

# Estado e saúde: a posição das agências internacionais e a experiência brasileira recente

---

*Rosa Maria Marques\**  
*Áquilas Mendes\*\**

**E**ste artigo analisa a posição das principais agências internacionais — Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), Comissão Econômica para os Países da América Latina e Caribe (CEPAL) e Banco Mundial — em relação às ações e aos serviços na área da saúde. Além dos princípios balizadores de suas propostas, destacam-se o desenho de atenção à saúde proposto e sua relação com o Estado. Como contraponto, discute-se, para o Brasil, o significado da estruturação do Programa de Saúde da Família (PSF) no Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se de verificar em que medida esse programa pode ser considerado como o início da quebra da lógica e dos princípios desse sistema, de maneira que sua implantação representaria uma verdadeira cunha das propostas das agências no País, ou em que medida é apenas reflexo da urgência e da complexidade da realidade brasileira.

Para isso, na primeira parte, destaca-se o crescimento da despesa com saúde como um fenômeno mundial, de múltiplas causas, e aponta-se que sua redução faz parte de todas as agendas de reforma do Estado, principalmente daquelas animadas pelo ideário neoliberal. Na segunda parte, discutem-se os principais argumentos e proposições da OPAS, da CEPAL e do Banco Mundial. Finalmente, na terceira, analisa-se a mudança de orientação ocorrida na política de saúde no Brasil, quando o Ministério da Saúde passou a priorizar a Atenção Básica através do incentivo à implantação do Programa de Saúde da Família.

---

\* Professora associada do Departamento de Economia da FEA-PUCSP e Presidente da Sociedade Brasileira de Economia Política (SEP).

\*\* Professor do Departamento de Economia da FAAP-SP e Técnico do Centro de Estudos e Pesquisas de Administração Municipal (CEPAM).

## 1 - O crescimento do gasto com saúde e suas causas

Um dos aspectos marcantes da proteção social desenvolvida no contexto do Welfare State foi o crescimento considerável do gasto público com saúde (Tabela 1). Mesmo com o início da crise dos países desenvolvidos em 1975, o gasto continuou a aumentar, embora a taxas mais moderadas. Somente depois de 1990, a despesa com saúde registrou queda em vários países (Medici, Marques, 1996).

Tabela 1

Gasto público com saúde como percentual do PIB em alguns países selecionados — 1960-1990

ANOS	ALEMANHA	CANADÁ	USA	FRANÇA	ITÁLIA	JAPÃO	OCDE
1960	3,2	2,4	1,3	2,5	3,2	1,8	2,5
1965	3,6	3,1	1,6	3,6	4,1	2,7	3,1
1970	4,2	5,1	2,8	4,3	4,8	3,0	4,0
1975	6,6	5,7	3,7	5,5	5,8	4,0	5,2
1980	6,6	5,4	4,1	6,1	6,0	4,6	5,3
1983	6,6	6,2	4,5	6,6	6,2	5,0	5,8
1990	5,8	6,8	5,6	6,6	5,8	4,8	5,4

(%)

FORNTE: L'OBSERVATEUR DE L'OCDE (1982). Paris, n. 115.

INVERTER em salud (1993).

Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993.

Washington : Banco Mundial.

Na literatura especializada, vários são os fatores que explicam a expansão do gasto com saúde. Dentre os principais, destacam-se: o envelhecimento da população; a ampliação da cobertura do risco-saúde como decorrência da universalização; a crescente diversificação e complexidade da oferta de serviços médico-sanitários em função do franco desenvolvimento das técnicas de medicina e da incorporação do progresso técnico; o aumento da exigência do usuário e dos preços de seus bens e serviços, muitas vezes a taxas maiores que em outros setores; e os atuais currículos de medicina, que enfatizam a medicina curativa e o uso abusivo de exames.

A extensão da cobertura foi resultado da universalização do acesso ocorrida principalmente nos países desenvolvidos da Europa, mas também, de forma mais tardia, nos países da Península Ibérica e no Brasil, este último com a

criação do Sistema Único de Saúde, em 1988. Já a melhoria da qualidade de cobertura foi resultado da crescente diversificação e complexidade que assumiu a oferta pública de serviços médico-sanitários. Estes, ao longo dos anos, passaram a conceder assistência odontológica, psicanalítica e terapias de alto custo. Esse crescimento vertical foi a contrapartida do avanço da concepção da integralização das ações e dos serviços de saúde pública em um ambiente de franco desenvolvimento das técnicas da medicina.

O envelhecimento da estrutura etária da população, provocado pela queda da fecundidade e da mortalidade, teve impacto direto nos gastos com saúde. Isto porque a população idosa tende a ter doenças crônicas, que exigem tratamentos prolongados e, não raras vezes, caros. Sendo assim, a curva de custos com saúde por idade tem a forma de um jota: no nascimento e nos primeiros anos de vida são mais altos, decrescem ao longo da infância e adolescência, voltam a crescer com a maturidade e aumentam exponencialmente na velhice. O custo com saúde para pessoas maiores de 65 anos supera em três vezes os cuidados exigidos pela população entre 14 e 64 anos. Para os de mais de 75 anos, o custo é cinco vezes mais elevado (Medici, Marques, 1996, p. 51).

A maior exigência do usuário, por sua vez, é explicada como resultado da própria melhoria do nível de vida das pessoas. De fato, a expansão da saúde, assim como de todo Welfare State, ocorreu num período que se caracterizou por aumentos do salário real, pela melhoria da distribuição da renda e pela democratização do acesso a informações e bens de consumo. É provável que isso tenha incentivado as pessoas e suas organizações a exigirem acesso a tratamentos mais sofisticados.

Já a incorporação de novas técnicas de tratamento ou de diagnóstico bem como a prescrição de medicação cara são, em grande medida, definidas pelo corpo de trabalhadores da área da saúde, principalmente pelos médicos. Esse tipo de pressão pode resultar na incorporação de equipamentos sofisticados sem que tenha havido qualquer estudo da necessidade da demanda. É preciso mencionar, ainda, que, junto à adoção de novas técnicas e equipamentos, surgem novas especialidades. A incorporação do progresso técnico em saúde, como novas formas de diagnóstico, terapia baseada em equipamentos e medicamentos sofisticados — diferentemente do que ocorre em outros setores — não substitui trabalho por capital. Ao contrário, aumenta a necessidade de mão-de-obra cada vez mais complexa e especializada. Uma nova tecnologia de imagem, além de incorporar seus custos ao tratamento, determina o uso de operadores e médicos especializados na interpretação dos exames produzidos pela nova tecnologia.

Por último, a alta de preços de bens e serviços, muitas vezes a taxas superiores às de outros setores, reflete a inexistência de escolha, por parte do usuário e do setor público, no tratamento a ser realizado. Isto porque a saúde é um setor único, no qual a demanda é altamente determinada pelos médicos,

pelos atendentes, dentre outros profissionais da área.<sup>1</sup> Sendo assim, a estrutura de custos também o é. Na melhor das hipóteses, o profissional sempre tenderá a utilizar os recursos de última geração, na esperança de precisar seu diagnóstico e o tratamento a ser seguido. Ocorre que toda tecnologia de ponta é cara por definição, pois, além de exigir anos de pesquisa e desenvolvimento que devem ser amortizados, apresenta um mercado produtor extremamente oligopolizado.

Também não são desprezíveis, na determinação dos gastos com saúde, os atuais currículos de medicina. A ênfase na medicina curativa e a verdadeira “bateria” de exames que passou a acompanhar a rotina de uma simples consulta têm contribuído para a manutenção do gasto elevado nessa área.

A continuidade da expansão do gasto com saúde, em um ambiente de deterioração dos recursos públicos (provocada pelos juros altos praticados a partir do início da crise e pelas elevadas taxas de desemprego), chamou especial atenção do pensamento neoliberal, que passou a ser hegemônico durante a década de 80. Prova disso é que, em qualquer agenda de reforma do Estado (leia-se diminuição do tamanho do Estado), um dos principais itens contemplados é o da saúde. Tanto isso é verdade que todas as principais agências — ligadas ou não à saúde — passaram a desenvolver estudos e propostas específicas para o setor.

## 2 - A posição das agências

A posição no campo da saúde defendida pelas agências internacionais multilaterais, tais como a Organização Pan-americana de Saúde, a Comissão Econômica para os Países da América Latina e Caribe e o Banco Mundial, integra a discussão de reforma do Estado. Nos anos 80, no campo social, o ponto de partida do diagnóstico e das proposições era a crise do Welfare State. Essa crise expressava, de um lado, o mau desempenho da arrecadação de suas fontes de financiamento — fossem elas formadas por contribuições sociais calculadas sobre a massa salarial (França, Espanha, por exemplo) ou por impostos (Reino Unido, Suécia, por exemplo) —, e, de outro, o aumento da demanda de benefícios de aposentadoria, de seguro-desemprego e dos custos com saúde. Parte substantiva da crise do Welfare State teve origem na própria crise do sistema capitalista iniciada em meados da década de 70, a qual, para

---

<sup>1</sup> Para uma análise detalhada das características econômicas do setor saúde, principalmente dos fatores que determinam a assimetria entre sua oferta e demanda, ver Medici e Marques (1996).

alguns, foi provocada pelo esgotamento do regime de acumulação fordista. A crise mergulhou as principais economias do mundo no desemprego e na estagnação e/ou no fraco crescimento de suas rendas nacionais. Essa situação teve impacto sobre a estrutura da demanda do Welfare State, sobre o volume da arrecadação dos impostos e das contribuições, bem como ocasionou mudanças significativas nas relações de trabalho, introduzindo a precarização quase como norma para que a competitividade fosse garantida. A literatura especializada já analisou, de forma exaustiva, essas relações.<sup>2</sup>

Nesse contexto, a preocupação maior era o volume crescente do gasto, de forma que as proposições e as sugestões tratavam, em geral, de conter e de reduzir custos, seja criando dificuldades no acesso aos benefícios, seja introduzindo a participação do usuário no custeio dos cuidados com saúde.

Nos anos 90, o foco da discussão sobre a reforma do Estado foi alterado, recaindo sobre a defesa da necessidade de grandes reformas, com o afastamento do Estado de atividades econômicas e da esfera social. Em relação a esta última, no máximo era considerada a concessão de proteção social aos mais carentes, deixando que o mercado solucionasse a demanda dos demais segmentos da população. Ao mesmo tempo, era fortemente defendido que o Estado se capacitasse em termos gerenciais, o que, na literatura inglesa, é chamado de *capability*. Isso significava reformular o Estado de maneira a torná-lo flexível e produtivo. A ênfase, portanto, passou a ser o resultado. Isso significa dizer que, por exemplo, no campo da saúde, vale discutir se é mais compensador a hemodiálise ou o transplante de rins. Em outras palavras, o resultado é avaliado do ponto de vista individual daquele que está recebendo o tratamento, ou mesmo do “consumidor”. No enfoque anterior, embora o resultado fosse sempre um parâmetro perseguido, este era entendido como algo coletivo, do conjunto da comunidade.

No plano mais geral das políticas sociais, o enfoque no resultado — assumido nos anos 90 — significou a priorização de programas de baixo custo e focados na população de baixa renda, de preferência.

## **O lugar da saúde pública na OPAS, na CEPAL e no Banco Mundial**

É a partir desse contexto que se insere a posição defendida pela OPAS. Essa organização, em 1994, em documento que trata da saúde e da equidade no contexto da transformação produtiva, defendia que era necessário, na busca

<sup>2</sup> Sobre isso, ver, por exemplo, Castel (1995), Commission des Communautés Europeennes (Problèmes..., 1983) e Unicamp/NEPP (Despesas..., 1985).

do crescimento e da equidade para a região da América Latina e Caribe, redefinir o papel do Estado, o qual deveria abandonar suas pretensões de onipresença, concentrar-se em algumas funções-chave e desempenhá-las com maior eficácia e eficiência, em especial naquelas que promovem a equidade. Esse documento defendia, ainda, a superação do conflito entre Estado e mercado, pois, no seu entendimento, a criação de mercados transparentes, competitivos e de fácil acesso pode contribuir para a equidade. Além disso, considerava que os países da região, em função da reestruturação produtiva em curso no mundo e do acirramento da concorrência, necessitavam, urgentemente, promover o aumento da produtividade. A equidade, por sua vez, era pensada como um adjetivo importante da reestruturação. A rigor, a OPAS defende que a reestruturação pode ser um instrumento da desigualdade.

Em relação ao setor saúde, contudo, além de apontar sua importância na geração de mercados e no aumento da produtividade, a OPAS reconhece que certas características não permitem que o livre funcionamento dos mercados assegure a eficiência e a equidade. Dentre elas, destaca a existência de externalidades, o fato de a informação ao consumidor ser imperfeita e de existir, com frequência, um "terceiro pagador", de modo que o consumidor não é quem decide qual tipo de serviço vai receber (quem decide não é quem consome, e quem paga não decide e não se beneficia diretamente do consumo). Esse conjunto de características define que, no campo da saúde, somente é possível se obterem soluções subótimas em matéria de eficiência microeconômica, eficácia e equidade social.

Mesmo reconhecendo as dificuldades da utilização do mercado como elemento regulador da saúde, a OPAS defende, embora de forma cautelosa, que os indivíduos e as famílias de maior renda contribuam para o financiamento da saúde. Isso permitiria que o Estado reduzisse sua participação e canalizasse os recursos para promover a universalização da saúde (atenção à saúde mais pagamentos de licença por enfermidade e maternidade). A cobertura contemplaria uma cesta básica de atenção à saúde. Dessa forma, a OPAS está, em nome da universalidade do básico, ferindo o princípio da integralidade, sem o qual uma política pública de saúde não pode ser pensada.

Já o relatório **Panorama Social 1999-2000**, de agosto de 2000, da CEPAL, parte de premissas diferentes daquelas da OPAS. Passados alguns anos de experiência do modelo de desenvolvimento imposto à região pelo Fundo Monetário Internacional (FMI), chama atenção o fato de a precarização do mercado de trabalho e as elevadas taxas de desemprego provocarem, dentre outras mazelas, dificuldades crescentes no acesso à saúde, seja ela pública, seja privada, para parcela significativa da população latino-americana. No caso da saúde pública, essa situação se manifesta quando ainda o direito é fundado no vínculo formal; já junto ao setor privado, é provocada pelas crescentes entrada e saída

do mercado de trabalho, de modo que fica difícil ao trabalhador manter o seguro-saúde, por exemplo. Mesmo que o trabalhador não se veja desempregado por período de tempo muito prolongado, a volatilidade de sua renda provoca constantes transtornos e incertezas, tornando comum a “rotina” da mudança de seguro ou de tipo de plano de saúde.

Tendo em vista essa realidade — que a CEPAL imputa ao aumento da pobreza e da vulnerabilidade social na região —, depreende-se a necessidade do resgate das políticas públicas universais, com destaque, dentre outras, para a área da saúde. Esse resgate, tendo em vista a situação econômica dos países em análise, teria como fundamento o aumento da progressividade tributária, exigindo maior contribuição de rendas e patrimônios (de pessoas e empresas) mais elevados. A partir do aumento da tributação dos mais ricos, portanto, seria promovida a universalização de políticas públicas essenciais.

Aplicando esse pensamento à área da saúde, constata-se que a CEPAL, embora tenha premissas diferentes daquelas da OPAS, também supõe a participação dos segmentos de maiores rendas no financiamento e a universalização de sua parte essencial. Mesmo na ausência de uma definição do que seja essencial, lembra a já antiga proposta de cesta básica, financiada pelo Estado e dirigida aos mais carentes.

Para se ter uma idéia mais clara do que está sendo proposto para a região, é preciso lembrar dois documentos importantes produzidos pelo Banco Mundial: **Inverter en Salud** (1993) e **Envejecimiento sin Crisis** (1994). O primeiro documento analisa detalhadamente o processo de envelhecimento da população mundial e defende que os sistemas de proteção aos idosos caminham diretamente para o colapso. Frente a isso, propõe: a criação de um sistema de proteção de três pilares, isto é, um sistema de pensões administrado pelo governo, no qual a participação é obrigatória e que tem como objetivo limitado reduzir a pobreza entre os idosos; um sistema de poupança obrigatório administrado pelo setor privado; e a poupança voluntária. Embora não trate diretamente da política de saúde, esse documento chama atenção para a tendência ao aumento do custo em saúde, como decorrência do fato de as doenças em idosos serem crônicas e mais caras. Ao mesmo tempo, ao defender a privatização de parte da proteção ao idoso, está atuando na mesma linha de argumentação daqueles que consideram a privatização de parte da saúde.

Já em **Envejecimiento sin Crisis**, o diagnóstico e as propostas do Banco Mundial com relação à saúde são diretas e não deixam margem a dúvidas:

“(…) o gasto público em saúde, em função dos custos, deveria reorientar-se para programas mais eficazes, que contribuam em maior medida para ajudar aos pobres. (...) Se o conjunto dos países em desenvolvimento reorientarem para programas de saúde pública e serviços clínicos essenciais, mais ou menos 50%, em média, do

gasto público que hoje se destina a serviços de escassa eficácia em função dos custos, a taxa de morbidade poderia se reduzir em mais de 20%, porcentagem que equivale a evitar a morte de mais de 9 milhões de crianças menores que um ano.

“(...) os governos têm que facilitar maior diversidade e concorrência no financiamento e na prestação dos serviços de saúde. Se os governos financiarem um conjunto de medidas de saúde pública e serviços públicos essenciais, o resto dos serviços desta índole poderia ser coberto mediante financiamento privado, melhorando os incentivos para ampliar a cobertura e controlar os custos. Inclusive no caso dos serviços clínicos financiados com fundos públicos, os governos podem fomentar a concorrência e a participação do setor privado na prestação dos serviços e ajudar a melhorar a eficiência do setor privado mediante a geração e divulgação de informação importante. Com esta combinação de elementos se podem melhorar os resultados em matéria de saúde e conter os custos, aumentando ao mesmo tempo o grau de satisfação dos consumidores” (ENVEJECIMIENTO..., 1994, p. iii).

As propostas defendidas pelo Banco Mundial no campo da proteção à velhice e da saúde — que foram, de uma forma ou de outra, implementadas no Chile, no Peru, na Argentina, na Colômbia, no Uruguai e no México, fundamentam-se na mais convencional teoria econômica. Essa teoria adota como método discutir, em primeiro lugar, as condições ideais de funcionamento da economia, para somente depois conhecer e classificar os mecanismos pelos quais a realidade se afasta do modelo idealizado. O problema é que o setor saúde é talvez aquele que menos correspondência tenha com a teoria convencional.

Enquanto a teoria econômica convencional se baseia no fato de que a informação adequada é condição *sine qua non* para o equilíbrio entre a oferta e a demanda, em condições concorrenciais e, portanto, para o estabelecimento do justo preço dos bens e serviços, na saúde existe uma grande assimetria nesse processo. Isto porque o indivíduo que busca a assistência médica não o faz porque assim o deseja e sim por necessidade, de forma que não sabe que tipo de intervenção irá sofrer ou que tipo de exames irá fazer. Quem sabe é o agente de saúde, que, de uma forma ou de outra, define o preço. O indivíduo está destituído da informação sobre o preço, a quantidade e a natureza do serviço. No lugar de ser um consumidor, como deseja o Banco Mundial, ele é um paciente, isto é, aquele que se coloca na mão de outro e/ou de outros para ser tratado, cuidado. Esta e as demais características do setor saúde, algumas delas apontadas pela CEPAL, são simplesmente desconhecidas pelo Banco



Mundial no documento que animou as reformas na América Latina. Seu distanciamento da realidade é responsável pelo agravamento da situação de milhões de pessoas, caracterizando o que a CEPAL tem chamado de aumento da vulnerabilidade.

### **3 - Estratégia de reforma do Estado no campo da Atenção Básica de Saúde: os caminhos do Programa de Saúde da Família**

Os anos 90 foram marcados por grande investimento do Ministério da Saúde na universalização da atenção básica, indicando, no entendimento de alguns, a construção de um novo modelo assistencial. Paralelamente a essa mudança do modelo assistencial, verificou-se, também, alteração na operacionalização da política de saúde, isto é, o avanço do processo de municipalização e o estabelecimento de novas sistemáticas para o financiamento de ações e serviços de saúde, especialmente no nível da atenção básica.

Na realidade, a implementação da proposta de atenção básica que vem orientando a reorganização da lógica assistencial do SUS foi colocada em prática em 1994, com o início do Programa de Saúde da Família, incorporando a experiência anterior do Programa de Agentes Comunitários (PACS). O objetivo do PSF, publicado em Merhy e Franco (2000)<sup>3</sup>, refere-se à:

“(...) reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças no hospital. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes da Família uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas” (Merhy, Franco, 2000, p. 145).

Quatro são os princípios básicos do PSF ressaltados por esses autores: (a) caráter substitutivo — alteração das práticas convencionais de assistência por um novo processo de trabalho, concentrado na vigilância à saúde —; (b) integralidade e hierarquização — adoção da Unidade de Saúde da Família como primeiro nível de ações e serviços do sistema local de saúde —; (c) territorialização e adscrição da clientela — incorporação do território enquanto

<sup>3</sup> Para a descrição dos objetivos do Programa de Saúde da Família, Merhy e Franco (2000) utilizam dois documentos do Ministério da Saúde: **Programa de Saúde da Família — PSF** (1998); e **Saúde da Família: uma Estratégia de Organização dos Serviços de Saúde** (1996, p. 2).

espaço de abrangência definida —; (d) equipe multiprofissional — composição realizada por um médico generalista ou médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde.

Nessa perspectiva, resta indagar até que ponto esse programa — que é defendido pelo Governo Federal como a estratégia "estruturante" para o ingresso do cidadão ao sistema — responde à necessidade de alteração do modelo assistencial ancorado nas necessidades locais de saúde? Não estaria, no lugar disso, sendo animado pela perspectiva de operar a política de saúde com base na otimização dos recursos, racionalizando o uso de serviços de média e alta complexidades do SUS?

Há quem defenda que existem similaridades entre as propostas do PSF, da Medicina Comunitária e das Ações Primárias de Saúde — estas duas últimas tomadas como concepções desenvolvidas pela Organização Pan-Americana de Saúde em 1978.<sup>4</sup> Segundo alguns autores, o PSF adota o campo da vigilância à saúde centrado no território, conforme indicação da proposta da OPAS. Isto porque, em larga escala, o Programa se inspira nos cuidados a serem oferecidos para ações no ambiente, sem dar muito valor para o conjunto da prática clínica, desconsiderando a necessidade de sua ampliação na abordagem individual, isto é, sua atenção singular, importante para os casos em que os processos mórbidos já são presentes (Campos, 1992; Merhy, Franco, 2000).

Dessa forma, comentam esses autores, o PSF acaba por desarticular sua proposta transformadora, pois, assim como a Medicina Comunitária e os Cuidados Primários em Saúde, não se propõe a atuar também na questão clínica, agindo como "linha auxiliar do Modelo Médico Hegemônico" (Merhy, Franco, 2000, p. 146). Isso significa dizer que o PSF separa as suas competências em relação àquelas da corporação médica, estabelecendo como sua a saúde coletiva e da corporação a saúde individual. Merhy e Franco apontam que essa atitude é vantajosa para o modelo neoliberal dominante de privatização da saúde, uma vez que delimita o campo de ação dos modelos de atenção.

Ao que parece, a implantação do PSF não tem seguido *pari et passu* a lógica descrita por esses autores. A ênfase do Ministério da Saúde em incentivar o PSF como estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde, funcionando como principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde, soma-

---

<sup>4</sup> Em 1978, no Congresso realizado em Alma Ata, Cazaquistão, a Organização Pan-Americana da Saúde, ao estabelecer a meta global de saúde para todo no ano 2000, centrou-se na Atenção Primária à Saúde, na tentativa de responder ao quadro de grave escassez de serviços, que deixava excluída da assistência parcela considerável da população.

-se ao reconhecimento de diversos agentes públicos, no período mais recente, cuja adoção fortalece a integralidade da atenção à saúde.<sup>5</sup> Mesmo as críticas anteriormente mencionadas referem-se, com maior ênfase, aos aspectos que tratam da forma como o Programa é estruturado e organizado. Vale dizer, os argumentos concentram-se na necessidade de o PSF vir a operar integrado à já existente Rede Básica Assistencial Local. Merhy e Franco (2000) assinalam que, no País, há, em média, uma Unidade Básica de Saúde (UBS) para cada 5.424 habitantes, valor superior àquele recomendado pela Organização Mundial da Saúde (uma para cada 20.000 habitantes). Esse fato indica que a UBS, no Brasil, constitui instrumento importante a ser utilizado, quando se tem em vista a organização de um novo modelo assistencial.

De certa forma, essa proposta vem sendo considerada pelos gestores locais de saúde, representados pela figura dos secretários municipais de saúde no País. A maior parte dos PSFs implantados operam em sintonia com as Unidades Básicas de Saúde. É certo que há diversas formas de atuação desse programa, pois é difícil imaginar que sua adoção seja homogênea em um país com municípios tão heterogêneos, que apresentam ofertas de serviços e capacidades técnica e administrativa diferenciadas. É fato que as dificuldades inerentes a essa heterogeneidade têm levado a que várias localidades adaptem o Programa, incentivadas pelo Ministério da Saúde, às suas realidades locais.

No período 1994-00, o crescimento do PSF foi significativo, registrando-se 328 equipes de saúde da família em 1994, 4.945 em 1999 e 10.473 no ano 2000 (Gráfico 1). Neste último ano, essas equipes vêm atuando em 3.090 municípios, com cobertura de cerca de 22,04% da população brasileira.

A institucionalização do PSF ganhou evidência significativa com a aprovação da Portaria do Ministério da Saúde denominada Norma Operacional Básica do SUS de 1996 (NOB 96). Tendo como objetivo central estimular o processo de descentralização e municipalização da saúde, a ênfase à implantação do Programa de Saúde da Família é explicada como sendo ele parte de um conjunto de medidas e iniciativas visando ao fortalecimento da atenção básica, segundo os princípios e as diretrizes do SUS. Na verdade, a forma de implantação desse programa, segundo a NOB 96, ocorre quando os municípios, responsáveis pela execução preferencial das ações e serviços de saúde, se habilitam ao SUS,

---

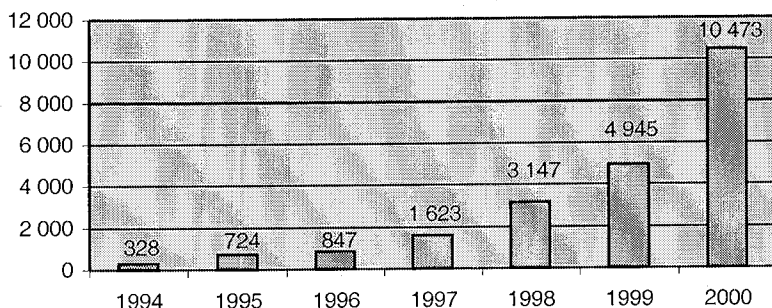
<sup>5</sup> Os participantes da 11ª Conferência Nacional de Saúde destacam a importância do PSF, do PACS e da rede de atenção básica como porta de entrada ao sistema de saúde, pois, ao garantirem uma saúde integral, estimulam a ampliação do acesso aos serviços a toda a população, incluindo aquela residente em localidades onde não há suficientes recursos assistenciais. Ver **Efetivando o SUS** (2000).

seja na condição de gestão Plena da Atenção Básica, seja na de gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde.<sup>6</sup>

O estímulo dado pela NOB 96 à implantação do PSF foi significativo, pois o número de equipes de saúde da família cresceu de 1.623 em 1996 para 3.147 em 1998 (Gráfico 1). Isto porque foi somente em maio de 1998 que os municípios passaram a receber o incentivo financeiro criado pela NOB 96 — Piso da Atenção Básica (PAB) —, inaugurando a modalidade de transferência *per capita* de recursos federais para os municípios.<sup>7</sup>

Gráfico 1

Número de equipes de saúde da família no Brasil — 1994-00



FONTE: Ministério da Saúde.

Ainda que tenha havido uma diminuição da participação do Governo Federal no financiamento da saúde pública — de 77,7% no final da década de 80 para 53,7% em 1996 —, ela não foi acompanhada da redução de sua presença na determinação da política a ser implementada, principalmente no nível da atenção básica.<sup>8</sup>

<sup>6</sup> De acordo com a NOB 96, a adesão ao SUS por parte dos municípios pode ocorrer de duas maneiras: Gestão Plena da Atenção Básica — responsabilizando-se pelos serviços de atenção básica (clínica geral, pediatria, gineco-obstetria) — e Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde — responsabilizando-se por todos os serviços de saúde, incluindo os níveis de atenção de média e alta complexidades da saúde (BR. Minist. Saúde, 1996).

<sup>7</sup> As Transferências para Atenção Básica são realizadas através de repasse automático com base em um valor *per capita* de R\$ 10,00/ano (PAB fixo); ou de transferências que visam incentivar determinados programas, tais como a saúde da família e agentes comunitários, integrantes do que se denominou de PAB variável.

<sup>8</sup> Esses dados são originalmente apresentados e mais amplamente discutidos no trabalho de Marques e Mendes (2000), apresentado na 11ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em dezembro de 2000.

A despesa do Ministério da Saúde com Assistência Saúde é realizada através de duas formas: pagamento direto aos prestadores de serviços e transferências aos estados e municípios habilitados no SUS. Os pagamentos diretos — relativos a internações hospitalares e atendimento ambulatorial —, que representavam 71,3% dos recursos federais em saúde em 1997, caíram para 39,00% em 2000. Essa redução teve como contrapartida o aumento da participação relativa das transferências: de 28,66% para 61,00%, respectivamente (Tabela 2), indicando que o Governo Federal passou a priorizar essa forma de financiamento.

Essas transferências são destinadas para a Alta e a Média Complexidades e para a atenção básica. A atenção básica é promovida e financiada através do Piso da Atenção Básica fixo e do variável. É neste último que estão contemplados os incentivos financeiros para o Programa de Saúde da Família.

No período 1997-00, a despesa relativa com a Média e a Alta Complexidades aumentou de 28,7% para 36,4%. Em 2000, as transferências para a atenção básica absorveram 24,59% dos recursos, refletindo a implantação da NOB 96 a partir do ano de 1998, como já mencionado. Na atenção básica, 14,03% foi dirigido ao PAB fixo, 10,19% ao PAB variável e 0,37% aos demais programas (Tabela 2).

Tabela 2

Recursos federais do SUS por tipo de despesa — 1997-00

TIPO DE DESPESA	1997	1998	1999	2000
<b>PAGAMENTOS FEDERAIS</b> .....	71,34	55,31	45,88	39,00
Internação hospitalar (MS) .....	33,10	29,00	25,11	19,81
Atendimento ambulatorial (MS) .....	38,24	26,31	20,76	19,18
<b>TRANSFERÊNCIAS</b> .....	28,66	44,69	54,12	61,00
<b>Alta e média complexidades</b> .....	28,66	29,01	32,77	36,41
Assistência hospitalar e ambulatorial ..	22,97	26,70	31,64	32,76
Fator de recomposição .....	5,68	1,93	-	-
Outros .....	-	0,38	1,13	3,65
<b>Atenção básica</b> .....	-	15,68	21,35	24,59
PAB fixo .....	-	13,30	15,54	14,03
PAB variável .....	-	2,38	5,52	10,19
Outros .....	-	0,00	0,30	0,37
<b>TOTAL</b> .....	100,00	100,00	100,00	100,00

FONTE: Datasus.

Comparando-se o ano 2000 ao de 1999, verifica-se que, como seria de se esperar, a redução dos pagamentos federais resultou em aumento das transferências tanto à Alta e à Média Complexidades, como à atenção básica. É importante chamar atenção para o fato de, na atenção básica, ter crescido a importância relativa do PAB variável de 5,52% para 10,19%. É justamente nessa modalidade de transferência que se insere o PSF. Como mencionado acima, o PAB variável é constituído de diferentes incentivos, que “premiam” os municípios que desenvolvem os diferentes programas.

Considerando a escassez de recursos sempre presente na área da saúde, pode-se dizer que a presença dos incentivos a partir de 1998 (estimulando os municípios a incorporarem programas que lhes acrescentem receita financeira) significou o reforço do Governo Federal na formulação da política de saúde, especialmente no campo da atenção básica. Isso, em grande medida, impede que os municípios planejem uma política mais adequada às necessidades locais.

Recentemente, o Ministério da Saúde, seguindo sua linha central de incentivo à atenção básica, criou um órgão denominado Departamento de Atenção Básica. Esse departamento tem a função de normatizar a organização e a gestão desse nível de atenção em saúde. Sua estrutura está dirigida à execução das atividades de gerenciamento de todas as ações voltadas para o redirecionamento do modelo assistencial do SUS, com particular destaque à expansão da estratégia das equipes de saúde da família, à qualificação e à capacitação do pessoal de saúde da família e à avaliação e ao monitoramento desse modelo. Para tanto, algumas áreas programáticas do Ministério da Saúde, relacionadas à lógica de expansão do PSF, passaram a ser de responsabilidade desse departamento, a saber: coordenações nacionais de prevenção e controle da tuberculose e de outras pneumopatias, de controle da hanseníase e de outras dermatoses, de controle das doenças reumáticas, de controle da diabetes *mellitus*, de controle das doenças cardiovasculares e hipertensão, de saúde bucal, de vigilância alimentar e nutricional e de assistência farmacêutica (Sousa, 2000). Fica evidente, portanto, como cresceu a importância do PSF no conjunto da atenção básica e esta última na política de saúde implementada pelo Ministério da Saúde.

Cabe assinalar que a política de incentivo à implantação do PSF não é uma prerrogativa do Ministério da Saúde. Sabe-se que alguns estados brasileiros, na busca de fomentar o nível de atenção básica como porta de entrada ao sistema, vêm, também, propiciando incentivos financeiros aos municípios para que estes implantem suas equipes de saúde da família. Nessa situação encontram-se nove estados — Mato Grosso do Sul, São Paulo, Mato Grosso, Amapá, Paraná, Espírito Santo, Minas Gerais, Sergipe e Tocantins —, em que pese adotarem diferentes critérios de repasse. Em alguns estados, o repasse é dirigi-

do somente a municípios pobres (rurais, baixo valor do IDH, comunidades assentadas e quilombadas) e, em outros, ele não está atrelado às condições sócio-econômicas, sendo enfatizado que a expansão da cobertura da população deve ser realizada através da criação de equipes de saúde da família, para todos os municípios. É importante dizer que a contribuição financeira dos estados acaba, assim como a do Ministério da Saúde, induzindo a política de saúde, que poderia ser definida conforme as necessidades locais.

Em janeiro de 2001, o Ministério da Saúde aprovou a Portaria nº 95, denominada Norma Operacional da Assistência à Saúde/SUS — NOAS-SUS 01//2001, que reforça, dentre outros aspectos, a ênfase na atenção básica.

A aprovação da NOAS e o processo a ela associado, definido como “regionalização da saúde”, em que pese promoverem modificações importantes nas relações entre os diversos gestores do SUS — estaduais e municipais —, mantém o fio condutor clássico de se viabilizar a política de saúde, especialmente a atenção básica, por meio do financiamento. É o incentivo financeiro (piso da atenção básica **ampliada**) que continua determinando o investimento nesse nível de atenção.

A NOAS, ao ampliar o PAB, agora chamado de PAB-ampliado, ao mesmo tempo em que alarga a responsabilidade de atuação dos municípios nesse campo, procura atrelá-la ao mecanismo de recebimento de incentivo financeiro. Os recursos adicionais são para garantir, especificamente, as áreas de saúde incorporadas pelo Departamento de Atenção Básica, criado recentemente. Essas áreas dizem respeito ao controle da tuberculose, à eliminação da hanseníase, ao controle da hipertensão arterial, ao controle da diabetes *mellitus*, à saúde da criança, da mulher e bucal. Sem dúvida, anteriormente à NOAS, os municípios já atuavam nessas áreas, seguindo uma lógica de planejamento e de necessidade locais; porém, a alteração introduzida reforça seu comprometimento com essas ações. Mais do que isso, quando o Ministério da Saúde estabelece um valor adicional ao *per capita* definido nacionalmente, não só está procurando preservar seu *modus operandi* — de fazer política de saúde através do financiamento —, como reforça e amplia o campo do Programa de Saúde da Família.

## 4 - Considerações finais

As propostas das agências internacionais aqui analisadas, em que pese o fato de partirem de premissas diferentes, estão preocupadas em priorizar a atenção básica dentre o conjunto de ações e serviços a serem desenvolvidos pelo Estado no campo da saúde. De uma forma mais ou menos velada, a preocupação em reduzir ou conter o nível da despesa do Estado aparece como elemento indutor dessa orientação. Além disso, ora a prestação dos

serviços de maior complexidade é omitida, ora é argumentado que, em nome da solidariedade, os setores de maior renda devem financiar seus cuidados com a saúde, deixando que o Estado se preocupe apenas com os mais carentes.

É possível que a estratégia levada pelo Ministério da Saúde brasileiro, no campo da atenção básica, tenha sido motivada pela posição das agências internacionais. Porém, no Brasil, a ênfase na atenção básica significa, antes de tudo, possibilitar que esse nível de atenção atinja o conjunto da população, o que confere contornos diferentes daqueles subjacentes às propostas das agências internacionais. Para esse entendimento, basta lembrar que, ainda no início da década de 90, a condição sanitária era extremamente precária em grande parte dos municípios (80% menores que 10.000 habitantes), de maneira que sua população não era coberta pelo Sistema Único de Saúde. Dessa forma, quando o Ministério da Saúde escolheu o Programa de Saúde da Família como porta de entrada no Sistema, entendeu ser essa a melhor estratégia para garantir a universalização, pelo menos, da atenção básica.

Essa preocupação, contudo, não exime o Estado brasileiro da responsabilidade de prover o conjunto de ações e serviços. Em outras palavras, o princípio da integralidade, que garante o acesso da população a todos os níveis da atenção à saúde, não pode, em nome da universalidade da atenção básica, ser “esquecido”.

Tendo em vista a escassez de recursos em um ambiente de superávits primários crescentes exigidos pelo Fundo Monetário Internacional, não é descabida a leitura de que a ênfase na atenção básica acabe por levar ao descuido dos demais níveis de atenção à saúde. O “desfinanciamento” da Alta e da Média Complexidades — sucateando a rede existente e/ou impedindo sua ampliação — não só impedirá que a população anteriormente não coberta pelo SUS tenha acesso aos cuidados integrais, como obrigará aquela que atualmente tem acesso aos serviços e ações de Média e Alta Complexidades fornecidos pelo Estado a buscar o setor privado de saúde. Isso na hipótese de que essa população tenha renda para assim o fazer e de que esses serviços tenham qualidade adequada.

Por outro lado, não é menos preocupante o fato de os incentivos terem se tornado uma prática constante do Ministério da Saúde a partir de 1998 e de os municípios serem estimulados a incorporar os programas que lhes acrescentam receita financeira. Na medida em que esses recursos são vinculados aos programas incentivados pelo Ministério da Saúde, como é o caso do PSF, não podendo ser redirecionados para outros fins na área da saúde, muitas vezes os municípios enfrentam situações onde falta o necessário até mesmo para manter sua rede de unidades básicas, quanto mais para os demais serviços de atenção à saúde. Isso é o reflexo da política tutelada da descentralização, que, ao



incentivar a despesa em determinados programas, impede que os municípios definam livremente sua política de saúde, introduzindo o paradoxo da existência da “pobreza” em um quadro de recursos “abundantes” e garantidos pelos incentivos.

## Bibliografia

- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (1996). **Portaria nº 2.203 de 1996**. Brasília. Dispõe sobre a Norma Operacional Básica do SUS 01/96.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (2001). **Portaria nº 95 de 26 de janeiro de 2001**. Brasília. Dispõe sobre a NOAS-Norma Operacional da Assistência à Saúde.
- CADERNOS CONASS (2001). Brasília, n. 5, fev.
- CAMPOS, G. W. S. (1992). **Reforma da reforma, repensando a saúde**. São Paulo: Hucitec.
- CASTEL, R. (1995). **Les métamorphoses de la question sociale: une chronique du salariat**. Paris: Fayard.
- DESPESAS públicas e programas sociais (1985). In RELATÓRIO DA PESQUISA: a crise internacional e as políticas sociais; uma proposta de análise comparada. Campinas: UNICAMP. Convênio Unicamp/Nepp; Fundap.
- ELIAS, P. E. (2000). Relações de responsabilidade entre os gestores do SUS: perspectivas para a garantia do acesso, qualidade e humanização da atenção. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 11., Brasília. **Cadernos**. Brasília: MS.
- ENVEJECIMIENTO sin crisis: políticas para la protección de los ancianos y la promoción del crecimiento (1994). Washington: Banco Mundial.
- INVERTER en Salud (1993). INFORME SOBRE EL DESARROLLO MUNDIAL 1993, Washington: Banco Mundial.
- MARQUES, R. M. (1999). **O financiamento do sistema público de saúde brasileiro**. Santiago do Chile: Cepal. (Serie Financiamiento del desarrollo, n. 82).
- MARQUES, R. M., MENDES, A. (1999a). **Financiamento: a doença crônica da saúde pública brasileira**. [Salvador]: UFBA/Instituto de Saúde Coletiva; Asso-

- ciação Brasileira de Economia da Saúde. Trabalho apresentado no V Encontro de Economia da Saúde. Abres.
- MARQUES, R. M., MENDES, A. (2000). O financiamento da atenção à saúde no Brasil. In CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 11., Brasília. **Cadernos**. Brasília.
- MEDICI, A. C., MARQUES, R. M. (1996). Sistemas de custos como instrumento de eficiência e qualidade dos serviços de saúde. **Cadernos Fundap**, São Paulo, n. 19, p. 47-59, jan.-abr.
- MERHY, E. E., FRANCO, T. B. (2000). Programa de Saúde da Família: Contradições e novos desafios. In: CONGRESSO PAULISTA DE SAÚDE PÚBLICA, São Paulo, APSP. **Anais...**. São Paulo: Editores Áurea Maria Zöllner Ianni; Cláudia Bógus.
- PIOLA, S., BIASOTO JUNIOR, G. (2000). **Finanças e dispêndios**: financiamento do SUS, gasto público e base tributária. [Rio de Janeiro]: Ipea. Mimeo.
- PROBLÈMES de Sécurité Sociale en Europe (1983). **Futuribles**, Paris, n. 66, maio.
- SALUD, equidad y transformación productiva en América Latina y el Caribe (1994). Washington: CEPAL; OPS. (Documentos Reproducidos, n. 1, mar.).
- SOUSA, M. F. (2000). **Gestão da atenção básica**: redefinindo contexto e possibilidades. In: DIVULGAÇÃO em Saúde para Debate. Rio de Janeiro: Cebes, n. 21, dez.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (1998). **Programa de Saúde da Família – PSF**. Brasília: [s.n.].
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (1996). Saúde da Família: uma estratégia de Organização dos serviços de saúde. Brasília: [s.n.]. p. 2. mimeo.
- EFETIVANDO o SUS: Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com Controle Social (2000). CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 11. **Relatório Final**. Brasília: [s.n.].