nos ressaltar as peculiaridades do contexto brasileiro na aplicação daquele conceito, visto que a nacionalidade americana desse último remete à historicidade de um tipo específico de participação da sociedade americana em ações consideradas de função pública. Montañó (idem, p. 53) apresenta o destaque de Landim (1999:70) quando esse demonstra como, no próprio discurso do mentor do conceito, Rockefeller, é frisada a secularidade do desenvolvimento de um "sistema de três setores" (*three sector system*) nos EUA<sup>67</sup>.

Diante desses dados, podemos destacar como a apropriação do conceito de terceiro setor, pelo Brasil, buscou inseri-lo em uma lógica meramente privatista da relação Estado-mercado e Estado-sociedade. Primeiro, na medida em que pressupõe financiamento direto ou indireto do Estado<sup>68</sup> para as organizações sociais, diferentemente dos EUA, cujo financiamento se dá por intermédio de contribuições voluntárias dos cidadãos, como vimos.

Segundo, porque este conceito foi inserido em um país com uma cultura diferenciada em relação à participação da sociedade civil em questões culturais e sociais. Ou seja, apropria-se de um conceito, cunhado em um país com enormes diferenças, em distintas dimensões, em termos de Estado e da vida social, cultural, política e econômica. Novamente, o Brasil se apropria de um conceito "estrangeiro" e lhe confere feições distintas de acordo com a estratégia político-econômica maquinada<sup>69</sup>.

Vimos, inclusive, como se deu a apropriação, pelo Brasil, do conceito de descentralização, conclamado pelas agências internacionais após o período desenvolvimentista que se sucedeu na América Latina. Discutimos, também, sobre as diversas peculiaridades que esse processo foi adquirindo,

---

<sup>67</sup> Nas palavras de Rockefeller, registradas por Landim (*apud* Montañó, idem): "O terceiro setor é o setor privado sem fins lucrativos. Inclui dezenas de milhares de instituições absolutamente indispensáveis à vida da comunidade, através da nação — igreja, hospitais, museus, bibliotecas, universidades e escolas privadas, grupos de teatro, orquestras sinfônicas, e organizações de assistência social de vários tipos. Todas elas dependem, para sua sobrevivência, de contribuições voluntárias de tempo e dinheiro por parte dos cidadãos."

<sup>68</sup> Direto no sentido da terceirização e privatização do Estado; indireto, no sentido das deduções fiscais que as instituições consideradas sem fins lucrativos recebem.

<sup>69</sup> A grande estratégia dos governos brasileiros, ao executar a apropriação desse conceito, foi, sem dúvida, a de *privatização* de áreas de ação social.

particularmente na área da saúde, nos anos 90, em contraste com o ideário da descentralização advogado pelo movimento sanitário dos anos 80.

A que se prestou o fortalecimento da descentralização desde os anos 90, particularmente no que esse engendrou de mudanças na relação público-privado, é o objeto de análise que agora nos interessa. Assim, buscamos descortinar os interstícios da dinâmica Estado-mercado que se pronuncia desde a Reforma do Estado na década anterior.

Algumas conseqüências relevantes da forma como o governo federal dos anos 90 conduziu o processo de descentralização, podem ser destacadas. Dentre estas, as afirmadas por Montaña (2002, p. 197-198), quando esse analisa os tipos de respostas do projeto neoliberal, hegemonizado no Brasil, à "*questão social*". Segundo o autor, há três tipos de respostas que foram desenvolvidas desde aquela década:

"Por um lado, a *precarização* das políticas sociais e assistência estatais. (...) Este tipo de resposta, no contexto da estratégia neoliberal, exige um duplo processo complementar de *focalização e descentralização* das políticas sociais estatais. Isto confirma o tipo de *resposta* do Estado à 'questão social' fundamentalmente dirigido às *populações mais carentes*, o 'cidadão-usuário'."

As outras duas respostas, ou duas dimensões da "tríplice" resposta, segundo o referido autor, estariam associadas à "*privatização da seguridade e das políticas sociais e assistenciais*", e que representaram: a) a "*re-mercantilização* dos serviços sociais, conformando o "*fornecimento empresarial de serviços sociais*" (...) direcionados ao 'cidadão-cliente'"; e b) "*a re-filantropização das respostas à 'questão social'*" (cf. Yazbek, 1995)", a qual transfere para parcela da sociedade civil, a denominada 'terceiro setor', o atendimento à "*população 'excluída'*" da assistência social "*precária, focalizada e descentralizada*" (idem, p. 197). [grifos do autor]

Discutimos até aqui, portanto, alguns dos grandes limites e características impostos ao processo de descentralização pelo ideário neoliberal desde a década anterior. Dentre aqueles, demos destaque às avaliações de autores que buscaram descortinar o discurso altamente *privatizante* desse período e suas impossibilidades de promover a justiça social, bem como sua capacidade de limitar a gestão efetivamente democrática nas cidades.

Além disso, concordamos com a afirmação de Santos Junior (*idem*, p. 45) quando esse aponta os possíveis limites da descentralização. E deixamos trechos de seu texto para auxiliar o desenvolvimento das reflexões no caminho que ainda seguiremos nessa dissertação:

"É possível presumir que, em muitos municípios, a descentralização e as parcerias venham pôr em risco a autonomia do poder público local em face dos interesses particulares, ou que se estabeleçam relações paternalistas entre os setores governamental e empresarial, ou ainda, que se produzam mecanismos de apropriação privada dos fundos públicos, em um contexto agravado pela dependência estrutural dos governos locais em relação ao setor privado, no que se refere a recursos e à capacidade de gestão das políticas públicas."

No capítulo seguinte, discorreremos sobre algumas das características, dificuldades e limites gerados pela configuração que assumiu a relação público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro. Intentamos, com isso, levantar aspectos sobre o que resvalou para a área da saúde, para o SUS, nesse contexto de mudanças na relação Estado-mercado, público-privado, que se instauraram desde os anos 90.

## CAP. III - A POROSIDADE DO SUS FACE AO SETOR PRIVADO DE SERVIÇOS DE SAÚDE (SPSS)

### III.1 - Entre o público e o privado: o SPSS e o SUS

Discutimos anteriormente aspectos concernentes à instauração de mudanças na relação público-privado, desde os idos de 90, sob os auspícios do modelo de descentralização instaurado pela Reforma do Estado no período.

Reconhecemos a complexidade do tema, bem como a particularidade da relação público-privado no SUS no interior do debate mais amplo sobre a relação público-privado na área da saúde. Sendo intensificado este último debate, como alvo de estudo na década de 90, particularmente, na segunda metade, o qual, ainda hoje, permanece sendo "investigado".

Diversas abordagens discutiram o que alguns autores nomearam processo de privatização/terceirização do sistema de saúde ou, distintamente, a necessidade e viabilidade da flexibilização das políticas sociais via reforma administrativa e política desse sistema.

A agenda política dos anos 90 no Brasil tomou a proposição de reformas (especialmente as reformas administrativa, tributária e política) como instrumento para a flexibilização da política de saúde<sup>70</sup>, bem como para a sucessiva transferência de responsabilidades do nível federal para os níveis municipal e estadual, no que se refere ao financiamento, gestão e gerência dos sistemas de saúde locais/regionais.

No que se refere ao acervo bibliográfico, tem-se, tanto textos críticos e denunciadores dos riscos e distorções deste processo de flexibilização e da relação da gestão pública com o setor privado de serviços de saúde, quanto uma produção acadêmica e governamental que buscavam dar condições de

---

<sup>70</sup> Em comparação com os preceitos da CF de 1988, bem como em relação a diversos princípios e diretrizes constantes das Leis Orgânicas da Saúde.

possibilidade, assim como instituir, uma certa concepção de Reforma do Estado e de relação do poder público com esse setor.

Outros estudos da década de 90, principalmente a partir da segunda metade, abordaram o tema da Assistência Médica Suplementar<sup>71</sup> no interior do campo temático da relação público-privado na saúde. Estes estudos forneceram importantes subsídios à análise mais aprofundada de uma relevante parcela do setor suplementar no campo da saúde, nos quais se ressalta o crescimento das seguradoras a partir da segunda metade da referida década<sup>72</sup>. No entanto, apesar da relevância do tema, este não será objeto de análise em nosso trabalho.

Ainda assim, torna-se relevante a diferenciação entre as nomenclaturas “complementar” e “suplementar” quando analisamos a relação público-privado na saúde. Quanto à primeira, referimo-nos à vinculação de serviços privados de saúde ao SUS (filantrópicos ou não), em tese, de forma complementar à oferta de serviços públicos; isso distintamente do caráter suplementar da prestação de serviços privados de saúde, vinculada à contratualização desses serviços por intermédio de planos e seguros de saúde<sup>73</sup>.

<sup>71</sup> Leia-se a expressão como a assistência ligada ao mercado de planos e seguros de saúde, ou seja, a de serviços ambulatoriais e hospitalares não vinculados ao SUS (o chamado “puro privado”, embora haja complicações nesse termo). Sobre o tema, consultar Bahia (2001), Almeida (1998), Andreazzi (2002).

Quanto à expressão “suplementar”, ressalta Bahia (2001, p. 325): “A expressão assistência médica suplementar provém da seguinte classificação, fartamente utilizada pelas seguradoras:

**Alternativo:** permite a opção para que o cidadão escolha um seguro público ou privado.

**Complementar:** supõe a existência e a limitação de cobertura do sistema público. O seguro privado complementa a cobertura de determinados serviços.

**Suplementar:** existe um serviço público de caráter obrigatório e é permitida a opção de pagar um seguro privado a despeito da manutenção da obrigatoriedade de contribuição para o seguro social.” [grifo da autora] Através do Cadastro Nacional de Beneficiários – ANS/MS, de fevereiro de 2001, pode ser vista a heterogeneidade da cobertura deste tipo de assistência no país, com enfoque para os estados de São Paulo e Rio de Janeiro. No entanto, na maioria dos outros estados, essa cobertura ainda é bem menor, o que demonstra a importância que o SUS tem para a população usuária de serviços de saúde. Segundo dados provenientes de apresentação pelo Ministério da Saúde-MS, em 2003: a) “90% da população brasileira é, de algum modo, usuária do SUS”; b) “28,6% da população é usuária exclusiva do SUS”; c) 61,5% usa o SUS e algum outro sistema de atenção”; d) “8,7% da população não usa o SUS”. [apresentação em *power point* do MS a representantes dos estados no referido ano]

<sup>72</sup> Idem.

<sup>73</sup> O acesso ao **setor complementar**, com vínculo com o SUS, pressupõe o acesso universal e sem distinção no que se refere à capacidade contributiva do cidadão. Já o **setor suplementar** está diretamente relacionado à capacidade contributiva, cuja assistência oferecida dependerá do tipo de contratualização (plano e seguro saúde); e, dentro de cada modalidade de contribuição, o acesso a determinados procedimentos dependerá do tipo de plano e de seguro; é o princípio da lógica de seguro, pautada no mercado.

Embora se reconheça a lógica de mercado embutida no funcionamento das operadoras de serviços privados de saúde, por intermédio da oferta de planos e seguros de saúde, ressaltamos a imanência desta lógica também no que se intitula setor complementar ao SUS. Afirmamos isto porque este setor, em alguns casos, organiza-se de forma a oferecer um *mix* de serviços, vinculados ao SUS como também a convênios, planos e seguros de saúde.

O setor complementar, portanto, ainda que voluntariamente participante do SUS, insere-se no mercado privado de serviços de saúde, como prestador, sob distintas formas, particularmente quando oferta serviços de maior complexidade.

No que se refere à participação do referido setor privado de serviços de saúde, em caráter complementar, junto ao SUS, esta já foi apontada na Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90, Capítulo 2:

“Art. 24. Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde - SUS poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada.

Parágrafo único. A participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público”.

Art. 25. Na hipótese do artigo anterior, as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos terão preferência para participar do Sistema Único de Saúde - SUS”.

[grifos meus]

Dada esta permissividade da complementaridade do SPSS ao sistema público de saúde, nos debruçaremos, nesta dissertação, na peculiaridade que esta complementaridade apresenta no interior do sistema público de saúde no Brasil,

ou seja, no SUS. Ademais, estaremos buscando, ao final, indagar a respeito das possíveis incongruências existentes ao compararmos o que diz a legislação do SUS e a "realidade" da assistência pública no país.

A idéia que se coloca, portanto, é a de inserir o debate acerca da participação complementar do **Setor Privado de Serviços de Saúde (SPSS)** no que se refere à área mais específica da saúde, onde o sistema de saúde brasileiro é colocado como objeto de análise. E isto, mais precisamente, no que há de vinculação entre este setor e o chamado **Terceiro Setor**.

No entanto, comecemos apontando para o que estamos nomeando SPSS e para as especificidades do que se nomeou Terceiro Setor.

Quanto ao SPSS, limitado aqui ao campo de sua contratualização<sup>74</sup> junto ao SUS como prestador de serviços de saúde, referimo-nos ao setor privado, universitário e não universitário, o sindical, e o setor filantrópico, com ou sem isenção fiscal.

Ainda que o setor filantrópico possa ser considerado de caráter / função estritamente pública, quando no caso deste não pressupor fins lucrativos, consideramos que isto, decerto, não necessariamente signifique abandono por completo da lógica de mercado em seu *modus operandi*. Particularmente quando se busca a modernização e incremento de suas ações no escopo da competitividade do mercado da prestação de serviços.

Em recente pesquisa sobre **Hospitais Filantrópicos no Brasil**, promovida pelo Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social - BNDES, e conduzida

---

<sup>74</sup> Cabe ressaltar a diferenciação entre as expressões contratado / conveniado e credenciado. O SPSS liga-se ao SUS por intermédio de relação convenial ou contratual. No entanto, diversos serviços oferecidos podem ser contratualizados pelos gestores da saúde sem que no entanto estejam efetivamente credenciados, ou seja, sem que efetivamente tenham sido objeto de análise para o processo de credenciamento junto ao SUS e, dessa forma, não constem do Sistema de Informação oficial, do sistema nacional de saúde. Algumas instâncias subnacionais de governo contratam o setor e o remuneram por intermédio de faturas, com os recursos próprios do Tesouro, sem utilizar, portanto o processo de faturamento, junto ao sistema de informação do SUS, para pagamento destes prestadores. Por conseguinte, parte dessas informações não consta do Sistema de Informação oficial do SUS e só pode ser obtida junto ao arquivo de informação das instâncias contratantes.

pela Escola Nacional de Saúde Pública - ENSP, destacou-se que a maioria desses Hospitais é prestadora do SUS e que inúmeras entidades atuam, concomitantemente, como "operadoras de planos de saúde ou mantenedoras de operadoras".<sup>75</sup>

Devido a estas peculiaridades, referentes a um setor heterogêneo, como o filantrópico, o termos incluído no que estamos, aqui, definindo como SPSS contratado/conveniado ao SUS. Embora essa opção possa ser alvo de objeção, como já o foi, pelo Ministro da Saúde à época, em recente seminário no BNDES.<sup>76</sup>

Há grande diversidade de aspectos referentes ao SPSS do SUS, incluindo o filantrópico, tanto no que concerne à sua natureza jurídica, à sua magnitude, à sua distribuição no país, quanto aos diferentes níveis de complexidade dos serviços aí ofertados. Alia-se a isto a magnitude da produção anual de serviços ofertados pelo SUS como um todo<sup>77</sup>.

O Sistema de Informação Hospitalar - SIH do SUS, ao diferenciar os tipos de prestadores vinculados ao sistema nacional de saúde, os nomeia enquanto:

<sup>75</sup> (Barbosa – coord – et al, 2002, p. 14, vol. 1). A pesquisa e seus resultados foram publicados em 3 volumes. A pesquisa de campo conduzida pela ENSP foi "dividida em três partes" e abarcou o universo de: a) "unidades hospitalares de menor porte", com menos de 599 leitos, sorteadas aleatoriamente, representadas em 61 entidades e totalizando 69 hospitais; b) as consideradas "unidades especiais", cujo critério para essa denominação referiu-se ao "reconhecimento do mercado sobre a qualidade de seus serviços", as quais ofertam procedimentos de alta complexidade, totalizando 10 hospitais, que não prestam serviços ao SUS; c) "unidades de grande porte", com mais de 599 leitos, representadas por 26 entidades e totalizando 81 hospitais, as quais incluem os chamados conglomerados (idem, p. 22-23). No entanto, a pesquisa realizou um censo com todos os hospitais filantrópicos do país, "pelo correio ou disponível pela Web", "totalizando mais de 2.000 hospitais e em média 1.800 entidades", com retorno de mais de 70% de respostas (ibidem, p. 25).

<sup>76</sup> Referimo-nos ao Seminário "Estratégias para o Fortalecimento do Setor Hospitalar Filantrópico", em 08 de novembro de 2002, no BNDES, onde, na fala de Barjas Negri, Ministro da Saúde, o Ministério da Saúde ressalta o não entendimento, por parte desse órgão, do setor filantrópico como setor privado e sim como instituição pública não-governamental. Além disso, reconheceu que o MS recebe críticas que alegam o fortalecimento do setor privado em vez de investimentos na rede pública. Mas enfoca que a proposta do MS é a constituição de parcerias entre setor governamental e não-governamental, em vez da perspectiva de ampliação da rede pública, estatal.

No entanto, não objetivamos discutir aqui a nomenclatura que cada governo possa dar ao que avaliamos anteriormente como privatização e desresponsabilização do Estado frente às questões sociais. Além disso, não consideramos que o setor filantrópico fuja da lógica de mercado, conforme ressaltamos anteriormente.

<sup>77</sup> Segundo dados provenientes de apresentação do Ministério da Saúde – MS em reunião realizada em Brasília, em 2003 (idem): há "**63.650 Unidades Ambulatoriais**, que realizam em média 153 milhões de procedimentos/ano"; e "**5.794 Unidades Hospitalares**, com um total de **441.045 leitos**, responsáveis por mais de 900 mil internações por mês, perfazendo um total de **11,7 milhões de internações/ano**" [grifo do MS]. Daí podermos inferir a magnitude do SUS na assistência à saúde no país. No próximo capítulo, estaremos buscando avaliar distintos aspectos da inserção do SPSS no cenário de produção total do SUS.



federal, estadual, municipal, contratado, filantrópico<sup>78</sup>, universitário (público ou privado) e sindical.

Apesar desta diferenciação, no decorrer da discussão, estaremos concentrando nossos esforços para analisar particularmente a participação do setor privado no SUS. Ademais, buscaremos levantar alguns aspectos referentes às características e possíveis vinculações entre o que chamamos de SPSS e o chamado Terceiro Setor quando analisarmos suas distintas formas de contratualização com o SUS.

Quanto ao Terceiro Setor, o qual já foi objeto de breves considerações no capítulo anterior, há ainda aspectos mais complexos na análise a seu respeito. Montañó (2002) nos apresenta alguns desses aspectos no formato de levantamento de “debilidades” no que se refere ao tema em questão. Dentre estas, aponta a debilidade referente à definição de quais entidades compõem o referido setor:

“Se o termo foi cunhado nos EUA na transição dos anos 70 para os 80, ele vem diretamente ligado a outro conceito: a filantropia.”

“Em 1998, na Argentina, foi realizado o IV Encontro [Ibero-Americano do Terceiro Setor]. Ali definiram-se, como organizações do ‘terceiro setor’, aquelas que são: privadas, não-governamentais, sem fins lucrativos, autogovernadas, de associação voluntária (cf. Acotto e Manzur, 2000: 4).

Nem por isso há acordo, entre os teóricos e pesquisadores, sobre as entidades que integrariam este ‘terceiro setor’” (p. 55). [grifos meus]

O referido autor começa por delinear estas “debilidades”, dentre as quais: a “debilidade conceitual”, onde se cria a idéia de um setor que viria dar conta da

<sup>78</sup> Segundo as Notas Técnicas do DATASUS sobre a rede hospitalar do SUS, a partir de 1988 os contratados foram divididos em filantrópicos e não filantrópicos. Quanto a esses últimos, dividiu-se em filantrópicos (“privados com essa característica”) e filantrópicos isentos, quando em 1997 houve “necessidade de discriminar os hospitais filantrópicos relativamente ao recolhimento de impostos” (ver o site [www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br)).

bipolarização entre o público (Estado) e o privado (mercado); a “debilidade teórica” referente à falta de consenso entre teóricos do capital e das consideradas alas mais progressistas, de esquerda, embora haja interseções nas concepções de um e de outro segmento; bem como a “debilidade” referente ao fato de que se refere a um “conceito que antes confunde do que esclarece” (idem, p. 56). [grifos meus]

Outra “debilidade do termo” da qual o autor trata refere-se ao “*caráter ‘não-governamental’, ‘autogovernado’ e ‘não-lucrativo’ em questão*” (ibidem, p. 57). [grifo do autor]

Ainda que tenhamos que contar com estas debilidades em torno do conceito Terceiro Setor, não podemos deixar de atentar para a sua relação com o que estamos neste trabalho intitulando como SPSS. Primeiramente, porque o que estamos chamando de setor privado de serviços de saúde inclui, desde o setor privado ao setor filantrópico<sup>79</sup>.

Porém, o setor filantrópico foi inserido no *status* de um setor que não é nem Estado, porque não foi objeto de estatização absoluta, e nem “puro” mercado, dado que pode adquirir uma certificação que lhe concebe *caráter* de caritatividade e de não lucratividade<sup>80</sup>. Ou seja, insere-se na dimensão do conceito de terceiro setor que foi sendo forjado no Brasil, a partir da década de 90.

Apesar das dificuldades antes apontadas, sobre o conceito de um setor que não se confundiria com o estatal e nem com o mercado, partimos da indagação a respeito da porosidade que existe entre o chamado “terceiro setor” e algumas das instituições que prestam serviços ao SUS por intermédio de contratos e convênios com o poder público.

<sup>79</sup> Pelo pensamento neoliberal, o privado associa-se ao mercado, ao chamado “segundo setor”, enquanto que o filantrópico, de utilidade pública, associa-se ao chamado “terceiro setor”. O Estado seria o “primeiro setor”.

<sup>80</sup> Ou, melhor dizendo, lhe foi atribuído um caráter de “função pública”, embora de natureza privada.

No entanto, cabe esclarecermos que nos referimos, no momento, ao setor privado de serviços de saúde enquanto contratualizado com o SUS para prestação de serviços, na categoria de contratado/conveniado. Dizemos isso porque há outras formas de participação deste setor junto ao sistema público de saúde, ora por intermédio do mecanismo de terceirização, ora pela privatização, sob o termo, por vezes altamente ininteligível, de *publicização*<sup>81</sup>.

O referido setor contratado/conveniado ao sistema de saúde brasileiro data de antes dos anos 90 e foi altamente fortalecido pela política de privatização do regime militar, como discutimos no capítulo anterior. E ainda hoje representa parcela significativa dos serviços ofertados pelo SUS, principalmente em cidades de pequeno porte do país<sup>82</sup>.

Já a estratégia de participação do setor privado de serviços de saúde, por intermédio da ideologia da chamada *publicização*, refere-se a uma nova impressão dada a esta participação a partir do discurso hegemônico dos anos 90, principalmente a partir de 1995, através da normatização do que se passou a nomear **Organizações Sociais (OS)**<sup>83</sup>.

Distintamente das modalidades de contrato e convênio do SPSS com o SUS, foi conclamada uma outra modalidade de contratualização com as OS, por intermédio dos chamados *contratos de gestão*.

Tais organizações têm financiamento do Estado para prestação de serviços e significativa autonomia financeira, como podemos ver no texto de Dain & Soares (1998, p. 68):

---

<sup>81</sup> **Terceirização** no sentido de contratação de empresas e instituições não-governamentais no geral, para prestação de serviços anteriormente executados pelo Estado; **privatização** no sentido de venda de instituições estatais, anteriormente consideradas estratégias para a intervenção do Estado e sob sua propriedade e gestão. Ou seja, na terceirização ainda não há a transferência de propriedade da instituição para o mercado, ainda que se dê transferência no que se refere à gestão, gerência e contratação de serviços do setor privado. A esse respeito, consultar o trabalho exemplar de Machado (2001).

<sup>82</sup> Nosso objetivo no capítulo seguinte é justamente o de “mapear” e discutir sua caracterização, bem como a dinâmica da gestão pública com este setor a partir dos anos 90.

<sup>83</sup> “O modelo institucional das OS foi implementado pelo governo federal com a Medida Provisória nº 1.591, de 26 de outubro de 1997, transformada na Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998” (Carneiro Junior & Elias, 2003, p. 208).

“As Organizações Sociais (OS) são definidas como ‘entidades de direito privado que, por iniciativa do Poder Executivo, obtêm autorização legislativa para celebrar *contrato de gestão* com esse poder, e assim ter direito à *dotação orçamentária*.’ Elas terão autonomia financeira e administrativa, respeitadas as condições descritas em lei (por exemplo, a composição de seus conselhos de administração). Além dos recursos orçamentários, podem obter outros ingressos através da prestação de serviços, doações, legados, financiamentos, etc.” [grifo das autoras]

Partimos, portanto, da avaliação de que na década de 90 a participação do SPSS no SUS e na área social em geral adquiriu novas modalidades de contratualização e inserção.

As modalidades dominantes anteriormente, no que se refere à área da saúde, referiam-se aos contratos de prestação de serviços e os convênios, a maioria dos quais referindo-se tão somente à realização de procedimentos ambulatoriais e hospitalares para o SUS<sup>84</sup>.

Já a modalidade do contrato de gestão com as OS pressupõe uma autonomia orçamentária e uma forma de remuneração que não se resume à simples contra-prestação de procedimentos executados<sup>85</sup>. Além da autonomia orçamentária, estes contratos pressupõem, ainda, autonomia administrativa, o que possibilita a estas OS executarem atividades de gerência e gestão de unidades públicas, estatais.

---

<sup>84</sup> Cujá prestação é hegemonicamente financiada por intermédio da contra-prestação de serviços e faturamento de procedimentos cujos valores constam da Tabela de Procedimentos ambulatoriais e hospitalares do SUS. A recomendação é que os contratos sejam efetuados com o setor privado, e os convênios, com o setor filantrópico. Estaremos posteriormente discutindo as dimensões da contratualização no SUS com o SPSS.

<sup>85</sup> Pressupõe um tipo de remuneração, orçamentada, para prestação de serviços em termos mais amplos do que a simples realização de procedimentos ambulatoriais e hospitalares para o SUS.

Foram-se instituindo, portanto, distintas modalidades de contratualização com as organizações sociais no interior do chamado terceiro setor. Conforme podemos ver destacado no texto de Carneiro Junior & Elias (2003, p. 207):

“As novas modalidades de gestão – organização social, autarquias, cooperativas, entre outras – tornaram-se um grande tema da atualidade sob o viés do privilegiamento de mecanismos gerenciais como forma de gestão dos sistemas locais de saúde (Cohn, 2001b; Noronha, 2001).”

Podemos dizer, por conseguinte, que estas novas modalidades de contratualização com o chamado terceiro setor imprimiram um caráter diferenciado na relação do poder executivo com o setor privado de prestação de serviços: a partir de então, estas modalidades foram ideologizadas como a instauração de uma inserção democrática da sociedade no Estado, através das organizações da sociedade civil. Carneiro Junior & Elias (idem, p. 208) já salientaram o caráter estrategista desta proposição:

“As OS pretendem preencher um pretenso espaço existente entre o Estado e o mercado que comumente tem sido ocupado por instituições filantrópicas e por organizações não-governamentais (ONGs), que integram o grupo de entidades e serviços denominado terceiro setor. No entanto, vale salientar que em grande parte dessas situações há forte presença do Estado, seja na organização, seja na implementação e no financiamento de tais organizações.

No interior da proposta de reforma, as organizações sociais são consideradas um instrumento de gestão estratégica na mudança necessária do padrão de gestão pública” (...).

Então, a partir da discussão que iniciamos aqui, incitemos a pergunta que segue: de qual porosidade do SUS ao SPSS queremos falar?

Primeiramente, nos referimos à porosidade existente entre o SPSS e o chamado terceiro setor, visto que há interseções entre ambos, ainda que com formas de contratualização diferenciadas a partir dos anos 90.

Segundo, porque a porosidade à qual nos detemos refere-se à prática histórica do poder executivo de imprimir necessidade e permeabilidade à participação do setor privado no sistema de saúde brasileiro<sup>86</sup>. Isso se dando, ora por um contrato de prestação direta de procedimentos de saúde, ora pela terceirização da gestão e da gerência de unidades de saúde no país.

Em que pesem os distintos aspectos desta permeabilidade na relação da gestão pública com o setor privado, iremos discorrer mais detidamente sobre o que consideramos um dos grandes nós críticos nesta discussão: a chamada **filantropia**.

### III.2 - A filantropia em questão: uma outra discussão

A constituição de parcerias entre Estado e a chamada sociedade civil foi uma temática em voga nos anos 90. Os contratos de gestão com organizações sociais foram e ainda são considerados o instrumento por excelência de constituição destas parcerias.

Discutimos, inicialmente, o caráter implícito de terceirização/privatização do Estado por intermédio do que Montañó (2002) chamou de *re-filantropização*<sup>87</sup> da questão social. Sendo esta, segundo o autor, uma das respostas à proposição de

---

<sup>86</sup> Estaremos, no próximo capítulo, mapeando a inserção desse setor no SUS, tanto no que se refere ao marco legal que a legitima quanto aos diferentes aspectos dessa inserção, inclusive no que se refere à oferta de procedimentos ao sistema público de saúde. Ou seja, nos deteremos sobre a década de 90 ao começo dos anos 2000.

<sup>87</sup> Segundo o autor, a *re-filantropização* foi um dos caminhos para o processo de privatização nos anos 90 (p.197).

um Estado menos prestador, colocando-se em *diminuto* suas atribuições, e mais regulador e financiador da área social.

Ressaltamos, ademais, que a chamada filantropia não é um fato novo em nossa sociedade e os hospitais filantrópicos, em parcela significativa, datam de séculos em nosso país. Há pesquisadores<sup>88</sup> que destacaram, inclusive, a “magnitude e a tradição acumulada pela existência e funcionamento do setor [filantrópico] há mais de quatro séculos” (...).<sup>89</sup>

Além de não representar um fato novo, a filantropia está, historicamente, relacionada ao Estado, visto que esse sempre foi o grande financiador, de forma direta e indireta, de instituições que adquiriram o *status* da filantropia e da chamada função pública, justificadora dessa condição que lhes é atribuída.

“Historicamente, com base na Constituição Federal, o setor filantrópico sempre foi subsidiado pelo Estado. Este relacionamento teve como justificativa a oferta de serviços de natureza social, com propósitos beneficentes aos seus usuários, seja através de associações típicas com o Estado, como é o caso do SUS, ou mesmo em ações isoladas como a organização e manutenção de creches, asilos para idosos” (Barbosa, coord, *et al*, 2002, p. 15, vol. 1).

Isso traduz a histórica permeabilidade do Estado a instituições de interesse privado, religiosas ou não, como também o fato de que estas instituições, em nome de uma função pública, mantiveram uma inserção específica na relação com o poder público. E, a partir da década de 90, ainda que com novas modalidades de interação com o SUS, permaneceram com uma participação significativa na prestação de serviços públicos de saúde.

---

<sup>88</sup> Barbosa (coord) et al, 2002, p. 13, vol. 1.

<sup>89</sup> No próximo capítulo estaremos recorrendo aos principais dados da referida pesquisa para o mapeamento do SPSS do SUS.

No que se refere à área da saúde, ainda hoje, as chamadas instituições filantrópicas possuem uma magnitude que merece análise no que se trata de sua inserção nessa área. No que diz respeito aos hospitais filantrópicos, esses correspondem a "1/3 do parque hospitalar do país" <sup>90</sup> (...), sendo "a maioria prestadora de serviços ao Sistema Único de Saúde - SUS" (idem, p. 11).

Barbosa (*et al*, *ibidem*) frisa, ainda, a "heterogeneidade" deste setor filantrópico, no que se refere às "estruturas gerenciais, tecnológicas, perfis e práticas assistenciais e, naturalmente, à clientela". Além de suas magnitude e heterogeneidade, cabe, ainda, ressaltar a diversidade de instituições que o compõem, como pôde ser elucidado pelo autor (p. 19):

"Sob denominação de 'filantrópico', encontrou-se um conjunto de instituições que compreende desde as tradicionais Santas Casas de Misericórdia, berço da rede hospitalar brasileira, até instituições aparentemente lucrativas que, utilizando os mais diversos artifícios, adquirem natureza jurídica de filantrópicas" (...).

Pudemos destacar, ao tomar como base o estudo de Montaño (2002), como há interseção entre o que se cunha de instituição filantrópica e o chamado terceiro setor; como também a confusão que esse último conceito gera quando há referências sobre as entidades que o compõem. O autor desenvolve o tema ao discorrer sobre o debate dominante sobre este setor:

"Segundo os autores, algumas destas categorias integrariam o 'terceiro setor': as organizações não-governamentais (ONGs), as organizações sem fins lucrativos (OSFL), as organizações da sociedade civil (OSC), as instituições filantrópicas, as associações de moradores ou comunitárias, as associações profissionais

---

<sup>90</sup> Segundo os autores, isto corresponde a "1.917 unidades com aproximadamente 132 mil leitos". Reconheçamos que tal magnitude não é insignificante, dado que estamos falando apenas de hospitais filantrópicos, e não, de todas as instituições com essa certificação.



ou categorias, os clubes, as instituições culturais, as instituições religiosas, dentre tantos outros exemplos” (p. 56). [grifo da autora]

Dessa forma, o que para nós não prescinde da dimensão da relação Estado-mercado, assume o formato de parcerias entre Estado e sociedade, inserindo, com isso, diversas instituições e organizações no rol da *função pública*, bem como da *publicização* do Estado proposta nos anos 90. E, como vimos, reforçando as instituições filantrópicas como pertencentes a esse terceiro setor, o qual supostamente representaria uma nova relação Estado-sociedade civil.

No entanto, a expressão “utilidade pública” não é tão recente na nossa legislação<sup>91</sup>. E, quanto às possibilidades legais de uma entidade ser considerada filantrópica, ressalta Barbosa (*et al*, 2002, p. 49), que a “principal Lei que regulamenta o setor filantrópico, ainda em vigor, é a Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS/93)”.<sup>92</sup>

Dentre as nuances colocadas pela legislação a respeito do setor, encontra-se a concessão de isenções e imunidades tributárias a entidades filantrópicas que possuam o Certificado de Entidades Beneficentes de Assistência Social (CEBAS).

Os requisitos para obtenção do Registro e do Certificado de filantropia foram sendo alterados após a publicação da LOAS/93. Como demonstra Barbosa (*idem*), para a concessão do referido Certificado, até 1998, à entidade “**bastava disponibilizar a oferta e não efetivamente realizar serviços, não sendo necessária a comprovação da prestação**”.<sup>93</sup> [grifo da autora] Apresenta-se aí uma das distorções presentes na legislação a respeito.

<sup>91</sup> Como podemos conferir no estudo de Szazi (2000: 148 e 89 *apud* Montañó, 2002, p. 203) quando Montañó se refere ao marco legal do “terceiro setor”:

“A Lei nº 91, de 28 de agosto de 1935, reconhece como de utilidade pública as sociedades civis, associações e fundações, constituídas no país, com o fim exclusivo de servir desinteressadamente à coletividade” (...). “A lei é regulamentada pelo Decreto nº 50.517, de 2 de maio de 1961” (...).

<sup>92</sup> O coordenador do estudo destaca que essa Lei “define os requisitos necessários para uma entidade ser considerada filantrópica. Ela institui o [Conselho Nacional de Assistência Social] CNAS, ao qual cabe fixar as normas para concessão de registro e certificado de fins filantrópicos” (*idem*).

<sup>93</sup> “A concessão do Certificado e a isenção das contribuições previdenciárias, até 1998, estavam definidas pelo Decreto nº 752, de 16/02/1993, que institui o conceito de entidade beneficente de assistência social e

Ademais, "a entidade que tivesse o Certificado requeria, então, junto ao INSS, a isenção total das contribuições previdenciárias e as obtinha, desde que observadas as demais condições dispostas na Lei Orgânica da Seguridade Social" (idem). [grifos meus]

Vê-se, portanto, como a legislação oferece isenções e imunidades tributárias no escopo da distorção de que bastaria a instituição disponibilizar oferta e, não necessariamente, cumprir os requisitos de 60% de serviços ao SUS e comprovar sua prestação. Vai-lhe uma "benesse" legal.

A temática das isenções tributárias merece destaque quando analisamos a inserção do setor filantrópico na área social, dada sua importância bem como a relevância presente no interesse de diversas instituições de obterem estas isenções. Alia-se a isto o seu impacto no âmbito da "renúncia fiscal do Estado" a recolher impostos de entidades declaradas como instituições filantrópicas ou de interesse público" (...):

"A isenção de impostos a pessoas físicas é pequena; para 2000 a estimativa foi de pouco mais de 5 milhões de reais para todo o universo de contribuintes; no entanto, para as pessoas jurídicas a renúncia fiscal para o mesmo ano é de quase 26 milhões de reais" (Szazi, 2000: p. 113 *apud* Montaña, 2002, p. 205). [grifo da autora]

A temática da renúncia fiscal insere-se no âmbito de uma discussão mais ampla a respeito dos "incentivos", pelo Estado, às organizações do 'terceiro setor', onde se incluem as instituições filantrópicas. O poder público foi desenvolvendo,

---

definiu as condições para obtenção do Certificado" (...) "exigia-se que a instituição disponibilizasse para o SUS 60% de sua capacidade instalada" (...) "mediante ofício protocolado anualmente nos conselhos municipais e estaduais de Saúde." *Ibidem*.

neste âmbito, “diversas modalidades de cooperação e financiamento” (Montaño, *idem*, p. 204).<sup>94</sup>

Quanto ao que se refere especificamente às instituições filantrópicas, no escopo desta temática, cabe o destaque feito por Barbosa *et al* (2002, p. 47):

“Dois temas são caros ao setor filantrópico: a concessão de Certificado de Filantropia e a obtenção das isenções e imunidades tributárias, em particular da cota patronal, por ser a de maior importância financeira.”

De acordo com o referido autor (*idem*, p. 15), foi somente em 1998 que algumas alterações foram regulamentadas, quanto aos requisitos para concessão de Certificado e de isenções tributárias, no intuito de que fossem amenizadas as distorções presentes na legislação vigente<sup>95</sup>:

“Ao longo do tempo, no entanto, os propósitos beneficentes diferenciaram-se e provocaram distorções em relação à função social original de tais entidades, acarretando uma significativa revisão legal no setor.”

Em 1998, com a publicação do Decreto 2.536/98, os requisitos para obtenção do **Certificado de Filantropia** sofrem alterações, dentre os quais:

“A nova regulamentação determinou a substituição do CNSS pelo CNAS e estabeleceu que todas as exigências

<sup>94</sup> O autor toma como base o estudo de Szazi (2000), para análise destas modalidades: “auxílios e contribuições; subvenções sociais; convênios, acordos ou ajustes, contratos de gestão; termos de parceria e isenção de impostos” (Montaño, *ibidem*).

<sup>95</sup> O autor sintetiza requisitos vigentes quanto à concessão do Certificado até 1997, constantes do Decreto 752/93: a aplicação anual de “pelo menos 20% da receita bruta” (...) “em gratuidade” para fazer *jus* ao Certificado (art. 2º, item IV, do Decreto 2.536/98); a entidade que atender ao SUS, “em média igual ou superior a sessenta por cento do total realizados nos três últimos exercícios, fica dispensada da observância a que se refere o inciso IV” (...), *idem*, parágrafo 3º; também estão dispensados do referido inciso IV “as Santas Casas e Hospitais Filantrópicos filiados à Confederação de Misericórdia do Brasil – CMB, assim como as Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais – APAES – e demais entidades que prestem atendimento a pessoas portadoras de deficiência, filiadas à Federação Nacional das APAES, desde que observem o seguinte: a) as entidades da área da saúde ofereçam ao menos sessenta por cento de sua capacidade instalada” (...), *ibidem*, parágrafo 4º.

necessárias para a obtenção do Certificado deveriam ser relativas aos três anos anteriores ao requerimento. Até então era exigido, apenas, que a entidade estivesse legalmente constituída no país” (ibidem, p. 53)<sup>96</sup>.

Quanto às isenções tributárias, estas se referem tanto aos tributos e contribuições federais quanto às isenções de tributos estaduais e municipais, caso haja regulamentação a respeito nas instâncias subnacionais.<sup>97</sup>

Há um fluxo estabelecido para a obtenção destas isenções, as quais se referem à “isenção da cota patronal junto ao INSS e às demais isenções” –IRPJ, CPMF, PIS/PASEP, COFINS e CSLL – solicitadas junto à Secretaria da Receita Federal.<sup>98</sup>

Algumas alterações foram efetuadas nos requisitos para obtenção destas isenções, através da Lei nº 9.732, de 11 de dezembro de 1998, a saber:

“A entidade de saúde, para ser equiparada à de assistência social, passou a ter que comprovar a efetiva prestação de, pelo menos, 60% de seus serviços ao SUS quando, anteriormente, bastava a disponibilização de 60% da capacidade instalada. Além disso, a Lei estabeleceu que a isenção seria proporcional ao valor da prestação de serviços ao SUS no caso desta ser inferior a 60%.” (ibidem, p. 57).

<sup>96</sup> Segundo Barbosa, uma “outra exigência era que a entidade estivesse inscrita no Conselho Municipal de Assistência Social (CMAS), no Conselho Estadual de Assistência Social (CEAS) ou no Conselho de Assistência Social do Distrito Federal (CASDF)”, p. 53. Outra alteração deu-se através do “Decreto 3.504 de 13 de junho de 2000”, onde a “concessão ou renovação do Certificado passou a exigir também a Declaração de Utilidade Pública para as entidades filantrópicas” (p. 55).

<sup>97</sup> Cf. Barbosa et al, p, 55. Encontramos aí outra possível distorção, a qual se refere à possibilidade de complementação à legislação nacional por estados e municípios, o que pode gerar ainda mais favorecimentos em torno das isenções já postas em Leis e Decretos federais.

<sup>98</sup> IRPJ – Imposto de Renda sobre Pessoa Jurídica; CPMF – Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira; PIS/PASEP – Contribuição para os Programas de Integração Social e Formação de Patrimônio; COFINS – Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social; e CSLL – Contribuição sobre o Lucro Líquido (idem, p. 59).

No entanto, houve, a partir de então, um amplo debate e movimento forte de *lobby* do setor filantrópico em oposição à referida Lei. E a vitória junto ao Supremo Tribunal Federal, o qual concedeu liminar, acaba por reforçar o fato do significativo poder deste setor no tocante à influência que este pode exercer sobre sua própria regulamentação.<sup>99</sup>

Portanto, como vimos, há muitos aspectos que necessitam de análise mais detalhada a respeito do que comumente se intitulou filantropia. Como também a respeito de quais características e nuances este conceito foi assumindo no interior do debate sobre o “terceiro setor”.

Também há necessidade de que atentemos para a representatividade do setor filantrópico na área social e como isto acaba por influenciar diretamente a política dirigida a este.

Não intentamos fazer uma análise detalhada a respeito, visto que este não é o objetivo primordial de nosso trabalho. Buscamos, sim, apontar alguns limites, distorções e incongruências conceituais, bem como legais, na participação do setor filantrópico na assistência social e na área da assistência à saúde propriamente dita.

Dada a importância do tema, consideramos de extrema necessidade estudos posteriores que auxiliem a clarear o impacto destas distorções históricas. Também destacamos a importância de que haja estudos que busquem analisar de que forma estas distorções podem ter sido amenizadas ou, ao contrário, exacerbadas pela política que se dirigiu ao setor a partir da última década.

No entanto, não podemos desconsiderar a importância dada ao setor filantrópico prestador de serviços de saúde, pelo governo federal, particularmente no final

---

<sup>99</sup> Barbosa, et al, (p. 57-58) discorrem sobre a vitória do setor junto ao Supremo e a não resolução até o momento da constitucionalidade ou não do que consta da referida Lei. O autor cita, inclusive, a polêmica sobre a distinção entre isenção e imunidade, na palavra de Paulo Haus Martins, “em artigo publicado no site de Rede de Informações para o Terceiro Setor (Rits), intitulado ‘O Certificado de Fins Filantrópicos’”. Neste artigo Martins ressalta que “ ‘imunidade’ se refere à situação em que o Estado não dispõe do poder de tributar, e ‘isenção’ se refere à situação em que o Estado tem poder de tributar e resolve não fazê-lo.” Segundo Martins, onde se lê isenção deveria estar a expressão imunidade.

da década de 90, através de diversos dispositivos de transferência de recursos a este setor. Estaremos, adiante, citando as principais linhas de financiamento.

Primeiramente, referimo-nos ao Programa de Fortalecimento e Modernização das Entidades Filantrópicas de Saúde do BNDES, o qual "começou a operar em 1997" (Barbosa *et al*, 2002, p. 12) <sup>100</sup>.

O Programa supracitado apresenta um detalhe importante, dentre outros, o qual se refere à inserção de entidades hospitalares que não necessariamente disponibilizem 60% ou mais de sua capacidade instalada ao SUS. Tal viés refere-se ao enquadramento, pela Secretaria de Assistência à Saúde, do Ministério da Saúde, de determinados hospitais considerados "estratégicos para o SUS", a partir de 2001 <sup>101</sup>.

Vê-se, portanto, que a regulamentação a respeito dos requisitos para inserção das entidades no Programa do BNDES foi sofrendo alterações e incluindo outras entidades que não necessariamente estavam incorporadas no rótulo da filantropia.

Há diversos "itens financiáveis" por aquele Programa, os quais buscam dar condição de aprimoramento e fortalecimento das entidades nele incluídas. Dentre estes itens, destacamos os principais: "reestruturação do endividamento bancário e com fornecedores"; "recuperação do capital de giro próprio"; aumento de eficiência"; "capacitação tecnológica" (...); "treinamento, capacitação" (...); "desenvolvimento ou aquisição de tecnologias nacionais"; "aquisição de máquinas e equipamentos" (...).<sup>102</sup>

<sup>100</sup> Segundo dados obtidos no Seminário "Estratégias para o Fortalecimento do Setor Hospitalar Filantrópico", realizado no BNDES, em novembro de 2002, este Programa já concluiu a 1ª do projeto, tendo investido R\$ 344 milhões, referentes a 86 operações (destas, 71 automáticas); a 2ª etapa previa, à época, R\$ 76 milhões, e incluiu hospitais considerados estratégicos pelo governo federal, considerada essa a novidade em relação à 1ª etapa do Projeto.

<sup>101</sup> Os padrões de definição de hospitais estratégicos estão na Portaria GM/MS nº 1006/GM, de 04/07/2001.

In: [www.bndes.gov.br/produtos/social/sus.asp](http://www.bndes.gov.br/produtos/social/sus.asp)

<sup>102</sup> Idem.

Podemos inferir, portanto, que os diversos itens financiáveis não estão prescindindo de uma determinada lógica de mercado, quando o BNDES busca financiar uma capacitação tecnológica e gerencial que acaba por fazer com que estas entidades "compitam" em termos de eficiência e eficácia com as instituições estatais, bem como tenham um *status* privilegiado no rol do financiamento federal.

Outro projeto de investimento, o Projeto Reforsus<sup>103</sup>, do Ministério da Saúde, instituído no final de 1996, investiu 20% dos recursos previstos no segmento filantrópico para equipar, ampliar as entidades, bem como capacitar RH, e outros itens<sup>104</sup>;

Também há o PROFAE, projeto dirigido à capacitação de profissionais de enfermagem, o qual também contemplou o referido segmento, através de um empréstimo do Banco Interamericano de Desenvolvimento - BID ao governo federal<sup>105</sup>;

Inclui-se, além dos Projetos acima elencados, o Integrasus, Incentivo criado pelo Ministério da Saúde, em 2001, o qual destina um percentual de aumento sobre o valor de procedimentos ambulatoriais e hospitalares, constantes da Tabela de Procedimentos do SUS, dirigidos a serviços prestados por entidades filantrópicas sem fins lucrativos<sup>106</sup>;

<sup>103</sup> Refere-se ao *Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde*, projeto que se sucedeu por intermédio de "um acordo de empréstimo celebrado entre o governo brasileiro, o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e o Banco Mundial (BIRD) – no valor de R\$ 650 milhões – ele investe na recuperação da rede física da saúde do País, que presta serviços ao SUS, mediante a compra de equipamentos médico-hospitalares e unidades móveis, execução de obras de reforma, ampliação e conclusão de estabelecimentos de saúde (Componente I) e, também, em projetos para a melhoria da gestão do sistema de saúde nacional (Componente II)". In: [www.reforsus.saude.gov.br](http://www.reforsus.saude.gov.br).

<sup>104</sup> Segundo dados do MS, fornecidos por Barjas Negri, Ministro da Saúde, em novembro de 2002, no Seminário "Estratégias para o Fortalecimento do Setor Hospitalar Filantrópico", realizado no BNDES, por intermédio do Reforsus, foi investido R\$ 1 bilhão de reais para reorganização da rede ambulatorial e hospitalar, sendo que 20% deste recurso foram para o segmento filantrópico. A magnitude do recurso salta aos olhos!

<sup>105</sup> Chama-se *Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem*, cujo término tem previsão para dezembro de 2004..

<sup>106</sup> Incentivo criado pela Portaria Ministerial GM/MS nº 604, de 24 de abril de 2001, subdividido, a partir da publicação da PT nº 1.413/GM, de 30 de agosto de 2001, em Integrasus I e Integrasus II. Este segundo referindo-se a um incremento de 8% do valor pago ao hospital na assistência hospitalar.

Os incentivos não param por aí. Há outro projeto em curso, o Projeto EXPANDE<sup>107</sup>, aprovado pelo Ministério da Saúde no ano de 2000, o qual é dirigido para ampliação “da capacidade instalada da rede de serviços oncológicos no Sistema Único de Saúde (SUS)”. A ampliação desta rede de serviços prevê a destinação a reorganização da rede de serviços públicos e filantrópicos.

Diante deste quadro de incentivos, podemos afirmar que houve uma série de mecanismos instituídos, a partir da segunda metade da década de 90, que beneficiaram inegavelmente o segmento filantrópico na saúde. Por sinal, algumas cifras que foram aqui apresentadas corroboram tal afirmativa.

Além deste aspecto, vimos acentuar-se o discurso dominante sobre as parcerias entre os setores governamental e não-governamental na referida década, imprimindo uma posição especial também às chamadas instituições filantrópicas, em nome de uma nova relação entre Estado e sociedade, no escopo do “terceiro setor”.

É justamente pela presença deste cenário de benefícios e incentivos ao setor que voltamos a problematizar o próprio conceito de filantropia e de terceiro setor. O manejo dos sentidos atribuídos a estes conceitos desde os idos de 90, no Brasil, não deixou, portanto, de lograr a ideologização a respeito do tema, bem como um pensamento quase que acrítico sobre os efeitos desta ideologização na política dirigida à área social. Portanto, tratamos aqui de uma discussão política, e não meramente técnica ou conceitual.

Ainda assim, concordamos com a afirmação de Amelia Cohn (2003) quando essa destaca a necessidade de se discutir o que se chama de filantropia. Cohn ressalta, ainda, o fato de esse setor configurar-se como um terceiro setor, nem público, nem privado, o qual ficaria entre as “duas coisas”, e, dessa forma, foi ganhando com diferentes clivagens; bem como ganhando crescente fatia do

---

<sup>107</sup> Denomina-se Projeto de Expansão da Assistência Oncológica. Para maiores detalhes, consultar o site [www.inca.gov.br](http://www.inca.gov.br).



mercado e aumentando a “cesta básica” de serviços públicos não-estatais<sup>108</sup>. No entanto, este processo possuiu uma significativa invisibilidade. Será exatamente

em torno desta invisibilidade que estaremos acentuando alguns detalhes no âmbito do debate sobre o terceiro setor, mais especificamente no campo da saúde.

### III.3 - A invisibilidade do Terceiro Setor: possíveis danos da falácia “nem público, nem privado” na saúde

Ainda que o conceito de “terceiro setor” possua diversas debilidades, conforme destacamos anteriormente, ao citarmos o estudo de Montañó (2002), o debate em prol deste setor continua firmemente atuante.

Os resquícios da proposta do antigo Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado, MARE, permanecem na cena do debate político, onde este último oscila: ora entre os destaques em torno dos perigos da inserção daquele setor, tão pouco conhecido como também de fato mapeado; e ora em torno da conclamação de sua participação em função de um Estado tido como ausente de várias dimensões da área social.

Pela segunda perspectiva, acima apontada, as entidades que compõem o setor seriam a alavanca para mudança da eficiência da gestão pública, bem como para a inserção da sociedade civil na prestação de serviços.

Na verdade, aquela perspectiva refere-se a um dos pressupostos da Reforma do Estado predominante nos anos 90 e representa a inserção de um setor em ações anteriormente executadas pelo poder público. Desta forma, o “terceiro setor” viria cumprir uma missão específica no interior das estratégias propostas pelo MARE:

---

<sup>108</sup> Referimo-nos à fala de Amélia Cohn no Seminário “A Regulação das Relações entre o Público e o Privado nos Sistemas de Saúde das Américas”, promovido pela OPAS, ANS, MIF, BID, UFRJ e UNICAMP, e realizado no Hotel Gloria, no bairro da Glória, no Rio de Janeiro, nos dias 01 e 02 de dezembro de 2003. A palestrante destacou o processo de “privatização invisível do Estado” como sendo a 2ª geração de privatização nos anos 90.

“Essas estratégias de Reforma do Estado estão inseridas em um movimento mais geral em direção a um suposto ‘setor público não estatal’ (também chamado Terceiro Setor) que se responsabilizaria pela execução dos serviços que não envolvessem o exercício do ‘poder de Estado’, mas que deveriam ser subsidiados pelo Estado, como é o caso dos serviços de educação, saúde, cultura e pesquisa científica.” (Noronha & Soares: 2001, p. 447)

O “terceiro setor” foi, portanto, se expandindo e adquirindo porosidade aos mais diversos campos da prestação de serviços, conquistando, assim, uma invisibilidade e magnitude crescentes. Desde a década de 90 apresenta-se um cenário que favorece tal afirmação, dado o crescimento de diversas modalidades de prestação de serviços e de sua vinculação com o poder público. Como podemos ver no texto de Cordeiro (2001, p. 326):

“Expandiram-se as cooperativas médicas, os contratos temporários, com prazo determinado, e a terceirização de serviços diagnósticos e terapêuticos em serviços públicos e privados.”

Isto se deveu em parte por uma certa estabilidade que o setor de serviços possui em relação a outros setores do mercado. Este setor foi se alavancando, se modelando e assumindo uma porosidade tamanha, conforme ressalta Cordeiro (idem, p. 327):

“O setor de serviços concentrou 80% dos novos empregos, o que se atribui ao fato de ser o setor menos exposto a competição internacional.”

No interior do movimento que buscou dar condições de possibilidade para o crescimento do setor de serviços, podemos destacar o “estímulo à produção

privada de serviços de saúde com ênfase no terceiro setor” a partir dos anos 90 (Carneiro Junior & Elias: 2003, p. 206).

No entanto, começemos por problematizar esta ideologização no sentido de que estamos, como vimos, tratando de um setor que possui suas nebulosidades e invisibilidades. Muito pouco se conhece a respeito de sua magnitude, das entidades que o compõem, do volume de recursos que movimenta, assim como da comprovada eficácia da sua introdução na gestão e gerência de unidades públicas no país.

Quanto ao dissenso, ainda presente entre os autores, sobre as entidades que compõem o “terceiro setor”, destaca-se a miscelânea existente em seu interior, o que acaba por intensificar sua invisibilidade:

“Desta forma, o conceito parece reunir tanto o Green Peace (de defesa do meio ambiente, com táticas radicais) como o Movimento Viva Rio, as Mães da Praça de Maio (de luta política pelo esclarecimento e justiça sobre os detidos/desaparecidos na ditadura Argentina) como a Fiesp, o Movimento dos Trabalhadores Sem-Terra (de luta político-econômica pela reforma agrária) como a Fundação Roberto Marinho, as Creches Comunitárias (conquistas de moradores) como a caridade individual, o movimento pelas Diretas Já como as atividades ‘sociais’ de um candidato a vereador, entre uma infinidade de casos” (Montaño: 2002, p. 56).

Como forma de destacarmos aspectos preliminares sobre sua magnitude, recorramos ao texto extraído do *site* do próprio terceiro setor:

“Levantamento feito pelo ISER (Instituto Superior de Estudos da Religião - RJ), em parceria com a Johns Hopkins University, apurou que o Brasil tem em torno de

220 mil instituições beneficentes, sem fins lucrativos, congregando 10 milhões de voluntários, prestando atendimento direto a cerca de 40 milhões de pessoas, isto é, ¼ da população brasileira.

São números gigantescos que sempre foram desconhecidos.”<sup>109</sup>

No entanto, não há confluência entre os dados, quando comparamos distintos levantamentos a respeito daquele setor. Dados extraídos do texto de Montaña (2002) apontam para uma magnitude ainda mais ampla:

“Estima-se hoje, no Brasil, que existam cerca de 400 mil organizações não-governamentais (ONGs) registradas e cerca de 4 mil fundações (cf. *Exame*, 2000:23) – a partir de dados da FGV-SP). Praticamente 60% dessas entidades associadas à Abong (Associação Brasileira de ONGs) foram fundadas a partir de 1985, mostrando uma realidade historicamente nova no nosso país – 15,4% dentre elas são ‘novíssimas’, tendo sido criadas de 1990 a fevereiro de 1994” (...).<sup>110</sup>

Perguntamo-nos, por conseguinte, diante de tal magnitude ainda não completamente desvelada, a respeito do terceiro setor, de que forma a área da saúde foi se apropriando do recurso de contratá-lo, em substituição a um investimento mais maciço no setor público, estatal.

Ainda que a oferta de serviços públicos de saúde, particularmente no que se refere à atenção básica, tenha inegavelmente se expandido na década de 90<sup>111</sup>, a área da saúde não prescindiu das novas modalidades de contratação do setor

<sup>109</sup> In: [www.terceirosetor.org.br/quemsomos](http://www.terceirosetor.org.br/quemsomos)

<sup>110</sup> Cf. Landim, 1998: 59 *apud* Montaña, 2002, p. 205-206).

<sup>111</sup> Muito dessa expansão deveu-se ao incentivo, dado pela gestão de Fernando Henrique Cardoso, ao Programa de Saúde da Família, o qual é financiado, em parte, por uma parcela de recursos para investimento e custeio repassada pelo Ministério da Saúde aos municípios que possuem o Programa; a parcela referente ao custeio refere-se ao percentual de cobertura do programa nos municípios.

privado de serviços de saúde e do chamado setor sem fins lucrativos. E isto ora por intermédio de contratos e convênios, ora por intermédio de contratos de gestão, como vimos anteriormente.

No que se refere à vinculação do setor filantrópico com o SUS, é notória sua importância no rol de serviços oferecidos pelo sistema nacional de saúde. Tal setor possui uma capilaridade imensa no país e, em muitos municípios, representa o único serviço de saúde disponível.

Embora a pesquisa sobre Hospitais Filantrópicos no Brasil, realizada pela ENSP e promovida pelo BNDES, tenha abrangido não somente as entidades filantrópicas vinculadas ao SUS, algumas constatações foram destacadas pelos autores da referida pesquisa, tais como:

“Como um todo, a participação do setor hospitalar filantrópico no SUS é de grande importância, já que 4,5 milhões de internações/ano, ou seja, 37,5% do total de internações dos pacientes do SUS são realizadas pelo setor”;

“Na realidade, existe uma relação de interdependência entre o SUS e esse segmento hospitalar” (...);

“A maioria dos hospitais da amostra (53,6%) informa ser o único hospital no município”; “mais de 1/3 dos mesmos se localiza em municípios com menos de 20.000 habitantes”;

“De forma semelhante aos resultados observados em relação à produção assistencial, o SUS exerce um papel central no financiamento do setor hospitalar filantrópico”.<sup>112</sup>

No que se remete ao estatuto da filantropia, vimos como este é secular e passou a obter diversos incentivos, particularmente, em termos de legislação, a partir da década de 90. Este estatuto acabou por imprimir uma relação diferenciada

<sup>112</sup> In: GERSCHMAN, S. V. et al (2003). Revista de Administração Pública – RAP, volume 37 (2): 265-83, Mar./Abr. – Rio de Janeiro: Fundação Getulio Vargas.

entre Estado e mercado, visto que o setor filantrópico nunca foi diretamente referido ao “puro” mercado. Neste sentido, o conceito de terceiro setor veio colocar em novos termos o lugar da filantropia no que se chamou, a partir dos anos 90, uma relação alternativa entre Estado e sociedade.

Nosso estudo, em função das questões anteriormente apontadas, busca levantar aspectos referentes aos possíveis efeitos da participação do chamado terceiro setor na área da saúde. Além disso, pretendemos tecer comentários a respeito da própria inserção existente entre aquele conceito e o que estamos aqui intitulado SPSS do SUS.

Partimos, portanto, da avaliação de que o movimento de Reforma do Estado nos anos 90 definitivamente privilegiou o setor privado de serviços de saúde. Isto se dando particularmente no que se refere aos procedimentos mais bem remunerados, referentes à média e alta complexidade, ambulatorial e hospitalar. Ao referirem-se às reformas impetradas no período, ressaltam bem Carneiro Junior & Elias (2003, p. 206):

“No caso do setor saúde, essas reformas preconizam a restrição do Estado como prestador de serviços, cingindo-se à função de regulador e provedor de serviços básicos à população, deixando ao mercado a responsabilidade dos serviços mais especializados e de alta complexidade (Elias, 1996).”

Indagamos, portanto, quais efeitos podem ter uma política que privilegiou, na área da saúde, como em outras áreas, a participação do terceiro setor na prestação de serviços. E não somente referente aos efeitos, indagamos também a respeito das causas de tal movimento de favorecimento em nome de uma relação alternativa Estado-sociedade.

Vimos anteriormente como o debate em torno da descentralização em saúde, hegemonizado pelo ideário neoliberal dos anos 90, bem como o crescimento do

setor de serviços, representaram o fortalecimento de novas modalidades de acumulação de capital.

Nosso intento, por conseguinte, foi auxiliar a desvelar o que, por trás do discurso dominante, representou o incremento da municipalização e da terceirização/privatização de serviços antes prestados pela administração direta estatal.

Além disso, levantamos questões a respeito de que forma o crescimento do terceiro setor, incluindo-se aí o SPSS do SUS no que lhe há de interseção, foi uma estratégia inerente ao processo de renovação da acumulação capitalista e da busca de um Estado mínimo.

No que se refere estritamente ao debate sobre o terceiro setor, privilegiamos o cuidadoso estudo de Montaño (2002) a respeito do tema, dentre outros autores. E corroboramos o intuito do referido autor quando este busca desmascarar o "fenômeno real contido/escondido neste conceito ideologizado, tratando finalmente da instrumentalidade e funcionalidade desta abordagem com o processo de transformação capitalista, particularmente no que se refere a uma nova modalidade de trato à 'questão social'" (p. 259).

Todo este processo de ideologização, característico do debate dominante dos anos 90, promoveu novos arranjos na relação Estado-sociedade e foi imprimindo ao chamado terceiro setor uma solução mágica, servindo ao fortalecimento do discurso que desqualifica o Estado enquanto prestador de serviços.

#### **III.4 - É imperativa a cisão entre provisão, financiamento e regulação do SUS?**

O Sistema Único de Saúde, SUS, possui especificidades que merecem atenção especial no que concerne à cisão entre provisão, financiamento e regulação das ações e serviços de saúde.

Dizemos isto por distintos motivos. Primeiro, porque o sistema público de saúde brasileiro possui uma heterogeneidade ímpar em um país continental, com diversas desigualdades na distribuição dos serviços de saúde. Veremos, ainda, como esta distribuição se dá, de forma geral, nas distintas regiões e unidades da federação do país, com um privilegiamento histórico das regiões Sul e Sudeste.

Segundo, atentamos para o alto índice de participação do setor privado de serviços de saúde no que se intitulou SUS após a promulgação da Constituição Federal de 1988. No interior desta participação, pronuncia-se, inclusive, a significativa inserção do setor privado com fins lucrativos em diversas áreas da assistência pública.

Terceiro, porque o debate em torno da temática da regulação necessita de aprimoramentos e deve levar em conta as peculiaridades do sistema de saúde brasileiro e de sua conformação, particularmente no que se refere aos últimos 15 anos.

A discussão a respeito da importância premente do exercício da regulação da oferta de serviços de saúde não é, portanto, por nós negligenciada. Pretendemos, outrossim, como forma de ampliar o debate, levantar aspectos referentes à complexidade do tema, de forma breve.

De início, cabe destacarmos o que se intitula regulação e quais os elementos que se colocam em torno desta dimensão de gestão pelo Ministério da Saúde - MS, apontada em recente documento publicado pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde- CONASS:

"A Regulação, por sua vez, foi definida pela NOAS/SUS/01/02 como 'disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada.'



Abrange dois níveis distintos, ainda que articulados: a regulação das referências intermunicipais e a regulação sobre os prestadores de serviços de saúde.”<sup>113</sup>

Duas questões se colocam de pronto na definição que se propõe para o tema da regulação, a saber: a avaliação da eficácia de determinadas ações e serviços para oferta com qualidade; a regulação pressupõe prática de controle e avaliação acerca dos pactos entre municípios bem como sobre os prestadores de serviços de saúde ao SUS, incluindo-se aí os serviços estatais, públicos.

No entanto, o debate em torno da regulação não é tão recente quanto possa parecer e já vem sendo conclamado pelas agências internacionais financiadoras há algum tempo. No entanto, uma especificidade se impõe no discurso hegemônico dos agentes financiadores em torno da regulação, qual seja: a necessidade de que o próprio Estado promova a concorrência entre os prestadores de serviços de forma a obter maior eficiência. Esta orientação já foi apontada por um documento do Banco Mundial em 1993 (p. 61):

“Na maioria dos casos, porém, o objetivo principal das políticas públicas deveria ser a promoção de concorrência entre prestadores de serviços — inclusive entre os setores público e privado e entre os prestadores de serviços da iniciativa privada, com ou sem fins lucrativos. Com a concorrência, os usuários teriam mais opções e ficariam mais satisfeitos, e além disso os custos cairiam, em virtude da eficiência maior.”<sup>114</sup>

Ressalta-se, no entanto, nossa preocupação em demonstrar que tal debate não é tão recente, embora saibamos que diversos documentos apresentados pelo Banco Mundial não refletem necessariamente a opinião direta do Banco, e sim de

---

<sup>113</sup> Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão do SUS. Brasília: CONASS, 2003, p. 88.

<sup>114</sup> Banco Mundial, 1993. Relatório sobre o desenvolvimento mundial. Investindo em saúde.

pesquisadores e escritores por este último financiados. Mesmo assim, tal documento é ilustrativo no que se refere ao debate que aqui propomos.

Ademais, lembremos que na década de 90 este debate se acirrou no Brasil e teve um forte porta-voz, Luis Carlos Bresser Pereira. Discutimos no segundo capítulo os principais pontos da proposta de Reforma do Estado pelo governo Fernando Henrique Cardoso, na qual se propunha o exercício da regulação e do financiamento, em vez de uma prestação direta de serviços pelo Estado.

Discutimos, também, como o governo brasileiro promoveu reuniões com agências financiadoras para discussão da inserção do Brasil nos principais pontos da Reforma do Estado proposta pelos países ricos aos chamados países em desenvolvimento.

No referido documento do Banco Mundial fica clara a orientação para a oferta, pelos países mais pobres, de um “pacote mínimo” de serviços para as classes mais desfavorecidas, cabendo ao mercado a concorrência na oferta de serviços que extrapolariam tal pacote<sup>115</sup>. Um dos principais elementos de tal estratégia seria o Estado ser agente financiador e regulador da iniciativa privada, ao invés de prestador direto de serviços, como pode ser visto adiante:

“Uma das principais responsabilidades do governo é harmonizar os instrumentos de que dispõe – e que hoje controla – com os objetivos a que visa. Se o governo não consegue resultados melhores na área da saúde, isso não se deve a uma escolha equivocada dos objetivos, mas sim dos instrumentos – e deve-se, especialmente, a um excesso de prestação direta de serviços e a um controle central excessivo dos serviços de saúde, bem como uma utilização muito pequena dos instrumentos financeiros, informativos e reguladores de que dispõe, instrumentos da maior importância para

---

<sup>115</sup> Idem, p. 71.

melhorar o desempenho da iniciativa privada.”<sup>116</sup>  
[grifos da autora]

Perguntamo-nos, por conseguinte, até que ponto o Estado brasileiro, particularmente na segunda metade da década de 90, absorveu acriticamente tal proposição e passou a tomá-la como verdade absoluta na área da saúde, independentemente das peculiaridades do sistema de saúde brasileiro e das distintas realidades regionais e de gestão deste sistema no país.

De antemão, vale destacar que o debate em torno da regulação não pode prescindir das ações de controle e avaliação da assistência, dada sua complexidade e heterogeneidade. Ademais, conforme discutimos no segundo capítulo, o fortalecimento da descentralização nos anos 90 trouxe inúmeros novos desafios às gestões municipal e estadual do sistema de saúde, dentre eles a necessidade de estruturação de ações de controle e avaliação da rede de saúde em sua territorialidade.

O CONASS recentemente acenou para a necessidade de estruturação das referidas ações no âmbito das três esferas de governo, as quais não se limitariam à questão da regulação e englobariam o controle e avaliação da assistência. Ao citar a Portaria do Ministério da Saúde<sup>117</sup>, aquele Conselho destacou os principais pontos referentes às atribuições dos três níveis de gestão (municipal, estadual e federal) no que se refere a esta temática:

- “(a) o conhecimento de todos os prestadores de serviços e sua capacidade instalada;
- (b) o acompanhamento da oferta com qualidade de acordo com a programação estabelecida;
- (c) a autorização de procedimentos e internações;

---

<sup>116</sup> Ibidem, p. 76.

<sup>117</sup> O documento do CONASS refere-se à Portaria SAS/MS nº 423, de 24 de junho de 2002, a qual edita as principais atribuições das gestões municipal, estadual e federal no Controle, Avaliação e Regulação da Assistência à Saúde (CONASS, 2003, p. 87-88).

- (d) o controle da regularidade das ações e serviços faturados e dos pagamentos efetuados aos prestadores;
- (e) a aplicação de normas técnicas e portarias vigentes;
- (f) o estabelecimento de contratos com os prestadores;
- (g) a avaliação dos resultados da atenção e do impacto nas condições de saúde.”

Vê-se, portanto, que o debate em torno do Controle, Avaliação e Regulação da assistência pressupõe a estruturação de ações complexas de avaliação de impacto, da qualidade dos serviços dos prestadores do SUS, bem como dos contratos firmados com estes prestadores, dentre outros aspectos. E a descentralização da maioria destas ações, com o fortalecimento da municipalização, assim como do estabelecimento de novas atribuições às gestões estaduais, provoca a necessidade de um debate mais detalhado a respeito do tema da regulação, ainda que este não seja nosso objetivo maior nesta dissertação.

Conforme aponta o próprio documento do CONASS (2003, p.88), são “atribuições” dos três níveis de governo: “(a) estruturar o serviço de Controle e Avaliação; b) coordenar, controlar, regular e avaliar o Sistema de Saúde no seu âmbito; c) controlar, regular, avaliar a prestação de serviços sob sua gestão; d) identificar focos de desajuste sistemático entre oferta pactuada e demanda no seu âmbito.”

A temática da regulação, como podemos ver, é de extrema importância para a organização do SUS e da oferta equânime dos serviços de saúde. Além disso, impõe imensos desafios às três esferas de governo no que se refere à capacidade de avaliar e controlar a rede de saúde sob sua gestão. Por conseguinte, o exercício da regulação pressupõe ações muito mais complexas do que a mera verificação do cumprimento ou não dos contratos firmados com os prestadores de serviços de saúde.

Em recente Seminário na cidade do Rio de Janeiro, cuja temática foi 'A Regulação das relações entre o público e o privado nos sistemas de saúde das Américas', Geraldo Biasoto, professor da Unicamp, destaca o aspecto que ressaltamos acima, de que "regulação não é só a formulação de um contrato entre um e outro e o Estado avaliar se esse contrato foi cumprido"<sup>118</sup>.

Além disso, o referido professor, ao discorrer sobre a necessidade avaliação do sistema de saúde, ressalta que a "avaliação de que a saúde está sendo bem conduzida não é pela mera comparação entre percentagem de gastos em relação ao PIB" e que "há situações por baixo disso que merecem ser analisadas."<sup>119</sup>

O tema da avaliação em saúde envolve um rol de ações complexas e articuladas, bem como depende enormemente da capacidade de gestão das três esferas de governo no que concerne às suas atribuições no controle e regulação do sistema de saúde.

No que se refere especificamente à temática da avaliação, lançamos mão do estudo de Contandriopoulos (1997, p. 34) quando este frisa os principais aspectos da avaliação em saúde ao tratar da chamada "avaliação normativa":

"A avaliação normativa é a atividade que consiste em fazer um julgamento sobre uma intervenção, comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou os bens produzidos (processo), e os resultados obtidos, com critérios e normas (...)"

O referido autor frisa a importância de que o processo de avaliação em saúde abarque as três dimensões postas, que são estrutura, processo e resultados, sendo que, em cada momento da avaliação, este pressupõe um conjunto de ações comparativas e de julgamento de valor inerente a toda avaliação. Este

---

<sup>118</sup> Tal citação foi registrada pela autora desta dissertação no referido Seminário, promovido pela OPAS, ANS, MIF, BID, UFRJ e UNICAMP, e realizado no Hotel Glória, no Rio de Janeiro, nos dias 01 e 02 de dezembro de 2003.

<sup>119</sup> Idem.

julgamento, portanto, estaria sempre referido a um conjunto de normas e critérios correspondentes, de forma que o julgamento de valor não represente uma simples opinião pessoal de quem avalia.

As ações de controle, avaliação e regulação da assistência se dirigem a distintas dimensões e apropriações dos níveis de gestão, tais como: conhecimento profundo dos critérios e normas existentes; infra-estrutura operacional e pessoal capacitado para execução das ações; conhecimento de toda a rede de saúde sob sua gestão, bem como a capacidade de contratualizar com o setor prestador de serviços de saúde e avaliar a execução, com qualidade e equidade, do que foi acordado entre as partes.

Dada a complexidade do tema e a estratégia de cisão entre financiamento, provisão e regulação da assistência à saúde, pelo Estado, partimos de algumas indagações que acabam por refletir preocupações:

- a) De que forma o processo de descentralização em saúde no Brasil conseguiu, de fato, munir as gestões municipal e estadual de efetivos mecanismos de controle, avaliação e regulação da assistência?
- b) Já foram efetuados estudos a respeito da efetiva capacidade de gestão das instâncias de governo no que se refere às ações de regulação?
- c) As gestões estaduais têm uma noção clara do seu papel no que se refere à regulação de pactos entre os municípios e da regionalização da assistência à saúde?
- d) Há um consenso claro de que o Estado deve ser cada vez menos prestador de serviços e mero financiador e regulador da prestação de serviços privados ao sistema público de saúde?
- e) O próprio mecanismo de remuneração de serviços, através do pagamento de procedimentos a prestadores de serviços, possibilita a avaliação em saúde nos seus três níveis: estrutura, processo e resultados?

Estas são algumas das indagações que "saltam" em nossa discussão a respeito da relação público-privado no SUS, nosso objeto de pesquisa e discussão nesta

dissertação. O setor privado de serviços de saúde (SPSS) não é um setor insignificante no SUS e, como discutimos anteriormente, este se insere em debate mais amplo que se acirrou, a partir da segunda metade da década de 90, sobre o chamado “terceiro setor”.

Ademais, os próprios conceitos de filantropia e de organizações sociais merecem avaliações mais cuidadosas e detalhadas, dada a diversidade de instituições que envolvem, com as mais diversas características, atribuições e objetivos dentro do sistema de saúde brasileiro.

Portanto, como pensar a temática da regulação no interior desta complexidade e da porosidade histórica do sistema nacional de saúde ao setor privado de serviços de saúde? Como inserir esta temática no interior da avaliação de que há uma relação de interdependência entre o SPSS e o SUS na grande maioria dos municípios brasileiros?

As práticas de controle, avaliação e regulação da assistência à saúde não parecem ser algo histórico no SUS, representando, ao contrário, práticas que estão para ser estruturadas e tomadas como atividades inerentes de gestão do sistema de saúde<sup>120</sup>.

Além disso, estaremos no capítulo seguinte buscando mapear algumas das características do setor privado de serviços de saúde do SUS no que se refere à sua capacidade instalada, proporcionalidade na assistência, por complexidade da oferta hospitalar e ambulatorial, bem como do volume de recursos envolvidos no decorrer de alguns anos.

---

<sup>120</sup> Tal destaque reflete a inserção da autora na área de planejamento da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro há 6 anos e o contato mais estreito com diversos gestores municipais neste período. Além disso, através de pesquisa recente efetuada, através de aplicação de questionário em diversos municípios, pelo setor de Controle e Acompanhamento da SES-RJ, destacou-se a ainda precária prática de controle e avaliação dos municípios, bem como a ausência, em grande parte, de um setor estruturado, com infra-estrutura específica a tal atividade e com pessoal capacitado para tal. No entanto, sugerimos que esta realidade não deve ser muito diferente da de outros municípios do país, ainda mais quando utilizamos a título de exemplo municípios de um estado como o Rio de Janeiro.

Nosso intuito, ao mapear o referido setor, refere-se justamente à nossa indagação a respeito de que forma a sua inserção no SUS, dadas suas características e significância, pode se acoplar à discussão da necessidade de estruturação de ações de controle, avaliação e regulação do sistema de saúde.

Levantamos anteriormente questões a respeito de alguns dos efeitos da proposta de Reforma do Estado nos anos 90 e das peculiaridades do processo de descentralização em saúde no Brasil neste período. Um destes efeitos foi justamente o fortalecimento da inserção do setor privado de serviços de saúde por intermédio de distintas modalidades de participação. Estas modalidades, ora sob o formato de organizações sociais, cooperativas e de entidades filantrópicas, foram e são alvo de um arcabouço legal que buscou inseri-las no ainda nebuloso chamado "terceiro setor".

No que se refere à participação deste setor no SUS, esta se apresenta sob o formato de prestação de serviços, através da contraprestação de procedimentos, bem como se insere no campo da gerência de unidades de saúde sob a forma de cooperativas e organizações sociais.

Diante destes aspectos, buscaremos atentar para as características que tal setor assumiu especificamente no que se refere à prestação de serviços de saúde ao SUS, por intermédio de credenciamento junto ao sistema nacional de saúde. É justamente no que se refere a esta prestação que se inserem nossas preocupações a respeito da capacidade do Estado de regular, avaliar e controlar este setor no interior da gestão do SUS pelas três esferas de governo.

Estaremos, no próximo capítulo, munindo nossa análise a respeito com a discussão acerca de algumas características da contratualização do SUS com o SPSS, assim como acerca da inserção do referido setor no perfil de oferta da assistência pública à saúde no Brasil.



## Cap. IV - MAPEAMENTO DO SPSS: CONTRIBUIÇÕES PARA UMA ANÁLISE MAIS DETIDA DA RELAÇÃO PÚBLICO-PRIVADO NO SUS

### IV.1 - Breve discussão sobre a participação do SPSS no SUS: a perspectiva do marco legal e normativo

Buscamos discutir, no capítulo anterior, alguns aspectos do que chamamos de *porosidade* do SUS ao setor privado de serviços de saúde (SPSS). Para tanto, não pudemos prescindir do debate acerca do “terceiro setor” na oferta de serviços públicos de saúde.

Ainda que haja permissividade legal para a participação do SPSS no SUS, consideramos que este setor se insere no que mais amplamente se nomeie oferta pública de serviços de saúde. Primeiramente, porque a oferta de serviços de saúde do SUS, ainda que privada, quando contratada ou conveniada ao sistema, é financiada com recursos públicos.

Para desenvolver tal questão, partamos do próprio arcabouço legal. A Constituição Federal de 1988 - CF 88, a qual institui o SUS, possibilita e regulamenta a participação da iniciativa privada, em caráter complementar, a este sistema. Os artigos 197 e 199, da referida Constituição, tratam de forma genérica deste tema:

**Art. 197 - “São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.”**

**Art. 199 - “A Assistência à Saúde é livre à iniciativa privada.”**

**Parágrafo primeiro - “As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de**

saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.” [grifos nossos]

O fato de as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos terem preferência na contratação de serviços privados pelo SUS necessita de avaliações cuidadosas e de parâmetros criteriosos a respeito do caráter público atribuído a estas entidades. Conforme discutimos no terceiro capítulo desta dissertação, o próprio conceito de filantropia merece análise específica e detalhada, dada a diversidade das entidades que se inserem neste “guarda-chuva” conceitual.

Alguns autores, tais como Carvalho & Santos (2001) já tinham atentado para a discussão a respeito da filantropia e das chamadas entidades de assistência social. Estes autores frisam a importância de que o SUS, por conta mesmo da especificidade da área da saúde, possa regular e regulamentar com mais detalhes a participação destas entidades no sistema nacional de saúde (p.209). Além disso, ultrapassam os trâmites meramente legais quando destacam a complexidade do tema:

“Não basta que uma instituição sem fins lucrativos preencha requisitos formais inscritos na lei. É imprescindível que o ‘fim público’ esteja presente, de modo exclusivo ou predominante. Para gozo de imunidade tributária, favores fiscais e outros que a lei preveja, é fundamental que a instituição tenha, realmente, *fim público* e não apenas *fim não econômico*, que pratique a assistência social *latu sensu*.” [grifos nossos]

Como vimos, a complementaridade, dada a permissividade legal, ainda que bastante genérica, prevê a participação de distintas entidades privadas, com

destaque às filantrópicas e sem fins lucrativos. Neste contexto, seriam celebradas parcerias do poder público com estas últimas, visto que estas representariam a celebração de interesses comuns "em função de resultados transcendentais" (idem, p. 207).

Cabe destaque ao privilegiamento das referidas entidades na celebração de convênios com o poder público. O caráter de *fim público* atribuído a estas não as descaracteriza enquanto entidades com finalidades e natureza jurídica distintas das unidades estatais. Ainda que ambas devam ser alvo de fiscalização e controle, Marques Neto (2003) ressalta a "obrigação institucional [do poder público] de prover os serviços objeto da contratação", o que o torna "essencialmente" distinto da entidade privada. E complementa:

"(...) ainda que o particular não tenha finalidade lucrativa, e tenha como objeto social o fomento da saúde e das instituições que se dedicam a esta finalidade, há que se reconhecer que persistirá diferença essencial entre os interesses perseguidos por ele e pelo Estado" (p. 26).

Vê-se como há interesses diversos entre as entidades públicas e privadas, visto que possuem interesses essencialmente distintos, tanto na perspectiva do arcabouço legal quanto da inserção dentro do próprio sistema público de saúde. Sobre o poder público recaem diversas obrigações no âmbito da participação da iniciativa privada no SUS, as quais ultrapassam a mera questão do financiamento.

Dadas estas peculiaridades, de que forma se prevê esta complementaridade no SUS na legislação vigente é, portanto, nosso ponto de partida para o esforço de "mapear" o SPSS. Além disso, pretendemos, neste capítulo, tecer comentários a respeito de algumas "tendências" de sua participação dentro do sistema de saúde brasileiro, mais precisamente referente aos anos 90 em diante.

Posteriormente, buscaremos levantar questões acerca de algumas características desta complementaridade no sistema de saúde brasileiro e no interior de nosso peculiar pacto federativo, o qual pressupõe responsabilidades tripartites na gestão e financiamento do SUS.

No que se refere especificamente ao marco legal, alguns estudiosos da legislação do SUS já adiantaram boa parte de nosso trabalho ao discutirem com detalhamento a participação da iniciativa privada no sistema de saúde. Os estudos de Carvalho & Santos (2001) e de Marques Neto (2003) são nossas maiores referências na discussão deste tópico.

Não é nosso objetivo, portanto, discorrer exaustivamente sobre o arcabouço legal a respeito do tema de nosso interesse, visto que este trabalho já foi brilhantemente feito por outros autores. No entanto, lançaremos mão dos principais pontos de discussão, em nossa avaliação, por estes apontados.

Os estudos supracitados analisam a legislação, dentre outros aspectos, no que se refere à participação complementar do setor privado de serviços de saúde no SUS. Ambos enfatizam o caráter de complementaridade quando houver lacuna de serviços públicos em função do que a população necessita ou do princípio da universalidade do acesso. No entanto, tal avaliação envolve um julgamento do poder público em relação à insuficiência de serviços públicos em seu território, conforme destacam Carvalho & Santos (2001, p. 195):

“Quando julgar que seus serviços são insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o poder público poderá recorrer aos serviços privados de saúde, mediante celebração de contrato ou convênio, observadas as normas de direito público (artigo 24 e parágrafo único) e o disposto no parágrafo 3º do artigo 195 da Constituição.”

Alguns pontos acerca da referida participação complementar na Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90 merecem destaque, tais como: o respeito às normas do direito público, mediante contrato ou convênio (artigo 24 e parágrafo único), a preferência a ser dada às entidades filantrópicas e sem fins lucrativos (artigo 25), bem como à submissão do contratado aos critérios, valores e parâmetros estipulados pelo Ministério da Saúde para cobertura assistencial (artigo 26). Assim como os contratados deverão reger-se, como prestadores, aos princípios e diretrizes do SUS.

Pressupõe-se, portanto, dados os termos da legislação do SUS acima expostos, que o julgamento de valor do poder público, quanto à necessidade de contratação do SPSS, depende de critérios e prerrogativas tanto do direito público, de regras de contratação, bem como da Constituição Federal e da Lei Orgânica da Saúde.

Em outras palavras, conforme destacam Carvalho & Santos (idem, p. 21), a permissividade da participação da iniciativa privada, constante da legislação do SUS e da Constituição Federal, não a isenta de seguir a normatividade consensuada para organização do sistema de saúde. Vale recorrermos ao texto literal dos autores:

“O princípio constitucional de que a ‘assistência à saúde é livre à iniciativa privada’ não tem o condão de retirar o setor privado do campo de incidência da normatividade dos poderes públicos imanente à área da saúde.”

Há todo um arcabouço legal, por conseguinte, que regula a participação da iniciativa privada, ainda que a realidade dos municípios e estados do país possa, por vezes, prescindir de princípios e regras constantes da legislação vigente, assim como nas práticas do nível federal<sup>121</sup>. Ainda assim, não podemos deixar de

---

<sup>121</sup> Um dos itens colocados na Legislação do SUS (Lei 8.080/90) diz respeito justamente à delimitação de que “nenhum dirigente, administrador ou proprietário de entidades ou serviços contratados no âmbito do SUS poderá exercer cargo nos serviços públicos de saúde (artigo 26, parágrafo 4º)”. In: Carvalho & Santos (2001,

atentar para o fato de que a “gestão do Sistema Único de Saúde passa a ser tripartite com o advento da Constituição” (Marques Neto, 2003: p. 55).

No entanto, os princípios e regras constantes do arcabouço legal, bem como os critérios da última normatização do Ministério da Saúde (NOAS 01/02) deixam claras algumas atribuições do poder público no que se refere aos prestadores privados do SUS, nas diferentes esferas de governo. Marques Neto (2003, p. 47), ao estudar a NOAS e tratar da questão do controle interno ao SUS, destaca o item 44 desta Norma:

“O controle e a avaliação dos prestadores de serviços, a ser exercido pelo gestor do SUS responsável de acordo com a condição de habilitação e modelo de gestão a ser adotado, compreende o conhecimento global dos estabelecimentos de saúde localizados em seu território, o cadastramento dos serviços, a condução de processos de compra e contratualização de serviços de acordo com as necessidades identificadas e legislação específica, o acompanhamento do faturamento, quantidade e qualidade dos serviços prestados, entre outras atribuições.”

Cabe, portanto, ao poder público a regulação, acompanhamento, controle e avaliação dos serviços prestados ao SUS, no interior da prática do que se intitula controle interno. Além disso, frisa Marques Neto (*idem*, p. 48), ao tratar da NOAS, sobre a necessidade de que o contratante, ou seja, o poder público, “gestor do contrato”, mantenha um “cadastro ‘completo e fidedigno’ das entidades contratadas ou conveniadas”.

---

p. 206-207). No entanto, não podemos dizer que esta proibição seja atendida em todas as gestões de governo. Particularmente em cidades menores, a delimitação público-privado parece ter outras dificuldades. Não é tão incomum um secretário de saúde, por exemplo, ser sócio de alguma clínica credenciada ao SUS, ainda que *informalmente*.

Além disso, acopla-se às responsabilidades do poder público responder a determinadas questões que podem surgir no atendimento prestado pelo setor contratado do SUS, como podemos ver nas observações de Carvalho & Santos (2001, p. 196-197):

*"Dada a peculiaridade da organização do SUS, em que as entidades privadas participantes, complementarmente, do sistema, são o próprio sistema prestando assistência pública à saúde da população, de forma indireta, o estado, como poder público, responderá também pelo dano ou lesão causada ao paciente por ato da equipe de saúde do estabelecimento privado contratado pelo SUS (União, estados-membros, Distrito Federal e municípios)."*  
[grifo dos autores]

Tais regras inserem-se no campo da responsabilidade do poder público por tudo aquilo que seja considerado de relevância pública, tais como os serviços privados de saúde contratados pelo SUS. Diante destas regras, cabe inclusive a este indenizar o usuário em caso de comprovação do dano por este sofrido (idem).

Vê-se, portanto, principalmente de acordo com as condições de habilitação de municípios e estados, que há um grande rol de atribuições e responsabilidades inerentes às esferas subnacionais de governo. Isto tendo se intensificado com o processo de descentralização a partir dos anos 90.

Além destes aspectos, destaca-se o fato de que todos os serviços financiados pelo SUS, privados ou públicos, se inserem na amplitude da oferta de serviços públicos de saúde. Não somente a questão do financiamento mas a própria necessidade de submissão do contratado às regras e critérios de regulação do SUS conferem um caráter público aos serviços prestados por aquele. Como muito bem ressalta Marques Neto (2003, p. 16):

"É importante notar que a prestação dos serviços no âmbito do Sistema Único de Saúde por entidades privadas não deixa de caracterizar prestação de serviços públicos de incumbência do Estado. Ou seja, o fato do poder público executar os serviços por meio da contratação de terceiros - particulares - que atuam em seu nome em nada reduz o caráter público da prestação."

A própria historicidade de nosso sistema de saúde, o qual sempre inseriu a participação da iniciativa privada no interior do sistema, não possibilitaria, de fato, a completa estatização ou exclusão das unidades privadas partícipes. Nossa preocupação advém justamente da indagação a respeito de quais distorções podem ter advindo desta histórica participação.

Além disso, questionamos se realmente o poder público avalia as necessidades de contratação segundo critérios claros e rigorosos, e que tenham a ver com avaliação das necessidades de saúde da população, em conjunto com esta. E também indagamos se a contratação de serviços, como se prevê, tenha a ver com a organização loco-regional do sistema público de saúde.

O poder público cumpre suas obrigações no que diz respeito ao seu poder e dever fiscalizatório em relação à iniciativa privada que presta serviços ao SUS? O controle interno, conforme previsto na legislação, vem sendo efetivamente praticado?

Diante destas questões, embora reconheçamos a relevância do chamado controle interno sobre os prestadores pelas instâncias subnacionais e nacional de governo, não desconsideramos aqui a importância do **controle externo** sobre as ações do poder público. Caso contrário, se não houvesse controle externo, o poder público representaria a tirania do Estado na contratação e regulação do setor privado.



Insere-se neste contexto a possibilidade de ações de controle externo ao poder público<sup>122</sup> que poderão, através de uma ação conjunta entre Conselhos de Saúde, Tribunais de Contas e Ministério Público, denunciar, regular e punir eventuais deslizes e descumprimentos em relação à legislação posta<sup>123</sup>.

Não queremos, com isto, reforçar o discurso meramente *legalista* a respeito do SUS, embora consideremos a importância de determinadas conquistas conceituais e de princípios na legislação vigente, bem como a definição de competências e atribuições das três esferas de governo na relação com a iniciativa privada.

Mas atentamos para a relevância do controle externo e, no que compete particularmente aos Tribunais de Contas, enfatiza Marques Neto (ibidem, p. 48-49) a atribuição de fiscalização, por estes Tribunais, dos repasses efetuados pelo SUS à iniciativa privada, conforme vemos adiante:

“Por outro lado, é da sistemática federativa que os contratos, convênios e outros instrumentos jurídicos celebrados no âmbito de cada esfera de governo seja submetida à apreciação e fiscalização do Tribunal de Contas competente para o julgamento dos atos daquela esfera. No caso concreto ora analisado, caberia aos Tribunais de Contas estaduais - e, eventualmente, ao Tribunal de Contas do Município, caso existente - a apreciação dos contratos celebrados com particulares para a prestação dos serviços de saúde pelos Estados ou Municípios encarregados da gestão do sistema, no âmbito do seu território.”

---

<sup>122</sup> Ainda que também caiba ao poder público a tarefa de fiscalização, controle, avaliação, acompanhamento e regulação do setor privado de serviços de saúde sob seu território, tanto o setor contratado pelo SUS quanto a assistência suplementar.

<sup>123</sup> As atribuições dos Conselhos de Saúde estão presentes na Lei Orgânica 8.142/90, bem como em seus estatutos e regimentos. Enquanto que as atribuições dos Tribunais de Contas e do Ministério Público possuem legislação própria, de forma menos genérica que no texto Constitucional.

Portanto, como vimos destacado acima nos estudos dos referidos autores, tanto o controle interno quanto o externo é que deverão reger a participação da iniciativa privada no setor saúde. Para tanto, é de mister importância que o controle interno atenda aos princípios e diretrizes do SUS e possa, ao lado de um eficaz controle externo, ir regulando a relação público-privado no interior do sistema de saúde. E isto ainda que a legislação do SUS possa, conforme apontam Carvalho & Santos (2001) ter sido "tímida" a respeito do tema:

"Realmente, a Lei Orgânica da Saúde foi tímida ao dispor sobre os serviços privados de saúde. Poderia ter disciplinado melhor o assunto, mantendo efetivo controle sobre determinadas ações e serviços privados de saúde" (p. 23).

Ainda assim, em que pesem possíveis ressalvas em relação ao marco legal e jurídico a respeito do SUS, não desconsideramos aqui alguns pontos relevantes deste aparato. A gestão e responsabilização tripartite a respeito da regulação do setor privado, pelo poder público, necessitam de estudos que aprofundem a avaliação de como esta prática vem se dando nas três esferas de governo.

Embora possam ser considerados precários alguns critérios para contratualização do setor privado pelo SUS, estes precisam ser avaliados e refinados de acordo com a significância e por vezes preponderância do setor privado em determinados serviços de saúde.

Iniciaremos, para tanto, no tópico seguinte, a discussão acerca de alguns aspectos desta contratualização, partindo do marco legal que a rege, mas também atentando para suas nuances práticas, dada a diversidade de nosso sistema de saúde.

## IV.2 - Distintos aspectos da contratualização entre gestão pública e setor privado na saúde

A participação da iniciativa privada no SUS é formalizada mediante celebração de contrato ou convênio entre as partes - contratante e contratado -, conforme descrito no artigo 24 da Lei Orgânica da Saúde.

Os contratos e convênios representam instrumentos jurídicos que darão forma e conteúdo à relação que o poder público estabelecerá com a iniciativa privada no SUS, quando esta se formaliza<sup>124</sup>.

Os referidos instrumentos acabam por significar formas distintas de contratualização, quando emparelhadas as unidades lucrativas e as não lucrativas. Para as primeiras, recomenda-se a celebração de contrato, enquanto que, para as segundas, o convênio<sup>125</sup>.

Tal recomendação, no entanto, apesar de oficial, não representa consenso entre juristas. A título de exemplo, discorreremos sobre os principais pontos levantados por Marques Neto (2003), ao discordar desta.

A princípio, cabe destacar o que oficialmente se diferencia entre os instrumentos jurídicos em questão:

“Convênio é acordo mas não é contrato. No contrato, as partes têm interesses diversos e opostos; no convênio, os partícipes têm interesses comuns e coincidentes. Por outras palavras: no contrato há sempre duas partes (podendo ter mais de dois signatários); uma, que pretende o objeto do ajuste (a obra, o serviço etc.);

<sup>124</sup> Dizemos isto porque há situações de vínculo entre a iniciativa privada e o SUS onde não há formalização, oficialização via os referidos instrumentos jurídicos, como, por exemplo, em situações nas quais a inexigibilidade de licitação possibilite contratação por intermédio de pagamento por faturas a empresas ou recibos para autônomos.

<sup>125</sup> Tal recomendação foi expressa em Parecer da Consultoria Jurídica do Ministério da Saúde CJ nº 021/95, de 17 de março de 1995. In: Marques Neto (2003, p. 25).

outra, que pretende a contraprestação correspondente (o preço, ou qualquer outra vantagem), diversamente do que ocorre no convênio em que não há partes, mas unicamente partícipes com as mesmas pretensões (...)” (Meirelles, H. L., 1994 apud Carvalho & Santos, 2001, p. 195-196).

Na linguagem jurídica, a celebração do contrato representa a oficialização de responsabilidades e obrigações das partes quando há divergência de interesses, sucedendo-se, com isto, a oficialização de uma relação de contraprestação<sup>126</sup>. Já no convênio, onde se parte do pressuposto de que há coincidência de interesses e busca de resultados comuns entre os partícipes, seria dedicado às entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos<sup>127</sup>.

Conforme vimos no tópico anterior, a legislação do SUS regulamenta a preferência a ser dada, no processo de contratualização, às entidades filantrópicas e sem fins lucrativos. Dado isto, podemos deduzir que a preferência está sendo dada ao instrumento jurídico do convênio, ou seja, à relação convencional.

Apesar desta preferência, dada a especificidade da temática da saúde, considerada de relevância pública, o poder público pode fixar e alterar cláusulas contratuais, em caso de celebração de contrato administrativo com entidades

<sup>126</sup> Traduzindo a expressão: o contratado deverá cumprir as cláusulas contratuais, da mesma forma que o contratante. Cabe ao contratado prestar contas, periodicamente, dos serviços prestados e, ao contratante, ressarcir-lo (através de pagamento por produção) por estes serviços de acordo com parâmetros e valores estabelecidos nacionalmente. No entanto, a Tabela do SUS, apesar de referência nacional para o custeio de procedimentos hospitalares e ambulatoriais, pode ser complementada pelos Tesouros Municipais e Estaduais, podendo existir, com isto, Tabelas Municipais, Regionais e Estaduais. A referida complementação está regulamentada na Portaria nº 1.606, do Gabinete do Ministério da Saúde, de 11 de setembro de 2001 (Cf. Orientações para contratação de serviços de saúde. Cadernos da SAS, Ministério da Saúde, 2001).

<sup>127</sup> Outra diferenciação entre contrato e convênio foi destacada por Marques Neto (2003, p. 20), quando este registra a regulamentação do tema pelo Decreto Federal nº 93.872, de 23 de dezembro de 1986:

“Art. 48. Os **serviços de interesse recíproco** dos órgãos e entidades de administração federal e de outras entidades públicas ou organizações particulares, poderão ser executados sob regime de mútua cooperação, **mediante convênio**, acordo ou ajuste.

Parágrafo único. Quando os **participantes tenham interesses diversos e opostos**, isto é, quando se desejar, de um lado, o objeto do acordo ou ajuste, e de outro a contraprestação correspondente, ou seja, o preço, o **acordo ou ajuste constitui contrato**.” [grifos nossos]

privadas. Isto porque "o interesse público se faz presente todo o tempo, conformando os termos contratuais" (Carvalho & Santos, 2001, p. 196).

Ainda que os termos da legislação recomendem a celebração de convênios com as entidades filantrópicas e sem fins lucrativos, e de contratos com entidades com fins lucrativos, Marques Neto (2003) diz possuir um "entendimento um pouco diverso a respeito". Para o autor, a "bilateralidade" e as "obrigações recíprocas" constantes dos convênios os aproxima dos contratos, "entendidos genericamente como instrumentos originadores de obrigações". Acentua, ainda, que os "convênios são também acordos de vontade (contratos em sentido amplo) na medida em que criam obrigações relativas para as partes conveniadas" (p. 21).

Dados estes apontamentos, o referido autor busca lançar críticas ao entendimento de que as entidades sem fins lucrativos, teoricamente por não visarem ao lucro, teriam as mesmas finalidades dos entes públicos, e por isto caberiam melhor em uma relação convenial, de cooperação e acordo. Como podemos ver nas próprias palavras do autor:

"Não compartilhamos de tal entendimento. A uma, porque não nos parece que os interesses envolvidos sejam coincidentes, mesmo no caso de ausência de finalidade lucrativa das instituições privadas. A duas, porque, a nosso ver, a persecução de finalidade lucrativa ou não pela entidade privada não é o divisor de águas neste caso" (idem, p. 25).

A discussão que aí se insere diz respeito ao fato de as entidades privadas serem "essencialmente" distintas das unidades públicas, com finalidades, ainda que coincidentes, mas com interesses distintos. Ou seja, a participação das entidades privadas no SUS, em caráter complementar, mediante contrato ou convênio, não as coloca no papel indelegável do Estado de prover, em

quantidade e qualidade suficiente, ações e serviços de saúde a toda a população do país.

Outra questão que também se coloca é a assunção, por parte de diversas entidades filantrópicas e sem fins lucrativos, de um mecanismo contraprestacional na relação com o SUS, ainda que este se formalize por meio de convênio.

Em recente **Oficina de Contratação de Serviços Privados Complementares ao SUS**, em Brasília, no momento do debate, um dos participantes, funcionário do Ministério da Saúde, frisou o fato de que a maioria dos convênios firmados é de “contratos disfarçados, são para pagamento por produção”.<sup>128</sup>

Partindo destas observações, Marques Neto<sup>129</sup> (ibidem, p. 29) ressalta, segundo seu parecer, a idéia de que o contrato seria o instrumento jurídico mais adequado para formalização da relação entre entidades privadas e poder público, e isto independente do caráter ou não de lucratividade das primeiras. O autor afirma isto por considerar que o referido instrumento possibilitaria maior controle, conferiria “estabilidade jurídica” e estabeleceria “instrumentos efetivos de responsabilização dos prestadores”.<sup>130</sup>

Outro ponto a ser discutido, a respeito do tema da contratualização, diz respeito à necessidade de realização de **licitação** para contratação dos serviços privados de saúde. Os critérios para esta realização estão regulamentados pela **Lei nº 8.666, de 1993, Lei de Licitações e Contratos Administrativos**, ainda em vigor.

<sup>128</sup> Tal Oficina foi realizada em Brasília, nos dias 24 e 25 de novembro de 2003, e organizada pelo Ministério da Saúde. O público-alvo da Oficina foi de Procuradores, Promotores e Profissionais dos Tribunais de Contas de todo o país. A autora teve a oportunidade de participar devido à autorização do Ministério da Saúde para tal.

<sup>129</sup> Na Oficina supracitada, o referido autor, Floriano P. de Azevedo Marques Neto, advogado e professor de Direito Público da Universidade de São Paulo, proferiu uma palestra e apresentou um documento, em formato de Minuta Inicial para Discussão. Este documento, além dos registros efetuados pela autora nesta Oficina, são os registros de base nas citações referentes à Marques Neto.

<sup>130</sup> Destaca, ainda: “No caso concreto, parece evidente que o Estado não poderia confiar a execução direta de serviço público essencial a particular com base em convênio, sob o risco de ver a continuidade e qualidade do serviço ameaçadas. A estabilidade jurídica, necessária tanto para o particular quanto para a Administração, só poderá ser atingida por meio da celebração de contrato administrativo, que conferirá maior segurança quanto ao repasse de recursos públicos, maiores instrumentos de controle e garantirá, finalmente, o equilíbrio econômico-financeiro do contrato para ambas as partes” (p. 27).

Ainda que a referida Lei não possua especificidades no que se refere às licitações na área da saúde, é ela que ainda regulamenta tal área no processo licitatório. Isto porque, segundo destacam Carvalho & Santos (2001, p. 197):

“Todos os ajustes da administração pública estão sujeitos ao princípio constitucional da licitação pública, que é o procedimento administrativo pelo qual o poder público busca encontrar a melhor proposta para a celebração do contrato administrativo (artigo 37, XXI, CF)”.

Mesmo na área da saúde, a referida Lei confere a necessidade de que o edital de licitação deixe claras as regras para o “critério de julgamento das propostas” (idem), de forma a esclarecer se este se baseia pelo menor preço, pela melhor técnica, ou a combinação de ambos.

No entanto, Marques Neto (2003) ressalta algumas precariedades que existem na referida Lei quando tratamos da temática da saúde e aponta para o fato de que, tratando-se de SUS e sua relação com particulares, a maioria dos casos se inseriria na **inexigibilidade de licitação** por parte do poder público<sup>131</sup>. Isto se daria, dentre outros motivos, pela questão levantada pelo autor:

“Tal finalidade, no caso específico da contratação dos prestadores privados de saúde, não pode ser alcançada por meio da licitação, configurando impossibilidade lógica e material de realizá-la. Com efeito, tanto o valor que remunerará os serviços a serem prestados pelos particulares quanto a sua qualidade técnica são previamente fixados pelo Poder Público, não admitindo **variação**” (p. 31). [grifo nosso]

---

<sup>131</sup> A inexigibilidade se apresenta, por exemplo, em situações nas quais não há concorrência ou quando todos os concorrentes podem ser contratados. A legislação que regula tal questão encontra-se no artigo 26 da Lei 8.080 e na Lei 8.666/93.

A inexigibilidade de licitação está ancorada na própria Lei de Licitações<sup>132</sup>, como vimos. A inviabilidade de competição, o que traduziria esta inexigibilidade, parece inserir-se em várias situações de contratação da iniciativa privada<sup>133</sup>, na área da saúde, pelo poder público. Isto também porque, conforme apontado anteriormente, a relevância pública da área da saúde a coloca em situações distintas de outros processos de licitação de serviços.

Apesar disto, a inexigibilidade não significa permissividade, ao poder público, à não formalização dos vínculos com o setor privado de serviços de saúde. Melhor dizendo, no texto do próprio Ministério da Saúde (2001):

**"A opção pela inexigibilidade de licitação não significa que o gestor público possa realizar contratações ao seu alvedrio. Ele deve, obrigatoriamente, realizar um processo público para a contratação dos serviços de saúde, e os contratos firmados devem cumprir os preceitos previstos na legislação pertinente"**<sup>134</sup> (p. 21)  
[grifos nossos]

No entanto, não parece haver total acordo entre os estudiosos da legislação do SUS sobre a opção pela inexigibilidade, a título de enriquecimento do debate. Carvalho & Santos (2001), por exemplo, criticam a prática de exclusão, pelos gestores, exceto nos casos previstos em Lei, do processo de licitação, bem como frisam ser esta uma prática comum no poder público. Ainda assim, não excluem a necessidade de uma cuidadosa avaliação técnica no caso da saúde:

<sup>132</sup> Segundo Carvalho & Santos (2001, p. 203): "Será inexigível a licitação quando o poder público pretender contratar *todos* os serviços de assistência à saúde existentes em determinada localidade. Estabelecidos os requisitos mínimos e feito o chamamento público, aqueles que satisfizerem os requisitos serão contratados pela administração, declarando-se inexigível a licitação". No entanto, como lembram os autores, "a dispensa ou a inexigibilidade de licitação não desobriga a administração do cumprimento dos preceitos da Lei nº 8.666/93" (p. 204)..

<sup>133</sup> Para iniciativa privada leia-se pessoa física e pessoa jurídica de direito privado. Segundo Carvalho & Santos (2001, p. 199), a "Carta de 1988 não buscou, no mencionado parágrafo 1º do artigo 199, vedar a participação de terceiros, *pessoas físicas*, no SUS". [grifo dos autores]

<sup>134</sup> In: Orientações para contratação de serviços de saúde. Caderno da SAS, Ministério da Saúde (2001).



"Os serviços médicos, hospitalares, laboratoriais etc. pressupõem minucioso exame de suas condições técnicas, uma vez que a qualidade e a eficiência são condições básicas para a sua contratação" (p. 198).

Os referidos autores consideram que pode haver determinadas vantagens no que se refere a prazos e condições de pagamento que podem beneficiar o poder público no processo licitatório (idem, p. 197).

Têm-se umas questões de fundo nesta discussão, tais como: i) o fato de a licitação prever que ganhe a proposta mais vantajosa, segundo os critérios constantes da Lei 8.666, não significa que a proposta seja mais vantajosa na especificidade da área da saúde; ii) os contratos podem ser refinados, esclarecer critérios de controle e avaliação, delimitar a prestação do contratado e as formas de repasse de uma forma mais detalhada do que nos convênios (segundo Marques Neto: 2003<sup>135</sup>); a inexigibilidade pode ser acionada em várias situações de contratação pelos próprios critérios estabelecidos na Lei de Licitações, ao tratar-se da saúde.

No caso da inexigibilidade, recomenda-se o critério do **chamamento público**, o qual visaria ao cadastramento de todas as instituições interessadas e que preenchessem "as condições mínimas de habilitação, definidas dentro do rol constante dos artigos 29 e 31 da Lei de Licitações" (Marques Neto, 2003, p. 35).

Tal temática não deixa de provocar debates no meio jurídico. Na Oficina realizada em Brasília, a qual citamos anteriormente, alguns juristas questionaram a informalidade que pode permear a prática do chamamento público e indagaram de que forma esta poderia ser restringida.

No entanto, em documento do próprio Ministério da Saúde<sup>136</sup>, o qual busca orientar gestores sobre as regras e os fundamentos da contratação de serviços de saúde, estão especificados os itens mínimos que deverão constar do Edital de

<sup>135</sup> Fala do autor na referida Oficina realizada em Brasília, em novembro passado.

<sup>136</sup> In: Orientações para contratação de serviços de saúde. Caderno da SAS, Ministério da Saúde (idem).

**Chamada Pública**, bem como os indicadores que poderão estar norteando o processo de avaliação da contratação. Ou seja, a informalidade não precisa ser prática corrente e nem condição deste processo de contratação.

Neste mesmo documento estão também especificados os tipos de contrato que podem ser celebrados entre entes públicos, bem como entre estes e entidades privadas.

Os formatos dos contratos têm a ver com “as características dos prestadores”, e estes podem se traduzir nos seguintes instrumentos:

- a) **Termo de Compromisso entre Entes Públicos** - instrumento criado pela NOAS 01/02, o qual envolverá a pactuação de metas e a orçamento de unidades que estão sob gerência de um nível de governo e sob gestão de outro;
- b) **Convênio** - recomendado às relações entre entes públicos e unidades filantrópicas e sem fins lucrativos;
- c) **Contrato de gestão** - “entre gestores do SUS e entidades privadas sem fins lucrativos qualificadas como organizações sociais”;
- d) **Contratos de serviços** - “entre gestores do SUS e prestadores privados com fins lucrativos numa lógica de pagamento por produção”<sup>137</sup>.

Recomenda-se, além dos instrumentos acima especificados, de acordo com a natureza jurídica e característica dos prestadores, que o poder público leve em consideração, preliminarmente à contratação de serviços de saúde, as características epidemiológicas, demográficas e econômico-sociais de sua territorialidade.

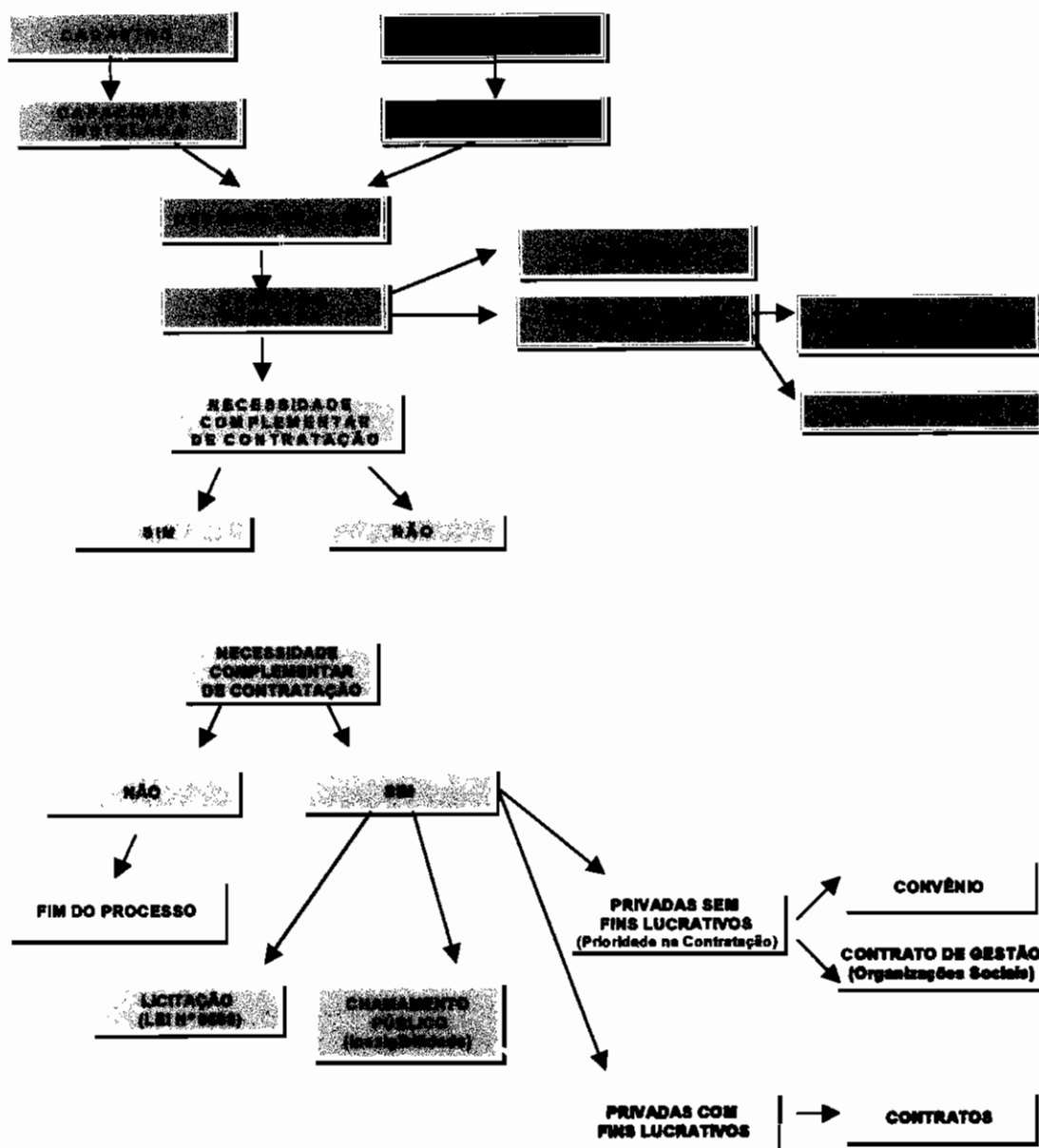
Na **Figura 1** o leitor poderá ter acesso ao Fluxo de Contratação de Serviços que deverá nortear o gestor público no processo de formalização da relação com entidades contratadas.

---

<sup>137</sup> Ibidem, p. 32-33. Cf. para detalhamento de regras e fundamentos da contratação.

Figura 1

## FLUXO DE CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS



Fonte: Apresentação do Ministério da Saúde, Brasília, novembro de 2003.

Há, portanto, uma série de recomendações a respeito do conteúdo mínimo de cada tipo de contrato, assim como diversos requisitos que os contratados deverão cumprir para formalização da relação de prestação de serviços de saúde ao poder público.

Embora a legislação e normatização vigentes prevejam um rol de etapas e procedimentos a serem processados, a realidade do país, no que concerne à formalização efetiva dos contratos parece apontar para uma direção de extrema informalidade.

Apesar de não termos utilizados os dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES<sup>138</sup>, ainda em processo final de implantação e consolidação dos dados, recorreremos aos dados estimados no referido cadastro e utilizados por Matos & Pompeu (2003).

Os referidos autores, ao estudarem a temática da situação de regularização dos contratos<sup>139</sup> pelo banco preliminar do CNES, demonstram que os “dados sugerem que apenas 13,11% da rede privada vinculada ao SUS têm sua situação contratual formalizada” (p. 636). Dados gritantes, por conseguinte! [grifo nosso]

Além disso, os contratos formalizados devem ser renovados a cada cinco anos, dado que seu prazo legal de vigência deverá ser de no máximo 60 meses, devendo ser renovados quando de interesse entre as partes. Se fizermos, portanto, uma análise da temporalidade de vigência dos contratos, veremos quão alarmante é a situação. Matos & Pompeu (idem, p. 635-636)) discorrem muito bem sobre o assunto:

---

<sup>138</sup> “O CNES foi elaborado com base nas Fichas Cadastrais de Estabelecimentos de Saúde (FCES), instituídas pela portaria SAS 376/2000, e posteriormente modificada pela portaria MS/SAS nº 511/2000 que aprova a referida ficha cadastral e o seu Manual de Preenchimento” (Matos & Pompeu, 2003, p. 633). *Onde estão os contratos? Análise da relação entre os prestadores privados de serviços de saúde e o SUS*. In: Economia e Gestão da Política de Saúde. Revista Ciência & Saúde Coletiva, volume 8, número 2.

<sup>139</sup> O CNES representa a busca de cadastramento de todas os estabelecimentos de saúde, vinculados ou não ao SUS. Dentre os seus campos de preenchimento, há o dado a respeito de contrato formalizado ou não das entidades com o SUS, quando a este vinculadas.

“O CNES registra 3.547 contratos, o que poderia significar que 31,41% [dentre os 11.293 estabelecimentos que prestam algum serviço ao SUS] da rede privada está contratada. No entanto, ao se analisar as Fichas Cadastrais de Estabelecimentos de Saúde, descobre-se que há contratos firmados nas décadas de 1950 a 1980 e que nunca foram renovados. Boa parte dos contratos são os famosos contratos firmados entre o Inamps e a rede hospitalar a ele vinculada. Dos 3.547 contratos (...), apenas 1.481 foram firmados a partir de 1998, o que significa que somente esses podem ainda ser válidos (...).” [grifo nosso]

Estes dados alarmantes sugerem que muito há para ser feito, no que se refere à formalização e regulação da relação existente entre o poder público e o setor privado de serviços de saúde no país.

No próximo tópico, estaremos justamente tentando “mapear” a forma como vem se dando o perfil de oferta do setor privado no SUS, de forma a termos um panorama geral, e não somente contratual, deste setor no sistema de saúde brasileiro, a partir dos anos 90.

### IV.3 - O que “dizem” os dados oficiais: mapeando o setor no país

Para análise de nossa temática, no que se refere aos dados oficiais, optamos por trabalhar com dados referentes às áreas hospitalar e ambulatorial no período de 1995 a 2003.

Há algumas razões para tal escolha, tais como, a maior precariedade na alimentação dos Sistemas de Informação oficiais no período anterior, devido a ainda não inclusão de determinados hospitais nestes Sistemas, tais como os Hospitais de Sindicatos (a partir de maio de 1992), os Universitários de Pesquisa (a partir de maio de 1991), bem como os Hospitais Federais com Verba Própria, a partir de junho de 1995<sup>140</sup>.

Além do exposto acima, optamos por iniciar a análise dos dados no que se refere ao ano de 1995 devido à conversão da moeda brasileira pelo Plano Real, a partir de julho de 1994. De tal forma, com o período eleito, trabalhamos com a mesma moeda, sem conversão, para análise dos valores repassados ao SUS. Assim, estaremos utilizando dados comparáveis, visto que os dados dizem respeito à mesma moeda.

Outro fator relevante refere-se à disponibilidade dos dados referentes à área ambulatorial somente a partir de 1994. Então, para efeitos de comparação entre o que se sucedeu com os prestadores do SUS, nas áreas hospitalar e ambulatorial, no que se refere aos dados oficiais, nossa análise estaria prejudicada caso trabalhássemos com um período anterior para a área hospitalar.

Desta forma optou-se pela utilização dos dados acerca da capacidade instalada e de produção de procedimentos por tipo de prestador, natureza e regime<sup>141</sup>,

---

<sup>140</sup> In: Rede Hospitalar do SUS - Notas Técnicas, disponíveis no site [www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br).

<sup>141</sup> Para a área hospitalar, o DATASUS possibilita tabulações de acordo com o regime do prestador, assim distribuído: a) **público**: próprios, federais, federais com verba própria, estaduais e municipais; b) **privado**: contratados, filantrópicos e de sindicatos; c) **universitários**: de ensino e de pesquisa, sem especificação, no entanto, do que seja público ou privado.

constantes do Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS), bem como do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA-SUS).

Apesar das críticas referentes à qualidade dos dados, consideramos que os dados oficiais, disponibilizados pelo Sistema Nacional de Informação do SUS, representam importante ferramenta em nosso estudo, na medida em que são os únicos dados disponíveis para as análises às quais nos propomos.

Apesar do fato de que o Ministério da Saúde vem implantando o recadastramento de todas as unidades de saúde do país, hospitalares e ambulatoriais, públicas (vinculadas ao SUS) e privadas (não vinculadas ao SUS), ainda não foi possível termos acesso ao banco nacional do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES, implantado em agosto de 2003<sup>142</sup>. No entanto, deixamos registrada a importância que atribuímos a estudos posteriores que possam comparar os dados de capacidade instalada do SUS constantes do SIH-SUS e SIA-SUS, com os dados do CNES<sup>143</sup>.

No entanto, no caso deste estudo, não foi possível obter a partir deste banco de dados, a informação referente à produção de procedimentos, ambulatoriais e hospitalares, visto que as informações disponibilizadas por este cadastro referem-se ao “retrato” da capacidade instalada em um determinado período do ano.

---

Na verdade, cada tipo de hospital, por regime, significa uma agregação, feita pelo DATASUS, da natureza jurídica das unidades. Cf. [www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br), em Notas Técnicas.

<sup>142</sup> Cf. Idem.

<sup>143</sup> A partir da implantação do CNES, “foram extintas as categorias Próprios, Federais com verba própria e Estaduais com verba própria”; também foi “extinta a categoria Filantrópicos isentos de tributos e contribuições federais”; a partir daí passou-se a classificar as unidades universitárias em públicas e privadas. Este último aspecto possibilitará a posteriores estudos a análise da proporcionalidade do peso das unidades universitárias privadas em comparação com as públicas, o que foi impossibilitado em nosso estudo. Tal dado só pode ser obtido para a área ambulatorial, e isto após novembro de 1999, com a mudança da Tabela de Procedimentos Ambulatoriais do SUS.

#### IV.3.1 - A área hospitalar

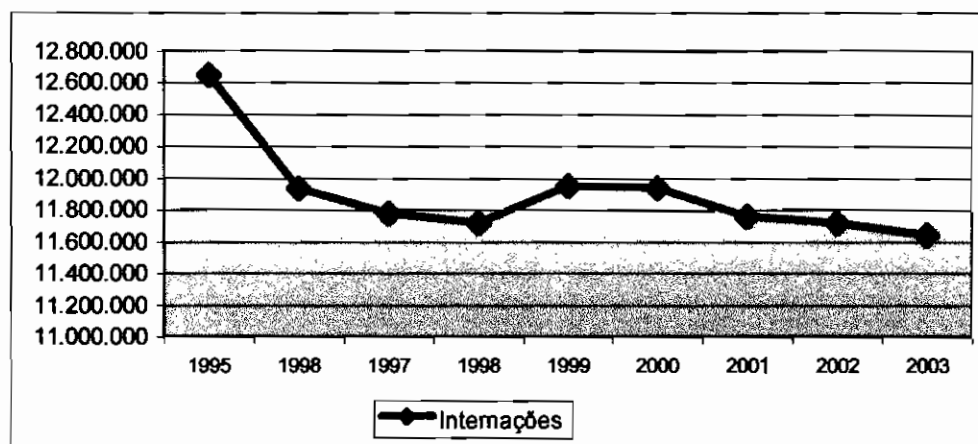
Uma diversidade de dados pode ser obtida através dos sistemas de informação do SUS mais especificamente, do SIA/SUS e do SIH/SUS. Faz-se necessário, portanto, elencar as informações para análise de nosso objeto específico de estudo.

A princípio, elegemos os dados a respeito das internações hospitalares no país, no que se refere ao total de internações e valor total pago de procedimentos hospitalares no período estudado.

No Gráfico 1, que apresenta o total das internações hospitalares, pode-se visualizar a queda do número total de internações no país, de 1995 a 2003. No entanto, ao compararmos o valor total pago pelos procedimentos hospitalares, no mesmo período, no Gráfico 2, os dados sugerem um movimento inverso, de ascensão.

**Gráfico 1 - Total das Internações Hospitalares do SUS**

Período: 1995 - 2003, Brasil

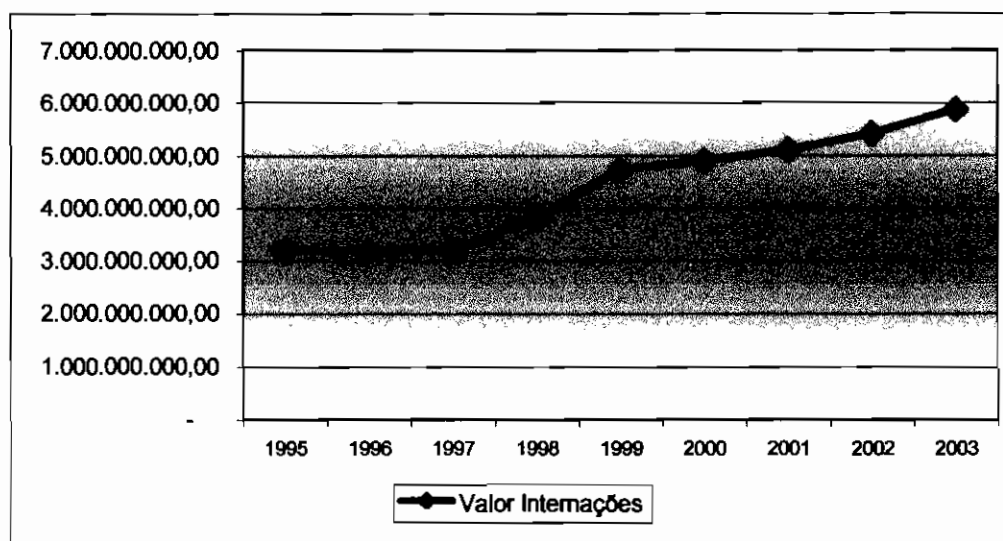


Fonte: SIH-SUS, 1995 - 2003



**Gráfico 2 - Valor Total das Internações Hospitalares do SUS**

Período: 1995 - 2003, Brasil



Fonte: SIH-SUS, 1995 - 2003

Para efeito de controle do total das internações no referido período, buscou-se os dados referentes ao montante de leitos e de unidades hospitalares. A comparação destas tendências apontou para a queda de ambos, sendo a variação percentual respectivamente, de 15,06% e 8,56%<sup>144</sup>. Estes achados parecem sugerir o fechamento ou descredenciamento, junto ao SUS, de leitos e unidades no período<sup>145</sup>, ainda que o custo das internações tenha aumentado. No entanto, parece relevante comentar.

O aumento do valor total das internações, em comparação com a queda do número total de internações registradas. Tal fato pode ter como fatores determinantes, o aumento da complexidade dos procedimentos hospitalares, isto é, de maior custo, bem como as mudanças nos valores dos procedimentos da Tabela do SIH-SUS, visto que as mudanças nos valores dos procedimentos são

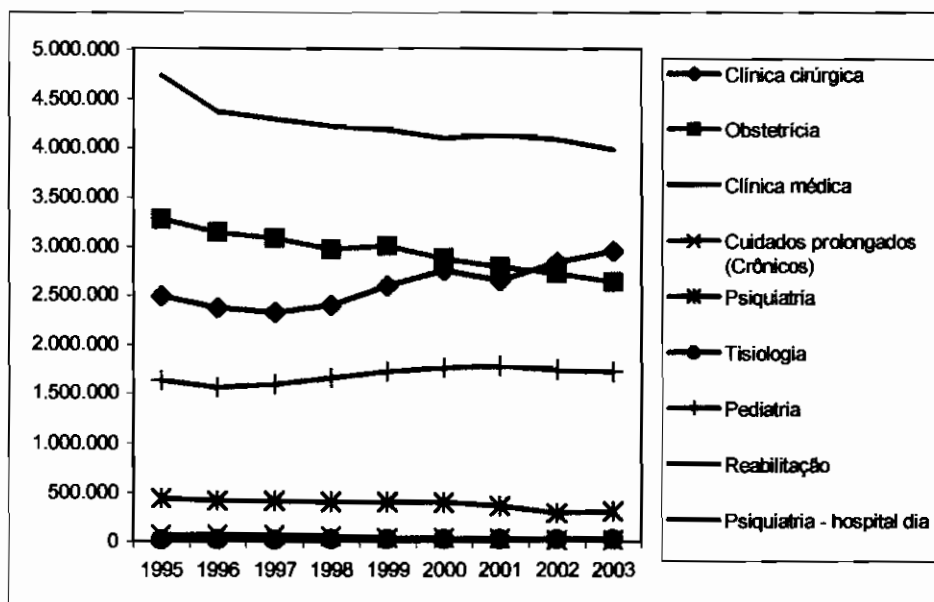
<sup>144</sup> Para tanto, comparamos a capacidade instalada referente a julho de 2003, em comparação com janeiro de 2005. Fonte: SIH-SUS, Brasil.

<sup>145</sup> Em recente Oficina da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, SES/RJ, com a Região Metropolitana I (Município do Rio de Janeiro e municípios da Baixada Fluminense), através de comunicação pessoal, a autora teve a oportunidade de obter informações a respeito da diminuição do número de leitos de clínica médica em várias unidades, inclusive nos hospitais universitários, nos últimos anos.

periódicas. Ainda assim, consideramos pertinente avaliar como se deu este movimento por tipo de especialidade na área hospitalar.

Os Gráficos 3 e 4 são bem ilustrativos quando analisamos a frequência de internações e o valor total por especialidade.

**Gráfico 3 - Frequência Total das Internações Hospitalares do SUS, por Especialidade**  
Período: 1995 - 2003, Brasil

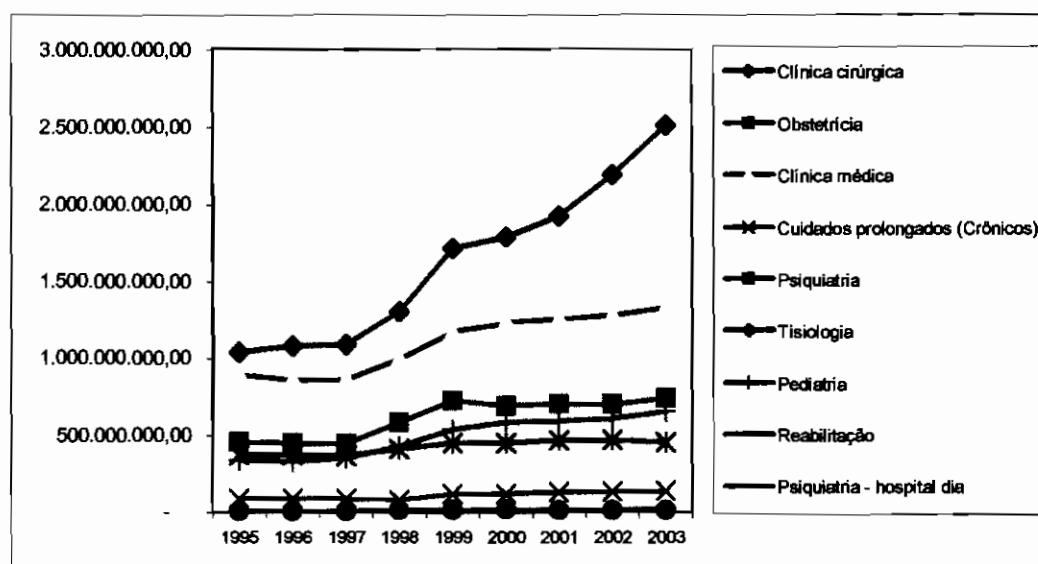


Fonte: SIH-SUS, 1995 - 2003

Ao compararmos os referidos gráficos, os dados apontam para queda no número total de internações em Clínica Médica e Obstetrícia no período. No entanto, percebemos que a Clínica Médica continua sendo a especialidade que mais interna, em números absolutos, ainda que em relativa queda no período. O contrário se dando com a Clínica Cirúrgica.

No que se refere ao valor pago, podemos, portanto, inferir sobre o peso da Clínica Cirúrgica, até mesmo pela complexidade que esta envolve, e que, conseqüentemente, envolve procedimentos mais custosos e com valores mais altos na Tabela de Procedimentos Hospitalares.

**Gráfico 4 - Valor Total das Internações Hospitalares do SUS, por Especialidade Período: 1995 - 2003, Brasil**



Fonte: SIH-SUS, 1995 - 2003

No entanto, quando nos referimos aos valores dos procedimentos da referida Tabela, atentamos para a diversidade que estes apresentam. Até mesmo em uma mesma especialidade há variações. Por exemplo: na Clínica Médica pode haver procedimentos com diferentes graus de remuneração, fazendo com que os procedimentos considerados mais complexos possam ser mais bem remunerados. No entanto, somente análises complementares podem chegar a uma efetiva conclusão a respeito.

O aumento, portanto, do valor dos procedimentos de Clínica Médica, de 1995 a 2003, pode dizer respeito ao aumento de complexidade de procedimentos ofertados, nesta especialidade, pela rede SUS; como também a mudança no valor dos procedimentos no decorrer do tempo, dado que o Ministério da Saúde pode, em determinados momentos, remunerar os procedimentos de forma diferenciada, de acordo com vários aspectos<sup>146</sup>.

<sup>146</sup> A própria definição do que são procedimentos estratégicos, de alta, média ou baixa complexidades, advém de portarias do Ministério da Saúde, ao qual, pela lógica de financiamento vigente, se computa o direito de regular sobre aumento ou diminuição do financiamento de determinados procedimentos. Além disso, é facultada aos municípios a possibilidade de complementação da Tabela de Procedimentos através do Tesouro

Outro aspecto a ser considerado diz respeito a alguns dos efeitos da política de descentralização nos anos 90: o inegável aumento da cobertura ambulatorial e da participação dos municípios no financiamento e prestação de serviços, o que poderemos destacar no decorrer da análise dos dados. Nesse sentido é possível que o aumento da cobertura ambulatorial possa ter incrementado o rol de cirurgias ambulatoriais básicas e de procedimentos de clínica médica em ambulatórios da rede, em vez de em unidades hospitalares propriamente ditas.

Um outro aspecto merece igualmente ser considerado, como sobre os efeitos da transição epidemiológica no país nos últimos 30 anos, a qual trouxe novos desafios à assistência à saúde, tais como o impacto das doenças cardiovasculares, das neoplasias, bem como das chamadas causas externas<sup>147</sup>. No Anexo 4 estão disponíveis as principais causas de internação, por Grupo da Classificação Internacional de Doenças, CID-X, e valor pago, por unidade da federação do país.

No Anexo 1, o leitor pode visualizar o peso dos principais procedimentos hospitalares de alta complexidade realizados pelo setor privado, os quais acabam por refletir a predominância das causas cardiovasculares, das causas externas e das oncológicas no alto volume de prestação de serviços deste setor ao SUS.

Vale, de antemão, atentar, nos dados constantes do Anexo 4, para a proporcionalidade do item “sem informação” no grupo de causas, o que nos faz suscitar a baixa qualidade dos dados. Mas também há a questão de que os dados citados se referem a um acumulado de nove anos, impossibilitando-nos, com isso, uma análise de tendência no tempo.

A partir dos dados referentes à tendência das internações e dos valores pagos na área hospitalar, inclusive por especialidade, buscamos analisar esta tendência por tipo prestador e natureza jurídica das unidades. Dado nosso objeto de

---

Municipal, podendo haver, com isto, “tabelas municipais” e/ou “regionais” que diferem da Tabela Nacional. No entanto, este “plus” referente às referidas tabelas não constam do sistema nacional de informação.

<sup>147</sup> Dentro do rol de causas externas, incluem-se lesões de vários tipos, envenenamento, homicídio, etc.

análise, procuramos desvelá-lo pela variável da “contratualização” com o SUS, através da avaliação de como isto vem se dando em termos de natureza jurídica e regime do prestador.

Nos Gráficos 5 e 6 podemos comparar, por natureza do prestador do SUS, valores referentes ao total de internações e valores pagos, de 1995 a 2003. Cabe debruçar-se sobre eles.

Como vimos no Gráfico 1, ainda que o total de internações tenha diminuído no período, os dados constantes do Gráfico 5 apontam para o decréscimo deste total nas unidades hospitalares contratadas, enquanto que há um significativo aumento do número de internações no setor “filantrópico isento de tributos e contribuições sociais”, a partir de 1997. Reparemos que, concomitante a este aumento, houve a queda de internações no setor “Filantrópico”, o que se deve à mudança da natureza jurídica deste último prestador no referido ano<sup>148</sup>.

Pode-se notar, portanto, no Gráfico 5 a ascensão das internações nas seguintes categorias de prestadores: “Universitários de Pesquisas isentos de tributos e contribuições sociais”, bem como nos “Filantrópicos Isentos de Imposto de Renda e Contribuição sobre o Lucro Líquido”. Aliando-se estes dados ao que foi exposto anteriormente, salientamos o peso, nas internações, no período, da migração de natureza jurídica de alguns prestadores, onde estes foram inegavelmente beneficiados pelo aparato da legislação vigente a partir de 1997.

---

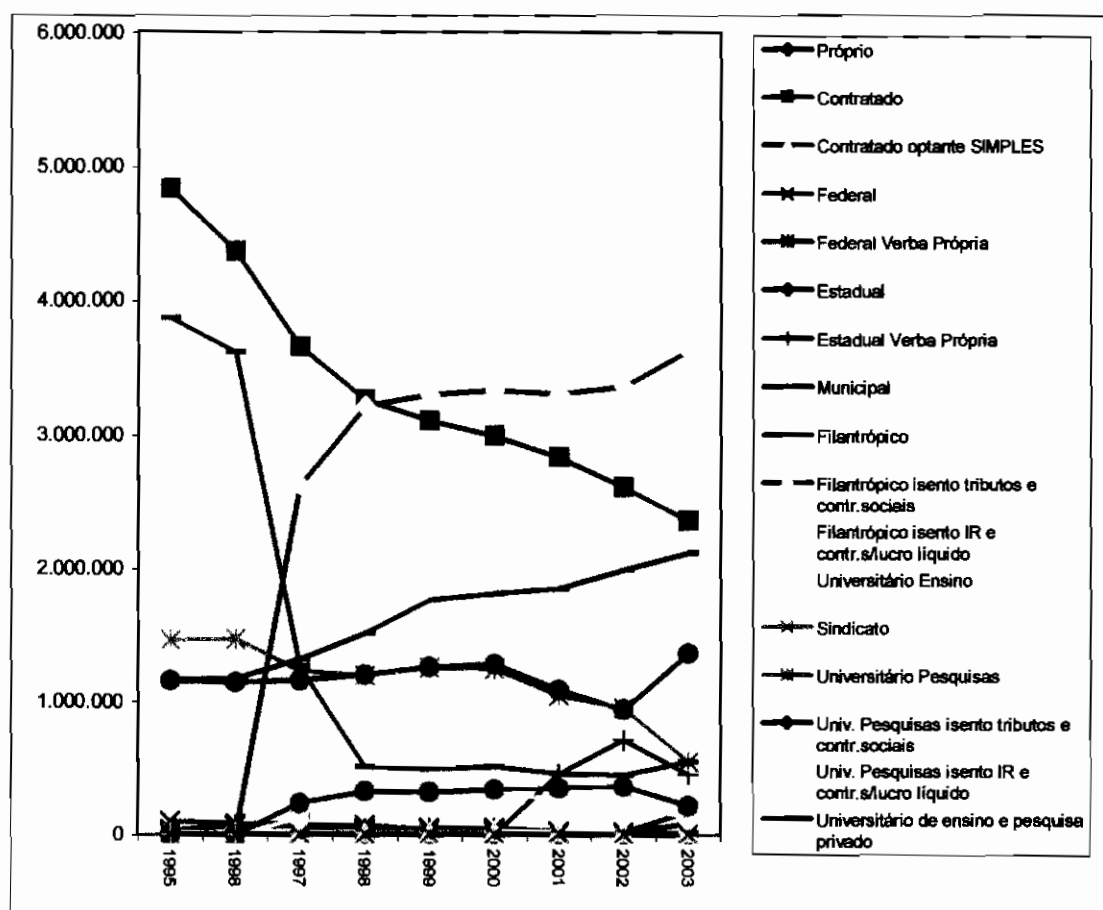
<sup>148</sup> Segundo dados obtidos no site do Datasus, a partir de fevereiro de 1997, através da Instrução Normativa 01/97, da Receita Federal, foram criadas algumas categorias de prestadores, com vistas “à necessidade de discriminar os hospitais filantrópicos relativamente ao recolhimento de impostos”. In.: Notas Técnicas do SIH-SUS. Para tanto, a partir desta Instrução Normativa, foram criadas as seguintes categorias: a) “Hospitais Filantrópicos isentos de tributos e contribuições federais”; b) “Hospitais Filantrópicos isentos de Imposto de Renda e da Contribuição sobre o Lucro Líquido”; c) “Hospitais Universitários de Pesquisa, isentos de tributos e contribuições”; d) “Hospitais Universitários de Pesquisa, isentos de Imposto de Renda e da Contribuição sobre o Lucro Líquido”.

Os “Hospitais Universitários de Ensino e Pesquisa Privado” entraram no sistema de informação a partir de abril de 2002, o que impossibilita a análise da tendência das internações nesta categoria no período com o qual estamos trabalhando.

Conforme vimos no capítulo anterior, alguns hospitais podem adquirir uma série de isenções, caso sigam alguns requisitos elencados.

Gráfico 5 - Total de Internações Hospitalares do SUS, por Natureza do Prestador

Período: 1995 - 2003, Brasil



Fonte: SIH-SUS, 1995 - 2003

Note-se, ainda, no Gráfico 5 a ascensão, a partir de 2000, das internações nos Hospitais Estaduais com Verba Própria, o que pode sugerir uma melhoria na alimentação do SIH-SUS, visto que nestas unidades, por terem orçamento próprio, assim como nas federais, o registro dos procedimentos realizados ainda é precário. Isto causa inegáveis distorções na informação, fazendo com que os prestadores que recebem por contra-prestação de serviços, com base no que faturam de procedimentos para o SUS, apesar das informações por vezes

duvidosas que fornecem<sup>149</sup>, tendem a se deter mais fortemente no processo de faturamento dos procedimentos tidos como realizados.

Mais proeminente que a linha referente aos Hospitais Estaduais, podemos visualizar os hospitais municipais, os quais inegavelmente aumentaram seu volume na prestação de procedimentos como também na participação sobre o montante de recursos federais do SUS. Os efeitos da municipalização, por conseguinte, refletiram-se nestes aspectos. Ainda assim, a participação dos setores contratado e filantrópico ainda representam os dois maiores prestadores ao SUS, tanto na frequência de internações quanto no volume de recursos financeiros a estes repassados (ver Gráfico 6).

Partimos, em nosso estudo, justamente da hipótese da ainda relevante e forte inserção do setor privado no SUS. Recorremos aos dados oficiais, além da revisão bibliográfica sobre o tema, para confrontar nossa hipótese inicial.

Na parte relacionada aos dados oficiais sobre capacidade instalada do sistema nacional, na área hospitalar, estes apontam para a proporcionalidade do setor privado na prestação de serviços ao SUS. Então, confrontamos estes dados com a chamada complementaridade que consta da legislação do SUS. Ao confrontá-los, indica-se algo mais amplo que uma mera complementaridade do setor na prestação de serviços de saúde no interior do sistema nacional.

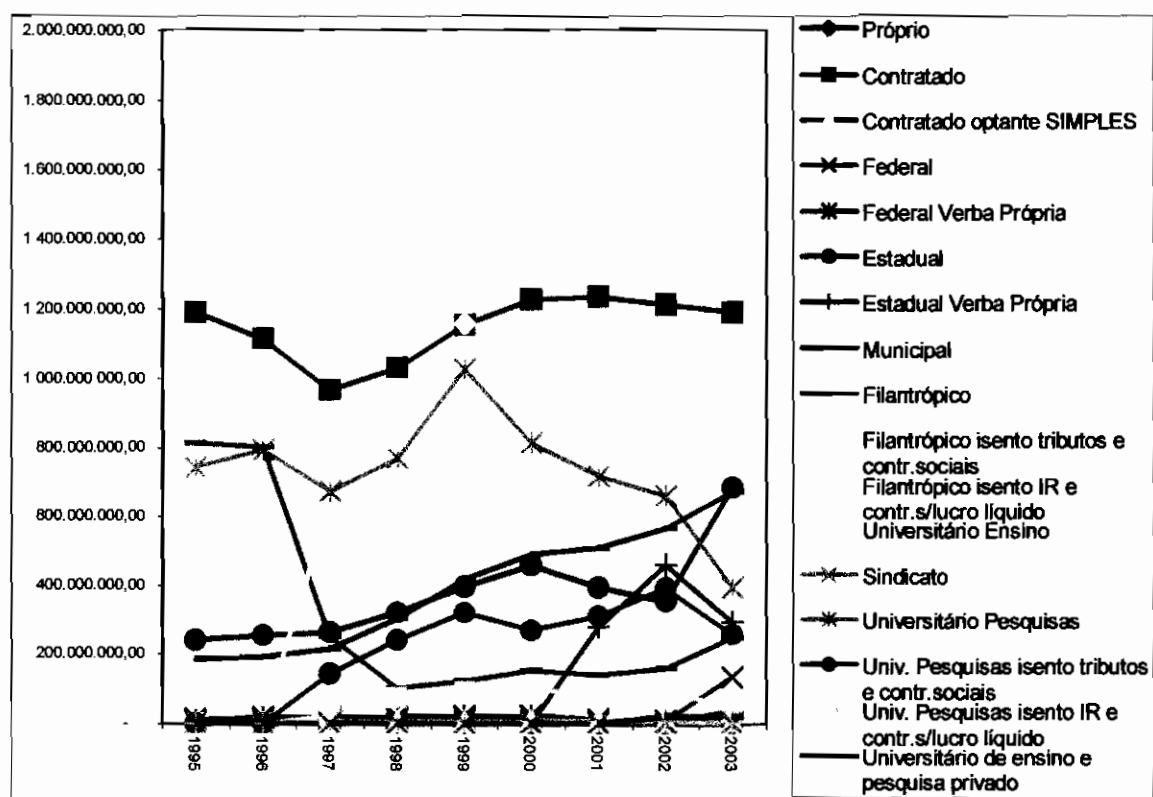
Nos Anexos 2 e 3 encontram-se os dados referentes ao percentual de leitos e unidades hospitalares, por unidade da federação.

---

<sup>149</sup> Em comunicação pessoal com o Diretor Geral do Centro de Desenvolvimento Tecnológico e Científico da SES-RJ, este frisou a necessidade de que as secretarias estaduais e municipais invistam nos mecanismos de avaliação tecnológica e na comparação entre o faturamento dos prestadores e a eficácia dos procedimentos realizados de acordo com a morbidade em questão. Na área de oncologia, por exemplo, tal setor vem desenvolvendo um estudo acerca das contra-indicações de alguns tratamentos chamados de “segunda linha” na quimioterapia. Tal tratamento só é indicado após esgotadas as possibilidades do tratamento de primeira linha, ou quando realmente indicados para iniciar o processo. No entanto, pela perversão da lógica de financiamento vigente, o tratamento de segunda linha é mais caro que o de primeira linha, o que faz com que alguns prestadores, ainda que não o utilizem, de fato, possam estar faturando como procedimento realizado. Ou, pior ainda: estejam sendo aplicados sem indicação!

Um detalhe: o que difere o segundo tratamento do primeiro é a mudança do medicamento utilizado.

**Gráfico 6 - Valor Total das Internações Hospitalares do SUS, por Natureza do Prestador, 1995 - 2003, Brasil**



Fonte: SIH-SUS, 1995 - 2003

De antemão, adiantamos que a proporcionalidade dos setores contratado e filantrópico indica sua importância e predominância na prestação de procedimentos hospitalares em vários pontos do Brasil. Em alguns estados, tais como Rio Grande do Sul, Minas Gerais, Santa Catarina e Sergipe a proporcionalidade do setor ultrapassa a casa dos 70% da totalidade dos leitos, enquanto que no país a média ultrapassa os 65% no percentual de leitos e chega a quase 60% no percentual de unidades.

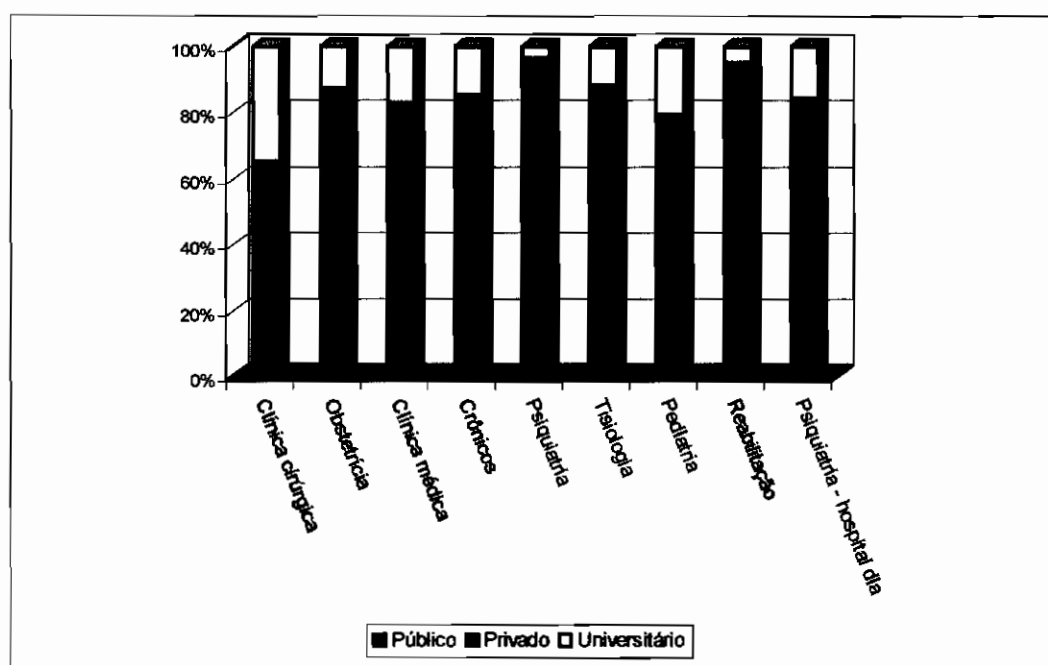
Já quanto ao setor universitário, sua totalidade não chega a 10%, embora este seja significativo em algumas unidades da federação, tais como Distrito Federal, Mato Grosso do Sul e Rio Grande do Sul, em comparação com outras. No entanto, nos Gráficos 5 e 6 os dados apontam para a relativa queda do setor Universitário de Pesquisas, ainda que este represente o terceiro na participação do total do



volume de recursos pagos. Vê-se o significativo aumento da participação do setor "Universitário de Pesquisas isento de tributos e contribuições sociais", a partir de 1997, o que novamente reflete mudança na natureza jurídica de alguns prestadores pela Instrução Normativa 01/97 da Receita Federal.

Lançamos mão, ademais, da análise da participação do setor privado na prestação de serviços de acordo com a especialidade em questão. No Gráfico 7, pode-se ver o quanto esta participação é gritante no país, em todas as especialidades da área hospitalar, principalmente na psiquiatria e na área dos chamados crônicos<sup>150</sup>.

**Gráfico 7 - Percentual do Valor Total das Internações Hospitalares do SUS, por Especialidade e Regime, 1995 - 2003, Brasil**



Fonte: SIH-SUS, 1995 - 2003

<sup>150</sup> Não é novidade para muitos gestores na área da saúde que as áreas da psiquiatria e de atendimento a pacientes chamados de crônicos estão predominantemente com o setor privado. E que já foram feitas várias denúncias acerca da manutenção da hospitalização de pacientes, bem como maus-tratos e ausência de projeto terapêutico em muitas unidades contratadas, por conta da manutenção do valor das AIHs referentes a estas áreas e a garantia de financiamento para estas unidades.

Vê-se uma maior participação do setor público na área de tisiologia, a qual pode não parecer rentável ao setor privado. E a participação dos universitários apresenta-se mais fortemente na clínica cirúrgica. No entanto, cabe confrontarmos estes dados, os quais representam um acumulado de nove anos, com a tendência de cada setor, por ano, no período estudado.

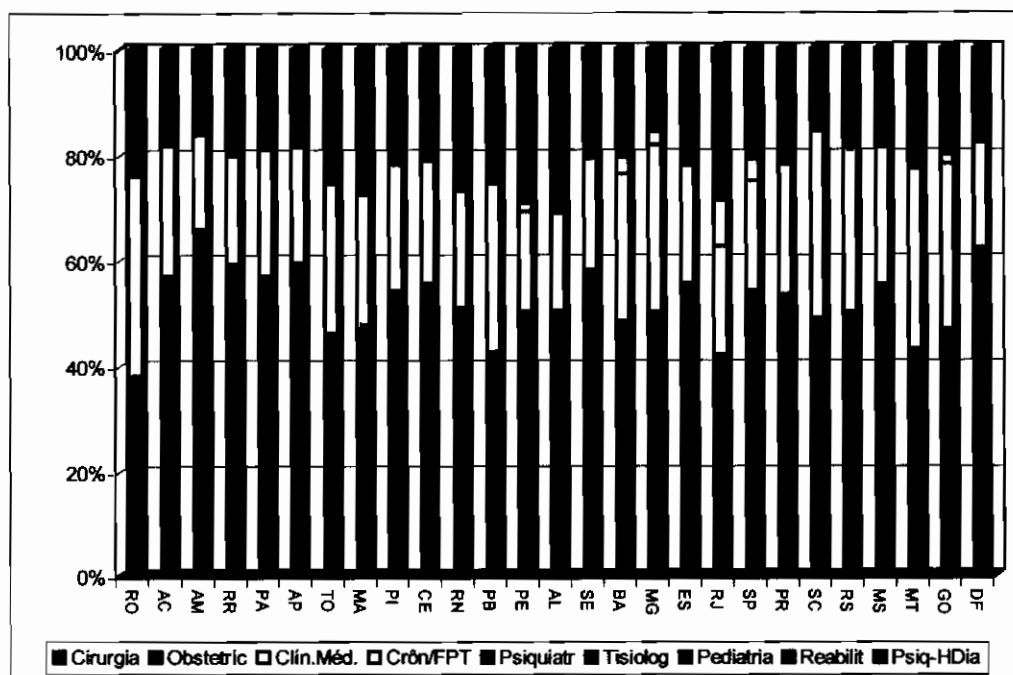
No Gráfico 8, o qual também temos um acumulado dos anos, apresenta-se a importância da clínica cirúrgica, da clínica médica e da obstetrícia, no valor total das internações, em todas as unidades da federação. O dado acumulado está refletindo, por conseguinte, os dados sobre a importância do aumento do volume de recursos gastos com a clínica cirúrgica na “linha do tempo”. Note-se, ainda, a quase inexistência de leitos de reabilitação no país, com uma pequena oferta no Distrito Federal.

Ao retornarmos aos dados de acordo com o regime do prestador, ainda quanto aos dados acumulados no período, apresentamos no Gráfico 9 a proporcionalidade do setor privado e de sua predominância em várias unidades da federação, exceto em Roraima (100% público), Distrito Federal, Amapá, Rondônia e Acre. Vê-se, portanto, a importância do setor público, estatal, na região Norte do país.

Outra forma de visualizar aquela predominância pode ser obtida através da análise da proporcionalidade do setor privado ao compararmos as macrorregiões do país, o que pode ser acessado no Gráfico 10. Este setor, principalmente na região Sul, é altamente participante do sistema; incluindo-se nesta região a participação mais proeminente do setor universitário.

Podemos inferir que, apesar da queda do número de leitos e de hospitais no setor privado, ao compararmos os anos de 1995 e 2003, os dados indicam aumento do valor repassado a este setor, no período. Isto pode sugerir aumento da complexidade dos procedimentos e por consequência o aumento do faturamento.

**Gráfico 8 - Valor Total das Internações Hospitalares do SUS, por Especialidade e UF**  
 Período: 1995 - 2003, Brasil

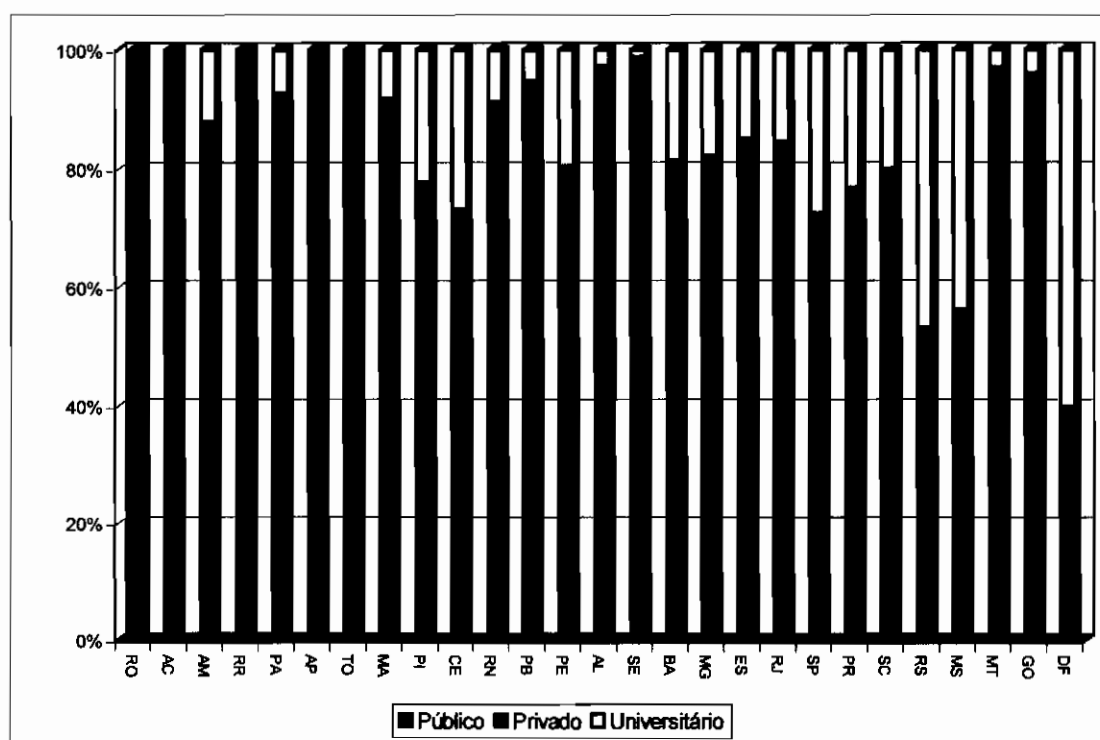


Fonte: SIH-SUS, 1995 - 2003

Já quanto ao aumento no setor público, este pode advir tanto da abertura de unidades, particularmente nos municípios, melhoria da informação em unidades estaduais e federais, bem como traduzir alguns dos efeitos da municipalização de unidades, principalmente a partir da segunda metade dos anos 90, com a radicalização da descentralização.

No Gráfico 11, observa-se os efeitos da migração de leitos do setor "filantrópico" para o setor "filantrópico isento de tributos", a partir de 1997, por conta de mudança de natureza jurídica de algumas unidades filantrópicas. Ainda que tenha aumentado a oferta de leitos nos municípios.

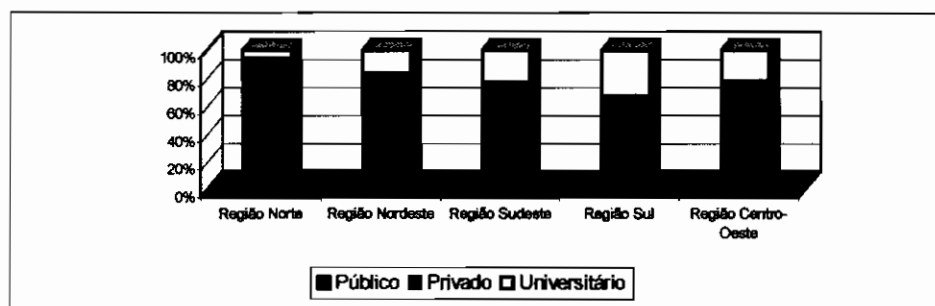
**Gráfico 9 - Percentual do Valor Total das Internações Hospitalares do SUS, por UF e Regime, 1995 - 2003, Brasil**



Fonte: SIH-SUS, 1995 - 2003

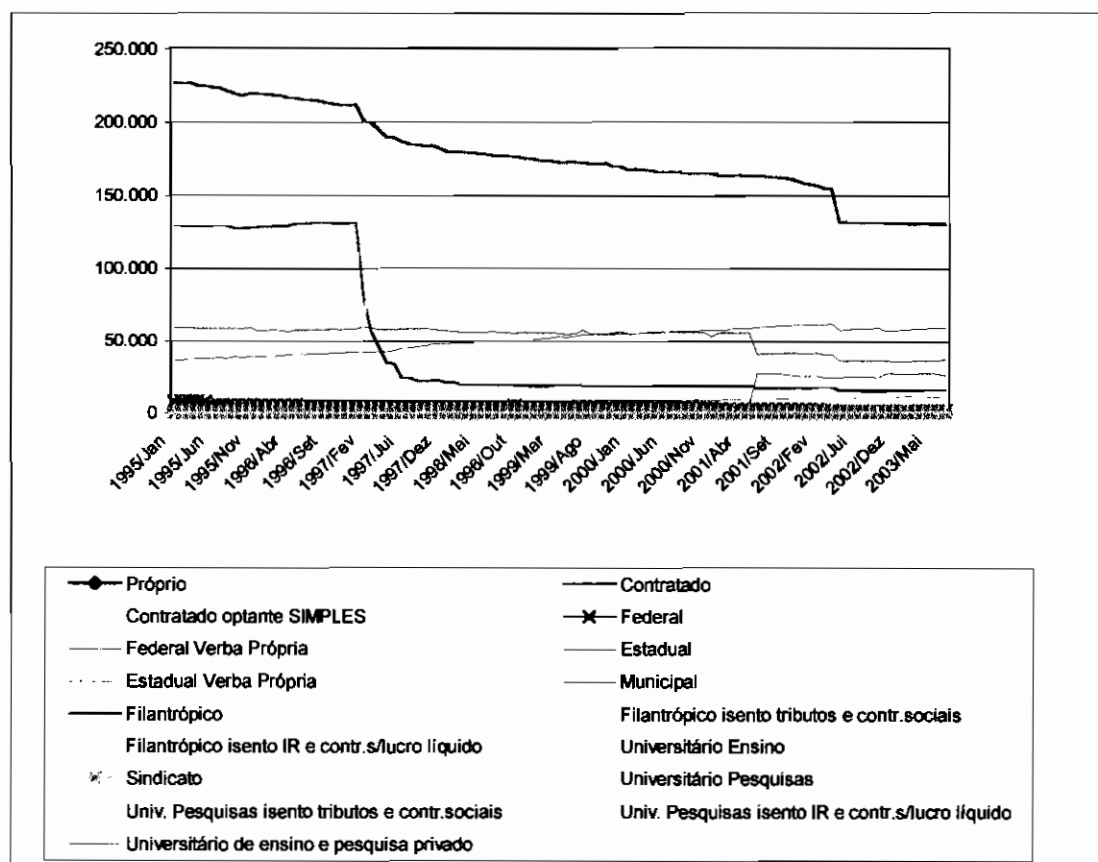
**Gráfico 10 - Percentual do Valor Total das Internações Hospitalares do SUS, por Região e Regime**

Período: 1995 - 2003, Brasil



Fonte: SIH-SUS, 1995 - 2003

**Gráfico 11 - Total de Leitos Hospitalares do SUS, por Natureza**  
**Período: 1995 - 2003, Brasil**

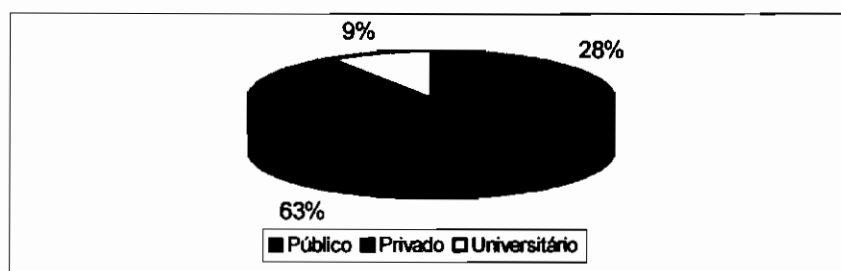


Fonte: SIH-SUS, 1995 - 2003

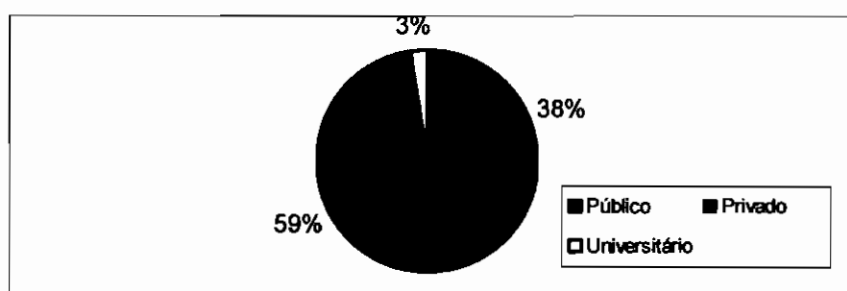
De acordo com os dados apresentados até o momento, verifica-se claramente a alta proporcionalidade do setor privado em todas as especialidades, exceto na fisiologia; bem como em relação aos procedimentos relacionados ao atendimento em psiquiatria e aos chamados pacientes “fora de possibilidade terapêutica”, ou crônicos, estes são fortemente relacionados ao setor, assim como alguns vários procedimentos de maior complexidade.

Os dados sobre capacidade instalada também se acoplam aos de produção de procedimentos no interior do SUS. Os Gráficos 12 e 13 são ilustrativos neste ponto, como podemos ver adiante.

**Gráfico 12- Percentual do Total de Leitos Hospitalares do SUS, por Regime**  
 Período: Julho 2003, Brasil



**Gráfico 13 - Percentual do Total de Hospitais do SUS, por Regime**  
 Período: Julho 2003, Brasil

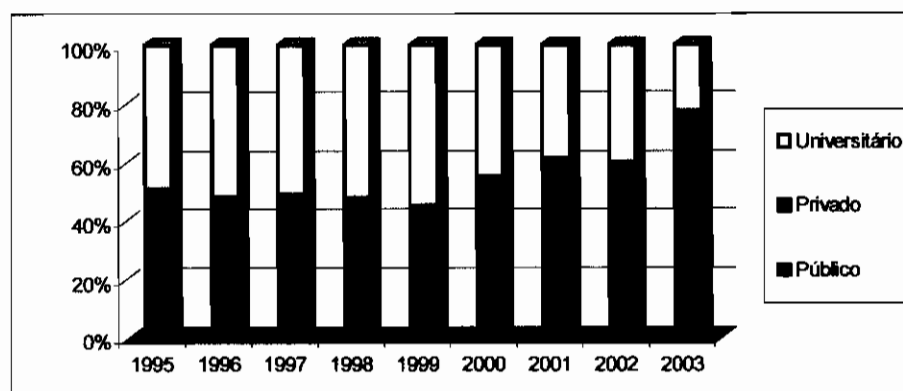


Fonte: SIH-SUS, 1995 - 2003

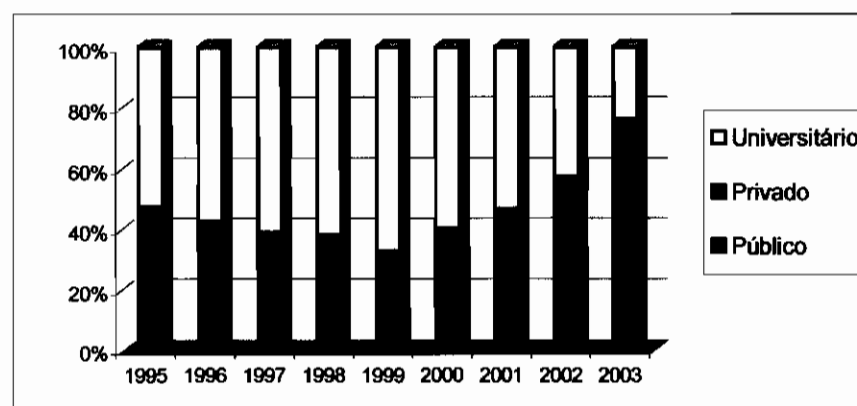
Buscamos, portanto, dada a importância do setor privado na prestação de serviços ao SUS, em relação à totalidade da oferta e da produção deste Sistema, refinar os dados em termos do tipo de procedimento, por grupo de complexidade, ofertado por este setor. Os Gráficos 14 a 16 são representativos a respeito do tema.

Algumas observações importantes podem ser obtidas através da análise dos gráficos acima. Primeiro, os dados sugerem a apropriação, no período estudado, da oferta em alta complexidade, na área hospitalar, pelo setor privado. Pudemos visualizar no Anexo 1, conforme citado anteriormente, os principais procedimentos de alta complexidade executados no SUS, e a significância da prestação, pelo setor privado, de procedimentos cardiovasculares, oncológicos e aqueles resultantes das causas externas.

**Gráfico 14- Percentual do Valor Total de Procedimentos Hospitalares de Alta Complexidade, do SUS, por Regime, 1995 - 2003, Brasil**



**Gráfico 15- Percentual do Valor Total de Procedimentos Hospitalares Estratégicos do SUS, por Regime, 1995 - 2003, Brasil**



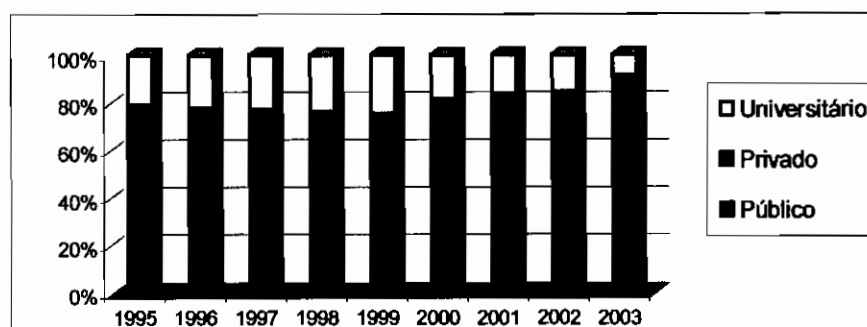
Fonte: SIH-SUS, 1995 - 2003

Note-se, ainda, no referido Anexo, que, dentre os principais procedimentos, estão o tratamento da aids e o tratamento da aids em hospital-dia. No entanto, vê-se a clara hegemonia dos setores público e universitário neste âmbito. Ainda que o DATASUS não possibilite a separação dos Universitários em públicos e privados, podemos inferir que a grande participação destas unidades no tratamento da Aids se dê nas unidades públicas<sup>151</sup>.

<sup>151</sup> É de conhecimento de muitas pessoas que alguns tratamentos considerados altamente onerosos não são cobertos pelo setor privado, tais como os relativos a algumas doenças crônicas e ao tratamento da Aids. Nem os planos e seguros de saúde incluem diversos tratamentos nestas áreas em sua oferta de serviços, cabendo somente aos planos bem mais caros, e considerados “top de linha”, este tipo de cobertura.

**Gráfico 16- Percentual do Valor Total dos Demais Procedimentos Hospitalares do SUS, por Regime**

Período: 1995 - 2003, Brasil



Fonte: SIH-SUS, 1995 - 2003

Segundo, em relação aos procedimentos estratégicos, também há significativa participação do referido setor, com tendência de aumento no período de tempo. No Anexo 9 podem ser vistos os principais procedimentos hospitalares estratégicos do SUS realizados pelo setor privado, por tipo de regime do prestador. Vê-se aí a predominância do atendimento a queimados, de alguns transplantes e cirurgias específicas realizados por este setor.

Em terceiro lugar, também há importante manutenção da participação daquele setor nos chamados “demais procedimentos”, ou seja, aqueles procedimentos que não são de alta complexidade e nem considerados estratégicos, mas que representam boa parte dos procedimentos ofertados pelo SUS.

Em quarto lugar, cabe atentar para a queda da produção dos hospitais universitários nos três grupos de complexidade dos procedimentos, com o inverso se dando em relação às unidades públicas. Conforme sugerimos anteriormente, o aumento dos valores dos procedimentos na oferta pública pode ter sido refletida pela melhoria da informação, mais precisamente na melhoria do faturamento pelas unidades estaduais e federais, bem como reflexo da municipalização de unidades e aumento de cobertura em alguns municípios do



país. No entanto, cabe indagarmo-nos a respeito da queda da produção nos hospitais universitários.

Quanto aos hospitais universitários, Vasconcelos (2003), que aponta a crise destes hospitais, nos auxilia a compreender o significativo sucateamento das estruturas e da oferta pública nestas unidades. O referido autor, ao tratar das “representações da crise” destas unidades no país, descarta a hipótese de que esta seja meramente financeira e levanta questões a respeito da política dirigida ao setor nos últimos anos, bem como aos modelos de gestão e gerência aí implementados.

Ainda que o autor não ressalte o aspecto financeiro, o qual é privilegiado quando se menciona a “crise” dos hospitais universitários, cabe destacar sua observação ao discorrer sobre alguns problemas no custeio destas unidades:

“Os recursos de custeio, excluindo-se os gastos com pessoal, mantidos pelas Universidades, são majoritariamente dependentes da oferta de serviços ao Sistema Único de Saúde e estão condicionados por um sistema de pagamento por produção de atos médicos que apresenta graves distorções e produz conseqüências indesejáveis sobre as formas de organizar as ações assistenciais. A ausência de uma política governamental para esses estabelecimentos torna incertos os recursos para investimentos” (p. 3).

Portanto, o insuficiente aporte de recursos a estas unidades, bem como a limitação de tetos financeiros para seu custeio, podem ter provocado sérias mudanças no perfil de atendimento aí realizado. Algumas unidades têm, inclusive, aderido ao esquema de fundações<sup>152</sup> para captação de recursos, bem

---

<sup>152</sup> Vasconcelos destaca, em relação às Fundações de apoio, o fato de como esta “estratégia tem sido questionada pelo Ministério Público e Tribunal de Contas da União, por ferir a legalidade, e pelo movimento de servidores e lideranças universitárias por atentar contra a transparência e o caráter público da gestão dos recursos” (idem, p. 4).

como algumas têm também criado duas portas de entrada, com atendimento ao SUS e a pacientes particulares, com uso da infra-estrutura do hospital, ainda que público.

Nossa preocupação dirige-se, portanto, a esta temática do sucateamento dos hospitais universitários públicos, bem como da apropriação de procedimentos lucrativos pelo setor privado, incluindo aí os ditos filantrópicos.

Não somente a área hospitalar merece análise a este respeito. A área ambulatorial também apresenta sua significância no que se refere à proporcionalidade do setor privado na prestação de serviços lucrativos, em comparação com o setor público. Os dados a respeito estarão sendo analisados adiante.

#### IV.3.2 - A área ambulatorial

A área ambulatorial do SUS representa uma área de grande importância no âmbito da prestação de serviços do sistema nacional de saúde. Visto que houve um inegável aumento da cobertura, pelos municípios, de procedimentos nesta área, particularmente no que se refere a procedimentos menos complexos. No entanto, também houve um aumento da cobertura, no SUS, de procedimentos mais complexos, dado o perfil de doenças crônicas na transição epidemiológica e o aparato mais complexo que por vezes estas demandam.

Buscaremos, a partir de agora, avaliar, de acordo com a natureza e regime do prestador, como se deu a informação da prestação de serviços na área ambulatorial, por intermédio dos dados constantes do SIA-SUS. Desta forma, poderemos analisar a proporcionalidade do setor privado nesta área, em comparação com a área hospitalar.

Os procedimentos ambulatoriais são divididos, pela Tabela de Procedimentos Ambulatoriais do Ministério da Saúde, como sendo de baixa, média e alta complexidades. Entre os procedimentos de média complexidade, estes foram divididos em primeiro nível da média complexidade (M1)<sup>153</sup>, segundo nível (M2) e terceiro nível (M3), com ascendência de acordo com o aumento de complexidade dentro de um mesmo nível, intitulado *média complexidade*.

Cabe adiantarmos a diferença do período com a qual trabalhamos na área ambulatorial para efeitos de análise em nosso estudo. Em 1999, a partir de novembro, houve mudança nos procedimentos da Tabela de Procedimentos Ambulatoriais do SUS. A nova Tabela significou a incorporação de novos procedimentos, aumento de itens de programação físico-financeira e dos valores de alguns antigos procedimentos.

---

<sup>153</sup> Este é primeiro nível da média complexidade que todos os municípios que desejem se habilitar pela NOAS 01/02 em Gestão Plena do Sistema Municipal deverão ofertar para seus munícipes ou para municípios vizinhos, caso haja municípios a este adscritos, segundo o perfil de regionalização do estado. Inclui-se neste elenco do primeiro nível atendimento na área hospitalar nas clínicas básicas: obstetrícia, pediatria e clínica médica. Discutimos isto anteriormente no segundo capítulo.

Dentre as principais mudanças, o que se nomeava item de programação passou a ser nomeado grupo de procedimentos a partir daquela data. Um dos exemplos a este respeito refere-se ao antigo item Medicina Nuclear que, após o referido período, incorporou diversos procedimentos.

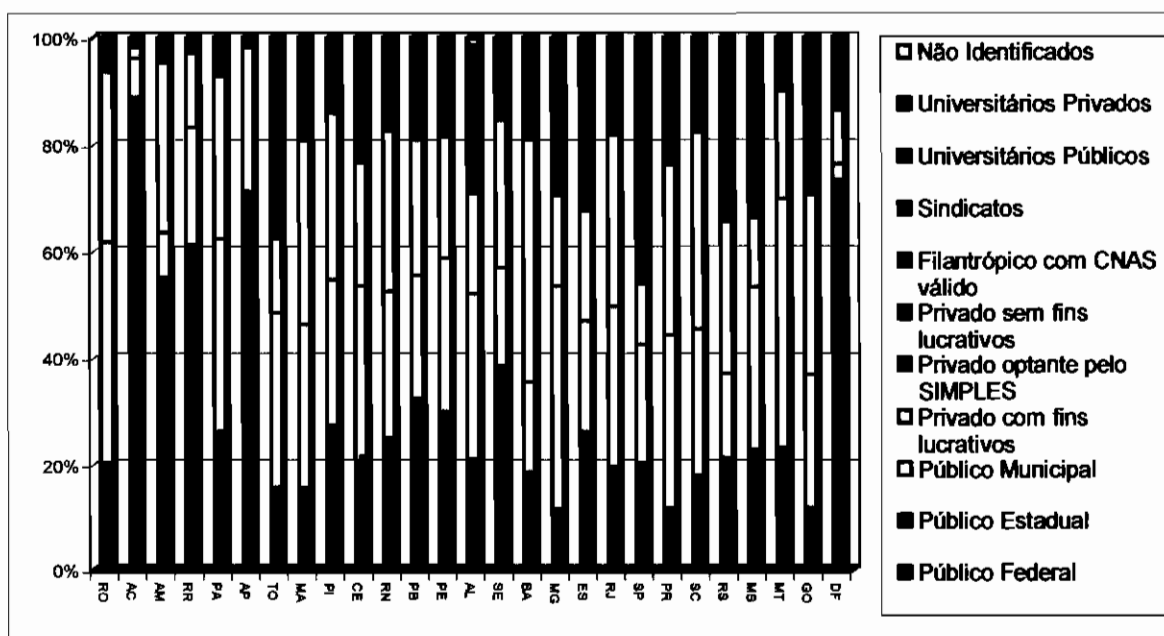
As mudanças promovidas podem, portanto, ter causado um aumento de produção de procedimentos sob uma mesma denominação (item ou grupo). No entanto, nossa análise pretende observar de que forma o setor privado se comporta, em termos de peso proporcional na prestação de serviços ambulatoriais, de 1995 a 2003.

Ainda que tenha ocorrido mudança na Tabela de procedimentos a partir de novembro de 1999, nossos dados foram tabulados da seguinte forma, para efeitos de comparação: a) de janeiro de 1995 a outubro de 1999, portanto, antes da alteração; b) de novembro de 1999 a dezembro de 2003, após alteração. Desta forma, comparamos a referida proporcionalidade do setor privado nos dois períodos.

Mas foi possível em nosso estudo tabularmos os dados referentes ao período de 1995 a 2003 quando os trabalhamos em termos de unidade da federação e tipo de prestador do SUS. No **Gráfico 1** o leitor pode ter acesso ao acumulado destes anos e observar a significância do setor privado com fins lucrativos e do privado sem fins lucrativos no cômputo geral da produção ambulatorial na maioria das unidades da federação, no referido período.

Exceção, no entanto, deve ser feita em relação a algumas unidades da federação, tais como, Acre, Amapá, Roraima, Distrito Federal e Amazonas que, conforme também vimos na área hospitalar, dependem basicamente de unidades estaduais para realização de procedimentos nos estados. Vê-se também a relevância da oferta municipal, exceto no Distrito Federal e no Amapá, sobressaindo-se nos estados de Mato Grosso, Minas Gerais, Rondônia, Pará e Tocantins.

**Gráfico 1 - Percentual do Valor Total da Produção Ambulatorial, por UF e Tipo de Prestador**  
Período: 1995 - 2003, Brasil



Fonte: SIA-SUS, 1995-2003

No Anexo 5 pode ser observada, em termos percentuais, a proporcionalidade de cada tipo de prestador no total de unidades ambulatoriais em julho de 2003, por unidade da federação.

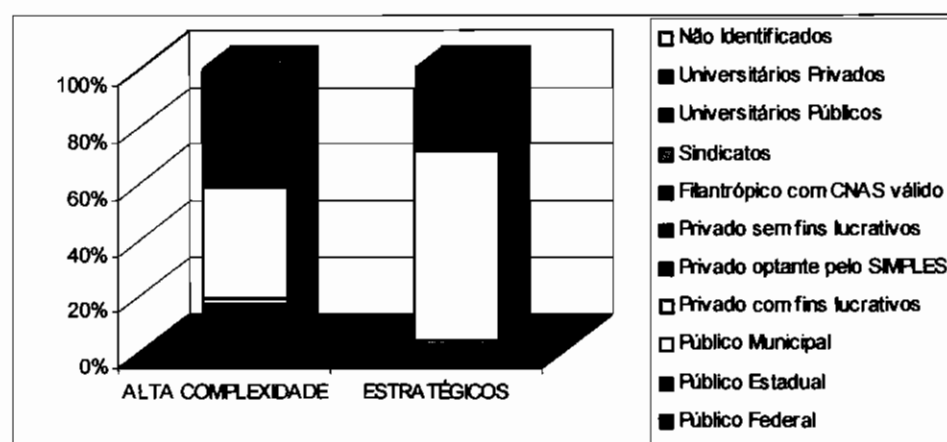
Outra informação relevante, além da mudança da tabela de procedimentos em novembro de 1999, diz respeito à criação do Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação - FAEC em 30 de abril do mesmo ano<sup>154</sup>. Com a criação deste Fundo, o Ministério da Saúde passou a nomear como estratégicos alguns procedimentos ambulatoriais e hospitalares, os quais passariam a ser financiados *extra-teto financeiro do estado*, ou seja, não entraria no limite financeiro estipulado pelo MS, para os estados, para custeio de ações ambulatoriais e hospitalares<sup>155</sup>.

<sup>154</sup> Este Fundo foi criado por intermédio da publicação da Portaria GM/MS nº 531, de 30 de abril de 1999. Foram “incluídas as áreas relativas a Transplantes de Órgãos, Mutirões de Cirurgias Eletivas, Câmara Nacional de Compensação Hospitalar de Procedimentos de Alta Complexidade, Medicamentos para Transplantes, Procedimentos de Alta por Cura em Tuberculose, entre outros”.

<sup>155</sup> Cabe ao Ministério da Saúde elaboração de metodologia de alocação de recursos financeiros para custeio de procedimentos ambulatoriais e hospitalares dos estados do país. O limite deste valor, chamado de teto financeiro, será o máximo a ser repassado aos estados, cabendo a estes últimos, elaborar metodologia de

No que se refere especificamente aos procedimentos ambulatoriais, vejamos no Gráfico 2 a alta proporcionalidade do setor privado com fins lucrativos, do privado sem fins lucrativos no valor total aprovado, no período de maio de 1999 a dezembro de 2003, dos procedimentos custeados pelo FAEC.

**Gráfico 2 - Percentual do Valor Total Aprovado de Procedimentos Financiados pelo FAEC, por Tipo de Prestador**  
Período: Maio 1999 - Dez 2003, Brasil



Fonte: SIA-SUS, Maio 1999 - Dezembro 2003

O período inicia-se a partir da criação do FAEC e das transformações que esta criação provoca na forma de financiamento de determinados procedimentos ambulatoriais. Podemos ver no Anexo 10 os tipos de procedimentos de alta complexidade e estratégicos financiados por aquele Fundo. Observa-se, portanto, a significância da prestação de serviços pelo setor privado, principalmente, em Terapia Renal Substitutiva, Radioterapia, Quimioterapia, Hemodinâmica, Ressonância Magnética e Litotripsia. No setor público, vê-se

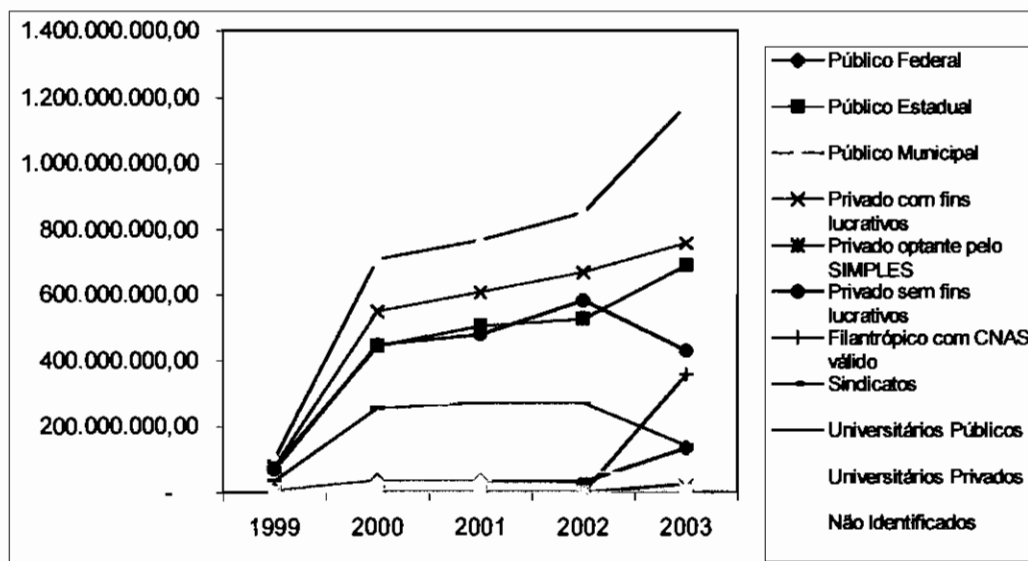
alocação para os municípios. No chamado repasse “fundo a fundo” (leia-se fundo nacional para fundo estadual, fundo nacional para fundo municipal e fundo estadual para fundo municipal), municípios e estados habilitados em Gestão Plena, pela NOB 96 e pela NOAS 1/2 recebem todo o limite financeiro em seus fundos. Exceção é feita a municípios e estados não habilitados nesta condição de Gestão, os quais receberão o montante de faturamento de procedimentos de média e alta complexidade, nas áreas ambulatorial e hospitalar, desde que este não ultrapasse o limite estipulado. Caso o valor faturado por estes municípios e estados seja inferior ao teto financeiro, as “sobras” serão remanejadas no referido FAEC. Ou seja, parte do FAEC é financiado por estas sobras quando compara-se produção e teto financeiro de entes federados não “plenos” em termos de gestão.

maior produção em Hemoterapia e Patologia Clínica Especializada, no elenco de procedimentos de alta complexidade.

No que refere aos procedimentos estratégicos, a participação do setor público na realização de procedimentos se dá absolutamente na área de Medicamentos Excepcionais e Aids (quase 100%, excluindo universitários públicos e privados) e mais fortemente na Tuberculose e Campanha de Varizes. Nos itens restantes, observa-se a predominância do setor privado.

No Gráfico 3, ao analisarmos a proporcionalidade dos tipos de prestadores no que se refere aos procedimentos especializados (portanto, os que não são nem de alta complexidade e nem estratégicos), visualizamos o peso da prestação pública municipal no período posterior à mudança da tabela de procedimentos.

Gráfico 3 - Valor Total da Produção Ambulatorial de Procedimentos Especializados, por Tipo de Prestador  
Período: Novembro 1999 - Dezembro 2003, Brasil



Fonte: SIA-SUS, Novembro 1999 - Dezembro 2003

No entanto, cabe atentarmos para o fato de que, apesar da tendência de crescimento da participação do setor público municipal no valor pago a estes

procedimentos, o setor privado com fins lucrativos representa o segundo tipo de prestador em participação no volume total de recursos repassados.

Observemos, ainda, que, a partir de 2003, houve uma queda no valor repassado ao setor privado sem fins lucrativos e uma ascendência para o setor filantrópico com CNAS válido. Tal fato explica-se pela mudança na classificação do prestador a partir de julho de 2003, onde foram incluídas as seguintes classificações: Privado optante pelo SIMPLES, Filantrópico com CNAS válido; e foram distinguidos os Universitários em privados e públicos.

De acordo com o Gráfico 3, o que podemos ver, por conseguinte, é uma migração de natureza jurídica, fazendo com os prestadores classificados pela vigência anterior, após mudança da classificação, tenham mudado de natureza jurídica<sup>156</sup>. Com isto, o valor repassado acompanha a referida migração.

Nos Anexos 6 e 7, principalmente no Anexo 7, pode ser visualizada, em termos percentuais, a relevância da participação do setor privado nos procedimentos especializados, ainda que nesta área haja uma maior proeminência da participação do setor público, em contraste com que se dá com a alta complexidade. Ainda assim, o setor privado possui significativa participação no volume de recursos repassados, inclusive nos procedimentos especializados.

No Anexo 7 podem ser observadas as participações do setor público, predominantemente municipal e estadual, particularmente em anestesia, fisioterapia, próteses e órteses, odontologia e patologia clínica. Uma das hipóteses a serem levantadas diz respeito ao fato de que, no interior de cada grupo de procedimentos especializados, há uma diversidade de remunerações de acordo com a complexidade do procedimento. A chamada média complexidade é um fator de extrema confusão, dada a diversidade de procedimentos que aí se inserem. Por conseguinte, inferimos que os procedimentos especializados mais bem remunerados e que possam usufruir uma economia de escala, estejam absorvidos, em sua maioria, pelo setor privado no SUS, cabendo ao setor público

---

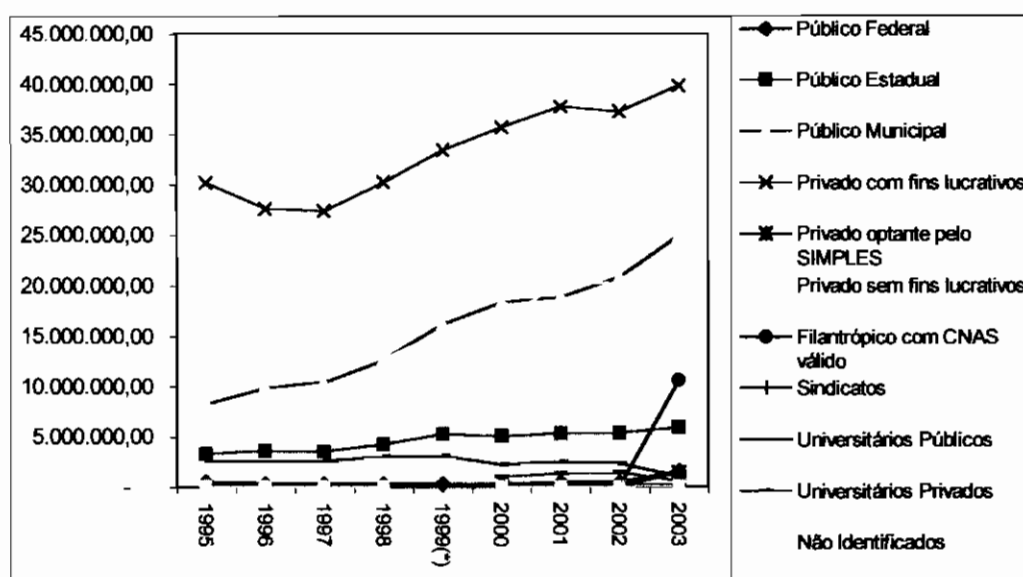
<sup>156</sup> Isto poderá ser observado em todos os dados posteriores.



procedimentos menos lucrativos e correspondentes a diversos programas verticais do Ministério da Saúde<sup>157</sup>.

No Gráfico 4, a título de exemplo, podemos ver a ascendência da produção de fisioterapia pelo setor público municipal. Mas, observe-se que, ainda assim, o setor privado com fins lucrativos é o primeiro prestador na participação proporcional do volume repassado para custear o referido procedimento, enquanto que o setor privado sem fins lucrativos, com migração de natureza jurídica a partir de julho de 2003, também não fica atrás.

**Gráfico 4 - Total do Valor Aprovado em Fisioterapia, por Tipo de Prestador**  
Período: 1995 - 2003, Brasil



Fonte: SIA-SUS, 1995-2003

(\*) Como a Tabela SIA-SUS foi revista a partir de novembro de 1999, para o cálculo deste ano, foi calculada a média dos 10 meses (até outubro de 1999) e depois se repetiu esta média para os meses de novembro e dezembro de 1999, para consolidar a totalidade do ano.

<sup>157</sup> Mesmo assim, ao calcularmos a percentagem da participação do setor privado no volume total aprovado de procedimentos especializados, esta chega a 42%. Incluindo-se os setores: privado com fins lucrativos, privado optante pelo SIMPLES, privado sem fins lucrativos, filantrópico com CNAS válido, sindicatos e universitários privados. Ver Anexo 7.

No **Anexo 7** podemos ver, a título de exemplo, a participação do setor privado no item Patologia Clínica, onde esta atinge a casa dos 38%. Tal fato, apesar da relevância da prestação pública nesta área, pode dizer respeito à produção, por este setor, de procedimentos de maior complexidade dentro da média complexidade e do rol de procedimentos especializados. Conforme podemos ver no **Anexo 8**, os principais procedimentos de Patologia Clínica, realizados pelo setor privado, referem-se aos procedimentos dos níveis M2, M3 e FAEC<sup>158</sup>, ou seja, aqueles considerados mais complexos e, por conseguinte, mais bem remunerados.

Distintamente do valor aprovado nos procedimentos especializados, a alta complexidade está primeiramente com o setor privado com fins lucrativos, e o setor público estadual em segundo lugar, de acordo com o **Gráfico 5**. Note-se também a significativa participação do setor privado sem fins lucrativos no volume total de recursos, fazendo com que a totalidade da participação do setor privado fique em 57%<sup>159</sup>.

No entanto, conforme ressaltamos na análise da área hospitalar, podem ter sido refinadas as informações de faturamento de unidades estaduais, em contraste com o período anterior.

Cabe atentar também para a mudança de natureza jurídica do setor privado sem fins lucrativos, a partir de 2003. De acordo com o que salientamos anteriormente, esta migração de natureza jurídica poderá ser vista em todos os gráficos.

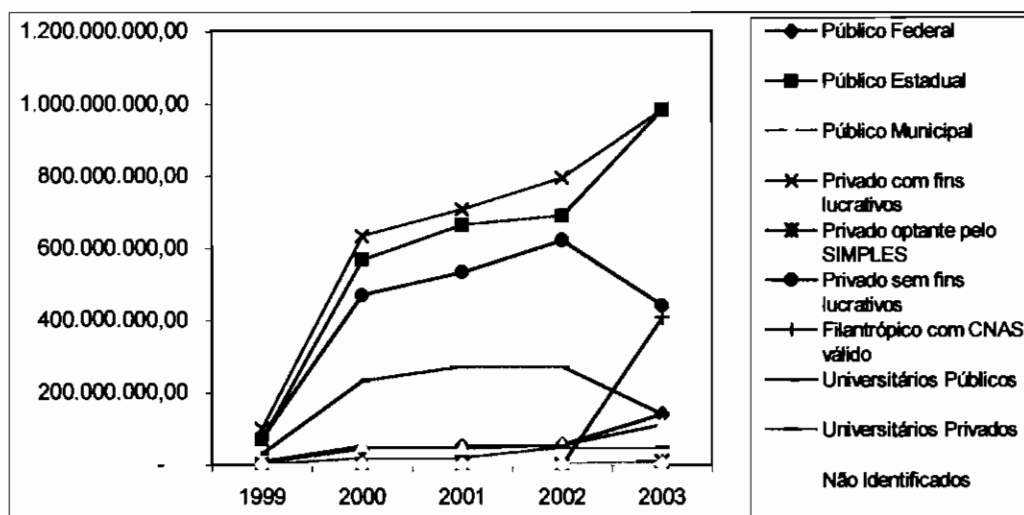
Dada a importância da participação do setor privado no número de unidades e participação no volume total de recursos financeiros do SUS repassados, buscamos eleger alguns procedimentos de alta complexidade de maior relevância no volume total de recursos.

---

<sup>158</sup> A classificação que utilizamos foi enviada pelo Ministério da Saúde, por email, de acordo com a classificação da Tabela de Procedimentos Ambulatoriais, por este órgão, em PAB, M1, M2, M3, Alta Complexidade, FAEC e Rede Sarah. A atualização da classificação refere-se a agosto de 2003.

<sup>159</sup> Incluindo-se os setores: privado com fins lucrativos, privado optante pelo SIMPLES, privado sem fins lucrativos, filantrópico com CNAS válido, sindicatos e universitários privados. Ver **Anexo 7**.

**Gráfico 5 - Valor Total da Produção Ambulatorial de Procedimentos de Alta Complexidade, por Tipo de Prestador**  
 Período: Novembro 1999 - Dezembro 2003, Brasil



Fonte: SIA-SUS, Novembro 1999 - Dezembro 2003

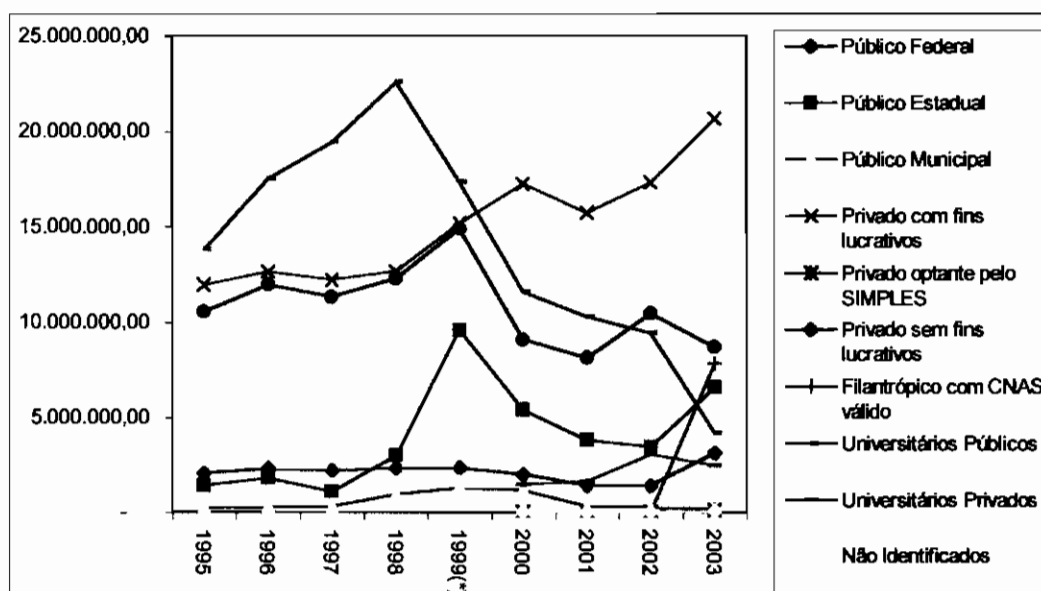
Pudemos ver no **Anexo 7** a importância do setor privado na prestação de procedimentos de alta complexidade para o SUS. Dentre os procedimentos mais proeminentes, procuramos analisar a Medicina Nuclear, a Hemodinâmica, a Terapia Renal Substitutiva, a Radioterapia e a Quimioterapia.

Cabe-nos salientarmos a importância de que seja avaliada a magnitude dos recursos na escala dos gráficos, de forma que o leitor possa avaliar o montante de recursos que é movimentado para custeio de procedimentos especializados e de alta complexidade no SUS, no período estudado.

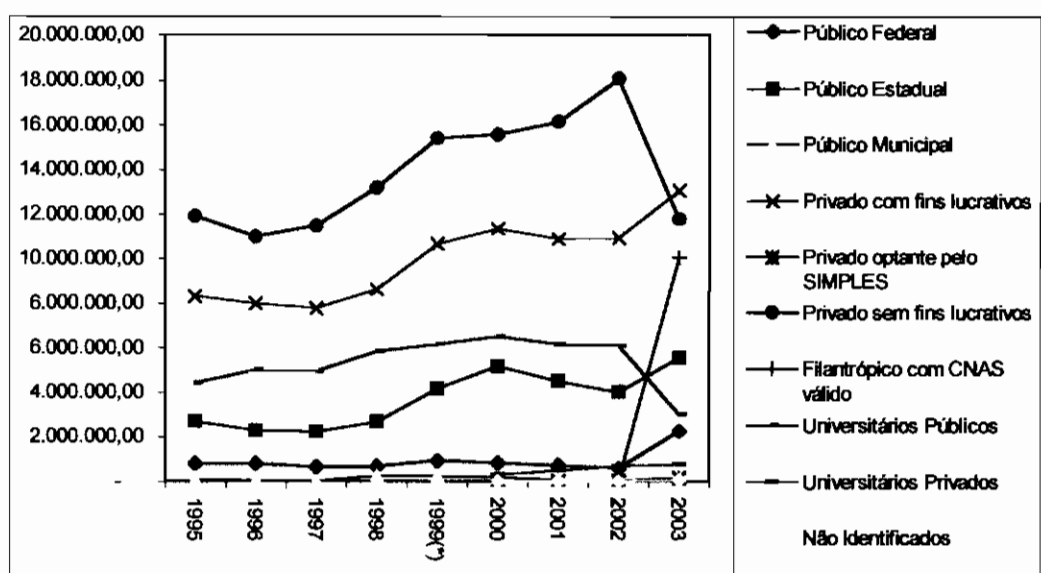
Os procedimentos de alta complexidade vêm cada vez mais causando impacto no total de recursos repassados pelo nível federal a estados e municípios. Daí termos eleito os principais procedimentos e que envolvem maior volume de recursos para análise do tema em questão.

Nos **Gráficos 6 a 10** podemos avaliar esta magnitude, por tipo de procedimento, no período de 1995 a dezembro de 2003.

**Gráfico 6 - Total do Valor Aprovado em Medicina Nuclear, por Tipo de Prestador**  
Período: 1995 - 2003, Brasil



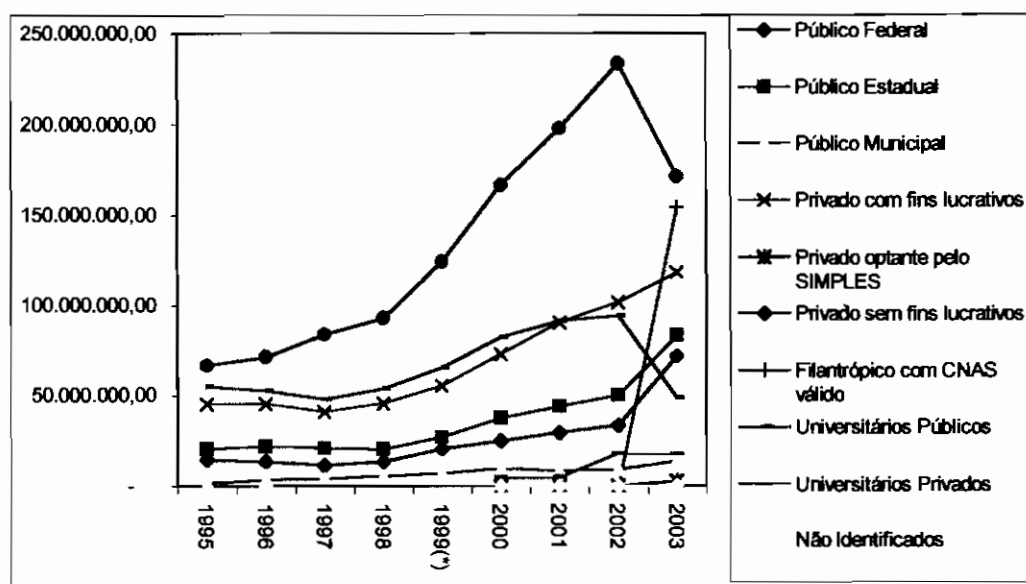
**Gráfico 7 - Total do Valor Aprovado em Hemodinâmica, por Tipo de Prestador**  
Período: 1995 - 2003, Brasil



Conforme podemos ver nos dados trabalhados, há uma importante magnitude de recursos financeiros envolvida no custeio de procedimentos de Terapia Renal Substitutiva (TRS). Ao compararmos o total de recursos financeiros repassados para custeio da alta complexidade no período de 2000 a 2003, o equivalente a R\$ 10.105.444.136,91, com o total, no mesmo período, para custeio de TRS, o



**Gráfico 10 - Total do Valor Aprovado em Quimioterapia, por Tipo de Prestador**  
Período: 1995 - 2003, Brasil



Fonte: SIA-SUS, 1995-2003<sup>160</sup>

Através dos dados constantes do **Anexo 7** pode ser calculada a hegemonia do setor privado naqueles procedimentos, chegando a um total de 91% no valor total aprovado, enquanto que, desta percentagem, 67% encontra-se com o setor privado tido como lucrativo. Vê-se, portanto, a magnitude de recursos que tal setor movimenta na área de TRS, a título de exemplo ilustrativo.

A magnitude de recursos também se apresenta na área de quimioterapia (Gráfico 10), a qual está predominantemente com os setores privado com e sem fins lucrativos. No entanto, para esta área vemos uma participação proeminente dos setores público universitário e federal, ainda que o maior volume de recursos esteja com o setor privado, comparativamente.

Vê-se, através do **Gráfico 6**, na área de Medicina Nuclear, a queda vertiginosa da participação dos universitários públicos no valor total repassado para custeio dos

<sup>160</sup> (\*) Como a Tabela SIA-SUS foi revista a partir de novembro de 1999, para o cálculo deste ano, foi calculada a média dos 10 meses (até outubro de 1999) e depois se repetiu esta média para os meses de novembro e dezembro de 1999, para consolidar a totalidade do ano.

procedimentos e a hegemonização dos recursos, pelos setores privado com e sem fins lucrativos, principalmente a partir do ano 2000.

Em todas as áreas da alta complexidade elencadas nos gráficos pudemos perceber a pouca participação do setor público municipal no montante de recursos para custeio da alta complexidade, o que pode nos fazer supor sobre a baixa complexidade dos procedimentos oferecidos na maioria dos municípios brasileiros, por este setor. O setor público estadual, devido à importância das unidades estaduais em algumas unidades da federação, como vimos, pronuncia-se mais que o público municipal.

Vimos, portanto, como os dados das áreas hospitalar e ambulatorial apontam para a alta participação do setor privado na prestação de serviços para o SUS e como o chamado setor privado lucrativo não é irrelevante e tampouco meramente complementar em diversas áreas da assistência. Ademais, atentamos para a magnitude do volume de recursos envolvida no custeio de diversos procedimentos de alta complexidade, os quais estão quase que hegemonicamente com o setor privado.

Para uma análise mais detida acerca dos recursos federais repassados às unidades da federação, de acordo com o prestador do SUS, recorreremos aos dados referentes a cada uma destas unidades, no período de 1997 a 2003.

#### IV.3.3 - Os recursos financeiros

Pudemos discutir anteriormente aspectos da magnitude de recursos financeiros que a produção do SUS envolve, anualmente. E isto ao tratarmos especificamente dos gastos federais através de repasses às unidades da federação.

Particularmente na área de alta complexidade tal magnitude se faz refletir enormemente. Assim como, ao analisarmos a temática dos recursos por tipo de prestador do SUS, os dados apontam para a grande participação do setor privado de serviços de saúde no sistema nacional, no que se refere tanto à capacidade instalada quanto ao volume de recursos federais repassados<sup>161</sup>.

Há transferências regulares do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos estaduais e municipais, para custeio das áreas hospitalar e ambulatorial do SUS. Os prestadores do Sistema podem receber os seus limites financeiros tanto pelos fundos municipais quanto pelos fundos estaduais e nacional.

Com o advento do fortalecimento da descentralização na década de 90, as relações diretas entre Ministério da Saúde e prestadores diminuíram consideravelmente, dadas as habilitações municipais e estaduais no decorrer da década, de acordo com a normatização vigente. Estas habilitações, por conseguinte, possibilitaram a estes entes federados o repasse de recursos de seus fundos, para financiamento da assistência<sup>162</sup>.

No entanto, nossa análise se detém, neste ponto, em relação aos repasses regulares de recursos federais do SUS para os estados, visto que não era objeto

---

<sup>161</sup> Quando nos referimos aos recursos federais repassados ou despendidos, por unidade da federação, estamos trabalhando com a informação oficial do SUS, a qual destaca em suas Notas Técnicas que os referidos valores dizem respeito às áreas hospitalar e ambulatorial e são dados brutos, ou seja, “incluem, além do que vai ser efetivamente pago à unidade, a remuneração de médicos (código 7) e laboratórios, impostos, descontos etc.” Além disso, a informação oficial não inclui o “fator de recomposição (25%), pagos de julho de 1995 a maio de 1998”, para procedimentos da Tabela do SIH-SUS e SIA-SUS.

<sup>162</sup> Faveret (2002) destaca em uma de suas conclusões a respeito das transferências federais: “redução nos pagamentos diretos a prestadores de serviços e aumento das transferências de caráter mais regular e automático a estados e municípios, processo direcionado através das normas publicadas pelo Ministério da Saúde e atendidas, total ou parcialmente, pelos gestores subnacionais de saúde” (p.154-155).



de nosso estudo acessar dados dos fundos estaduais e municipais de saúde para avaliação da utilização dos tesouros estaduais e municipais no financiamento.

Tal análise foi, em grande parte, efetuada no estudo de Faveret (2002), no qual há dados e conclusões a respeito dos gastos estaduais, municipais e federal na área da saúde. Dentre estes, a autora demonstra como o gasto federal diminuiu, em termos percentuais, ao comparar os anos de 1992, 1996 e 2000. Entre as instâncias de governo, a evolução dos gastos foi para o nível federal, estadual e municipal, respectivamente, em cada ano estudado: 72,4%, 53,7% e 59%; 14, 8%, 18,5% e 18,2%; 12,8%, 27,8% e 22,8%<sup>163</sup>.

Apesar da significativa redução dos gastos federais, estes continuam representando uma parte relevante do financiamento da saúde. Partimos, portanto, da análise dos repasses federais para as unidades da federação, por tipo de prestador e em valores *per capita*. Estudos posteriores, como o da referida autora, poderão estar refinando a discussão acerca dos recursos financeiros, visto que este não é nosso objetivo nesta dissertação.

No Anexo 11 o leitor terá acesso aos dados de repasse federal do SUS a estados, por tipo de prestador e unidade da federação. Note-se que os dados disponíveis são de 1997 a 2003, pois o DATASUS, no momento da coleta dos dados, só disponibilizou dados a partir de 1996, e isto por cada unidade da federação, sem que fosse possível uma tabulação direta do repasse total, nacional<sup>164</sup>.

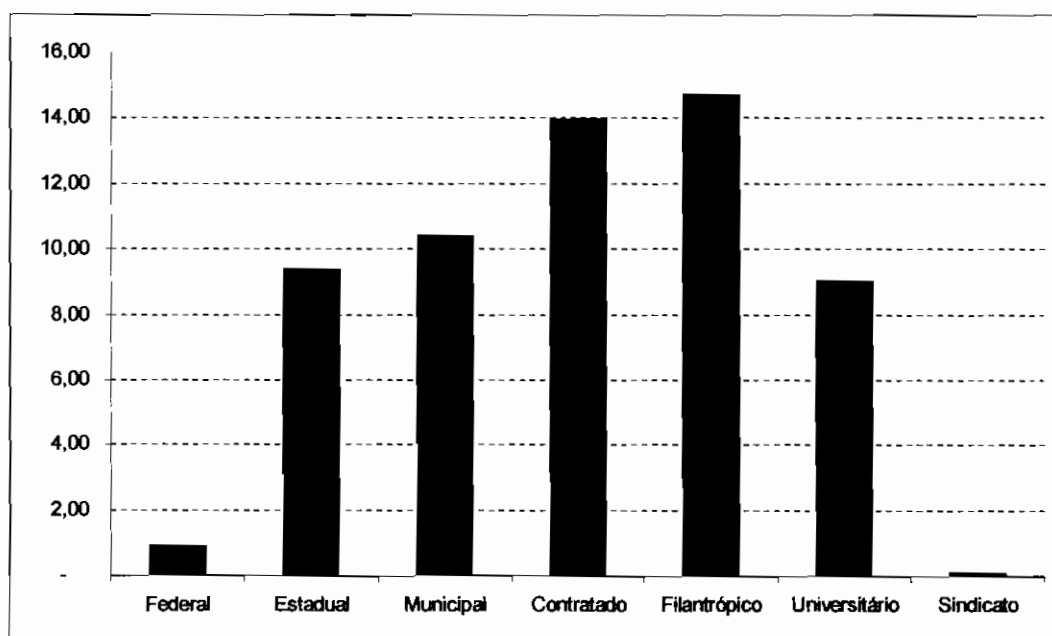
Em função de nossa preocupação basal nesta dissertação, o setor privado de serviços de saúde vinculado ao SUS, elaboramos, através da tabulação da média do repasse federal, *per capita*, no país, por tipo de prestador, de 1997 a 2003, ou seja, calculamos um valor médio baseado em um acumulado no período. O

<sup>163</sup> A referida autora frisa, ainda, no que diz respeito à evolução do indicador da Emenda Constitucional nº 29, do ano de 2000, a qual estipula percentagens mínimas da aplicação de recursos próprios de estados, municípios e União, por ano: “no período de 1998 a 2000, a única região que apresentou crescimento positivo das receitas próprias aplicadas em saúde foi a Norte – apenas a,3%, sendo que as receitas líquidas aumentaram 20,1% no período. Esta situação se deveu ao aumento das despesas próprias com saúde no Acre (13%), Amazonas (38%) e principalmente Amapá (122,6%)” (p. 166).

<sup>164</sup> Os dados que apresentamos aqui, no âmbito do Brasil, são, portanto, um consolidado dos dados referentes aos repasses a todas unidades da federação, de 1997 a 2003.

Gráfico 1 é bastante ilustrativo da questão e possibilita uma clara visualização deste valor médio, *per capita*, em reais, e de sua proporcionalidade em relação à média do montante repassado no período, por prestador do SUS.

Gráfico 1 - Valor médio, *per capita*, dos valores federais do SUS despendidos, por tipo de prestador  
Período: 1997 - 2003, Brasil



Fonte: DATASUS, 1997 - 2003

No Anexo 12 encontram-se os valores médios, *per capita*, por tipo de prestador e unidade da federação, no período, em ordem decrescente do valor médio total. Podemos ver como as unidades da federação do Sul e do Sudeste, além do Distrito Federal, possuem o maior *per capita* no período, enquanto que estados da Região Norte do país e do Nordeste ficam abaixo da média nacional (R\$ 58,28).

Além disso, no Gráfico 1 se destaca o peso dos valores repassados para os setores contratado e filantrópico. Isto pode ser um dos reflexos da apropriação, pelo setor privado, de serviços de alta complexidade, nas áreas hospitalar e ambulatorial. Nos itens anteriores discutimos como o valor total repassado ao

setor aumentou no período de 1995 a 2003 e, ao mapearmos os principais procedimentos realizados, ressaltamos a alta complexidade em boa parte apropriada por este setor, na qual a Terapia Renal Substitutiva é um exemplo gritante.

Então, ainda que a política de descentralização nos anos 90 tenha incentivado o aumento da participação dos municípios na prestação e financiamento da saúde, não temos como negar a ainda significativa participação dos prestadores privados no SUS. E os dados oficiais não nos rebatem!

Vale destacarmos que no Anexo 11, ao analisarmos cada unidade da federação, no período de 1997 a 2003, os dados apontam para uma significativa queda dos valores despendidos pelo Ministério da Saúde aos prestadores municipais, do ano de 2000 para 2001. E isto em todas as unidades da federação! Uma das hipóteses pode ser o impacto da mudança da Tabela de Procedimentos Ambulatoriais a partir de novembro de 1999, criando, com isso, problemas no faturamento que se fizeram refletir. Ou, ainda, problemas na alimentação dos dados para o DATASUS, por municípios e estados, bem como alguns efeitos da aplicação da Emenda Constitucional nº 29, do ano 2000. No entanto, não tivemos como avaliar as causas “reais” do “fenômeno” em questão. Deixamos, ainda assim, o problema apontado.

Destaque deve ser dado à participação das unidades estaduais em algumas unidades da federação, principalmente na região Norte do país, no entanto, com o Distrito Federal em primeiro lugar no volume total de recursos, *per capita* (ver Anexo 12). Os estados seguintes são, respectivamente, o Acre, o Amapá, Roraima e Amazonas<sup>165</sup>.

---

<sup>165</sup> Podemos inserir nesta análise o estudo de Faveret (idem) “constatou” o crescimento positivo da região Norte, no período de 1998 a 2000, no que se refere à aplicação de recursos próprios na saúde, com peso para os estados do Amapá, Amazonas e Acre. Podemos, portanto, deduzir um aumento do recurso para custeio e investimento em unidades estaduais nesta Região, as quais representam boa parte da oferta de serviços nesta Região.

Ao analisarmos a distribuição em termos do somatório do setor privado, excluindo-se os universitários privados<sup>166</sup>, vemos sobressaírem-se os estados do Paraná, Goiás, Santa Catarina, Tocantins, Rio Grande do Sul, Minas Gerais, São Paulo e Rio de Janeiro, respectivamente.

O peso dos prestadores universitários se apresenta em alguns estados, tais como São Paulo, Distrito Federal, Rio Grande do Sul e Minas Gerais. Embora o sistema oficial de informação não permita sabermos a proporcionalidade do universitário privado em relação ao público, em cada um destes estados, apontamos desde já a relevância desta análise, para efeitos da discussão que levantamos nesta dissertação. Os Gráficos do **Anexo 11** destacam a evolução do repasse, de 1997 a 2003, apontam para a queda em relação aos universitários no período, em várias unidades da federação.

Em relação às unidades contratadas e filantrópicas, houve significativo aumento do repasse federal a estes prestadores em vários estados do país, conforme pode ser visualizado no **Anexo 11**.

Além dos dados acima trabalhados, buscamos acoplar à nossa análise a diferença percentual entre o valor médio dos repasses, *per capita*, por unidade da federação, em relação à média nacional, com base na média dos valores acumulados de 1997 a 2003. No **Gráfico 2** podem ser acessados estes dados.

Nosso intuito, por conseguinte, ao trabalharmos com um consolidado de 7 anos, foi justamente o de avaliar os estados que receberam o maior *per capita*, por intermédio do cálculo da média do repasse e da quantidade de habitantes, no período. Se trabalhássemos com algum dado anual, conforme fez Risso (2004)<sup>167</sup> para o ano de 2001, os dados divergem, se os compararmos com a média dos dados acumulados no período de 1997 a 2003. No estudo da referida autora, para

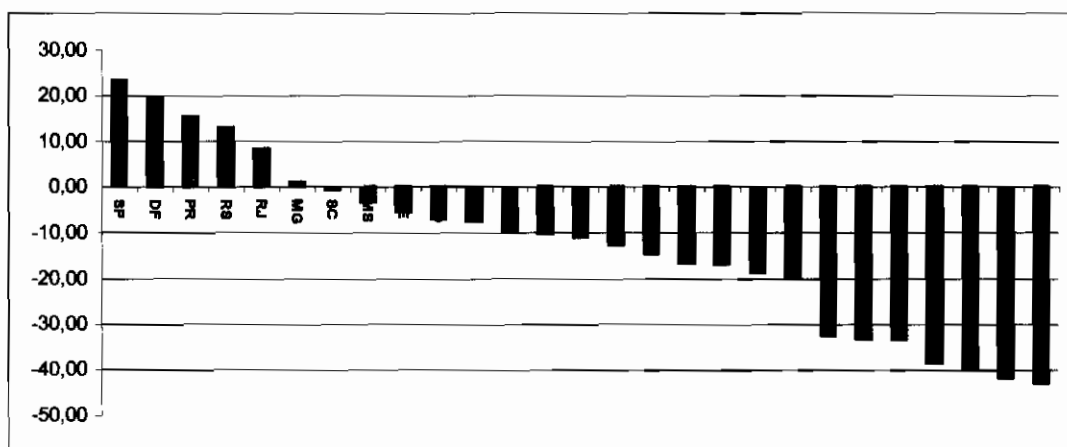
---

<sup>166</sup> O Datasus não possibilita a separação entre Universitários privados e públicos, o que fez com que, para efeitos de cálculo preliminar, considerássemos, aqui, os contratados, filantrópicos e sindicatos para o somatório do setor privado. Quando o Sistema Nacional de Informação permitir este tipo de desagregação, os dados poderão ser refinados no que se refere ao peso, no setor privado, dos universitários privados.

<sup>167</sup> Projeto de Doutorado intitulado “O financiamento público e a saúde da população brasileira. Um estudo para o período de 2000 a 2001”, ano 2004, mimeografado.

o ano de 2001, apenas sete estados ficaram com um *per capita* acima da média nacional, sendo estes, respectivamente: Acre, Rio de Janeiro, Distrito Federal, Roraima, Amapá e Rio Grande do Sul<sup>168</sup>.

**Gráfico 2** - Diferença percentual do valor médio, *per capita*, de valores federais do SUS despendidos, por tipo de prestador e unidade da federação  
Período: 1997 - 2003, Brasil



Fonte: DATASUS, 1997 - 2003

Ao compararmos os dados de Risso (idem) com o nosso cálculo, os dados sugerem, no período acumulado com o qual trabalhamos, apenas cinco estados acima da média nacional, os quais são, respectivamente, São Paulo, Distrito Federal, Paraná, Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro e Minas Gerais.

Se inserirmos em nossa análise os dados a respeito do *per capita*, no referido período, por tipo de prestador e unidade da federação, podemos ver que os dados apontam para os cinco estados com maior valor, os maiores valores *per capita*, em quatro dos cinco estados acima, com o setor contratado e filantrópico (ver Anexo 12). Em três dos cinco estados, São Paulo, Distrito Federal e Rio Grande do Sul, os universitários vêm em segundo lugar nos valores, no entanto, sem que possamos distinguir o peso dos universitários privados em cada um deles.

<sup>168</sup> A autora se baseou nos dados do Anuário Estatístico do Ministério da Saúde.

Podemos inferir sobre o privilegiamento de grandes estados, na metodologia de alocação de recursos federais para estes entes federados, enquanto que os estados da Região Norte e Nordeste do país ficam em posição desfavorável. Ainda que o estado do Rio de Janeiro tenha uma grande capacidade instalada pública, dado seu *status* de ex-capital do país, ainda assim levantamos a discussão acerca de quais critérios vêm embasando a alocação de recursos federais do SUS no sentido da manutenção ou amenização de desigualdades históricas nas transferências. Como vimos, a quase totalidade da Região Sudeste do país possui os maiores valores médios, *per capita*, no período acumulado<sup>169</sup>.

Estaremos, no item seguinte deste capítulo, discutindo justamente o confronto entre os dados e a política de saúde vigente na década de 90, no que se refere ao nosso objeto de estudo. Ressaltamos, de antemão, que vários aspectos necessitam ser abordados, dada a complexidade do SUS e de suas relações com o setor privado de serviços de saúde. No entanto, não temos como e não queremos nos furtar ao levantamento de questões acerca da significativa participação deste setor no sistema nacional de saúde.

---

<sup>169</sup> Outros estudos poderão estar avaliando estes valores *per capita*, ano a ano, com vistas à análise de tendência. No entanto, este não é nosso objetivo aqui, ainda que consideremos de extrema importância esta avaliação.

#### 4.4 - O SPSS e o SUS: discutindo dados e desmontando castelos

A análise da participação do SPSS no SUS não constitui tarefa simples, dada a complexidade das “feições” que podem assumir a relação da gestão pública com este setor. Além disso, acopla-se a esta discussão a própria complexidade do SUS em suas distintas dimensões.

O sistema de saúde brasileiro representa um sistema dual, onde, de um lado, encontram-se os serviços executados diretamente pelo Estado, públicos, ou por este custeados; de outro, um sistema privado, livre à iniciativa de pessoas físicas e jurídicas no mercado privado de serviços de saúde.

Marques Neto (2003, p. 10), ao citar o artigo 197 da Constituição Federal, analisa como esta acaba por regulamentar e criar um sistema dual de prestação de serviços de saúde no Brasil. O autor detalha a questão:

“(...) A Constituição delimita duas esferas distintas de prestação de serviços de saúde: uma esfera pública, de responsabilidade do Estado (dever) e uma esfera privada, que pode ou não ser desenvolvida por pessoas físicas ou jurídicas de direito privado” (p. 10-11).

De um lado, portanto, estariam os serviços públicos, executados diretamente ou financiados pelo Estado<sup>170</sup>, e de outro, os serviços privados, os quais, ainda que não vinculados ao SUS, são objeto de regulação por aquele, dada a relevância pública da área da saúde.

Outro aspecto da complexidade do SUS diz respeito à sua própria conformação jurídica, que institui uma “alocação sistêmica de competências”<sup>171</sup>, com interfaces representativas de relações existentes, não somente entre entes

---

<sup>170</sup> O autor destaca o fato de a CF 88 admitir duas formas de prestação de serviços: diretamente pelo Estado ou por delegação a pessoas físicas e jurídicas.

Esta discussão ocorreu na palestra do autor, na Oficina referida no tópico anterior.

<sup>171</sup> Ainda citando Neto (2003), em sua palestra, a complexidade jurídica do SUS se traduz no próprio fato de que este é um dos poucos pontos em que a CF 88 utiliza a expressão Sistema em seus termos.

públicos e privados, mas entre os próprios entes públicos e as esferas de governo.

As perspectivas da regionalização da saúde e da hierarquização da rede de serviços são mais um dos vieses que desafiam a execução do referido caráter sistêmico, bem como impõem grandes atribuições à organização, regulação, acompanhamento e controle do sistema público de saúde.

Em que pese o fato de os dados oficiais do SUS poderem ser questionados quanto à sua qualidade e certa confiabilidade, algumas inferências podemos fazer com os dados por nós trabalhados e utilizados por outros estudiosos.

Dentre estas, destacamos as que dizem respeito à magnitude dos recursos envolvidos no custeio do SUS e da parte que é destinada ao custeio dos serviços privados contratados e conveniados ao sistema, principalmente no que se refere aos procedimentos de alta complexidade.

Na área hospitalar, a título de exemplo, Matos & Pompeu (2003, p.631) apontam que os dados sugerem um valor médio da Autorização de Internação Hospitalar - AIH<sup>172</sup> ao setor privado contratado/conveniado ao SUS é acima do valor pago aos hospitais públicos e universitários. Quanto ao volume de AIHs, os autores destacam que este representa o dobro de AIHs pagas aos hospitais públicos<sup>173</sup>.

No interior mesmo desta magnitude de volume de procedimentos e recursos financeiros envolvidos, inserem-se diversos aspectos referentes à formalização ou não dos contratos, bem como aos acordos firmados entre o poder público e a iniciativa privada.

Se partirmos da análise efetuada por Matos & Pompeu (idem, p. 636), de que “a ausência de formalização da relação entre gestor público e unidades particulares de saúde é geral”, podemos, de antemão, atentar para os deslizes existentes na regularização da participação do SPSS no SUS.

---

<sup>172</sup> Instrumento de autorização de procedimento e faturamento no SUS, na área hospitalar.

<sup>173</sup> Os autores ressaltam também a hipótese de que os hospitais privados realizem procedimentos mais caros.



Além disso, podemos vislumbrar que há grandes lacunas em nosso conhecimento a respeito desta participação, dada a ausência de importantes dados oficiais no âmbito da informalidade vigente na maioria dos casos.

Outra questão de extrema importância trazida por Matos & Pompeu (idem, p. 639) diz respeito à existência de relação de um mesmo prestador privado com os três níveis de gestão, sem nenhuma relação contratual com qualquer dos níveis. Isto se dá muito em função da relação direta que ainda existe, em diversos casos, entre União e prestadores, por causa da não habilitação de alguns estados e municípios do país.

Em outros casos, os estados assumem a relação com os prestadores, quando esta poderia ser conduzida pela gestão municipal. Desta forma, vão se criando situações esdrúxulas e de difícil regulação, tanto no que se refere ao controle interno quanto externo ao poder público.

Diante deste cenário, indagamos de que forma a regulação efetiva do SUS poderá, por exemplo, dar conta de amenizar a cartelização de determinados serviços bem como a organização do sistema pela oferta, e não pela demanda.

Observações importantes a respeito dos mecanismos de cartelização e concentração de oferta pelo setor privado de serviços de saúde podem nos auxiliar na análise das distorções presentes no SUS. Matos & Pompeu (2003, p. 637) foram bastante felizes na condução desta discussão:

“Talvez a resposta à questão devesse dar conta de explicar os porquês de o SUS ser, em grande medida, regido pela lógica da oferta, não obstante ser o grande comprador desses serviços (...)”.

Em próprio documento do Ministério da Saúde<sup>174</sup> podemos obter informações a respeito de como foi se conformando a relação da gestão pública com o setor

---

<sup>174</sup> Orientações para contratação de serviços de saúde. Caderno da SAS, Ministério da Saúde: Brasília, 2001.

privado de serviços de saúde a partir da Constituição Federal de 1988, justamente com o recrudescimento da lógica de oferta.

O referido documento frisa o surgimento de milhares de gestores do sistema de saúde com o fortalecimento da descentralização na década de 90, os quais possuem “autonomia para a compra de serviços de saúde” (p.5). Além disso, destaca a lógica que efetivamente foi se implantando no interior do sistema de saúde brasileiro:

“O mercado passou a ser regido pela lógica da oferta privada e complementar ao SUS, sendo que muitas vezes os gestores do SUS chegam mesmo a ficar reféns dos prestadores privados. Sem contar as situações manifestamente irregulares, ilegais ou mesmo imorais, pelas quais o sistema é capturado e controlado por interesses particulares” (p. 5-6).

Vem, portanto, a questão *que não quer calar*: a de que muito pouco se produziu acadêmica e oficialmente no que diz respeito à análise da relação da gestão pública com o setor privado do SUS. Muito menos ainda se produziu a respeito da avaliação da situação contratual do SUS com este setor. Matos & Pompeu (2003, p. 642) analisam as possíveis causas:

“É sintomática também a ausência de análises, artigos e ensaios sobre o tema dos contratos no SUS. Qualquer reflexão sobre esse tema esbarrará no fato de o SUS estar, até hoje, sendo moldado com base em pactuações e deliberações que se afiguram ‘tratos’, mas não geram contratos.”

Este é um dos grandes nós para a efetiva regulação do SUS e representa uma das distorções estruturais da gestão do sistema, qual seja: a precariedade da histórica relação travada entre poder público e iniciativa privada.

Ao primeiro, cabem responsabilidades e atribuições na regulação do setor que são por diversas vezes descumpridas e negligenciadas. Enquanto isto, o sistema foi (e ainda segue) se estruturando com base em relações frágeis para o poder público, mas de possibilidade de cartelização para o setor privado, em várias áreas da assistência. Se a lógica da assistência foi se (des)organizando pela ditadura da oferta, o que se criou foi, dentre outras coisas, as mais complexas distorções no sistema.

Vimos no tópico anterior como a área de Terapia Renal Substitutiva está quase que integralmente com o setor privado no SUS e podemos inferir sobre como, em vários cantos deste país, pode haver oferta superestimada de procedimentos em algumas áreas.

A situação é tão gritante que, enquanto pode haver oferta acima do necessário em alguns procedimentos, em relação a outros, e "igualmente" necessários, com limitadíssima oferta, a população pode peregrinar em busca de atendimento. Uma das "perversões" geradas pela construção distorcida da assistência no SUS, em algumas práticas históricas de gestão.

Portanto, se vem faltando ao controle externo ao poder público maior rigor na fiscalização e eliminação destas distorções históricas, também falta a este poder cumprir seu papel na regulação efetiva do setor privado. Isto quer dizer que o poder público tem a responsabilidade, junto à população, de não se guiar por interesses particulares e não corromper o erário público.

Também é de extrema necessidade que a produção acadêmica possa auxiliar na "desmontagem dos castelos" que dão forma à participação do setor privado no SUS, de forma a auxiliar a desnudar suas distorções e ilegitimidades na relação com a gestão pública.

Outra questão de relevante diz respeito à necessidade de que estudos posteriores possam aprofundar a correlação entre o que o SUS vem faturando e o perfil epidemiológico e demográfico da população. O processo de avaliação da

necessidade de determinados procedimentos de acordo com alguns parâmetros assistenciais, bem como, com protocolos clínicos, são uns dos pontos de partida para implementar outra lógica de financiamento do sistema de saúde.

A lógica que ainda predomina no SUS é a de pagamento por produção de procedimentos, e não de atenção à saúde. O que se torna moeda para ser auferida é a unidade de procedimentos, e não de tipos de atendimentos. Se vamos pressupor que determinado tipo de atenção pode requerer vários tipos de procedimentos, e de distintas complexidades, a lógica poderia se inverter. Ou seja, poderia deixar de partir da oferta e embrenhar-se pela avaliação de demanda.

Pode parecer que não, mas a própria lógica de financiamento e custeio da oferta no SUS espelha a conformação de um certo tipo de concepção do que seja atenção à saúde.

Se não há regulação do setor privado, se a assistência é baseada na oferta e na demanda, se os contratos estão em sua minoria regularizados — mesmo com a participação significativa do setor privado no SUS —, bem como as informações a respeito são precárias, como vem se dando a organização da assistência no SUS?

Há questões que se adicionam às destacadas acima e que dizem respeito ao aparato jurídico que regulamenta a relação do poder público com o setor privado de serviços de saúde. Marques Neto (2003, p. 3) destaca o “quadro de incertezas jurídicas quanto aos limites do papel desempenhado pelos particulares no âmbito do Sistema Único de Saúde e, especificamente, quanto aos instrumentos jurídicos capazes de formalizar tal participação”.

Discutimos anteriormente a recomendação de que a eleição do próprio tipo de contratualização tenha a ver com a característica dos prestadores. Os instrumentos contratuais, portanto, podem assumir distintas modalidades, onde se recomenda a modalidade dos convênios com entidades filantrópicas e sem fins lucrativos.

Mesmo que o aparato legal recomende tais ou quais situações contratuais, urge que se intensifique a discussão sobre, se de fato, as modalidades recomendadas são as que mais interessam ao poder público e à sua obrigatoriedade (bem como capacidade) de regulação do setor privado no âmbito do SUS.

Historicamente a participação do setor privado no SUS se deu por intermédio de credenciamento junto ao sistema, nos moldes do velho Inamps, sem que isto signifique avaliação de necessidade de contratação pelo poder público. Além disso, não parece ser praxe a avaliação da qualidade técnica do serviço prestado, bem como a avaliação de processo e resultados da assistência oferecida.

Alguns autores (Matos & Pompeu 2003) discutem, justamente, a necessidade de que a prática do credenciamento se desfaça no tempo, dado que deve prevalecer o interesse público sobre o privado. Isto, caso aconteça, acabaria por remodelar a contratualização do SUS com o SPSS. Vamos às palavras dos autores:

“A figura do ‘credenciamento’ deve desaparecer, na medida em que não é suficiente para atender nem mesmo à necessidade de se avaliar as condições técnicas, econômicas e fiscais da entidade que se está contratando” (p. 640).

No entanto, a situação vigente, diante dos dados com os quais trabalhamos, bem como com a discussão conceitual posta, revela a quase completa desregularização do setor privado vinculado ao SUS. Isto se dando, tanto por intermédio da ausência ou precariedade dos contratos vigentes, quanto por ínfima regulação por parte do Estado.

A regularização da participação do setor privado no SUS deverá, portanto, envolver não somente a regularização da situação contratual, mas também a avaliação, pelo poder público, em conjunto com a população, da real necessidade de manutenção de vínculos existentes.

O processo de regularização e regulação, dada a peculiaridade das distorções presentes na oferta do SUS, deverá envolver redefinição de fluxos de investimentos, de atendimentos e remodelagem da assistência segundo avaliação de necessidades.

Também será de extrema importância para a reorganização da assistência à saúde no SUS a inversão da lógica de financiamento vigente, baseada em pagamento por produção. Esta lógica pode inegavelmente acarretar superfaturamento de procedimentos mais caros, bem como a realização de procedimentos por vezes questionáveis protocolarmente.

A complexidade do SUS e de como este foi se conformando historicamente está posta. De que forma a gestão pública lidará com as distorções presentes, assim como, com o poder da iniciativa privada no mercado de serviços de saúde, é uma questão premente para a organização eficaz e equânime da oferta pública.

Ainda que o poder público deva também regular a oferta de serviços de saúde não vinculada ao SUS, nos detemos, nesta dissertação para a discussão justamente da participação do setor privado vinculado ao SUS.

Em que pese a ausência de diversas análises sobre o último tema, ressalta-se sua importância, bem como a necessidade de que estudos se multipliquem, de forma a auxiliar a própria sobrevivência do sistema de saúde. E isto segundo os princípios da universalidade, equidade, integralidade e participação da comunidade.

Evidente que este esforço representa não somente o aprofundamento da discussão conceitual e de estudos sobre a legislação do SUS. Além disso, representa a necessidade de "um trabalho hercúleo de regularização" (Marques Neto, 2003, p. 17) das incongruências e distorções vigentes no sistema. Particularmente no que se refere à participação da iniciativa privada no SUS.

Uma das formas para se regularizar a referida participação diz respeito à instituição de contratos transparentes, públicos, com critérios bem definidos, indicadores de acompanhamento e avaliação de resultados.

O Ministério da Saúde, ao editar um documento orientador<sup>175</sup> de diversos aspectos concernentes à contratação de serviços, parece estar retomando a discussão a respeito do tema, objetivando a regularização dos "tratos" entre o poder público e o setor privado.

Esperamos, no entanto, que tal iniciativa não se esvazie com o tempo e possa sistematicamente fazer parte do exercício de controle, avaliação e regulação que deve ser impetrado pelo poder público<sup>176</sup>. E isto cabendo aos três níveis de governo, cada qual com suas responsabilidades.

---

<sup>175</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações para a contratação de serviços de saúde**. Brasília, DF, 54 páginas, 2001.

<sup>176</sup> Não esquecendo, com esta afirmação, da importância do controle externo ao poder público.

## V. CONSIDERAÇÕES FINAIS

"Uma teoria é como uma caixa de ferramentas. Nada tem a ver com o significante... É preciso que sirva, é preciso que funcione. E não para si mesma. Se não há pessoas para utilizá-la, a começar pelo próprio teórico que deixa então de ser teórico, é que ela não vale nada ou que o momento ainda não chegou. Não se refaz uma teoria, fazem-se outras; há outras a serem feitas. É curioso que seja um autor que é considerado um puro intelectual, Proust, que o tenha dito tão claramente: tratem meus livros como óculos dirigidos para fora e se eles não lhes servem, consigam outros, encontrem vocês mesmos seu instrumento, que é forçosamente um instrumento de combate. A teoria não totaliza; a teoria se multiplica e multiplica."

Gilles Deleuze

Eis nossa caixa de ferramentas visando estimular o debate e o destaque de alguns pontos para reflexão.

Mais do que a colocação de afirmações em formato de conclusões, optamos, distintamente disso, pela elaboração de questões e de considerações, as quais são produto da avaliação de determinadas hipóteses a respeito do tema que debatemos até então.

Partimos da avaliação de que a Reforma do Estado nos anos 90, tal como esta se sucedeu, com ênfase na descentralização de políticas públicas, sob o recorte neoliberal, manteve distorções, bem como imprimiu dinâmicas diferenciadas na relação público-privado.

Ressaltamos a análise acima porque o cenário e o ideário hegemônico daquela década engendrou uma nova relação Estado-empresariado e Estado-sociedade. No primeiro caso, o empresariado passou a adquirir maior importância na dinâmica da gestão local com o setor privado, por intermédio da necessidade de



desenvolvimento econômico local na inserção das cidades no contexto da globalização. E, no segundo caso, a sociedade civil, via parcerias entre esta e o Estado, onde as organizações sociais e as entidades não-governamentais em geral passaram a assumir funções anteriormente executadas diretamente pela máquina pública.

A discussão que travamos acerca do chamado terceiro setor deu subsídios para o clareamento da estratégia adotada na relação Estado-sociedade, bem como para análise do papel financiador deste Estado no que se refere à sustentabilidade, em grande parte, deste setor.

Ressaltamos também como o discurso dominante, com ênfase na nomeada *publicização* do Estado, intensificou o processo de privatização e terceirização e trouxe para as organizações sociais uma inserção diferenciada. Esta inserção imprimiu uma dinâmica diferenciada do setor privado no processo de descentralização, associado diretamente à municipalização, a partir dos anos 90.

Não que o setor privado não tivesse sido historicamente beneficiado, visto que, conforme discutimos, o período militar, a título de exemplo, fortaleceu a privatização e a instauração de um complexo médico industrial. No entanto, particularmente a partir dos anos 90, o setor privado de serviços aumentou sua participação no mercado muito em função do fortalecimento de parcerias do Estado com este setor.

Ademais, trabalhamos com a hipótese de que o processo de descentralização, desde os anos 90, conforme sua condução pelo projeto neoliberal de Reforma do Estado, imprimiu uma série de distorções na municipalização de funções e atribuições anteriormente centradas em estados e na União.

Particularmente no que tange à área da saúde, o processo de descentralização supracitado não pareceu ter oprimido a participação do setor privado de serviços de saúde desde a instituição do SUS. Diverso disso, deu condições de possibilidade para que o SPSS se readequasse, quando necessário, às novas

modalidades de acumulação de capital logradas, mais particularmente, nos últimos 15 anos.

Os dados a respeito são ilustrativos e, ainda que sejam alvo de críticas quanto à sua qualidade, são os dados oficiais a respeito de como vem se dando o faturamento dos serviços prestados pelo SPSS ao SUS. A apropriação, por este setor, de gorda fatia da alta complexidade, hospitalar e ambulatorial, demonstra, em parte, o perfil de oferta por este almejado, dada a magnitude de recursos que abarca.

Pudemos ver como o referido setor recebe quantia significativa de recursos federais para o custeio dos procedimentos que realiza no interior da produção do SUS. Além disso, levantamos questões, no decorrer deste trabalho, a respeito da grande significância e preponderância desta prestação, ao confrontá-la com a noção de complementaridade constante da legislação a respeito, a qual discorre sobre a possibilidade de contratação após esgotada a capacidade máxima da rede pública.

Além disso, levantamos a seguinte questão: estaria o SPSS se apropriando, dentro da alta complexidade, de procedimentos que possibilitam produção em escala, enquanto que caberia ao público, estatal, particularmente ao universitário, parte da tecnologia de ponta não almejada pelo SPSS do SUS?

Ainda assim, embora o setor universitário ainda produza significativamente na clínica cirúrgica, dentre as especialidades hospitalares do SUS, os dados sugeriram a queda da produção de procedimentos de alta complexidade neste setor. O que pode estar, por conseguinte, apontando para a queda de complexidade nos hospitais universitários.

A própria lógica de financiamento do SUS, baseada em grande parte no pagamento por produção de procedimentos, possibilita que o SPSS se aproprie e ofereça somente os procedimentos mais rentáveis, mais bem pagos e que possam se inserir em uma economia de escala. Com isso, resta ao público financiar a

oferta deste setor e prover, em caráter universal, os procedimentos não lucrativos, tais como os relacionados ao tratamento da Aids, à dispensa de medicamentos, bem como ao tratamento da tisiologia?<sup>177</sup>

Fica, portanto, mais uma questão: como o Estado lidará, daqui para frente, com a oferta de procedimentos mais complexos que estão historicamente com o setor privado? Qual será a política dirigida a este tema, é algo que muito nos inquieta e causa preocupação. De antemão, cremos não ser possível ao Estado prescindir da discussão da avaliação tecnológica e da incorporação desta prática na gestão do SUS.

Acrescente-se a estes aspectos, o crescimento do chamado terceiro setor, bem como a migração de natureza jurídica de distintas entidades, o qual faz parte de um rol de vantagens e regulamentações acerca da participação instituída do privado no sistema público de saúde. Embora haja complicações oriundas do que comumente vem sendo nomeado como parcerias Estado-sociedade, via terceiro setor, onde se insere a chamada filantropia, diversas entidades parecem ter se beneficiado da política neoliberal dos anos 90.

Por outro lado, indagamos o forte processo de ideologização do princípio da descentralização pelo pensamento hegemônico desde os idos de 90. E partimos do pressuposto de que, de outra forma, este princípio acabou por ser altamente "romantizado" pelo discurso progressista, oriundo do movimento sanitário.

O que se intentava, no discurso progressista, que fosse sinônimo de um planejamento ascendente e participativo do SUS, por intermédio do fortalecimento da descentralização de políticas públicas, sob o mesmo nome,

---

<sup>177</sup> Levantamos esta questão porque a dinâmica da relação da gestão pública com o SPSS, desde os anos 90, por intermédio da criação de novas modalidades de relação do Estado com este setor, acabou por incitar e dar condições de possibilidade, no interior do mercado, ao redirecionamento do referido setor na prestação de serviços ao SUS. Dizemos isto porque trabalhamos com a hipótese de que a dinâmica à qual nos referimos apontou para o redirecionamento do SPSS para os segmentos mais rentáveis no escopo da prestação privada de serviços de saúde ao SUS. E os dados que foram coletados e analisados nesta dissertação parecem sugerir esta hipótese. Portanto, não ressaltamos necessariamente que aquele setor tenha crescido, mas sim que, decerto, houve aspectos significativos na relação público-privado no SUS, dada a instauração de mudanças na relação entre Estado e empresariado, no âmbito do fortalecimento de novas formas de acumulação de capital. Analisamos, no entanto, mais intensamente como este fortalecimento se sucedeu no período com o qual trabalhamos nesta dissertação.

mas no viés neoliberal, representou a desresponsabilização das outras esferas de governo. Além disso, encampou o ideário de que a gestão da municipalidade é que forneceria a solução mágica para a organização de um sistema tão complexo como o SUS. E o discurso progressista encampou este ideário.

Vimos, no entanto, como a gestão da municipalidade e de seu suposto sucesso pode representar a apropriação de interesses particulares pelo poder público, bem como a hegemonia do privado sobre o público.

Um dos pontos que debatemos foi justamente o de que a descentralização não representa um bem em si mesmo, e sua conformação dependerá essencialmente dos aspectos econômicos, políticos, sociais e culturais que envolvem as cidades neste país, assim como de nossa precária cultura cívica e de controle social.

Além disso, a heterogeneidade de municípios e estados no que se refere à capacidade de gestão, financiamento e provisão de serviços de saúde aponta para uma série de distorções e problemas no acesso da população, de forma integral, à atenção pública à saúde.

Outra questão que debatemos diz respeito às atribuições de controle, acompanhamento, avaliação e regulação do SUS, pelas três esferas de governo. Se avaliarmos o arcabouço legal e a definição das atribuições destas esferas na legislação e normatização federais, podemos inferir o quão ainda incipiente é esta prática.

Acrescenta-se a isto o dado, como vimos, de que a maior parte da relação que a gestão pública vem travando com o SPSS se baseia em "tratos" e não em contratos formais que possam ser objeto de controle interno e externo ao poder público.

Ainda referente a esta questão, caberá ao poder público simplesmente regularizar os contratos e regular a oferta vigente, tal como está, em vez de

reverter a lógica de financiamento e organização historicamente atomizada da assistência no SUS?

Caberá, portanto, ao Estado simplesmente custear procedimentos ou também investir na provisão pública de serviços considerados prioritários na política de saúde proposta?

Neste sentido, urge um debate intenso e menos burocratizado sobre quais rumos serão dados ao SUS nos próximos anos, bem como sobre quais ações serão consideradas prioritárias no âmbito da assistência pública.

A gestão tripartite do sistema não parece estar completamente clareada pelo texto legal e normativo. Ainda há confusões referentes ao peculiar pacto federativo brasileiro e à proposta de comando único, onde cada esfera de governo é autônoma em relação a outra.

É inegável que o município adquiriu poder na localidade por intermédio do fortalecimento da municipalização. Também é inegável o poder dos estados sobre as localidades, e isto através de jogos eleitorais, pactos de poder, relações clientelistas com alguns municípios. Assim como o nível federal tem seu grande poder, a partir do momento em que cumpre seu papel de coordenação nacional do SUS, e utiliza a prática da centralização na política de financiamento e da distribuição de responsabilidades que lhe eram inerentes.

Portanto, lançamos a seguinte questão: como romper esta lógica perversa que se instalou em nosso pacto federativo? Como romper com a instauração de uma autonomia por vezes "mafiosa" de determinadas instâncias subnacionais em nome do comando único do SUS? Recoloca-se, portanto, a nosso ver, o debate centralização x descentralização no escopo da política de saúde e da conformação do sistema nacional de saúde.

Atentamos para o fato de que centralização e descentralização, não representam, portanto, conceitos estanques e tomados de forma maniqueísta

onde a primeira significaria o mal e a segunda o bem, a solução mágica para todos os problemas do SUS e das políticas públicas em geral.

Como, portanto, pode se efetuar um debate profundo acerca dos limites da descentralização e da centralização na perspectiva de uma organização ascendente e democrática do SUS? Como será possível que se debata esta perspectiva sem que se recaia no discurso maniqueísta e burocrático a respeito do SUS?

Ademais, ressaltamos: ainda que considerado necessário, o processo de descentralização em saúde, diante do pacto federativo existente, onde cada ente federado possui autonomia em relação aos outros, no qual se insere a dinâmica da relação público-privado no SUS, precisa ser regulado e constantemente avaliado por todos os entes federados.

Inclui-se no escopo da necessidade de regulação e avaliação do SPSS uma análise mais detida de como estas funções gestoras tratarão as chamadas entidades filantrópicas. Preocupamo-nos com esta questão dado que também trabalhamos com a hipótese de que estas entidades, embora possam ter este status, também trabalham com a lógica da "inteligência privada". Daí termos dedicado parte da discussão travada nesta dissertação à análise do que vem sendo comumente intitulado terceiro setor, inserindo-se, neste, a questão da filantropia ou da *refilantropização*<sup>178</sup> engendrada, particularmente dos anos 90 em diante, na área social.

Diante destas indagações deixamos como objeto de reflexão a discussão inicial que aqui travamos e que, evidentemente, deverá ser refinada e complementada por estudos posteriores que se atentem para a relação público-privado no SUS.

Além disso, cabe sinalizar que a necessidade de maior integração entre a base de dados trabalhados e a discussão conceitual nesta dissertação, bem como a

---

<sup>178</sup> Como vimos, esta expressão foi utilizada por Montañó (2002) para ressaltar o processo de privatização, particularmente a partir dos anos 90.

discussão analítica destes dados, podem ser o *mote* para a continuidade do debate que aqui se inicia.

A magnitude dos dados disponíveis, bem como a avaliação da qualidade dos sistemas de informação que os disponibilizam, ainda que não extensamente discutidas em nosso trabalho, de antemão apontam para a necessidade de aprofundamento do referido debate.

Sendo assim, já adiantamos a importância de que se somem instrumentos na “caixa de ferramentas” teórica que buscará manejar a discussão acerca da relação público-privado no SUS, bem como dos desafios postos, no que se refere à regulação e avaliação desta relação, à política pública dirigida à área da saúde nos próximos anos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, Célia. **O Mercado Privado de Serviços de Saúde no Brasil: panorama atual e tendências da assistência médica suplementar.** Texto para discussão, Brasília: IPEA, PNUD. Mimeografado.
- ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de; PONTES, Ricardo José Soares; JUNIOR, Tomaz Martins. A descentralização no marco da Reforma Sanitária no Brasil. **Revista Panamericana de Saúde**, Washington, v. 8, nº 1-2, jul/ago, 2000.
- ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky de. **Teias e Tramas: relações público-privadas no setor saúde brasileiro na década de 90.** 294f. Tese (Doutorado em Política, Planejamento e Administração em Saúde) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.
- ARRETCHE, Marta T. S. Políticas Sociais no Brasil: descentralização em um Estado federativo. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 14, n. 40, jun. 1999.
- BAHIA, Ligia. **Planos e Seguros Saúde: padrões e mudanças das relações entre o público e o privado no Brasil.** 333f. Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1999.
- \_\_\_\_\_. O mercado de planos e seguros de saúde no Brasil: tendências pós-regulamentação. In: NEGRI, Barjas; DI GIOVANNI, Geraldo (org). **BRASIL. Radiografia da Saúde.** Campinas: Ed. UNICAMP, Parte 4, 2001, p. 325-362.
- BANCO MUNDIAL. **Relatório sobre o desenvolvimento mundial.** Investindo em saúde, 1993.
- BARBOSA, Pedro Ribeiro (coord.). **Hospitais Filantrópicos no Brasil.** Rio de Janeiro: BNDES, v. 1, 2 e 3, 2002.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF. Senado, Título VIII, Da Ordem Social, Capítulo II, Seções 1 e 2, 1988.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Orientações para a contratação de serviços de saúde.** Brasília, DF, 54 páginas, 2001.
- \_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS.** Brasília: CONASS, 2003.
- CANO, Wilson. América Latina: do desenvolvimento ao neoliberalismo. In: FIORI, J. L (Org.). **Estados e Moedas no Desenvolvimento das Nações.** Petrópolis: Vozes, 2000.



CARNEIRO JUNIOR, Nivaldo; ELIAS, Paulo Eduardo. A reforma do Estado no Brasil: as organizações sociais de saúde. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, mar./abr, número especial, 2003.

CARVALHO, Gilson. A inconstitucional administração pós-constitucional do SUS através de normas operacionais. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, 2º semestre, 2001.

CARVALHO, Guido Ivan; SANTOS, Lenir. Sistema Único de Saúde: comentários à Lei Orgânica da Saúde (Leis 8.080/90 e 8.142/90). Campinas: Ed. Unicamp, 2001.

COHN, Amélia. **As políticas sociais no governo FHC**, 2002. Mimeografado.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre et al. A Avaliação na Área da Saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Zulmira Maria de Araújo (org). **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 29-48, 1997.

CORDEIRO, Hésio. **As Empresas Médicas: um estudo das transformações capitalistas da prática médica**. Rio de Janeiro: Graal, 1981.

\_\_\_\_\_. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, 2º semestre, 2001.

COSTA, Ricardo César Rocha. Descentralização, Financiamento e Regulação: a reforma do sistema público de saúde no Brasil durante a década de 90. **Revista de Sociologia Política**, Curitiba, 18, p. 49-71, jun. 2002.

DAIN, Sulamis; SOARES, Laura Tavares. Reforma do Estado e políticas públicas: relações intergovernamentais e descentralização desde 1988. In: **Reforma do Estado e políticas de emprego no Brasil**. Campinas: Ed. UNICAMP, p. 31-72, 1998.

FAVERET, Ana Cecília de Sá Campello. **Federalismo Fiscal e Descentralização no Brasil: o financiamento da política de saúde na década de 90 e início dos anos 2000**. 2002. Tese (Doutorado em Política, Planejamento e Administração em Saúde) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

FIORI, José Luis. Globalização, hegemonia e império. In: TAVARES, M. C. ; FIORI, J. L. **Poder e Dinheiro**. Petrópolis: Vozes, 1997.

\_\_\_\_\_. **Brasil no espaço**. Petrópolis: Vozes, 2001a

\_\_\_\_\_. **60 lições dos 90**. Uma década de neoliberalismo. Rio de Janeiro: Record, 2001b.

FIORI, José Luis; Kornis, George Edward. Além da queda: economia e política numa década enviesada. In: **Saúde e Sociedade no Brasil: anos 80**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, p. 1-42, 1994.

GERSCHMAN, Sílvia Victoria et al. O setor hospitalar filantrópico e alguns desafios para as políticas públicas em saúde. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, mar./abr, número especial, 2003.

GOMES, Gustavo Maia; MAC DOWELL, Maria Cristina. **Os elos frágeis da descentralização. Observações sobre as finanças dos municípios brasileiros**. 1995. Texto apresentado no Curso de Gestão Urbana e de Cidades. Belo Horizonte, 2000.

HARVEY, David. **Condição pós-moderna**. 9. ed. São Paulo: Loyola, 1992.

HORTALE, Virginia Alonso; PEDROZA, Manoela; ROSA, Maria Luiza Garcia. Operacionalizando as categorias acesso e descentralização na análise dos sistemas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, jan-mar, 2000.

LESBAUPIN, Ivo. **Poder Local x Exclusão Social**. Petrópolis: Vozes, 2000.

LEVCOVITZ, Eduardo et al. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, 2º semestre, 2001.

LUZ, Madel Therezinha. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de "transição democrática" – anos 80. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, 1991.

\_\_\_\_\_. Duas questões permanentes em um século de políticas de saúde no Brasil republicano. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, ago. 2000.

\_\_\_\_\_. Políticas de Descentralização e Cidadania: Novas Práticas em Saúde no Brasil Atual. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (org). **Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/ABRASCO/CNPQ, 2001.

MACHADO, Cristiani Vieira. Novos Modelos de Gerência nos Hospitais Públicos: As Experiências Recentes. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, volume semestral, 2001.

MARQUES NETO, Floriano P. Azevedo. **Minuta inicial para discussão**. Texto apresentado na Oficina de Contratação de Serviços Privados Complementares ao Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Mimeografado.

MATOS, Carlos Alberto; POMPEU, João Cláudio. Onde estão os contratos? Análise da relação entre os prestadores privados de serviços de saúde e o SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, abr-jun, 2003.

MONTAÑO, Carlos. **Terceiro Setor e Questão Social**. Crítica ao padrão emergente de intervenção social. São Paulo: Cortez, 2002.

NORONHA, José Carvalho; SOARES, Laura Tavares. A política de saúde no Brasil nos anos 90. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, 2º semestre, 2001.

OLIVEIRA, Jaime Antônio de Araújo; TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury.  
**(Im)previdência social: 60 anos de história da Previdência no Brasil.**  
 Petrópolis: Vozes; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1985.

PEREIRA, Cláudia Regina de Andrade et al. **Tendências da relação público-privado no sistema de saúde brasileiro.** Trabalho final para a disciplina "Leituras em Economia Política da Saúde e da Proteção Social", ministrada na ANS (Mestrado em Política, Planejamento e Administração em Saúde) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002. Mimeografado, não paginado.

PEREIRA, Luis Carlos Bresser. **Reforma Administrativa do Sistema de Saúde.** 1985. Trabalho apresentado ao Colóquio Técnico prévio à XXV Reunião do Conselho Diretivo do CLAD, Buenos Aires, out. 1995.

PERES, Ana Maria Auler Mateus. **A descentralização da política de saúde no Brasil: a municipalização é o caminho? Limites e fronteiras da gestão municipal da rede de serviços de saúde.** 2002. Dissertação (Mestrado em Política, Planejamento e Administração em Saúde) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

PIMENTA, Carlos César. **Descentralização com integração.** A gestão de políticas públicas em um contexto descentralizado – o caso brasileiro. 1998. Texto preparado para o III Congresso do CLAD. Madrid, out. 1998.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde. **Plano Diretor de Regionalização, 2001-2004.** Rio de Janeiro, 2002. 97 p.

RISSO, Claudia. **O financiamento público e a saúde da população brasileira.** Um estudo para o período de 2000 a 2001. 2004. Projeto de Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, p. 1-29, 2004.

SANTOS JUNIOR, Orlando Alves dos. **Democracia e governo local. Dilemas da reforma municipal no Brasil.** Rio de Janeiro: Revan/FASE, 2001.

SOARES, Laura Tavares. **Ajuste neoliberal e desajuste social na América Latina.** Petrópolis: Vozes, 2001.

\_\_\_\_\_. **As Reformas Neoliberais nas Políticas Sociais.** Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social/UERJ, 2002. Mimeografado.

VASCONCELOS, Cipriano Maia. **Notas sobre a crise dos Hospitais Universitários no Brasil,** 2003. Mimeografado.

VIANA, Ana Luiza D'Ávila, et al. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto – lições do caso brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, jul-set, 2002

#### Documentos Técnicos

Notas Técnicas do DATASUS. In: <http://tabnet.datasus.gov.br>.

## Legislação consultada

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 1990a.

\_\_\_\_\_. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 1990b.

\_\_\_\_\_. Lei n. 8.666, de 21 de junho de 1993. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 1993.

## Norma Operacional do SUS

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional da Assistência à Saúde/SUS: NOAS-SUS 01/2002. Portaria GM/MS n. 373, de 27 de fevereiro de 2002. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 fev. 2002.

## Portaria do MS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.413/GM, de 30 de agosto de 2001. Institui o Programa Nacional de Incentivo à Parceria entre os Hospitais Filantrópicos e sem fins lucrativos e o SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 2001. Disponível em: ([http://www.federassantas.org.br/arquivos/portaria\\_1413.htm](http://www.federassantas.org.br/arquivos/portaria_1413.htm)). Acesso em: 17/02/04.

## Assuntos consultados na internet

Integração. A revista eletrônica do Terceiro Setor. Disponível em: <http://integracao.fgvsp.br/17/noticias.htm>. Acesso em 19/02/04.

Quem somos. Terceiro Setor. Disponível em: [www.terceirosetor.org.br/quemsomos/index.cfm?page=brasil](http://www.terceirosetor.org.br/quemsomos/index.cfm?page=brasil). Acesso em: 19/02/04.

Reforsus. Disponível em: [www.reforsus.saude.gov.br](http://www.reforsus.saude.gov.br). Acesso em: 19/02/04.

Programa de Fortalecimento e Modernização das Entidades Filantrópicas e Hospitais Estratégicos Integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: <http://www.bndes.gov.br/produtos/social/sus.asp>. Acesso em: 29/07/02.

Projeto EXPANDE. Disponível em: [www.inca.gov.br](http://www.inca.gov.br). Acesso em: 20/02/04.

## ANEXO 1

### PERCENTUAL DO VALOR TOTAL DOS PRINCIPAIS\* PROCEDIMENTOS HOSPITALARES DE ALTA COMPLEXIDADE Período: 1995 a 2003, Brasil

| Procedimento                                                               | Público | Privado | Universitário |
|----------------------------------------------------------------------------|---------|---------|---------------|
| REVASCULARIZACAO MIOCARDICA COM USO DE EXTRACORPOREA.                      | 4,27    | 59,14   | 36,59         |
| ANGIOPLASTIA CORONARIANA                                                   | 8,50    | 55,38   | 36,12         |
| IMPLANTE DE PROTESE VALVAR                                                 | 4,63    | 54,78   | 40,60         |
| IMPLANTE DE MARCAPASSO CARDIACO INTRACAVITARIO DE UNICA CAMERA (GERADOR E  | 5,47    | 53,26   | 41,28         |
| ARTROPLASTIA TOTAL DO QUADRIL NAO CIMENTADA OU HIBRIDA                     | 5,84    | 47,26   | 46,90         |
| TROCA DE GERADOR DE MARCAPASSO                                             | 11,19   | 48,13   | 40,69         |
| TRATAMENTO CONSERVADOR DO TRAUMATISMO CRANIOENCEFALICO                     | 18,83   | 44,65   | 36,51         |
| TRATAMENTO DA AIDS                                                         | 37,13   | 15,58   | 47,29         |
| INTERNACAO PARA QUIMIOTERAPIA DE ADMINISTRACAO CONTINUA ( INFUSAO VENOSA ) | 11,89   | 41,70   | 46,40         |
| HISTERECTOMIA TOTAL AMPLIADA                                               | 7,75    | 66,61   | 25,64         |
| MASTECTOMIA RADICAL COM LINFADENECTOMIA                                    | 10,08   | 47,20   | 42,72         |
| TRATAMENTO CONSERVADOR DA HEMORRAGIA CEREBRAL                              | 14,08   | 47,95   | 37,97         |
| VENTRICULOPERITONIOSTOMIA                                                  | 16,02   | 40,50   | 43,48         |
| MOLDAGEM EM COLO E/OU CORPO UTERINO                                        | 0,14    | 92,74   | 7,12          |
| TRATAMENTO CONSERVADOR DO TRAUMATISMO CRANIOENCEFALICO                     | 15,27   | 52,01   | 32,72         |
| TRATAMENTO CIRURGICO DO HEMATOMA SUBDURAL                                  | 21,26   | 42,02   | 36,72         |
| INTERNACAO PARA QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIAS AGUDAS ( LINFOIDE OU NAO )      | 15,70   | 19,00   | 65,30         |
| INTERNACAO PARA QUIMIOTERAPIA DE ADMINISTRACAO CONTINUA ( INFUSAO VENOSA ) | 14,42   | 50,04   | 35,53         |
| TRATAMENTO DA AIDS EM HOSPITAL DIA                                         | 28,76   | 1,40    | 69,83         |
| Total                                                                      | 9,03    | 51,62   | 39,35         |

Fonte: SIH-SUS, 1995-2003

\* Corte de 60% na percentagem acumulada, no período

## ANEXO 2

Percentual de Leitos Hospitalares por Unidade da Federação e Natureza  
Período: Julho 2003, Brasil

| UF    | Próprio | Contratado | Contr.isento | Federal | Federal VP | Estadual | Estadual VP | Municipal | Filantróp. | Fil.isento total | Fil.isento IR | Univ.Ensino | Sindicato | Univ.Pesq. | Un.Pesq. isento tot | Un.Pesq. isento IR CSLL | Un.Ens/Pesq privado |
|-------|---------|------------|--------------|---------|------------|----------|-------------|-----------|------------|------------------|---------------|-------------|-----------|------------|---------------------|-------------------------|---------------------|
| RO    | 0,00    | 11,04      | 0,00         | 1,50    | 0,00       | 21,74    | 0,00        | 60,10     | 0,00       | 5,61             | 0,00          | 0,00        | 0,00      | 0,00       | 0,00                | 0,00                    | 0,00                |
| AC    | 0,00    | 0,00       | 0,00         | 0,00    | 0,00       | 79,00    | 0,00        | 0,00      | 14,25      | 6,75             | 0,00          | 0,00        | 0,00      | 0,00       | 0,00                | 0,00                    | 0,00                |
| AM    | 0,00    | 7,54       | 0,00         | 2,80    | 0,00       | 62,81    | 0,00        | 8,43      | 1,30       | 10,86            | 0,00          | 0,00        | 0,00      | 6,26       | 0,00                | 0,00                    | 0,00                |
| RR    | 0,00    | 0,00       | 0,00         | 0,00    | 0,00       | 90,50    | 0,00        | 9,50      | 0,00       | 0,00             | 0,00          | 0,00        | 0,00      | 0,00       | 0,00                | 0,00                    | 0,00                |
| PA    | 0,00    | 53,09      | 0,00         | 0,46    | 0,00       | 6,56     | 0,00        | 21,71     | 1,45       | 11,12            | 0,00          | 0,00        | 0,00      | 5,61       | 0,00                | 0,00                    | 0,00                |
| AP    | 0,00    | 0,00       | 0,00         | 0,00    | 0,00       | 84,35    | 0,00        | 3,40      | 0,00       | 12,24            | 0,00          | 0,00        | 0,00      | 0,00       | 0,00                | 0,00                    | 0,00                |
| TO    | 0,00    | 5,63       | 0,00         | 0,00    | 0,00       | 32,10    | 0,00        | 22,22     | 1,20       | 38,84            | 0,00          | 0,00        | 0,00      | 0,00       | 0,00                | 0,00                    | 0,00                |
| MA    | 0,00    | 51,98      | 0,00         | 0,00    | 0,00       | 5,97     | 0,76        | 29,91     | 2,80       | 6,02             | 0,00          | 0,00        | 0,00      | 2,56       | 0,00                | 0,00                    | 0,00                |
| PI    | 0,00    | 34,60      | 0,00         | 0,00    | 0,00       | 29,09    | 0,00        | 9,39      | 1,41       | 9,83             | 0,00          | 0,00        | 0,00      | 15,68      | 0,00                | 0,00                    | 0,00                |
| CE    | 0,00    | 32,24      | 0,00         | 0,06    | 0,00       | 1,10     | 0,00        | 24,65     | 7,32       | 20,02            | 1,18          | 0,00        | 0,00      | 13,44      | 0,00                | 0,00                    | 0,00                |
| RN    | 0,00    | 26,76      | 0,00         | 0,37    | 0,00       | 21,56    | 0,00        | 20,21     | 11,91      | 13,24            | 0,03          | 0,00        | 0,00      | 5,92       | 0,00                | 0,00                    | 0,00                |
| PB    | 0,00    | 45,36      | 0,00         | 0,00    | 0,00       | 18,34    | 0,00        | 13,66     | 3,41       | 12,21            | 2,47          | 0,00        | 0,00      | 4,55       | 0,00                | 0,00                    | 0,00                |
| PE    | 0,00    | 37,36      | 0,26         | 0,00    | 0,00       | 2,49     | 19,35       | 21,35     | 0,06       | 11,93            | 0,87          | 0,00        | 0,00      | 3,76       | 2,58                | 0,00                    | 0,00                |
| AL    | 0,00    | 44,65      | 0,00         | 0,00    | 0,00       | 16,02    | 0,00        | 13,69     | 0,00       | 13,90            | 9,47          | 0,00        | 0,00      | 2,27       | 0,00                | 0,00                    | 0,00                |
| SE    | 0,00    | 31,92      | 0,00         | 0,00    | 0,00       | 17,76    | 0,00        | 6,42      | 13,85      | 28,50            | 0,00          | 0,00        | 0,00      | 1,54       | 0,00                | 0,00                    | 0,00                |
| BA    | 0,14    | 27,40      | 0,50         | 0,00    | 0,00       | 11,74    | 0,58        | 22,19     | 4,18       | 20,08            | 1,17          | 0,35        | 0,27      | 6,27       | 5,13                | 0,00                    | 0,00                |
| MG    | 0,00    | 27,16      | 0,04         | 0,20    | 0,00       | 7,73     | 0,26        | 6,77      | 2,37       | 43,57            | 2,16          | 0,28        | 0,00      | 5,68       | 3,55                | 0,22                    | 0,00                |
| ES    | 0,00    | 25,99      | 0,00         | 0,00    | 0,00       | 27,62    | 0,00        | 4,59      | 12,06      | 19,99            | 1,80          | 0,00        | 0,00      | 3,75       | 4,21                | 0,00                    | 0,00                |
| RJ    | 0,00    | 36,01      | 0,00         | 0,69    | 1,14       | 11,91    | 0,00        | 21,36     | 3,64       | 15,68            | 0,63          | 0,64        | 0,00      | 8,29       | 0,00                | 0,00                    | 0,00                |
| SP    | 0,00    | 11,75      | 0,03         | 0,00    | 0,00       | 0,17     | 24,16       | 5,87      | 3,07       | 45,25            | 1,31          | 0,22        | 0,00      | 3,72       | 4,44                | 0,00                    | 0,00                |
| PR    | 0,00    | 52,46      | 0,14         | 0,00    | 0,00       | 2,93     | 0,00        | 10,31     | 3,07       | 21,03            | 1,49          | 0,43        | 0,00      | 4,21       | 3,17                | 0,00                    | 0,76                |
| SC    | 0,00    | 16,93      | 0,00         | 0,00    | 0,00       | 10,37    | 0,00        | 1,71      | 8,29       | 38,95            | 13,65         | 0,00        | 0,00      | 8,86       | 1,25                | 0,00                    | 0,00                |
| RS    | 0,00    | 15,62      | 0,28         | 0,19    | 0,00       | 0,76     | 0,00        | 5,18      | 4,50       | 49,98            | 2,75          | 0,65        | 0,00      | 13,67      | 4,67                | 0,46                    | 1,30                |
| MS    | 0,00    | 18,49      | 1,19         | 0,00    | 0,00       | 3,02     | 0,00        | 12,68     | 9,66       | 36,56            | 1,90          | 0,00        | 0,00      | 3,80       | 12,68               | 0,00                    | 0,00                |
| MT    | 0,00    | 48,33      | 1,90         | 0,00    | 0,00       | 6,06     | 0,00        | 20,14     | 2,61       | 18,78            | 0,50          | 0,00        | 0,00      | 1,69       | 0,00                | 0,00                    | 0,00                |
| GO    | 0,00    | 58,24      | 0,65         | 0,00    | 0,00       | 4,49     | 0,00        | 19,13     | 1,57       | 13,14            | 1,31          | 0,00        | 0,00      | 1,47       | 0,00                | 0,00                    | 0,00                |
| DF    | 0,00    | 2,66       | 0,00         | 0,00    | 0,00       | 41,39    | 6,44        | 0,00      | 0,00       | 0,00             | 0,00          | 0,00        | 0,00      | 49,50      | 0,00                | 0,00                    | 0,00                |
| Total | 0,01    | 29,29      | 0,16         | 0,16    | 0,11       | 8,41     | 5,94        | 13,31     | 3,61       | 27,90            | 1,78          | 0,23        | 0,02      | 6,34       | 2,54                | 0,06                    | 0,14                |

Fonte: SIH-SUS, Julho 2003

## ANEXO 3

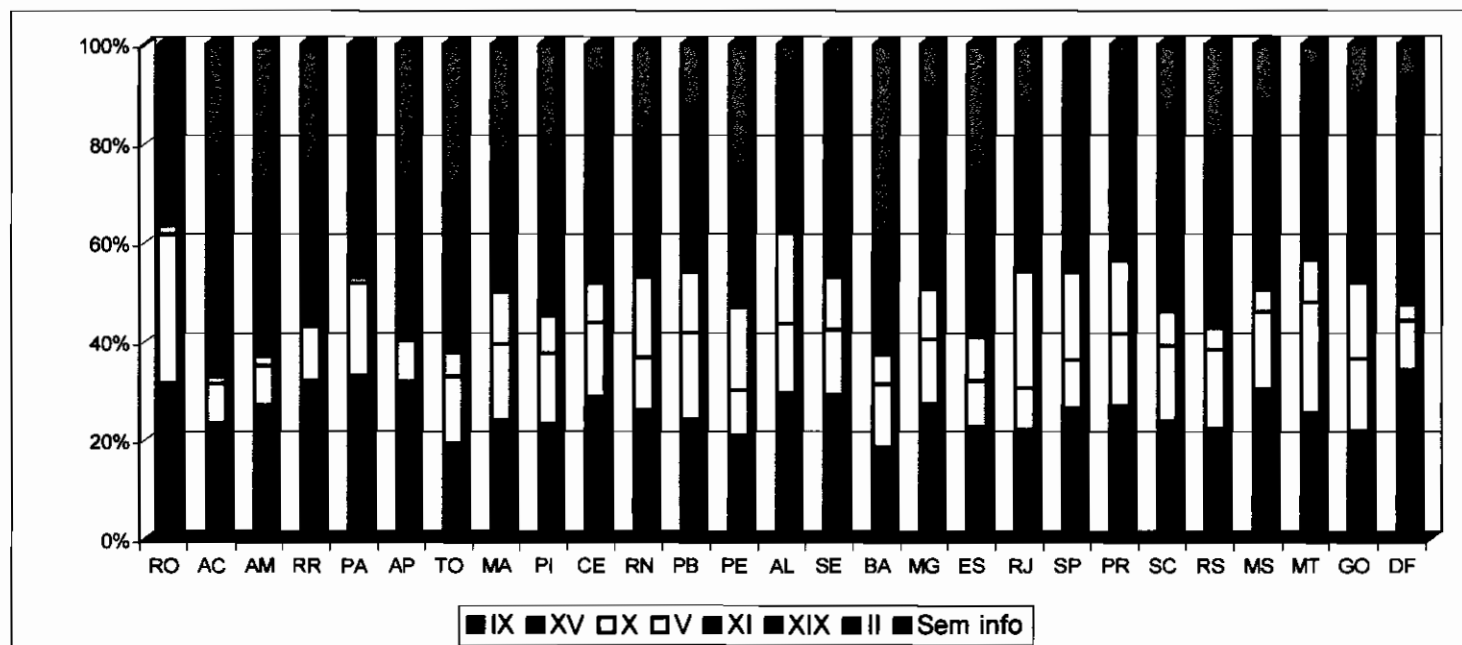
Percentual de Hospitais por Unidade da Federação e Natureza  
Período: Julho 2003, Brasil

| UF    | Próprio | Contratado | Contr.isento | Federal | Federal VP | Estadual | Estadual VP | Municipal | Filantrop. | Fil.isento total | Fil.isento IR | Univ.Ensino | Sindicato | Univ.Pesq | Un.Pesq. isento tot | Un.Pesq. isento IR CSLL | Un.Ens/Pesq privado |
|-------|---------|------------|--------------|---------|------------|----------|-------------|-----------|------------|------------------|---------------|-------------|-----------|-----------|---------------------|-------------------------|---------------------|
| RO    | 0,00    | 13,43      | 0,00         | 1,49    | 0,00       | 4,48     | 0,00        | 77,61     | 0,00       | 2,99             | 0,00          | 0,00        | 0,00      | 0,00      | 0,00                | 0,00                    | 0,00                |
| AC    | 0,00    | 0,00       | 0,00         | 0,00    | 0,00       | 85,71    | 0,00        | 0,00      | 9,52       | 4,76             | 0,00          | 0,00        | 0,00      | 0,00      | 0,00                | 0,00                    | 0,00                |
| AM    | 0,00    | 7,69       | 0,00         | 3,30    | 0,00       | 74,73    | 0,00        | 8,79      | 1,10       | 2,20             | 0,00          | 0,00        | 0,00      | 2,20      | 0,00                | 0,00                    | 0,00                |
| RR    | 0,00    | 0,00       | 0,00         | 0,00    | 0,00       | 92,86    | 0,00        | 7,14      | 0,00       | 0,00             | 0,00          | 0,00        | 0,00      | 0,00      | 0,00                | 0,00                    | 0,00                |
| PA    | 0,00    | 47,78      | 0,00         | 0,99    | 0,00       | 5,91     | 0,00        | 37,93     | 1,48       | 4,93             | 0,00          | 0,00        | 0,00      | 0,99      | 0,00                | 0,00                    | 0,00                |
| AP    | 0,00    | 0,00       | 0,00         | 0,00    | 0,00       | 84,62    | 0,00        | 7,69      | 0,00       | 7,69             | 0,00          | 0,00        | 0,00      | 0,00      | 0,00                | 0,00                    | 0,00                |
| TO    | 0,00    | 3,39       | 0,00         | 0,00    | 0,00       | 23,73    | 0,00        | 44,07     | 1,69       | 27,12            | 0,00          | 0,00        | 0,00      | 0,00      | 0,00                | 0,00                    | 0,00                |
| MA    | 0,00    | 40,14      | 0,00         | 0,00    | 0,00       | 6,45     | 0,36        | 47,67     | 2,87       | 2,15             | 0,00          | 0,00        | 0,00      | 0,36      | 0,00                | 0,00                    | 0,00                |
| PI    | 0,00    | 25,76      | 0,00         | 0,00    | 0,00       | 52,02    | 0,00        | 15,15     | 2,02       | 2,53             | 0,00          | 0,00        | 0,00      | 2,53      | 0,00                | 0,00                    | 0,00                |
| CE    | 0,00    | 22,94      | 0,00         | 0,36    | 0,00       | 1,08     | 0,00        | 49,10     | 8,96       | 13,26            | 1,08          | 0,00        | 0,00      | 3,23      | 0,00                | 0,00                    | 0,00                |
| RN    | 0,00    | 14,77      | 0,00         | 0,57    | 0,00       | 12,50    | 0,00        | 43,75     | 19,89      | 6,25             | 0,57          | 0,00        | 0,00      | 1,70      | 0,00                | 0,00                    | 0,00                |
| PB    | 0,00    | 31,18      | 0,00         | 0,00    | 0,00       | 17,74    | 0,00        | 26,88     | 7,53       | 10,75            | 4,84          | 0,00        | 0,00      | 1,08      | 0,00                | 0,00                    | 0,00                |
| PE    | 0,00    | 26,15      | 0,35         | 0,00    | 0,00       | 3,18     | 7,42        | 50,88     | 0,35       | 8,83             | 1,41          | 0,00        | 0,00      | 1,06      | 0,35                | 0,00                    | 0,00                |
| AL    | 0,00    | 33,33      | 0,00         | 0,00    | 0,00       | 18,39    | 0,00        | 35,63     | 0,00       | 6,90             | 4,60          | 0,00        | 0,00      | 1,15      | 0,00                | 0,00                    | 0,00                |
| SE    | 0,00    | 40,35      | 0,00         | 0,00    | 0,00       | 8,77     | 0,00        | 12,28     | 22,81      | 14,04            | 0,00          | 0,00        | 0,00      | 1,75      | 0,00                | 0,00                    | 0,00                |
| BA    | 0,21    | 32,22      | 0,42         | 0,00    | 0,00       | 8,11     | 0,21        | 38,88     | 4,37       | 11,23            | 1,25          | 0,21        | 0,42      | 1,87      | 0,62                | 0,00                    | 0,00                |
| MG    | 0,00    | 29,03      | 0,16         | 0,32    | 0,00       | 2,55     | 0,16        | 12,60     | 4,31       | 44,34            | 3,67          | 0,48        | 0,00      | 1,75      | 0,48                | 0,16                    | 0,00                |
| ES    | 0,00    | 27,59      | 0,00         | 0,00    | 0,00       | 18,39    | 0,00        | 11,49     | 16,09      | 21,84            | 2,30          | 0,00        | 0,00      | 1,15      | 1,15                | 0,00                    | 0,00                |
| RJ    | 0,00    | 34,38      | 0,00         | 1,26    | 0,63       | 8,83     | 0,00        | 25,55     | 3,47       | 18,30            | 1,58          | 0,95        | 0,00      | 5,05      | 0,00                | 0,00                    | 0,00                |
| SP    | 0,00    | 9,56       | 0,16         | 0,00    | 0,00       | 0,31     | 12,38       | 15,83     | 6,58       | 49,84            | 2,19          | 0,31        | 0,00      | 1,72      | 1,10                | 0,00                    | 0,00                |
| PR    | 0,00    | 54,95      | 0,21         | 0,00    | 0,00       | 1,89     | 0,00        | 23,37     | 3,58       | 12,21            | 1,89          | 0,21        | 0,00      | 0,84      | 0,63                | 0,00                    | 0,21                |
| SC    | 0,00    | 25,35      | 0,00         | 0,00    | 0,00       | 3,76     | 0,00        | 6,57      | 13,15      | 32,86            | 14,08         | 0,00        | 0,00      | 3,76      | 0,47                | 0,00                    | 0,00                |
| RS    | 0,00    | 24,59      | 0,55         | 0,28    | 0,00       | 0,55     | 0,00        | 7,73      | 6,63       | 50,28            | 3,87          | 0,28        | 0,00      | 3,31      | 1,10                | 0,28                    | 0,55                |
| MS    | 0,00    | 27,18      | 1,94         | 0,00    | 0,00       | 0,97     | 0,00        | 30,10     | 14,56      | 20,39            | 2,91          | 0,00        | 0,00      | 0,97      | 0,97                | 0,00                    | 0,00                |
| MT    | 0,00    | 52,32      | 1,99         | 0,00    | 0,00       | 3,31     | 0,00        | 29,14     | 3,31       | 8,61             | 0,66          | 0,00        | 0,00      | 0,66      | 0,00                | 0,00                    | 0,00                |
| GO    | 0,00    | 50,53      | 0,79         | 0,00    | 0,00       | 2,12     | 0,00        | 37,57     | 2,12       | 5,29             | 1,32          | 0,00        | 0,00      | 0,26      | 0,00                | 0,00                    | 0,00                |
| DF    | 0,00    | 5,26       | 0,00         | 0,00    | 0,00       | 57,89    | 5,26        | 0,00      | 0,00       | 0,00             | 0,00          | 0,00        | 0,00      | 31,58     | 0,00                | 0,00                    | 0,00                |
| Total | 0,02    | 30,46      | 0,27         | 0,26    | 0,03       | 8,41     | 1,77        | 27,32     | 5,44       | 21,16            | 2,27          | 0,19        | 0,03      | 1,88      | 0,41                | 0,03                    | 0,05                |

Fonte: SIH-SUS, Julho 2003

## ANEXO 4

**Percentual do Valor Total das Internações Hospitalares do SUS, por UF e Principais Causas\* do Capítulo CID 10**  
**Período: 1995 - 2003, Brasil**



Fonte: SIH-SUS, Julho 2003

(\*) Ponto de corte das principais causas: 72%; além disso, incluído o item sem informação.

**Legenda:**

- IX - Doenças do aparelho circulatório
- XV - Gravidez parto e puerpério
- X - Doenças do Aparelho Respiratório
- V - Transtornos Mentais e Comportamentais
- XI - Doenças do Aparelho Digestivo
- XIX - Lesões enven e alg out conseq causas externas
- II - Neoplasias (tumores)



## ANEXO 5

Percentual de Unidades Ambulatoriais do SUS, por Unidade da Federação e Tipo de Prestador  
Período: Julho 2003, Brasil

| UF    | Público Federal | Público Estadual | Público Municipal | Privado com fins lucrativos | Privado optante pelo SIMPLES | Privado sem fins lucrativos | Filantropico com CNAS válido | Sindicatos | Universitários Públicos | Universitários Privados |
|-------|-----------------|------------------|-------------------|-----------------------------|------------------------------|-----------------------------|------------------------------|------------|-------------------------|-------------------------|
| RO    | 1,65            | 0,12             | 94,10             | 3,18                        | 0,00                         | 0,71                        | 0,12                         | 0,00       | 0,12                    | 0,00                    |
| AC    | 0,38            | 27,76            | 71,48             | 0,00                        | 0,00                         | 0,00                        | 0,38                         | 0,00       | 0,00                    | 0,00                    |
| AM    | 1,75            | 23,97            | 65,92             | 6,99                        | 0,00                         | 0,25                        | 0,87                         | 0,25       | 0,00                    | 0,00                    |
| RR    | 15,51           | 9,80             | 70,20             | 2,86                        | 0,00                         | 0,00                        | 1,63                         | 0,00       | 0,00                    | 0,00                    |
| PA    | 2,46            | 3,77             | 80,71             | 10,45                       | 0,05                         | 0,30                        | 0,70                         | 1,46       | 0,05                    | 0,05                    |
| AP    | 1,31            | 4,80             | 93,45             | 0,00                        | 0,00                         | 0,00                        | 0,44                         | 0,00       | 0,00                    | 0,00                    |
| TO    | 7,31            | 0,55             | 80,99             | 3,47                        | 0,00                         | 0,18                        | 7,50                         | 0,00       | 0,00                    | 0,00                    |
| MA    | 9,07            | 3,09             | 78,54             | 6,44                        | 0,14                         | 0,18                        | 2,00                         | 0,54       | 0,00                    | 0,00                    |
| PI    | 7,14            | 4,38             | 64,87             | 21,89                       | 0,10                         | 0,05                        | 0,86                         | 0,71       | 0,00                    | 0,00                    |
| CE    | 1,29            | 4,68             | 67,67             | 16,22                       | 0,00                         | 4,29                        | 1,56                         | 4,29       | 0,00                    | 0,00                    |
| RN    | 7,49            | 4,57             | 78,09             | 3,50                        | 0,00                         | 2,93                        | 1,28                         | 2,00       | 0,14                    | 0,00                    |
| PB    | 2,26            | 7,01             | 77,50             | 5,66                        | 1,25                         | 0,43                        | 2,02                         | 3,89       | 0,00                    | 0,00                    |
| PE    | 1,87            | 2,78             | 83,51             | 7,43                        | 0,07                         | 1,04                        | 0,90                         | 2,14       | 0,27                    | 0,00                    |
| AL    | 3,11            | 3,85             | 83,78             | 7,13                        | 0,08                         | 0,16                        | 1,39                         | 0,49       | 0,00                    | 0,00                    |
| SE    | 7,25            | 1,60             | 74,45             | 11,55                       | 0,98                         | 0,61                        | 3,07                         | 0,37       | 0,12                    | 0,00                    |
| BA    | 3,27            | 2,79             | 74,46             | 15,89                       | 0,42                         | 0,83                        | 1,38                         | 0,86       | 0,11                    | 0,00                    |
| MG    | 4,97            | 1,00             | 82,34             | 5,52                        | 0,62                         | 0,48                        | 4,02                         | 0,97       | 0,07                    | 0,00                    |
| ES    | 2,64            | 2,27             | 85,80             | 2,86                        | 0,22                         | 1,54                        | 2,49                         | 2,05       | 0,15                    | 0,00                    |
| RJ    | 8,90            | 1,97             | 73,77             | 8,59                        | 1,27                         | 0,06                        | 3,84                         | 1,60       | 0,00                    | 0,00                    |
| SP    | 3,87            | 3,85             | 79,91             | 4,32                        | 0,04                         | 1,83                        | 5,17                         | 0,76       | 0,15                    | 0,10                    |
| PR    | 3,77            | 1,15             | 62,56             | 26,18                       | 1,76                         | 0,29                        | 2,35                         | 1,92       | 0,02                    | 0,00                    |
| SC    | 4,11            | 0,77             | 76,46             | 12,83                       | 0,61                         | 1,19                        | 1,54                         | 2,41       | 0,05                    | 0,03                    |
| RS    | 2,09            | 0,71             | 69,66             | 20,32                       | 0,62                         | 2,34                        | 1,55                         | 2,51       | 0,08                    | 0,11                    |
| MS    | 5,15            | 0,97             | 82,20             | 4,45                        | 0,14                         | 0,83                        | 5,42                         | 0,83       | 0,00                    | 0,00                    |
| MT    | 2,90            | 1,64             | 90,48             | 2,60                        | 1,49                         | 0,00                        | 0,89                         | 0,00       | 0,00                    | 0,00                    |
| GO    | 10,86           | 1,14             | 60,45             | 24,14                       | 0,32                         | 0,23                        | 1,95                         | 0,91       | 0,00                    | 0,00                    |
| DF    | 6,67            | 92,50            | 0,00              | 0,00                        | 0,00                         | 0,00                        | 0,83                         | 0,00       | 0,00                    | 0,00                    |
| Total | 4,43            | 3,01             | 75,78             | 11,13                       | 0,52                         | 1,02                        | 2,51                         | 1,52       | 0,07                    | 0,02                    |

Fonte: SIA-SUS, julho de 2003

## ANEXO 6

## Produção Ambulatorial do SUS

Percentual do Valor Aprovado por Item Programação até 10/99 e Tipo de Prestador

Período: Janeiro 1995 - Outubro 1999, Brasil

| Item Prog.até10/99                                | Público Federal | Público Estadual | Público Municipal | Privado com fins lucrativos | Privado sem fins lucrativos | Sindicatos | Universitários Públicos | Não Identificados |
|---------------------------------------------------|-----------------|------------------|-------------------|-----------------------------|-----------------------------|------------|-------------------------|-------------------|
| 01-A.V.E.I.A.N.M.-(PAB)                           | 1,08            | 9,48             | 85,31             | 0,43                        | 2,20                        | 0,06       | 1,44                    | 0,00              |
| 02-ATENDIMENTO MEDICO (CONSULTA)-(PAB)            | 1,62            | 13,35            | 58,94             | 7,62                        | 11,39                       | 1,06       | 6,01                    | 0,01              |
| 03-ATENDIMENTO MEDICO (PROCEDIMENTOS)-(PAB)       | 1,10            | 9,64             | 24,90             | 32,87                       | 24,67                       | 0,22       | 6,59                    | 0,01              |
| 04-ASSISTENCIA FARMACEUTICA                       | -               | 82,73            | 4,20              | -                           | -                           | -          | 13,07                   | -                 |
| 05-ATENDIMENTO ODONTOLOGICO (PROCEDIMENTOS)-(PAB) | 1,13            | 7,20             | 75,80             | 6,05                        | 2,77                        | 3,88       | 3,16                    | 0,00              |
| 06-RADIOLOGICO                                    | 2,20            | 13,67            | 21,96             | 24,70                       | 22,12                       | 0,09       | 15,26                   | 0,00              |
| 07-MEDICINA NUCLEAR                               | 4,59            | 6,43             | 1,16              | 26,18                       | 24,66                       | -          | 36,99                   | -                 |
| 08-ULTRA/SONOGRAFICA                              | 2,00            | 13,49            | 19,74             | 29,66                       | 16,55                       | 0,09       | 18,47                   | -                 |
| 09-OUTROS EXAMES IMAGENOLOGIA                     | 3,24            | 10,58            | 7,58              | 29,60                       | 23,16                       | 0,06       | 25,78                   | -                 |
| 10-PATOLOGIA CLINICA                              | 2,55            | 20,73            | 23,67             | 23,12                       | 12,20                       | 0,17       | 17,56                   | 0,00              |
| 11-EXAMES HEMODINAMICOS                           | 2,55            | 9,15             | 0,37              | 28,68                       | 41,77                       | -          | 17,48                   | -                 |
| 12-OUTROS EXAMES ESPECIALIZADOS                   | 3,12            | 14,44            | 13,65             | 30,11                       | 15,64                       | 0,07       | 22,97                   | 0,00              |
| 13-TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA                     | 0,72            | 1,38             | 1,22              | 63,45                       | 27,26                       | -          | 5,97                    | -                 |
| 14-RADIOTERAPIA                                   | 4,64            | 3,01             | 1,63              | 30,52                       | 48,36                       | -          | 11,85                   | -                 |
| 15-QUIMIOTERAPIA                                  | 6,37            | 9,63             | 1,83              | 20,27                       | 37,94                       | -          | 23,95                   | -                 |
| 16-FISIOTERAPIA                                   | 0,55            | 6,35             | 18,31             | 48,17                       | 21,93                       | 0,24       | 4,44                    | 0,01              |
| 17-OUTRAS TERAPIAS ESPECIALIZADAS                 | 2,38            | 31,04            | 10,13             | 21,80                       | 17,86                       | 0,03       | 16,76                   | -                 |
| 18-PROTESE E ORTESE                               | 0,03            | 65,96            | 14,45             | 0,02                        | 11,08                       | -          | 8,45                    | -                 |
| 21-A.V.E.I.A.N.M.(NAO PAB)                        | 0,32            | 35,28            | 48,41             | 2,23                        | 8,13                        | 0,01       | 5,62                    | -                 |
| 22-ATENDIMENTO MEDICO (CONSULTA)-(NAO PAB)        | 1,96            | 18,47            | 41,39             | 8,20                        | 18,25                       | 0,25       | 11,47                   | -                 |
| 23-ATENDIMENTO MEDICO (PROCEDIMENTOS)-(NAO PAB)   | 0,92            | 10,52            | 21,23             | 35,94                       | 23,86                       | 0,13       | 7,40                    | -                 |
| 25-ATENDIMENTO ODONTO.(PROCEDIMENTOS)-(NAO PAB)   | 2,04            | 15,40            | 48,06             | 10,59                       | 6,98                        | 1,79       | 15,13                   | -                 |
| NAO IDENTIFICADO                                  | -               | -                | 100,00            | -                           | -                           | -          | -                       | -                 |
| Total                                             | 1,97            | 15,32            | 33,75             | 21,06                       | 16,53                       | 0,41       | 10,95                   | 0,00              |

Fonte: SIA-SUS, janeiro 1995 - outubro 1999

## ANEXO 7

**Produção Ambulatorial do SUS**  
**Percentual do Valor Aprovado por Grupo após 10/99 e Tipo de Prestador**  
**Período: Novembro 1999- Dezembro 2003**

|                                                    | Público<br>Federal | Público<br>Estadual | Público<br>Municipal | Privado<br>com fins<br>lucrativos | Privado<br>optante<br>pelo<br>SIMPLES | Privado<br>sem fins<br>lucrativos | Filantropico<br>com CNAS<br>válido | Sindicatos  | Universitários<br>Públicos | Universitários<br>Privados | Não<br>Identifica<br>dos |
|----------------------------------------------------|--------------------|---------------------|----------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|-------------|----------------------------|----------------------------|--------------------------|
| <b>Grupo após 10/99</b>                            |                    |                     |                      |                                   |                                       |                                   |                                    |             |                            |                            |                          |
| <b>Procedimentos de Atenção Básica</b>             | <b>0,64</b>        | <b>6,18</b>         | <b>86,35</b>         | <b>2,08</b>                       | -                                     | <b>3,01</b>                       | -                                  | <b>0,52</b> | <b>1,12</b>                | <b>0,11</b>                | <b>0,00</b>              |
| ..01-Ações Enfermagem/Outros de Saúde Nível Médio  | 0,41               | 4,54                | 93,23                | 0,29                              | -                                     | 1,16                              | -                                  | 0,03        | 0,34                       | 0,01                       | -                        |
| ..02-Ações Médicas Básicas                         | 0,82               | 7,71                | 80,39                | 3,75                              | -                                     | 5,18                              | -                                  | 0,59        | 1,43                       | 0,15                       | 0,00                     |
| ..03-Ações Básicas Em Odontologia                  | 0,60               | 4,37                | 89,08                | 2,16                              | -                                     | 1,10                              | -                                  | 1,45        | 1,06                       | 0,18                       | -                        |
| ..04-Ações Executadas P/Outros Prof.Nível Superior | 0,79               | 10,18               | 81,77                | 0,30                              | -                                     | 3,89                              | -                                  | -           | 2,98                       | 0,07                       | -                        |
| ..05-Procedimentos Básicos Em Vigilância Sanitária | 0,15               | 0,17                | 99,67                | -                                 | -                                     | -                                 | -                                  | -           | -                          | -                          | -                        |
| <b>Procedimentos Especializados</b>                | <b>1,96</b>        | <b>18,23</b>        | <b>29,29</b>         | <b>21,62</b>                      | <b>0,19</b>                           | <b>16,36</b>                      | <b>2,89</b>                        | <b>0,10</b> | <b>7,89</b>                | <b>1,42</b>                | <b>0,04</b>              |
| ..07-Procet.Espec.Profis.Médicos,Out.NívelSup./Méd | 1,91               | 21,29               | 42,87                | 7,32                              | 0,07                                  | 15,98                             | 3,76                               | 0,15        | 4,99                       | 1,60                       | 0,06                     |
| ..08-Cirurgias Ambulatoriais Especializadas        | 1,67               | 10,78               | 18,96                | 35,68                             | 0,28                                  | 21,60                             | 3,00                               | 0,01        | 6,80                       | 1,19                       | 0,04                     |
| ..09-Procedimentos Traumatológico-Ortopédicos      | 0,52               | 12,31               | 22,31                | 37,24                             | 0,13                                  | 21,83                             | 2,28                               | 0,18        | 2,51                       | 0,67                       | 0,02                     |
| ..10-Ações Especializadas Em Odontologia           | 1,94               | 16,12               | 46,26                | 8,47                              | 0,04                                  | 7,92                              | 1,89                               | 1,23        | 14,69                      | 1,43                       | 0,02                     |
| ..11-Patologia Clínica                             | 2,23               | 21,20               | 28,39                | 23,02                             | 0,21                                  | 11,80                             | 1,90                               | 0,07        | 10,11                      | 1,04                       | 0,03                     |
| ..12-Anatomopatologia e Citopatologia              | 4,77               | 18,26               | 10,52                | 35,17                             | 0,41                                  | 15,73                             | 3,04                               | -           | 11,12                      | 0,94                       | 0,04                     |
| ..13-Radiodiagnóstico                              | 2,00               | 16,96               | 26,77                | 20,77                             | 0,26                                  | 19,59                             | 3,29                               | 0,05        | 8,14                       | 2,17                       | 0,02                     |
| ..14-Exames Ultra-Sonográficos                     | 2,25               | 17,38               | 32,41                | 22,95                             | 0,31                                  | 11,15                             | 2,60                               | 0,03        | 9,45                       | 1,40                       | 0,06                     |
| ..17-Diagnose                                      | 3,02               | 12,53               | 18,35                | 25,95                             | 0,22                                  | 16,27                             | 3,31                               | 0,08        | 16,80                      | 3,44                       | 0,03                     |
| ..18-Fisioterapia (Por Sessão)                     | 0,74               | 6,09                | 23,40                | 42,69                             | 0,39                                  | 20,12                             | 2,90                               | 0,20        | 2,27                       | 1,16                       | 0,04                     |
| ..19-Terapias Especializadas (Por Terapia)         | 1,82               | 11,31               | 23,81                | 18,15                             | 0,05                                  | 28,35                             | 5,69                               | 0,00        | 9,59                       | 1,17                       | 0,05                     |
| ..20-Instalação de Cateter                         | 23,57              | 9,15                | 0,25                 | 6,81                              | 0,06                                  | 30,88                             | 8,72                               | -           | 9,02                       | 11,48                      | 0,06                     |
| ..21-Próteses e Órteses                            | 0,17               | 35,74               | 19,75                | 0,84                              | 0,02                                  | 29,43                             | 5,68                               | -           | 5,57                       | 2,77                       | 0,04                     |
| ..22-Anestesia                                     | 5,08               | 42,57               | 5,70                 | 6,68                              | 0,08                                  | 12,69                             | 2,80                               | -           | 22,41                      | 1,97                       | 0,01                     |

## ANEXO 7 (continuação)

| Grupo após 10/99                                  | Público<br>Federal | Público<br>Estadual | Público<br>Municipal | Privado<br>com fins<br>lucrativos | Privado<br>optante<br>pelo<br>SIMPLES | Privado<br>sem fins<br>lucrativos | Filantrópico<br>com CNAS<br>válido | Sindicatos  | Universitários<br>Públicos | Universitários<br>Privados | Não<br>Identifi<br>cados |
|---------------------------------------------------|--------------------|---------------------|----------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|-------------|----------------------------|----------------------------|--------------------------|
| <b>Procedimentos Assist. de Alta Complexidade</b> | <b>2,88</b>        | <b>28,59</b>        | <b>2,63</b>          | <b>30,96</b>                      | <b>0,10</b>                           | <b>20,57</b>                      | <b>3,91</b>                        | <b>-</b>    | <b>9,06</b>                | <b>1,29</b>                | <b>0,03</b>              |
| ..26-Hemodinâmica                                 | 2,57               | 11,62               | 0,15                 | 27,92                             | 0,09                                  | 37,27                             | 5,84                               | -           | 13,21                      | 1,29                       | 0,03                     |
| ..27-Terapia Renal Substitutiva                   | 0,88               | 2,37                | 1,31                 | 66,96                             | 0,12                                  | 20,23                             | 3,16                               | -           | 3,94                       | 1,01                       | 0,02                     |
| ..28-Radioterapia (Por Especificação)             | 4,43               | 3,44                | 2,04                 | 27,59                             | 0,19                                  | 46,47                             | 7,61                               | -           | 8,00                       | 0,20                       | 0,03                     |
| ..29-Quimioterapia - Custo Mensal                 | 7,61               | 10,27               | 2,00                 | 18,39                             | 0,13                                  | 37,02                             | 7,17                               | -           | 15,30                      | 2,08                       | 0,02                     |
| ..30-Busca de Órgãos para transplante             | 13,74              | 9,54                | -                    | 16,66                             | -                                     | 20,60                             | 7,31                               | -           | 26,58                      | 5,56                       | -                        |
| ..31-Ressonância Magnética                        | 1,84               | 11,40               | 0,47                 | 36,52                             | 0,10                                  | 21,36                             | 5,79                               | -           | 16,82                      | 5,69                       | -                        |
| ..32-Medicina Nuclear - In Vivo                   | 4,19               | 10,38               | 1,03                 | 37,53                             | 0,05                                  | 19,36                             | 4,02                               | -           | 18,98                      | 4,42                       | 0,03                     |
| ..33-Radiologia Intervencionista                  | 6,02               | 8,84                | 2,11                 | 14,67                             | 0,00                                  | 16,42                             | 5,92                               | -           | 39,48                      | 6,52                       | 0,01                     |
| ..35-Tomografia Computadorizada                   | 3,30               | 17,22               | 8,48                 | 27,14                             | 0,34                                  | 24,95                             | 4,19                               | -           | 12,14                      | 2,23                       | 0,01                     |
| ..36-Medicamentos                                 | 0,19               | 93,29               | 1,17                 | -                                 | -                                     | -                                 | -                                  | -           | 5,31                       | -                          | 0,04                     |
| ..37-Hemoterapia                                  | 2,72               | 49,95               | 3,31                 | 13,80                             | 0,03                                  | 13,62                             | 2,40                               | -           | 12,58                      | 1,56                       | 0,03                     |
| ..38-Acompanhamento de Pacientes                  | 2,52               | 14,00               | 24,54                | 15,06                             | 0,24                                  | 21,78                             | 12,24                              | -           | 8,64                       | 0,88                       | 0,10                     |
| <b>Total</b>                                      | <b>2,28</b>        | <b>22,00</b>        | <b>21,11</b>         | <b>24,51</b>                      | <b>0,14</b>                           | <b>17,40</b>                      | <b>3,16</b>                        | <b>0,08</b> | <b>8,00</b>                | <b>1,29</b>                | <b>0,03</b>              |

Fonte: SIA-SUS, novembro 1999 - dezembro 2003

## ANEXO 8

**Percentual do Valor Total dos Principais Procedimentos\* Ambulatoriais de Patologia Clínica Realizados pelo Setor Privado**  
**Período: Novembro 1999 - Dezembro 2003, Brasil**

| Grupo após 10/99                                   | Público Federal | Público Estadual | Público Municipal | Privado com fins lucrativos | Privado optante pelo SIMPLES | Privado sem fins lucrativos | Filantropico com CNAS válido | Sindicatos | Universitários Públicos | Universitários Privados | Total Privado | Não Identificados | Tabela SIA Ago 2003 |
|----------------------------------------------------|-----------------|------------------|-------------------|-----------------------------|------------------------------|-----------------------------|------------------------------|------------|-------------------------|-------------------------|---------------|-------------------|---------------------|
| 1121104-DETECCAO MOLEC.MUTACAO HEMOGLOBINOP.(CONFI | 0,00            | 0,00             | 0,00              | 0,00                        | 0,00                         | 100,00                      | 0,00                         | 0,00       | 0,00                    | 0,00                    | 100,00        | 0,00              | FAEC                |
| 1121105-DETECCAO MOLECULAR P/FIBROSE CISTICA(CONFI | 0,00            | 0,00             | 0,00              | 0,00                        | 0,00                         | 100,00                      | 0,00                         | 0,00       | 0,00                    | 0,00                    | 100,00        | 0,00              | FAEC                |
| 1117401-ALUMÍNIO SÉRICO                            | 0,98            | 1,93             | 1,55              | 71,17                       | 0,27                         | 18,96                       | 2,28                         | 0,00       | 2,27                    | 0,58                    | 93,26         | 0,00              | M3                  |
| 1101502-CROMATOGRÁFIA DE AMINOÁCIDOS               | 0,92            | 6,13             | 0,51              | 10,72                       | 0,00                         | 70,62                       | 8,50                         | 0,00       | 2,47                    | 0,14                    | 89,97         | 0,00              | M3                  |
| 1120301-DOSAGEM DE TRIPSINA IMUNORREATIVA          | 0,01            | 10,39            | 0,03              | 0,00                        | 0,00                         | 71,86                       | 17,68                        | 0,00       | 0,02                    | 0,00                    | 89,55         | 0,00              | FAEC                |
| 1101511-BROMOSSULFALEINA                           | 0,43            | 0,26             | 9,97              | 0,10                        | 0,00                         | 74,52                       | 11,60                        | 0,00       | 3,12                    | 0,00                    | 86,21         | 0,00              | M3                  |
| 1106202-AMEBIASE, RFC, IFI                         | 0,75            | 0,03             | 9,59              | 82,11                       | 0,01                         | 2,02                        | 0,15                         | 0,00       | 5,35                    | 0,00                    | 84,28         | 0,00              | M3                  |
| 1106232-IgE POR GRUPO ESPECIFICO                   | 0,22            | 2,79             | 10,70             | 74,27                       | 0,04                         | 0,18                        | 3,42                         | 0,00       | 3,61                    | 4,70                    | 82,61         | 0,07              | M3                  |
| 1105405-ESTRIOL                                    | 1,34            | 1,45             | 6,19              | 75,67                       | 0,90                         | 4,25                        | 1,19                         | 0,01       | 8,94                    | 0,06                    | 82,07         | 0,00              | M3                  |
| 1101417-TRANSFERRINA                               | 1,34            | 7,32             | 3,49              | 54,45                       | 0,10                         | 16,54                       | 3,03                         | 0,00       | 12,02                   | 1,69                    | 75,82         | 0,01              | M2                  |
| 1121103-DETECCAO VARIANTES HEMOGLOBINA(DIAGN.TARDI | 2,30            | 14,53            | 3,17              | 1,44                        | 0,00                         | 58,70                       | 13,31                        | 0,00       | 6,55                    | 0,00                    | 73,45         | 0,00              | FAEC                |
| 1105501-17 ALFA HIDROXI PROGESTERONA               | 0,46            | 23,87            | 1,28              | 5,26                        | 0,01                         | 59,36                       | 8,62                         | 0,00       | 1,05                    | 0,09                    | 73,34         | 0,00              | M3                  |
| 1104136-DOSAGEM DE HEMOGLOBINA                     | 0,60            | 7,63             | 17,50             | 54,84                       | 0,10                         | 14,62                       | 2,65                         | 0,00       | 1,65                    | 0,41                    | 72,62         | 0,00              | M1                  |
| 1106142-LISTÉRIA IFD                               | 3,41            | 1,93             | 5,72              | 71,59                       | 0,00                         | 0,88                        | 0,08                         | 0,00       | 16,39                   | 0,00                    | 72,55         | 0,00              | M3                  |
| 1114206-CÁLCULOS URINÁRIOS, EXAME QUALITATIVO      | 3,60            | 5,63             | 17,56             | 39,59                       | 0,38                         | 26,92                       | 4,49                         | 0,00       | 1,69                    | 0,14                    | 71,52         | 0,00              | M3                  |
| 1105504-PARATORMÔNIO-DOSAGEM                       | 1,90            | 17,74            | 1,24              | 48,94                       | 0,06                         | 16,28                       | 3,23                         | 0,00       | 8,37                    | 2,23                    | 70,75         | 0,00              | M3                  |
| 1111219-ANTIBIOGRAMA                               | 3,01            | 6,77             | 14,26             | 54,20                       | 0,48                         | 13,17                       | 1,73                         | 0,03       | 5,10                    | 1,11                    | 70,71         | 0,15              | M1                  |
| 1101608-CLONAZEPAN                                 | 1,66            | 9,59             | 6,42              | 21,63                       | 0,00                         | 48,55                       | 0,11                         | 0,00       | 11,82                   | 0,21                    | 70,51         | 0,00              | M3                  |
| 1106321-CLAMÍDIA (EIE)                             | 1,82            | 9,94             | 9,78              | 65,16                       | 0,51                         | 3,18                        | 0,42                         | 0,00       | 8,95                    | 0,15                    | 69,42         | 0,10              | M3                  |
| 1199114-HORMÔNIO GONADOTRÓFICO CORIÔNICO           | 1,99            | 4,70             | 3,62              | 22,24                       | 0,08                         | 41,33                       | 4,11                         | 0,00       | 21,05                   | 0,83                    | 68,60         | 0,04              | M3                  |
| 1105305-ESTRONA                                    | 1,39            | 11,10            | 9,48              | 56,81                       | 0,64                         | 9,25                        | 1,74                         | 0,00       | 9,58                    | 0,02                    | 68,45         | 0,00              | M3                  |
| 1101506-FERRITINA                                  | 3,22            | 12,43            | 6,94              | 46,00                       | 0,25                         | 15,64                       | 3,24                         | 0,02       | 10,38                   | 1,86                    | 67,01         | 0,02              | M2                  |
| 1101508-LIPIDOGR.COMPL.(LIPID.TOTAIS/COLEST./TR'GL | 2,15            | 9,55             | 15,21             | 54,73                       | 0,65                         | 9,46                        | 1,42                         | 0,01       | 6,66                    | 0,13                    | 66,40         | 0,03              | M2                  |
| 1106167-SCHISTOSOMOSE (ID)                         | 1,41            | 3,23             | 27,14             | 54,58                       | 0,23                         | 9,65                        | 0,99                         | 0,81       | 1,95                    | 0,00                    | 66,26         | 0,00              | M2                  |
| 1101117-FÓSFORO                                    | 2,31            | 9,95             | 8,36              | 45,93                       | 0,11                         | 15,92                       | 2,49                         | 0,00       | 13,47                   | 1,43                    | 65,89         | 0,02              | M2                  |

## ANEXO 8 (continuação)

| Grupo após 10/99                                   | Público Federal | Público Estadual | Público Municipal | Privado com fins lucrativos | Privado optante pelo SIMPLES | Privado sem fins lucrativos | Filantropico com CNAS válido | Sindicatos | Universitários Públicos | Universitários Privados | Total Privado | Não Identificados | Tabela SIA Ago 2003 |
|----------------------------------------------------|-----------------|------------------|-------------------|-----------------------------|------------------------------|-----------------------------|------------------------------|------------|-------------------------|-------------------------|---------------|-------------------|---------------------|
| 1106341-ANTÍGENO AUSTRALIA                         | 1,55            | 3,27             | 20,74             | 53,94                       | 0,88                         | 7,69                        | 1,95                         | 0,02       | 9,29                    | 0,68                    | 65,16         | 0,00              | M2                  |
| 1199108-DIAGNÓSTICO PRECOCE DA GRAVIDEZ            | 1,60            | 8,46             | 18,91             | 38,07                       | 0,00                         | 21,52                       | 1,44                         | 0,00       | 6,31                    | 3,68                    | 64,72         | 0,00              | M3                  |
| 1199111-ESTRADIOL                                  | 1,40            | 12,43            | 2,98              | 39,25                       | 0,07                         | 16,82                       | 2,29                         | 0,00       | 20,97                   | 3,69                    | 62,12         | 0,11              | M3                  |
| 1114118-HOMOCISTINA, PESQUISA (URINA)              | 18,90           | 4,10             | 9,82              | 48,59                       | 0,00                         | 5,98                        | 0,93                         | 6,35       | 5,33                    | 0,00                    | 61,84         | 0,00              | M3                  |
| 1199123-HORMÔNIO TIREOESTIMULANTE                  | 3,20            | 13,35            | 4,08              | 36,13                       | 0,15                         | 17,26                       | 3,59                         | 0,00       | 17,71                   | 4,45                    | 61,58         | 0,08              | M3                  |
| 1105413-ESTRÓGENOS TOTAIS E FRAÇÕES                | 1,85            | 1,46             | 23,75             | 57,20                       | 0,65                         | 3,31                        | 0,29                         | 0,02       | 11,43                   | 0,02                    | 61,50         | 0,00              | M3                  |
| 1106160-WALER-ROSE                                 | 1,04            | 7,44             | 23,73             | 46,67                       | 0,51                         | 11,64                       | 1,59                         | 0,10       | 6,46                    | 0,82                    | 61,32         | 0,01              | M2                  |
| 1199124-TIROXINA (T4)                              | 0,90            | 10,91            | 4,39              | 37,18                       | 0,14                         | 16,34                       | 2,59                         | 0,00       | 22,80                   | 4,67                    | 60,91         | 0,09              | M3                  |
| 1105209-TIROXINA-T4                                | 1,86            | 17,84            | 13,18             | 23,85                       | 0,15                         | 34,45                       | 1,97                         | 0,03       | 6,32                    | 0,33                    | 60,77         | 0,02              | M2                  |
| 1105207-SEROTONINA-(ÁCIDO 5-HIDROXI-INDOL-ACÉTICO) | 2,83            | 2,85             | 9,39              | 38,60                       | 0,00                         | 21,69                       | 0,19                         | 0,00       | 24,41                   | 0,06                    | 60,53         | 0,00              | M3                  |
| 1199113-ESTRONA                                    | 3,76            | 5,98             | 1,83              | 9,83                        | 0,15                         | 14,30                       | 8,62                         | 0,00       | 28,01                   | 27,46                   | 60,36         | 0,05              | M3                  |
| 1120201-DOS.FENILALAN./TSH(T4)DETECC.VARIAT.HEMOGL | 3,50            | 19,67            | 1,75              | 1,07                        | 0,00                         | 46,31                       | 12,88                        | 0,00       | 14,83                   | 0,00                    | 60,26         | 0,00              | FAEC                |
| 1106323-CLAMÍDIA IGM-IFI                           | 11,80           | 15,33            | 1,69              | 44,34                       | 0,02                         | 8,94                        | 2,07                         | 0,00       | 15,21                   | 0,61                    | 55,97         | 0,00              | M3                  |
| 1106322-CLAMÍDIA IGG-IFI                           | 9,89            | 20,30            | 1,98              | 45,71                       | 0,21                         | 5,50                        | 1,21                         | 0,00       | 13,83                   | 1,38                    | 54,00         | 0,00              | M3                  |
| 1106328-HELICOBACTER PYLORI-EIE                    | 0,89            | 16,18            | 11,78             | 41,94                       | 1,90                         | 0,60                        | 3,23                         | 0,00       | 18,50                   | 4,97                    | 52,63         | 0,02              | M3                  |
| 1106327-HBsAG-ANTÍGENO s* (SUPERFÍCIE) HEPATITE B* | 2,20            | 28,28            | 13,99             | 29,35                       | 0,12                         | 14,04                       | 2,43                         | 0,00       | 8,15                    | 1,40                    | 47,35         | 0,03              | M2                  |
| 1106336-TOXOPLASMOSE IFI-IGG                       | 2,43            | 17,32            | 28,64             | 29,93                       | 0,36                         | 11,87                       | 1,82                         | 0,02       | 7,06                    | 0,52                    | 44,52         | 0,03              | M1                  |
| 1106337-TOXOPLASMOSE IFI (IGM)                     | 1,65            | 16,94            | 29,70             | 27,80                       | 0,31                         | 12,81                       | 2,29                         | 0,01       | 7,68                    | 0,75                    | 43,98         | 0,05              | M1                  |
| 1106332-HERPES ZOSTER, PESQUISA ANTICORPOS, IGG    | 7,36            | 9,14             | 3,24              | 24,16                       | 0,05                         | 16,60                       | 3,12                         | 0,00       | 36,30                   | 0,03                    | 43,96         | 0,01              | M3                  |
| 1106329-HERPES SIMPLES, PESQUISA ANTICORPOS, IGG   | 2,97            | 11,00            | 12,74             | 21,46                       | 0,07                         | 18,05                       | 2,49                         | 0,00       | 30,87                   | 0,34                    | 42,41         | 0,01              | M3                  |
| 1106330-HERPES SIMPLES, PESQUISA ANTICORPOS, IGM   | 2,50            | 15,30            | 15,54             | 14,76                       | 0,05                         | 21,94                       | 2,88                         | 0,00       | 26,47                   | 0,56                    | 40,19         | 0,00              | M3                  |
| 1106331-HERPES ZOSTER, PESQUISA ANTICORPOS, IGM    | 5,78            | 12,69            | 2,82              | 14,06                       | 0,16                         | 15,49                       | 5,37                         | 0,00       | 43,58                   | 0,05                    | 35,12         | 0,00              | M3                  |
| 1106324-HAV-IGG ANTICOR.IGG CONTRA VIRUS HEPATITE  | 1,15            | 27,76            | 19,12             | 15,80                       | 0,12                         | 15,91                       | 1,58                         | 0,01       | 17,22                   | 1,31                    | 34,74         | 0,01              | M2                  |
| 1106326-HBeAG-ANTÍGENO e* DA HEPATITE B*           | 1,36            | 34,75            | 21,72             | 8,74                        | 0,07                         | 16,26                       | 2,62                         | 0,00       | 11,39                   | 3,08                    | 30,77         | 0,01              | M2                  |
| 1106334-HTLV-II-EIE                                | 3,79            | 41,91            | 2,67              | 5,59                        | 0,06                         | 22,26                       | 1,91                         | 0,00       | 21,06                   | 0,71                    | 30,53         | 0,04              | M3                  |
| 1106333-HTLV-I-EIE                                 | 1,39            | 58,42            | 2,85              | 4,98                        | 0,03                         | 11,83                       | 0,95                         | 0,00       | 15,95                   | 3,58                    | 21,38         | 0,01              | M3                  |
| 1106325-HAV-IGM ANTICOR.IGM CONTRA VIRUS HEPATITE  | 1,95            | 47,12            | 21,06             | 7,85                        | 0,05                         | 8,77                        | 0,93                         | 0,01       | 11,55                   | 0,66                    | 18,28         | 0,04              | M2                  |
| 1106338-VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO, PESQ.DIRETA  | 7,71            | 12,97            | 8,49              | 2,06                        | 0,00                         | 8,55                        | 2,66                         | 0,00       | 57,53                   | 0,03                    | 13,30         | 0,00              | M3                  |
| Total                                              | 2,23            | 21,20            | 28,39             | 23,02                       | 0,21                         | 11,80                       | 1,90                         | 0,07       | 10,11                   | 1,04                    | 38,04         | 0,03              |                     |

Fonte: SIA-SUS, Novembro 1999 - Dezembro 2003

\* Ponto de corte: 60% ou mais realizados pelo setor privado

## ANEXO 9

Percentual do Valor Total de Procedimentos Hospitalares\* Estratégicos do SUS , por Grupo de Procedimento e Regime  
Período:1995-2003, Brasil

| Grupo procedimento                                 | Público | Privado | Universitário |
|----------------------------------------------------|---------|---------|---------------|
| PRIMEIRO ATENDIMENTO DE MEDIO E GRANDE QUEIMADOS   | 6,27    | 86,62   | 7,11          |
| TRANSPLANTE DE PANCREAS ISOLADO                    | -       | 83,17   | 16,83         |
| TRANSPLANTE DE PANCREAS APOS RIM                   | -       | 81,39   | 18,61         |
| CIRURGIA DAS ARTERIAS E VEIAS - II                 | 13,58   | 77,50   | 8,92          |
| TRATAMENTO CIRURGICO NA ARTICULACAO DO JOELHO - IV | 8,59    | 72,72   | 18,69         |
| AVALIACAO DE MORTE ENCEFALICA EM POSSIVEL DOADOR D | 4,59    | 72,48   | 22,94         |
| CIRURGIA DE ENUCLEACAO UNILATERAL OU BILATERAL PAR | 14,34   | 71,60   | 14,06         |
| MEDIO QUEIMADO - CENTRO INTERMEDIARIO              | 24,38   | 68,39   | 7,23          |
| CIRURGIA PARA RETIRADA DE PANCREAS PARA TRANSPLANT | 8,85    | 67,90   | 23,25         |
| CIRURGIA DA BOCA E FACE VII                        | 11,96   | 67,70   | 20,34         |
| RETRANPLANTE DE PULMAO                             | -       | 62,50   | 37,50         |
| CIRURGIA DA PROSTATA E VESICULAS SEMINAIS - IV     | 15,89   | 62,09   | 22,02         |
| CIRURGIA UROLOGICA POR ENDOSCOPIA                  | 11,97   | 61,70   | 26,33         |
| Total                                              | 14,13   | 40,03   | 45,84         |

Fonte: SIH-SUS, 1995-2003

(\*) Foram selecionados os principais grupos de procedimentos executados pelo setor privado, com corte de 60% ou mais.

## ANEXO 10

Percentual do Valor Total de Procedimentos Financiados pelo FAEC, por Tipo de Prestador  
Período: Maio 1999 - Dezembro 2003, Brasil

| Procedimento FAEC                  | Público<br>Federal | Público<br>Estadual | Público<br>Municipal | Privado<br>com fins<br>lucrativos | Privado<br>optante<br>pelo<br>SIMPLES | Privado<br>sem fins<br>lucrativos | Filantrópico<br>com CNAS<br>válido | Sindicatos | Universitários<br>Públicos | Universitários<br>Privados | Não<br>Identificados | Total<br>Privados |
|------------------------------------|--------------------|---------------------|----------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|------------|----------------------------|----------------------------|----------------------|-------------------|
| <b>ALTA COMPLEXIDADE</b>           | <b>3,40</b>        | <b>13,64</b>        | <b>2,15</b>          | <b>39,17</b>                      | <b>0,12</b>                           | <b>25,49</b>                      | <b>4,52</b>                        | <b>-</b>   | <b>9,88</b>                | <b>1,61</b>                | <b>0,02</b>          | <b>70,91</b>      |
| .. Terapia renal substitutiva      | 0,88               | 2,37                | 1,31                 | 66,96                             | 0,12                                  | 20,23                             | 3,16                               | -          | 3,94                       | 1,01                       | 0,02                 | 91,48             |
| .. Radioterapia                    | 4,43               | 3,44                | 2,04                 | 27,59                             | 0,19                                  | 46,47                             | 7,61                               | -          | 8,00                       | 0,20                       | 0,03                 | 82,05             |
| .. Quimioterapia                   | 7,61               | 10,27               | 2,00                 | 18,39                             | 0,13                                  | 37,02                             | 7,17                               | -          | 15,30                      | 2,08                       | 0,02                 | 64,80             |
| .. Hemodinâmica                    | 2,57               | 11,62               | 0,15                 | 27,92                             | 0,09                                  | 37,27                             | 5,84                               | -          | 13,21                      | 1,29                       | 0,03                 | 72,41             |
| .. Radiologia intervencionista     | 6,02               | 8,84                | 2,11                 | 14,67                             | 0,00                                  | 16,42                             | 5,92                               | -          | 39,48                      | 6,52                       | 0,01                 | 43,53             |
| .. Ressonância magnética           | 1,84               | 11,40               | 0,47                 | 36,52                             | 0,10                                  | 21,36                             | 5,79                               | -          | 16,82                      | 5,69                       | -                    | 69,46             |
| .. Radiodiagnóstico                | 2,12               | 12,33               | 1,21                 | 31,96                             | 0,20                                  | 16,64                             | 3,98                               | -          | 24,86                      | 6,69                       | 0,01                 | 59,46             |
| .. Patologia clínica especializada | 7,07               | 22,85               | 3,21                 | 12,31                             | 0,07                                  | 9,82                              | 0,58                               | -          | 41,54                      | 2,53                       | 0,01                 | 25,31             |
| .. Litotripsia                     | 2,32               | 5,15                | 2,03                 | 37,25                             | 0,16                                  | 32,83                             | 10,19                              | -          | 6,08                       | 3,94                       | 0,05                 | 84,38             |
| .. Medicina nuclear                | 4,19               | 10,38               | 1,03                 | 37,53                             | 0,05                                  | 19,36                             | 4,02                               | -          | 18,98                      | 4,42                       | 0,03                 | 65,40             |
| .. Tomografia computadorizada      | 3,30               | 17,22               | 8,48                 | 27,14                             | 0,34                                  | 24,95                             | 4,19                               | -          | 12,14                      | 2,23                       | 0,01                 | 58,85             |
| .. Hemoterapia                     | 2,72               | 49,96               | 3,31                 | 13,80                             | 0,03                                  | 13,63                             | 2,39                               | -          | 12,59                      | 1,55                       | 0,03                 | 31,38             |



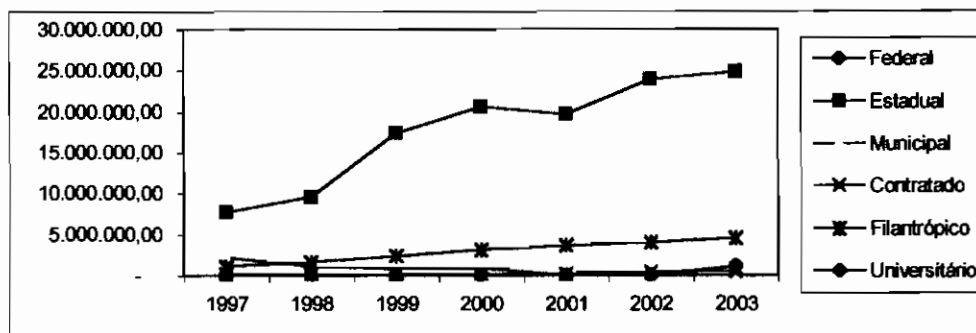
## ANEXO 10 (continuação)

| Procedimento FAEC                               | Público Federal | Público Estadual | Público Municipal | Privado com fins lucrativos | Privado optante pelo SIMPLES | Privado sem fins lucrativos | Filantrópico com CNAS válido | Sindicatos  | Universitários Públicos | Universitários Privados | Não Identificados | Total Privados |
|-------------------------------------------------|-----------------|------------------|-------------------|-----------------------------|------------------------------|-----------------------------|------------------------------|-------------|-------------------------|-------------------------|-------------------|----------------|
| <b>ESTRATÉGICOS</b>                             | <b>1,53</b>     | <b>60,78</b>     | <b>5,64</b>       | <b>12,56</b>                | <b>0,13</b>                  | <b>8,82</b>                 | <b>2,60</b>                  | <b>0,00</b> | <b>7,38</b>             | <b>0,51</b>             | <b>0,04</b>       | <b>24,62</b>   |
| .. Campanha - combate ao câncer de colo uterino | 3,71            | 14,42            | 22,49             | 37,92                       | 0,43                         | 14,04                       | 1,90                         | -           | 4,59                    | 0,45                    | 0,04              | 54,74          |
| .. Triagem neonatal                             | 3,26            | 24,94            | 1,93              | 1,92                        | 0,00                         | 42,64                       | 11,15                        | -           | 14,12                   | 0,00                    | 0,04              | 55,71          |
| .. Campanha - oftalmologia                      | 2,05            | 4,40             | 6,50              | 51,32                       | 0,50                         | 22,37                       | 3,78                         | -           | 7,71                    | 1,33                    | 0,04              | 79,30          |
| .. Campanha - varizes                           | 0,88            | 7,38             | 54,00             | 18,93                       | 0,06                         | 14,66                       | 1,16                         | 0,01        | 1,43                    | 1,49                    | -                 | 36,31          |
| .. Campanha - próstata                          | 0,23            | 3,68             | 40,46             | 28,44                       | 0,02                         | 19,67                       | 4,79                         | -           | 1,08                    | 1,62                    | -                 | 54,54          |
| .. Detecção de deficiência auditiva             | 0,49            | 2,57             | 31,62             | 32,69                       | -                            | 10,11                       | -                            | -           | 22,10                   | 0,42                    | -                 | 43,22          |
| .. Medicina física e reabilitação               | 3,52            | 11,42            | 13,59             | 3,94                        | -                            | 40,12                       | 18,11                        | -           | 8,70                    | 0,38                    | 0,22              | 62,55          |
| .. Humanização do parto                         | -               | 2,57             | 97,35             | -                           | -                            | -                           | -                            | -           | -                       | -                       | 0,08              | -              |
| .. Vistoria                                     | -               | 11,67            | 88,33             | -                           | -                            | -                           | -                            | -           | -                       | -                       | -                 | -              |
| .. Tuberculose                                  | 0,94            | 20,20            | 67,37             | 4,22                        | 0,03                         | 2,17                        | 0,27                         | 0,01        | 4,56                    | 0,21                    | 0,01              | 6,91           |
| .. Medicamentos excepcionais                    | 0,19            | 93,29            | 1,17              | -                           | -                            | -                           | -                            | -           | 5,31                    | -                       | 0,04              | -              |
| .. Transplantes                                 | 11,93           | 11,01            | 0,03              | 15,03                       | 0,00                         | 23,56                       | 8,48                         | -           | 25,00                   | 4,95                    | 0,00              | 52,02          |
| .. Ortodontia                                   | 0,05            | 16,19            | 1,42              | 2,41                        | 0,00                         | 27,52                       | 11,24                        | 0,00        | 39,48                   | 1,71                    | 0,00              | 42,87          |
| .. Acompanhamento de pacientes                  | 1,75            | 16,73            | 9,67              | 19,22                       | 0,41                         | 26,77                       | 16,12                        | -           | 9,01                    | 0,21                    | 0,12              | 62,72          |
| .. Queimados                                    | 3,41            | 14,08            | 23,16             | 36,95                       | -                            | 6,79                        | 4,41                         | -           | 1,17                    | 10,01                   | 0,02              | 58,16          |
| .. Aids                                         | 3,88            | 53,69            | 13,45             | -                           | -                            | -                           | -                            | -           | 28,96                   | -                       | 0,01              | -              |
| <b>Total</b>                                    | <b>2,86</b>     | <b>27,11</b>     | <b>3,15</b>       | <b>31,57</b>                | <b>0,12</b>                  | <b>20,72</b>                | <b>3,97</b>                  | <b>0,00</b> | <b>9,16</b>             | <b>1,29</b>             | <b>0,03</b>       | <b>57,68</b>   |

Fonte: SIA-SUS, Maio 1999 - Dezembro 2003

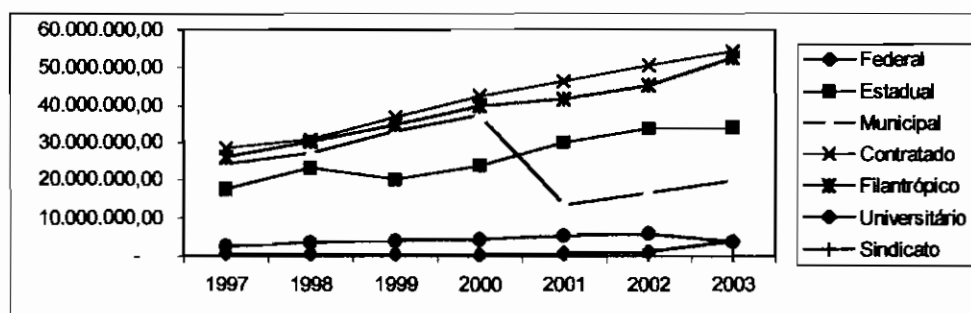
## ANEXO 11

**Valores Despendidos de Recursos Federais do SUS, por Tipo de Prestador e Unidade da Federação**  
**Período: 1997 - 2003 (\*), ACRE**



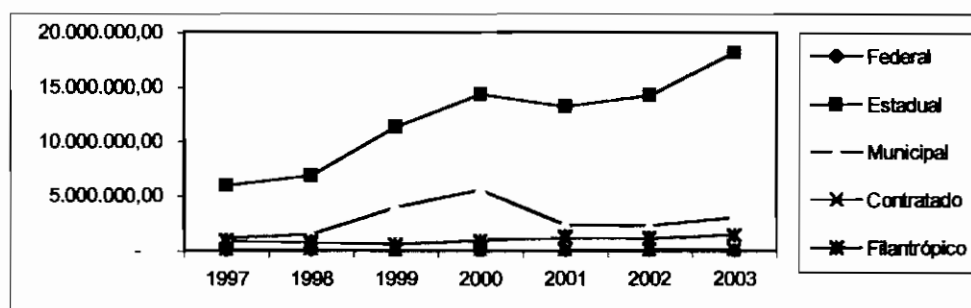
OBS: NÃO HABILITADO PELA NOB 96 e PELA NOAS 01/02 (posição CIT agosto 2002)

**Valores Despendidos de Recursos Federais do SUS, por Tipo de Prestador e Unidade da Federação**  
**Período: 1997 - 2003 (\*), ALAGOAS**



OBS.: GESTÃO PLENA DO SISTEMA ESTADUAL PELA NOB 96 e PELA NOAS 01/02 (posição CIT agosto 2002)

**Valores Despendidos de Recursos Federais do SUS, por Tipo de Prestador e Unidade da Federação**  
**Período: 1997 - 2003 (\*), AMAPÁ**

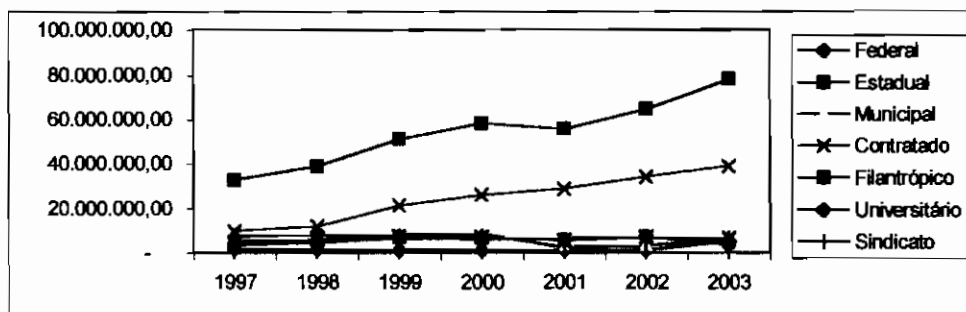


OBS: NÃO HABILITADO PELA NOB 96 e GESTÃO AVANÇADA DO SISTEMA ESTADUAL PELA NOAS 01/02 (posição CIT agosto 2002)

(\*) Dados disponíveis referentes somente a partir de dezembro de 1996.

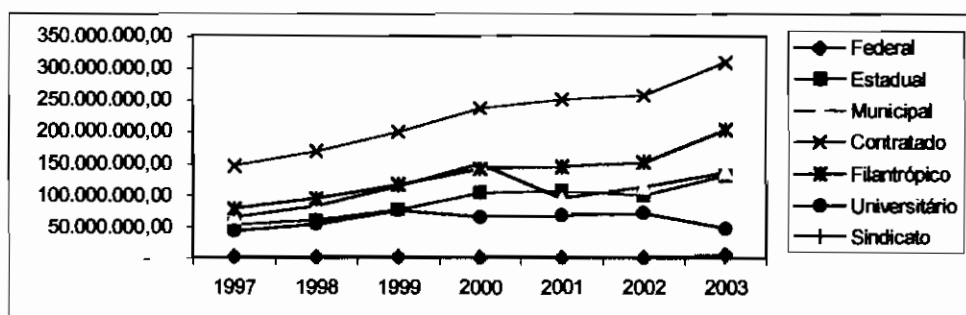
## ANEXO 11 (continuação)

Valores Despendidos de Recursos Federais do SUS, por Tipo de Prestador e Unidade da Federação  
Período: 1997 - 2003 (\*), AMAZONAS



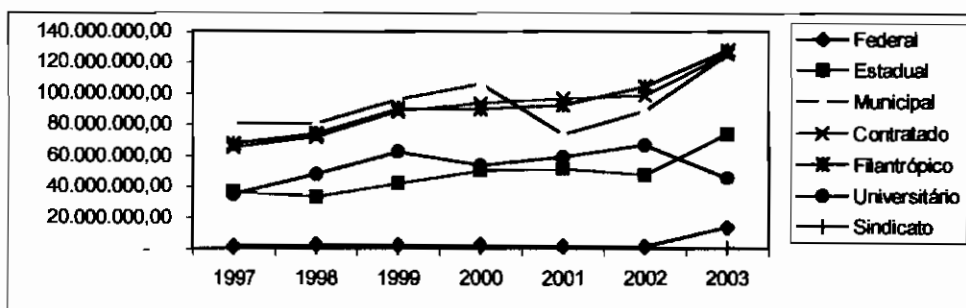
OBS: NÃO HABILITADO PELA NOB 96 e PELA NOAS 01/02 (posição CIT agosto 2002)

Valores Despendidos de Recursos Federais do SUS, por Tipo de Prestador e Unidade da Federação  
Período: 1997 - 2003 (\*), BAHIA



OBS.: GESTÃO AVANÇADA DO SISTEMA ESTADUAL PELA NOB 96 e NÃO HABILITADO PELA NOAS 01/02 (posição CIT agosto 2002)

Valores Despendidos de Recursos Federais do SUS, por Tipo de Prestador e Unidade da Federação  
Período: 1997 - 2003 (\*), CEARÁ

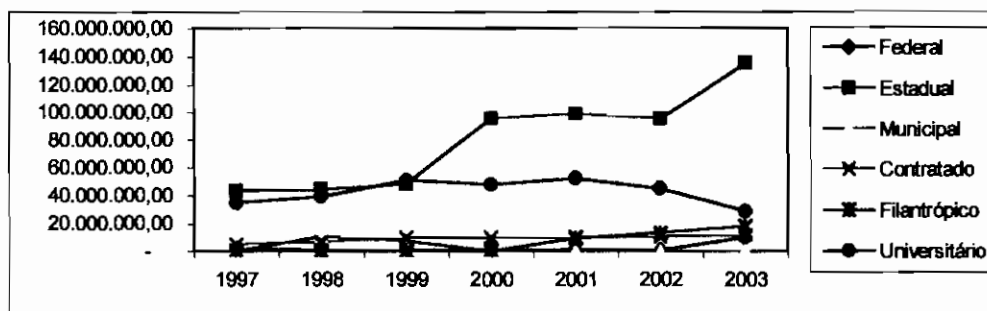


OBS.: GESTÃO PLENA DO SISTEMA ESTADUAL PELA NOB 96 e GESTÃO PLENA DO SISTEMA ESTADUAL PELA NOAS 01/02 (posição CIT agosto 2002)

(\*) Dados disponíveis referentes somente a partir de dezembro de 1996.

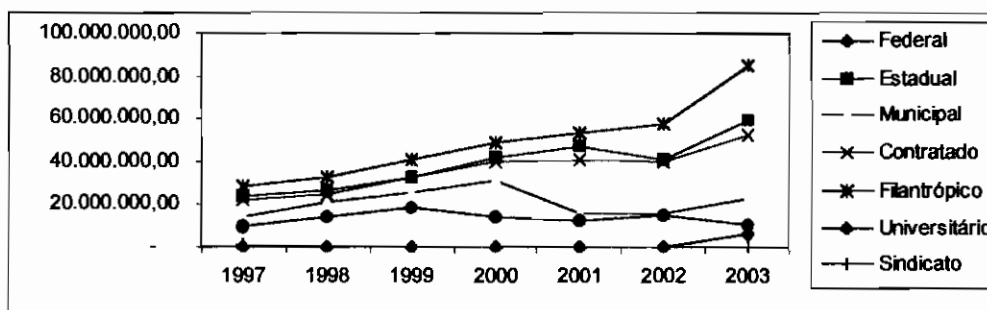
## ANEXO 11 (continuação)

Valores Despendidos de Recursos Federais do SUS, por Tipo de Prestador e Unidade da Federação  
Período: 1997 - 2003 (\*), DISTRITO FEDERAL



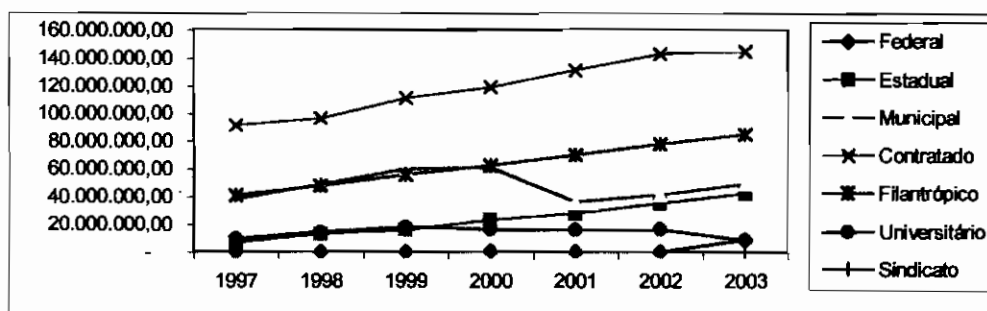
OBS.: GESTÃO PLENA DO SISTEMA ESTADUAL PELA NOB 96 e PELA NOAS 01/02 (posição CIT agosto 2002)

Valores Despendidos de Recursos Federais do SUS, por Tipo de Prestador e Unidade da Federação  
Período: 1997 - 2003 (\*), ESPÍRITO SANTO



OBS.: NÃO HABILITADO PELA NOB 96 e PELA NOAS 01/02 (posição CIT agosto 2002)

Valores Despendidos de Recursos Federais do SUS, por Tipo de Prestador e Unidade da Federação  
Período: 1997 - 2003 (\*), GOIÁS

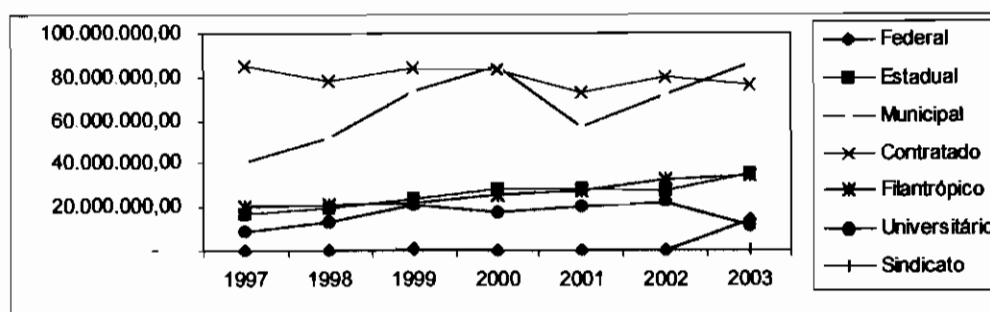


OBS.: GESTÃO PLENA DO SISTEMA ESTADUAL PELA NOB 96 e PELA NOAS 01/02 (posição CIT agosto 2002)

(\*) Dados disponíveis referentes somente a partir de dezembro de 1996.

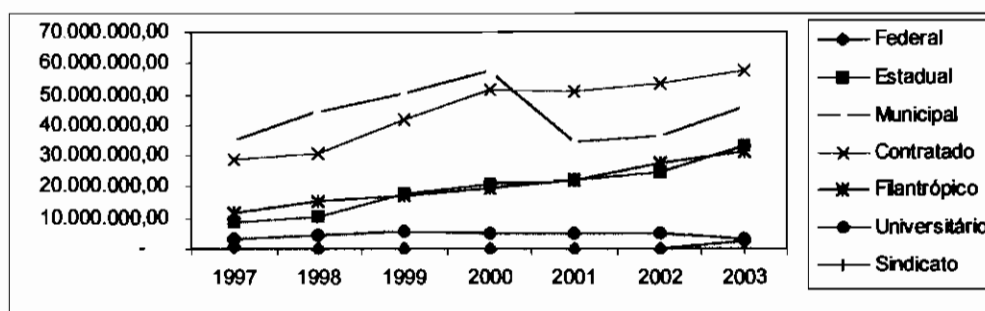
## ANEXO 11 (continuação)

**Valores Despendidos de Recursos Federais do SUS, por Tipo de Prestador e Unidade da Federação**  
**Período: 1997 - 2003 (\*), MARANHÃO**



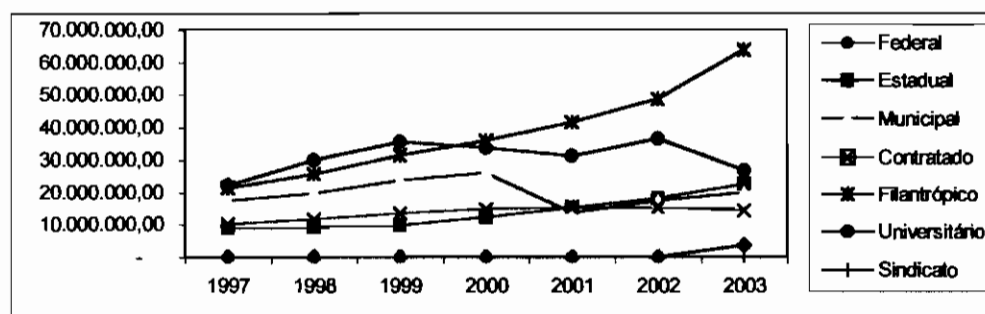
OBS: NÃO HABILITADO PELA NOB 96 e PELA NOAS 01/02 (posição CIT agosto 2002)

**Valores Despendidos de Recursos Federais do SUS, por Tipo de Prestador e Unidade da Federação**  
**Período: 1997 - 2003 (\*), MATO GROSSO**



OBS: NÃO HABILITADO PELA NOB 96 e GESTÃO PLENA DO SISTEMA ESTADUAL PELA NOAS 01/02 (posição CIT agosto 2002)

**Valores Despendidos de Recursos Federais do SUS, por Tipo de Prestador e Unidade da Federação**  
**Período: 1997 - 2003 (\*), MATO GROSSO DO SUL**

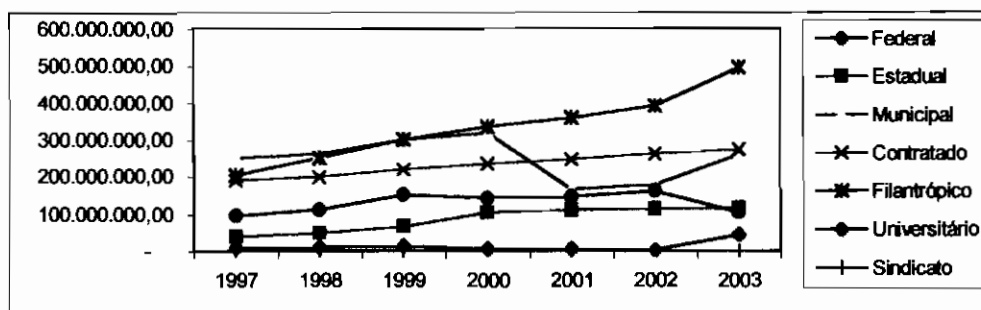


OBS: NÃO HABILITADO PELA NOB 96 e GESTÃO PLENA DO SISTEMA ESTADUAL PELA NOAS 01/02 (posição CIT agosto 2002)

(\*) Dados disponíveis referentes somente a partir de dezembro de 1996.

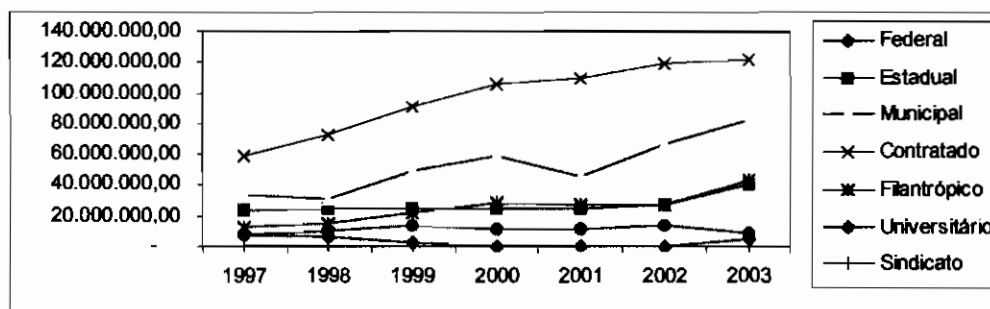
## ANEXO 11 (continuação)

Valores Despendidos de Recursos Federais do SUS, por Tipo de Prestador e Unidade da Federação  
Período: 1997 - 2003 (\*), MINAS GERAIS



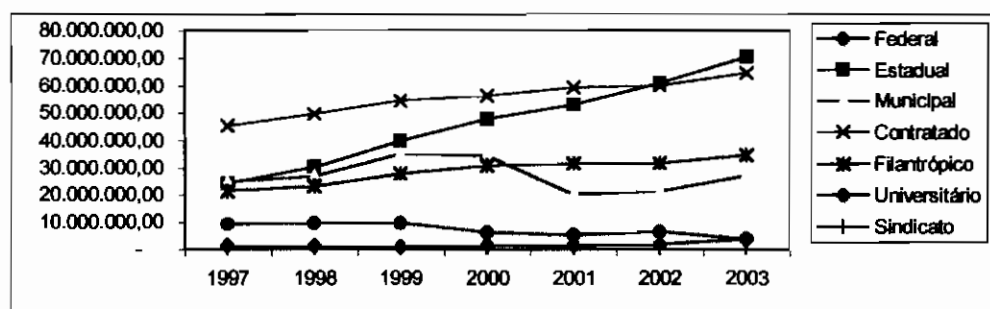
OBS.: GESTÃO AVANÇADA DO SISTEMA ESTADUAL e NÃO HABILITADO PELA NOAS 01/02 (posição CIT agosto 2002)

Valores Despendidos de Recursos Federais do SUS, por Tipo de Prestador e Unidade da Federação  
Período: 1997 - 2003 (\*), PARÁ



OBS.: GESTÃO PLENA DO SISTEMA ESTADUAL PELA NOB 96 e PELA NOAS 01/02 (posição CIT agosto 2002)

Valores Despendidos de Recursos Federais do SUS, por Tipo de Prestador e Unidade da Federação  
Período: 1997 - 2003 (\*), PARAÍBA

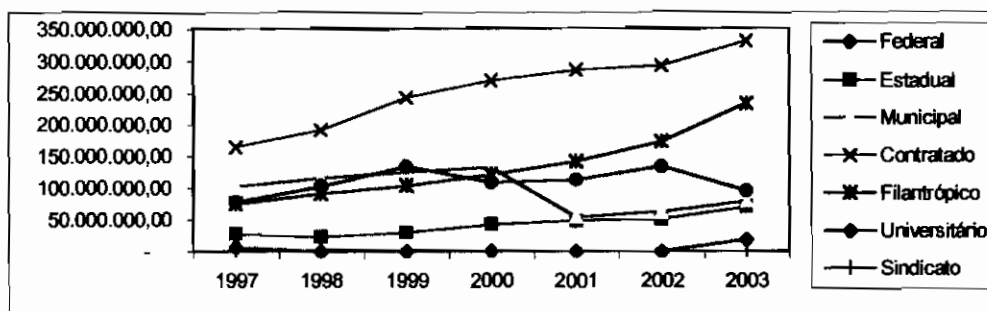


OBS.: GESTÃO AVANÇADA DO SISTEMA ESTADUAL PELA NOB 96 e NÃO HABILITADO PELA NOAS 01/02 (posição CIT agosto 2002)

(\*) Dados disponíveis referentes somente a partir de dezembro de 1996.

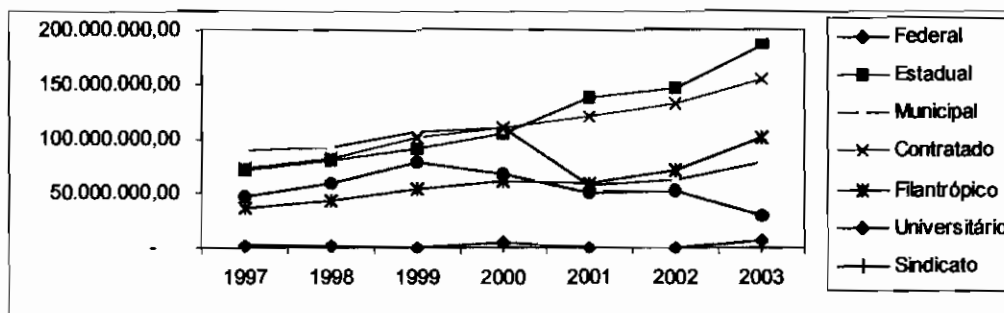
## ANEXO 11 (continuação)

Valores Despendidos de Recursos Federais do SUS, por Tipo de Prestador e Unidade da Federação  
Período: 1997 - 2003 (\*), PARANÁ



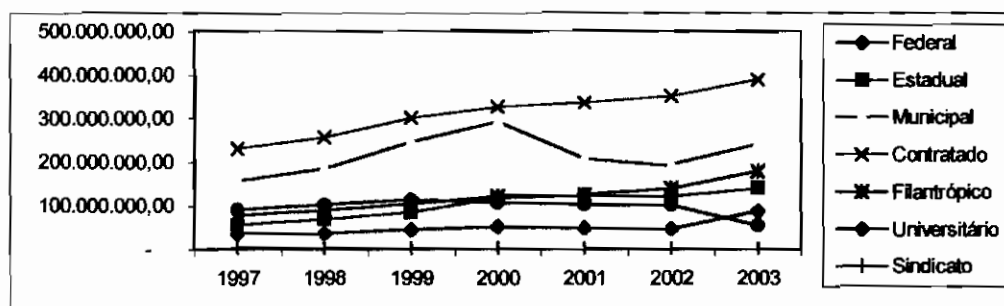
OBS.: GESTÃO PLENA DO SISTEMA ESTADUAL PELA NOB 96 e PELA NOAS 01/02 (posição CIT agosto 2002)

Valores Despendidos de Recursos Federais do SUS, por Tipo de Prestador e Unidade da Federação  
Período: 1997 - 2003 (\*), PERNAMBUCO



OBS: NÃO HABILITADO PELA NOB 96 e PELA NOAS 01/02 (posição CIT agosto 2002)

Valores Despendidos de Recursos Federais do SUS, por Tipo de Prestador e Unidade da Federação  
Período: 1997 - 2003 (\*), RIO DE JANEIRO

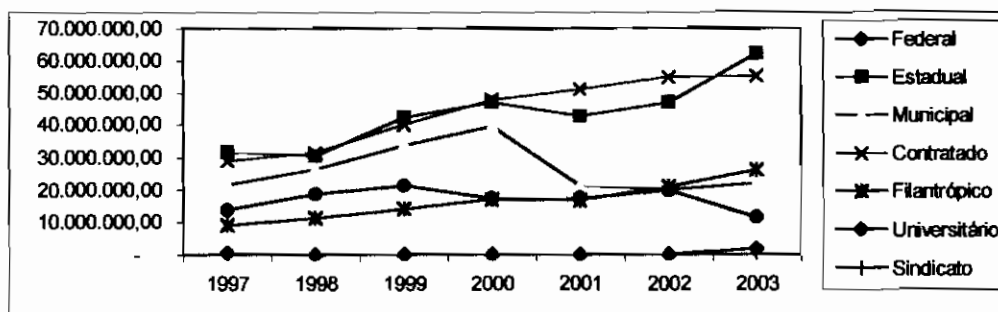


OBS: NÃO HABILITADO PELA NOB 96 e GESTÃO PLENA DO SISTEMA ESTADUAL PELA NOAS 01/02 (posição CIT agosto 2002)

(\*) Dados disponíveis referentes somente a partir de dezembro de 1996.

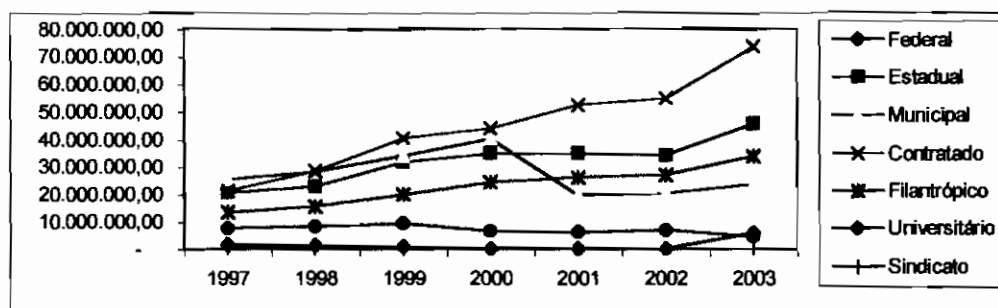
## ANEXO 11 (continuação)

Valores Despendidos de Recursos Federais do SUS, por Tipo de Prestador e Unidade da Federação  
Período: 1997 - 2003 (\*), PIAUÍ



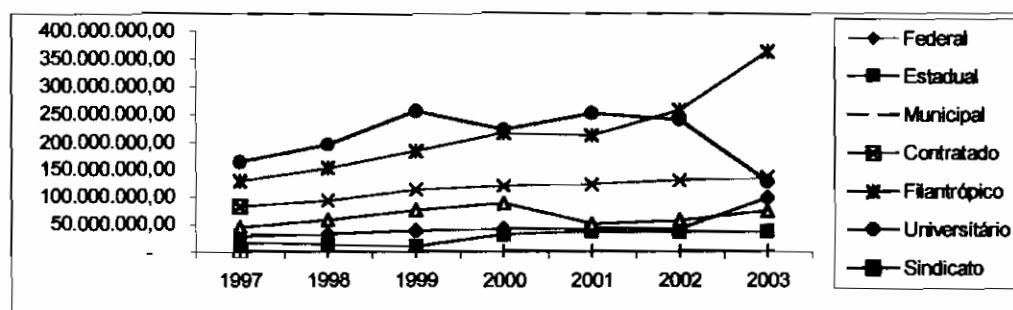
OBS: NÃO HABILITADO PELA NOB 96 e PELA NOAS 01/02 (posição CIT agosto 2002)

Valores Despendidos de Recursos Federais do SUS, por Tipo de Prestador e Unidade da Federação  
Período: 1997 - 2003 (\*), RIO GRANDE DO NORTE



OBS: NÃO HABILITADO PELA NOB 96 e PELA NOAS 01/02 (posição CIT agosto 2002)

Valores Despendidos de Recursos Federais do SUS, por Tipo de Prestador e Unidade da Federação  
Período: 1997 - 2003 (\*), RIO GRANDE DO SUL



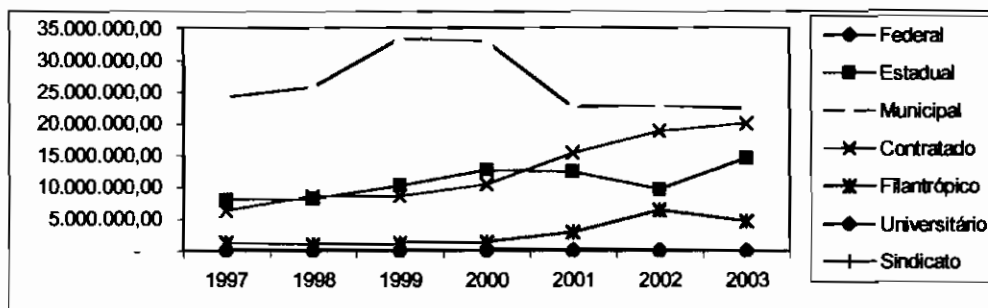
OBS.: GESTÃO AVANÇADA DO SISTEMA ESTADUAL PELA NOB 96 e NÃO HABILITADO PELA NOAS 01/02 (posição CIT agosto 2002)

(\*) Dados disponíveis referentes somente a partir de dezembro de 1996.



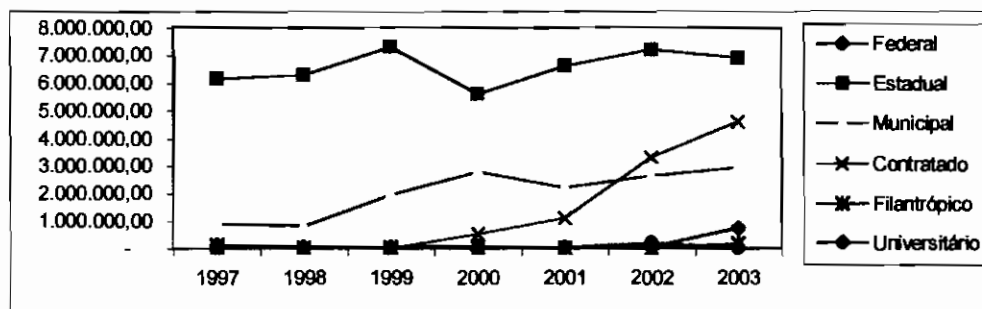
## ANEXO 11 (continuação)

**Valores Despendidos de Recursos Federais do SUS, por Tipo de Prestador e Unidade da Federação**  
**Período: 1997 - 2003 (\*), RONDÔNIA**



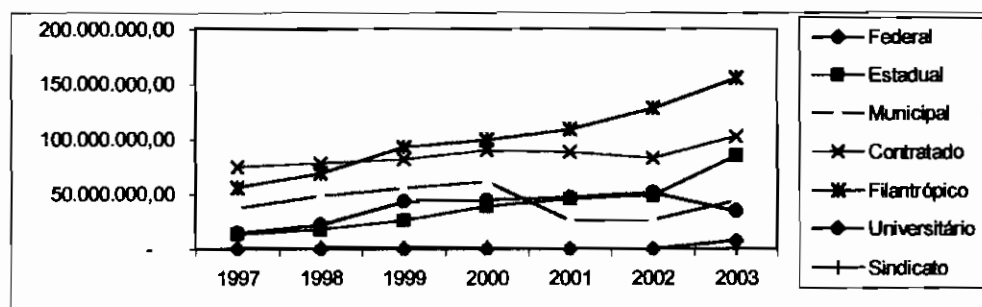
OBS: NÃO HABILITADO PELA NOB 96 e PELA NOAS 01/02 (posição CIT agosto 2002)

**Valores Despendidos de Recursos Federais do SUS, por Tipo de Prestador e Unidade da Federação**  
**Período: 1997 - 2003 (\*), RORAIMA**



OBS: NÃO HABILITADO PELA NOB 96 e PELA NOAS 01/02 (posição CIT agosto 2002)

**Valores Despendidos de Recursos Federais do SUS, por Tipo de Prestador e Unidade da Federação**  
**Período: 1997 - 2003 (\*), SANTA CATARINA**

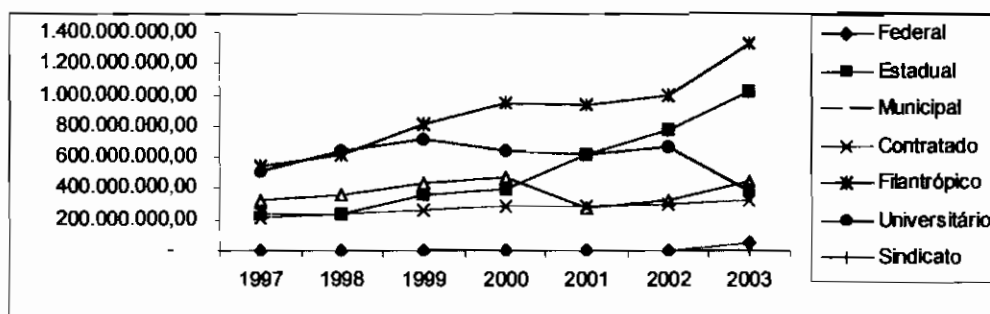


OBS.: GESTÃO PLENA DO SISTEMA ESTADUAL PELA NOB 96 e PELA NOAS 01/02 (posição CIT agosto 2002)

(\*) Dados disponíveis referentes somente a partir de dezembro de 1996.

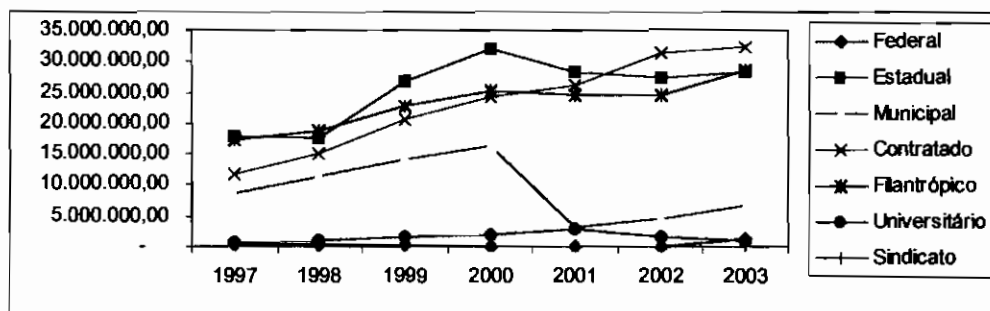
## ANEXO 11 (continuação)

**Valores Despendidos de Recursos Federais do SUS, por Tipo de Prestador e Unidade da Federação**  
**Período: 1997 - 2003 (\*), SÃO PAULO**



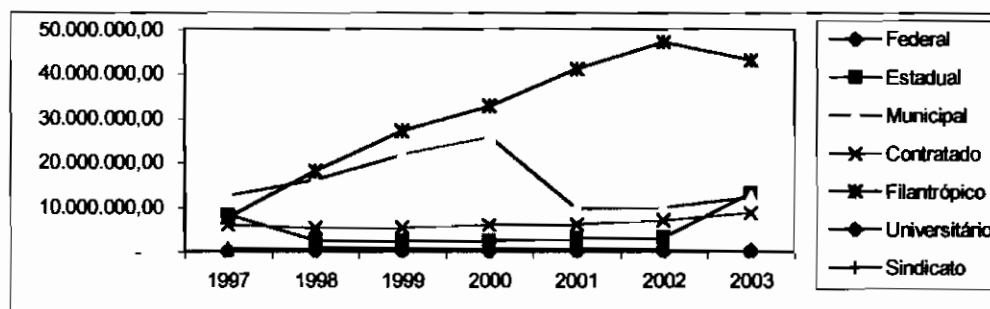
OBS.: GESTÃO AVANÇADA DO SISTEMA ESTADUAL PELA NOB 96 e NÃO HABILITADO PELA NOAS 01/02

**Valores Despendidos de Recursos Federais do SUS, por Tipo de Prestador e Unidade da Federação**  
**Período: 1997 - 2003 (\*), SERGIPE**



OBS: NÃO HABILITADO PELA NOB 96 E GESTÃO PLENA DO SISTEMA ESTADUAL PELA NOAS 01/02 (posição CIT agosto 2002)

**Valores Despendidos de Recursos Federais do SUS, por Tipo de Prestador e Unidade da Federação**  
**Período: 1997 - 2003 (\*), TOCANTINS**



OBS: NÃO HABILITADO PELA NOB 96 E PELA NOAS 01/02 (posição CIT agosto 2002)

(\*) Dados disponíveis referentes somente a partir de dezembro de 1996.

Fonte: DATASUS, 1997-2003

## ANEXO 12

**Valor médio, per capita, em Ordem Decrescente, dos Valores Despendidos de Recursos Federais do SUS, por UF e Tipo de Prestador**  
**Período: 1997 - 2003, Brasil**

|           | Federal | Estadual | Municipal | Contratado | Filantrópico | Universitário | Sindicato | Total | Diferença percentual (*) |
|-----------|---------|----------|-----------|------------|--------------|---------------|-----------|-------|--------------------------|
| JF        |         |          |           |            |              |               |           |       |                          |
| SP        | 0,23    | 14,03    | 10,12     | 7,34       | 23,98        | 16,11         | 0,02      | 71,84 | 23,26                    |
| DF        | 1,19    | 39,24    | 1,29      | 4,42       | 2,83         | 20,88         | -         | 69,85 | 19,84                    |
| PR        | 0,39    | 4,40     | 10,09     | 26,67      | 14,10        | 11,48         | 0,08      | 67,20 | 15,31                    |
| RS        | 4,49    | 2,46     | 6,25      | 11,13      | 21,17        | 20,35         | 0,04      | 65,89 | 13,06                    |
| RJ        | 3,51    | 7,19     | 15,29     | 22,02      | 8,42         | 6,77          | 0,05      | 63,24 | 8,50                     |
| MG        | 0,80    | 4,86     | 13,93     | 13,07      | 18,79        | 7,34          | 0,07      | 58,86 | 0,98                     |
| SC        | 0,23    | 7,39     | 8,03      | 16,11      | 19,13        | 6,93          | 0,12      | 57,94 | -0,60                    |
| MS        | 0,25    | 6,59     | 9,51      | 6,54       | 18,53        | 14,92         | 0,01      | 56,35 | -3,32                    |
| PE        | 0,30    | 14,92    | 10,91     | 14,14      | 7,79         | 7,05          | 0,04      | 55,16 | -5,36                    |
| GO        | 0,35    | 4,72     | 9,61      | 24,00      | 12,59        | 2,87          | 0,04      | 54,19 | -7,02                    |
| MT        | 0,20    | 7,99     | 17,52     | 18,18      | 8,36         | 1,73          | 0,00      | 53,98 | -7,38                    |
| PI        | 0,12    | 15,41    | 9,36      | 15,74      | 5,85         | 6,07          | 0,03      | 52,60 | -9,76                    |
| ES        | 0,30    | 12,68    | 6,84      | 11,79      | 16,12        | 4,45          | 0,07      | 52,26 | -10,33                   |
| CE        | 0,51    | 6,50     | 12,64     | 12,43      | 12,55        | 7,19          | 0,05      | 51,87 | -11,01                   |
| TO        | 0,10    | 4,32     | 13,36     | 5,52       | 26,76        | 0,35          | 0,49      | 50,89 | -12,68                   |
| RN        | 0,58    | 11,75    | 10,02     | 16,43      | 8,37         | 2,61          | 0,03      | 49,80 | -14,55                   |
| PB        | 0,47    | 13,59    | 7,90      | 16,22      | 8,36         | 2,08          | 0,05      | 48,67 | -16,49                   |
| AL        | 0,38    | 9,31     | 8,77      | 14,79      | 13,82        | 1,50          | 0,00      | 48,57 | -16,66                   |
| BA        | 0,15    | 6,91     | 8,26      | 17,12      | 10,17        | 4,67          | 0,16      | 47,44 | -18,60                   |
| SE        | 0,17    | 14,33    | 5,23      | 13,02      | 13,04        | 0,81          | 0,04      | 46,64 | -19,98                   |
| AC        | 0,02    | 31,97    | 1,28      | 0,42       | 5,30         | 0,29          | -         | 39,28 | -32,60                   |
| MA        | 0,39    | 4,57     | 11,90     | 14,33      | 4,70         | 2,92          | 0,02      | 38,83 | -33,37                   |
| RO        | 0,15    | 7,99     | 19,35     | 9,29       | 2,02         | 0,00          | 0,01      | 38,80 | -33,42                   |
| AM        | 0,72    | 19,63    | 2,27      | 8,87       | 2,35         | 2,03          | 0,01      | 35,88 | -38,44                   |
| PA        | 0,55    | 4,40     | 8,56      | 15,81      | 4,07         | 1,77          | 0,03      | 35,18 | -39,64                   |
| AP        | 0,07    | 25,52    | 6,01      | 0,21       | 2,12         | -             | -         | 33,93 | -41,78                   |
| RR        | 0,54    | 21,43    | 6,63      | 4,46       | 0,20         | 0,10          | -         | 33,36 | -42,76                   |
| Total BR: | 0,89    | 9,34     | 10,37     | 13,94      | 14,68        | 9,00          | 0,05      | 58,28 |                          |

## ANEXO 12 (continuação)

### Observações técnicas

Obs. 1 - A diferença percentual refere-se à diferença em relação à média nacional;

Obs. 2 - "Os abonos e fatores de recomposição, como os aplicados de julho de 1995 a maio de 1998, não estão considerados". Não constam os valores referentes às internações e atendimentos ambulatoriais realizados em alguns hospitais próprios do Ministério da Saúde (natureza 31) ou estaduais (natureza 41) que recebem apenas recursos orçamentários. *In: Notas Técnicas do DATASUS.*

*Fonte: DATASUS, 1997 - 2003*