

Atenção à saúde no Brasil

JAIRNILSON SILVA PAIM

1. Introdução

A atenção à saúde pode ser examinada basicamente mediante dois enfoques: a) como resposta social aos problemas e necessidades de saúde; b) como um serviço compreendido no interior de processos de produção, distribuição e consumo. Como resposta social, insere-se no campo disciplinar da Política de Saúde, sobretudo quando são analisadas as ações e omissões do Estado no que tange à saúde dos indivíduos e da coletividade. Como um serviço¹, a atenção à saúde situa-se no setor terciário da economia e depende de processos que perpassam os espaços do Estado e do mercado². Mas ao mesmo tempo em que é um serviço, a atenção à saúde realiza mercadorias produzidas no setor industrial a exemplo de medicamentos, imunobiológicos, equipamentos, reagentes, descartáveis, alimentos dietéticos, produtos químicos de diversas ordens etc. Nesse caso, o sistema de serviços de saúde configura-se como locus privilegiado de realização dessas mercadorias e, como tal, alvo de pressão para o consumo, independentemente da existência ou não de necessidades. No estudo desta dinâmica é imprescindível o recurso à Economia Política (Arouca, 1975; Braga & Goes de Paula, 1978).

A atenção à saúde pode sofrer as influências do perfil epidemiológico da população, que depende, fundamentalmente, das condições e estilos de vida (modo de vida) e se expressa em necessidades (sofrimento, doença, agravos, riscos e ideais de saúde) e demandas por consultas, vacinas, informações, exames e hospitalizações. Ao mesmo tempo, é um setor estratégico para os negócios das empresas industriais produtoras de insumos, de empreiteiras da construção civil, de agências de publicidade, de serviços de consultorias e de treinamento de recursos humanos, empresas de seguros, bancos etc.³

1 O cuidado à saúde, como um serviço, tem a particularidade de realizar o consumo no momento da produção, isto é, não ocorre circulação como no caso de mercadorias ou bens (Arouca, 1975).

2 Os sistemas de serviços de saúde em diversos países apresentam um espectro de combinações com mais Estado ou mais mercado (Souza et al., 2000). Mesmo nas situações especiais em que o Estado é simultaneamente financiador e prestador, interage ativamente com o mercado na aquisição de insumos essenciais para a atenção à saúde.

3 A gestão da atenção à saúde reveste-se de grande complexidade, pois contempla desde a aquisição e suprimento de milhares de itens de produtos utilizados na prestação de serviços, passa pela adesão, compromisso, qualificação e dedicação ao cuidado dos agentes das práticas de saúde, até alcançar relações especiais com o mercado, os cidadãos, partidos, políticos e o Estado nas suas diferentes instâncias governamentais, jurídicas e legislativas. No caso brasileiro, trata-se de um sistema bastante complexo em que o Estado é financiador e prestador no âmbito municipal, estadual e federal; é comprador de serviços do setor privado contratado pelo SUS e de insumos no mercado; e é regulador da assistência médica suplementar e dos bens, serviços e ambientes que afetam a saúde.

No Brasil, a atenção à saúde sofreu profundas transformações no século XX, especialmente na década de noventa com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e com a expansão da assistência médica suplementar. Desde a década de setenta, todavia, inúmeros estudos (Mello, 1977; Braga & Goes de Paula, 1978; Cordeiro, 1984) apontavam para a crise do setor quando a atenção à saúde encontrava-se subordinada a um sistema de serviços de saúde que se caracterizava pela insuficiência, descoordenação, má distribuição, inefici-

ência e ineficácia (Brasil, 1975). A medicina liberal transformava-se em medicina tecnológica (Schraiber, 1997), incorporavam-se equipamentos de alta densidade de capital nos serviços médico-hospitalares e os custos crescentes da atenção impunham organizações complexas para a sua gestão. O Estado atuava mediante a medicina previdenciária e os serviços públicos federais, estaduais e municipais, enquanto a iniciativa privada buscava alternativas de consolidação e expansão, quer vendendo serviços para a Previdência Social, quer buscando nichos de mercado em torno da medicina liberal, quer estruturando a assistência suplementar por meio da medicina de grupo, das cooperativas médicas, dos planos de autogestão e do seguro-saúde.

Distintas políticas racionalizadoras foram empreendidas no período autoritário na tentativa de responder à crise do setor saúde, tais como: a criação do Sistema Nacional de Saúde (Lei nº 6.229/75), a implantação de programas de extensão de cobertura de serviços de saúde em áreas rurais e periferias urbanas, a organização de sistemas de vigilância epidemiológica e sanitária, o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social (conhecido como Plano do Conasp) e a estratégia das Ações Integradas de Saúde (AIS). Tais políticas, entretanto, não foram suficientes para responder aos problemas da atenção à saúde no Brasil, de modo que movimentos sociais passaram a propugnar a criação de um Sistema Único de Saúde e o desencadeamento da Reforma Sanitária Brasileira como integrantes do processo de democratização do Estado e da sociedade (Paim, 2002).

Com a conquista da democracia, a sociedade participou ativamente na formulação de proposições políticas para a saúde durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, cujas recomendações foram incorporadas em grande parte pela Constituição de 1988. A implementação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), como estratégia-ponte para a implantação do SUS, cujos dispositivos legais foram aprovados em 1990 (Lei nº 8.080/90 e 8.142/90), dava seqüência à reforma do sistema e dos serviços de saúde, inspirada nos princípios e diretrizes da integralidade, equidade, descentralização e participação (Brasil, 2003a). Nesse particular, buscava-se a ampliação do acesso e qualidade das ações e serviços, além da concepção e experimentação de modelos de atenção à saúde, que contemplassem aqueles princípios e diretrizes (Paim, 2002).

Ao tempo em que tais esforços eram empreendidos, foi sendo engendrado um Sistema de Assistência Médica Supletiva (SAMS), a partir do qual a assistência suplementar se apresentava como alternativa para os problemas da atenção à saúde verificados no SUS, chegando a anunciar uma cobertura de 31 milhões de brasileiros no ano de 1989 (Mendes, 1993). Este setor privado, aparentemente paralelo ao SUS, dispõe de várias conexões com o setor público, tornando o sistema de serviços de saúde no Brasil mais complexo e segmentado, com distintos padrões de acesso, qualidade e integralidade da atenção.

O presente texto tem os seguintes propósitos: a) realizar uma caracterização panorâmica das questões referentes à integralidade, acesso, equidade e qualidade da atenção à saúde; b) apresentar, de forma crítica, a evolução histórica na última década e tendências, considerando o SUS, a assistência suplementar, as reformas setoriais e os modelos de atenção; c) identificar diferenças regionais e particularidades; d) apresentar uma visão crítica das políticas em curso; e) elaborar algumas proposições referentes a grandes linhas de alternativas políticas sobre atenção à saúde.

2. Integralidade

A integralidade constitui um princípio e, ao mesmo tempo, uma diretriz para a organização do SUS segundo a Constituição de 1988. Deriva, originariamente, de uma noção proposta pela chamada medicina integral (*comprehensive medicine*). Vincula-se a um movimento de idéias que georou a proposta de medicina preventiva nas escolas médicas americanas na passagem da década de quarenta para a de cinquenta do século passado (Arouca, 1975).

O processo saúde-doença era visto em dois momentos – o patogênico e o pré-patogênico, a partir do modelo da história natural das doenças (Clark, 1967; Leavell & Clark, 1976). No momento pré-patogênico, ou seja, antes da ocorrência da doença, seria possível desenvolver um conjunto de ações inespecíficas e específicas para evitar o aparecimento do problema. Essas medidas eram conhecidas como prevenção da ocorrência ou prevenção primária, compreendendo as ações de promoção e de proteção da saúde. No momento patogênico, poder-se-iam identificar uma fase anterior ao horizonte clínico, cuja detecção precoce da doença seria realizada mediante triagem (*screening*) e exames periódicos de saúde; uma etapa em que os sinais e sintomas permitiriam o diagnóstico e a limitação do dano por meio da clínica; e, finalmente, um estágio em que poderiam restar seqüelas para as quais caberiam ações com vistas a atingir uma adaptação possível. As medidas adotadas neste momento podem ser identificadas genericamente como prevenção da evolução (Hilleboe & Larimore, 1965) ou como prevenção secundária (recuperação da saúde) e prevenção terciária (reabilitação da saúde).

Assim, a medicina integral seria aquela capaz de articular esses cinco níveis de prevenção (promoção, proteção, diagnóstico precoce, limitação do dano e reabilitação) sobre o processo saúde-doença. Já a medicina preventiva, como proposta de reforma em saúde das mais parciais, fundamentava uma política que separava a promoção e proteção da saúde para as agências estatais de saúde pública e as demais ações para a medicina privada. Como tentativa de preservação da medicina liberal contra a intervenção estatal, a medicina preventiva produziu o dilema preventivista (Arouca, 1975), ou seja, a dificuldade de implantação do seu projeto em sociedades capitalistas, especialmente naquelas que não realizavam transformações profundas na organização dos serviços de saúde.

O movimento sanitário brasileiro efetuou uma crítica à medicina preventiva e a outros movimentos de reforma em saúde fundamentada em diversos estudos (Arouca, 1975; Donnangelo, 1976; Paim, 1986). Diante das insuficiências teóricas e políticas desses movimentos, tornou-se necessário transformar muitas das suas noções em conceitos teóricos e proposições políticas. Assim, a noção de integralidade poderia ilustrar este esforço e, ao mesmo tempo, os conseqüentes desafios teóricos, políticos, culturais, metodológicos e técnico-operacionais.

Os textos que alimentaram as discussões da 8ª Conferência Nacional de Saúde apontavam para o princípio da integralidade e o Relatório Final a contemplou (Conferência Nacional de Saúde, 1987). Todavia, a Constituição, ao apresentar as diretrizes para o SUS, concebe-o como “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (Brasil, 2003a:20). Esta retórica contorcionista pode refletir uma visão de sistema de saúde

que identifica ações preventivas com a saúde pública institucionalizada (Estado) e serviços assistenciais com atenção médica individual (iniciativa privada) ou a busca de conciliação entre um modelo de atenção clinicamente orientado e aquele vinculado ao trabalho programático em saúde.

Em que pese a esta solução de compromisso, tentando uma coexistência pacífica entre a demanda espontânea e a oferta organizada ou entre os princípios do impacto e da não-rejeição da demanda (Paim, 1993), a Constituição e a Lei Orgânica da Saúde valorizaram as noções de promoção e proteção da saúde, reforçando a concepção de integralidade da atenção (Brasil, 2002b). Esta lei estendeu a noção para os distintos níveis de complexidade do sistema de serviços de saúde, incorporando a idéia de continuidade da atenção.

Conseqüentemente, as bases conceituais da Reforma Sanitária Brasileira (Paim, 1997) contemplaram originalmente a integralidade em pelo menos quatro perspectivas: a) como integração de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde compondo níveis de prevenção primária, secundária e terciária; b) como forma de atuação profissional abrangendo as dimensões biológicas, psicológicas e sociais; c) como garantia da continuidade da atenção nos distintos níveis de complexidade do sistema de serviços de saúde; d) como articulação de um conjunto de políticas públicas vinculadas a uma totalidade de projetos de mudanças (Reforma Urbana, Reforma Agrária etc.) que incidissem sobre as condições de vida, determinantes da saúde e dos riscos de adoecimento, mediante ação intersetorial.

18 Nesse processo político e técnico-assistencial, distintas propostas alternativas de modelos de atenção valorizaram o princípio da integralidade buscando formas de operacionalização (Paim & Teixeira, 1992; Paim, 1993; Teixeira, Paim e Vilasbôas, 2002; Campos, 2003). Assim, diferentes sentidos e significados passaram a ser atribuídos a este princípio (Pinheiro & Mattos, 2001).

A integralidade, como noção polissêmica, pode ser vista como imagem-objetivo ou bandeira de luta, como valor a ser sustentado e defendido nas práticas dos profissionais de saúde, como dimensão das práticas e como atitude diante das formas de organizar o processo de trabalho (Mattos, 2001). Nessa perspectiva, haveria a possibilidade de esclarecimento e construção de acordos em torno da integralidade no propósito de estabelecer princípios organizadores da assistência (Camargo Jr., 2001). Finalmente, pode-se considerar uma definição ampliada de integralidade a partir de uma taxonomia de necessidades de saúde centrada em quatro conjuntos: a) “boas condições de vida”, decorrentes dos fatores do ambiente ou dos lugares ocupados no processo produtivo; b) acesso a toda tecnologia capaz de melhorar e prolongar a vida; c) “vínculos (a)efetivos” entre cada usuário e equipe/profissional de saúde; d) graus crescentes de autonomia no modo de levar a vida (Cecílio, 2001).

Constata-se na literatura recente um esforço de reflexão teórica (Pinheiro & Mattos, 2001; Mattos, 2003), bem como pesquisas empíricas voltadas para o estabelecimento de critérios que contemplem a integralidade da atenção (Giovanela et al., 2002). Assim, os sistemas de serviços de saúde organizados na perspectiva da integralidade da atenção adotariam certas premissas: primazia das ações de promoção e prevenção; garantia de atenção nos três níveis de complexidade da assistência médica; a articulação das ações de promoção, prevenção, cura e recuperação; a abordagem integral do indivíduo e famílias (Giovanela et al., 2002). Contudo, caberia certa precaução

crítica no sentido de evitar que o redimensionamento conceitual possa resultar no esvaziamento teórico do próprio conceito, pois se a integralidade fosse tudo perderia o seu potencial heurístico.

Portanto, ao lado do trabalho de investigação teórica e empírica, cabe ampliar o espaço de intervenção voltado para a integralidade mediante ações desenvolvidas no território e nos serviços de saúde, considerando os aspectos relativos à construção do conhecimento, à formulação de políticas e à redefinição de práticas de saúde (Campos, 2003). Este autor, tomando como referência o princípio constitucional da integralidade da atenção à saúde, examinou certos desafios da sua implementação, analisando a proposta da vigilância da saúde e as mudanças promovidas pelo Ministério da Saúde no âmbito da atenção básica e, especialmente, do Programa de Saúde da Família (PSF). Reconheceu que a construção coletiva e social da prática sanitária decorre de um processo dialético no qual se envolvem instâncias distintas com dimensão política e técnica.

No que tange à dimensão política, podem ser identificadas condições institucionais que possibilitam a construção de consensos, a regulamentação dos dispositivos legais e os mecanismos de financiamento. No caso da dimensão técnica, vincula-se ao conhecimento produzido segundo modelos teóricos e permite orientar a organização e a gestão do sistema de saúde, bem como combinar tecnologias oferecidas pela ciência no sentido de atender a necessidades de indivíduos, famílias e comunidades. Tratando-se, portanto, de um fenômeno social e histórico, a trajetória de uma política de saúde não se faz de forma linear:

“Tem como ponto de partida uma construção de propósitos de grupos em luta, os quais, a cada momento, influenciam a conformação do sistema. Esse sistema resulta, portanto, dos embates e dos consensos e dissensos que ocorrem entre os grupos. E por ser histórico leva-se sempre em consideração a herança recebida, desde a existência de uma cultura institucional arraigada em unidades de saúde com diferentes conformações e espaços de prática, a refletirem uma determinada concepção histórica. Tudo isso, se não determina, ao menos condiciona os propósitos futuros.” (Campos, 2003:570)

A partir deste referencial teórico o autor considera que a construção e a implementação da integralidade representam, talvez, o maior desafio da saúde no Brasil e reconhece a proposta da vigilância da saúde (Paim & Teixeira, 1992) como uma via para vencer esse desafio. Conclui considerando que o princípio da integralidade “implica dotar o sistema de condições relacionadas às diversas fases da atenção à saúde, ao processo de cuidar, ao relacionamento do profissional de saúde com os pacientes. Indivíduos e coletividades devem dispor de um atendimento organizado, diversificado e humano. Esse princípio, portanto, não exclui nenhuma das possibilidades de se promover, prevenir, restaurar a saúde e reabilitar os indivíduos”. (Campos, 2003:577)

Na perspectiva do planejamento e da gestão, o desenvolvimento da Programação Pactuada Integrada na Atenção Básica (PPI/AB) tem possibilitado, a partir de 2001, a construção e aperfeiçoamento de um instrumento capaz de contribuir com a realização do princípio da integralidade. Nesse sentido, tem-se procurado superar a lógica da programação baseada em série histórica e, utilizando o diagrama da vigilância da saúde (Paim, 2003d) para fins de avaliação da PPI/AB nos anos de 2001 e 2002 há evidências que apontam um aumento de ações e atividades classifica-

das como “controle de causas” em comparação com as relativas ao “controle de riscos” e “controle de danos” (Sampaio, 2002). A partir deste estudo, pode-se considerar um caminho aberto para a operacionalização da diretriz da integralidade tendo em vista duas das premissas antes mencionadas: a primazia das ações de promoção e prevenção e a articulação das ações de promoção, prevenção, cura e recuperação (Giovanela et al., 2002).

3. Modelos de atenção

Modelos de atenção, modelos assistenciais ou modos de intervenção em saúde podem ser definidos como combinações tecnológicas estruturadas em função de problemas de saúde (danos e riscos) que compõem o perfil epidemiológico de uma dada população e que expressam necessidades sociais de saúde historicamente definidas (Paim, 2003e). Durante a 11ª Conferência Nacional de Saúde foram discutidos os limites dos modelos de atenção à saúde vigentes no Brasil e certas experiências em busca da concretização dos princípios e diretrizes do SUS com destaque para as seguintes propostas alternativas: ações programáticas de saúde, acolhimento, vigilância da saúde, cidades saudáveis e promoção da saúde (Teixeira, 2002).

Nesse particular, a intervenção mais ampla realizada no Brasil visando à modificação do modelo de atenção hegemônico talvez possa ser creditada à reorganização da atenção básica, particularmente por meio do PSF, vinculado à vigilância da saúde. Estas duas propostas alternativas de modelo de atenção têm sido reconhecidas como eixos reestruturantes do SUS (Mendes, 1996; Campos, 2003). Entretanto, cabe ressaltar que muitas das propostas mencionadas são relativamente complementares e convergentes. Assim, o PSF progressivamente tem-se articulado com a vigilância da saúde e com o acolhimento, dispondo, ainda, de uma grande potencialidade de ajudar na construção da viabilidade de ações programáticas, da promoção da saúde e das cidades saudáveis.

No caso da vigilância da saúde, de acordo com a sua proposta original, apóia-se na ação inter-setorial e procura reorganizar as práticas de saúde no âmbito local com as seguintes características: a) intervenção sobre problemas de saúde (danos, riscos e/ou determinantes); b) ênfase em problemas que requerem atenção e acompanhamento contínuos; c) utilização do conceito epidemiológico de risco; d) articulação entre ações promocionais, preventivas e curativas; e) atuação inter-setorial; f) ações sobre o território; g) intervenção sob a forma de operações (Teixeira et al., 2002). A sua operacionalização tem recorrido aos seguintes passos: microlocalização dos problemas de saúde; intervenção no âmbito populacional pautada no saber epidemiológico; apropriação de informações acerca do território-processo mediante “oficinas de territorialização”; e utilização da geografia crítica e do planejamento e programação local de saúde (Teixeira et al., 2002). Esses passos expressam certas dimensões técnicas visando à integralidade, à intersectorialidade, à efetividade e à equidade, além de permitirem um diálogo dessa proposta com outras alternativas de modelos de atenção e de organização de serviço.

A partir desse referencial teórico e metodológico, a vigilância da saúde tem sido identificada com os seguintes aspectos:

- Esforço para integrar a atuação do setor saúde sobre as várias dimensões do processo saúde-

doença, especialmente do ponto de vista da sua determinação social.

- Operacionalização dos sistemas de saúde de forma a se respeitar uma visão que se pretende mais totalizadora.
- Eixo reestruturante da maneira de se agir em saúde, buscando enfrentar problemas de saúde de forma integrada por setores que historicamente têm trabalhado de forma dicotomizada.
- Consideração dos determinantes sociais, os riscos ambientais, epidemiológicos e sanitários associados e os desdobramentos, em termos de doença.
- Novo olhar sobre a saúde levando em conta os múltiplos fatores envolvidos na gênese, no desenvolvimento e na perpetuação dos problemas.
- Envolvimento de todos os setores inseridos na realidade, vendo o indivíduo e a comunidade como sujeitos do processo.
- Princípio da territorialidade como sua principal premissa, com o trabalho de saúde imerso no contexto territorial.
- Território entendido como o espaço onde vivem grupos sociais, suas relações e condições de subsistência, de trabalho, de renda, de habitação, de acesso à educação e o seu saber preexistente, como parte do meio ambiente, possuidor de uma cultura, de concepções sobre saúde e doença, de família, de sociedade etc.
- Definição de problemas e prioridades e obtenção de recursos para atender às necessidades de saúde da comunidade, considerando cada situação específica (Campos, 2003).

Tais formulações permitem uma aproximação da vigilância da saúde às concepções contemporâneas da promoção da saúde (Teixeira, 2002; Brasil, 2002b; Freitas, 2003; Paim 2003e), envolvendo instâncias fora do setor saúde, agendas públicas com diversos atores e participação de “pessoas e comunidades para se alcançar mais saúde e uma melhor qualidade de vida” (Campos, 2003:578). Nesse sentido, a atualização do diagrama da vigilância (Paim, 2003d), concebido inicialmente para orientar intervenções sobre o coletivo – ambientes, populações e o social como campo estruturado de práticas (Donnangelo, 1983) – e dialogando com os cinco níveis concebidos para a atuação individual da medicina preventiva (Hilleboe & Larimore, 1967; Leavell & Clark, 1976), visa a contemplar a promoção da saúde em todo o eixo horizontal do esquema, inclusive no controle dos danos. Essa concepção ampliada abrange medidas inespecíficas (Clark, 1967), determinantes de saúde que antecedem riscos e danos até o reforço à autonomia e ao empoderamento dos sujeitos (Brasil, 2002), sejam idosos, deficientes, sadios ou, mesmo, doentes.

Para facilitar a compreensão das múltiplas dimensões da proposta de vigilância da saúde, ela tem sido abordada segundo três níveis: a) os determinantes do processo saúde-doença; b) os riscos; c) os danos à saúde (Paim & Teixeira, 1992). No caso dos determinantes, são destacadas as proposições do movimento da promoção da saúde a partir da Carta de Ottawa (Czeresnia & Freitas, 2003). Com relação à prevenção dos riscos de adoecimento, enfatiza-se a busca de novas interfaces entre os programas de saúde e as áreas ligadas à vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental. Finalmente, no que se refere à assistência propriamente dita, ressalta-se o vínculo das equipes de saúde às pessoas inseridas no território e a continuidade da atenção. Desse modo, o PSF e as atribuições das suas equipes “guardam grande coerência e sintonia com os princípios da vigilância da saúde”, cuja lógica deveria ultrapassar a atenção básica e “disseminar-se por todos os serviços, desde as unidades básicas até as unidades hospitalares” (Campos, 2003:581).

Portanto, as mudanças no perfil epidemiológico e a transição demográfica observados no Brasil exigem, simultaneamente, vincular a vigilância da saúde à atenção de média e alta complexidade, sobretudo em serviços de urgência, de emergência e de cuidados intensivos.

4. Assistência suplementar

A chamada assistência suplementar envolve um conjunto de modalidades assistenciais cuja característica básica reside no pré-pagamento por parte de empresas e/ou usuários para assegurar a assistência médica quando necessário. Conseqüentemente, não ocorre desembolso direto após a prestação de serviços de saúde. Presentemente, podem ser identificadas quatro modalidades assistenciais compondo o Sistema de Assistência Médica Suplementar (SAMS): planos de autogestão, medicina de grupo, cooperativas médicas e seguro saúde.

Os planos de autogestão (planos próprios de empresas empregadoras) correspondem a formas de organização da prestação de assistência médica por uma empresa ou sindicato, em serviços próprios ou contratados, para seus filiados e, eventualmente, familiares. A sua origem remonta à década de quarenta com a criação da Caixa de Assistência aos Funcionários do Banco do Brasil, conhecida como Cassi (Bahia, 1999).

A medicina de grupo tem início na década de sessenta, com a instalação de empresas multinacionais, como a indústria automobilística, deslocando seus empregados da medicina previdenciária e contratando empresas médicas para atender aos diversos segmentos de trabalhadores e dirigentes, geralmente em redes próprias, mediante planos diferenciados que iam do standart ao executivo. Até o início da década de oitenta, as grandes empresas do setor industrial ou de serviços que optavam por essa modalidade assistencial eram dispensadas de recolher integralmente a sua contribuição previdenciária (convênios médicos), o que revelava um incentivo ou subsídio para a sua consolidação e expansão (Oliveira & Teixeira, 1978; Cordeiro, 1984).

As cooperativas médicas partiam de uma crítica ao empresariamento da medicina e se desenvolveram ao longo da década de setenta com as Unimeds. Tinham como característica a filiação voluntária de médicos cuja prestação de serviços seria remunerada pela divisão de cotas ao final de um período de trabalho. Seus “produtos” também seriam vendidos a empresas industriais e de serviços para atender a funcionários e gerentes e/ou a consumidores individuais no mercado (Mello, 1977).

A modalidade seguro-saúde aparece, também, na década de setenta, vinculada a empresas seguradoras e a grandes bancos, cujo funcionamento inicial era semelhante a um seguro comum mediante reembolso de despesas, ou seja, devolvendo aos seus filiados os valores por eles pagos a médicos, hospitais e laboratórios em episódios de doença. A sua normatização ocorreu a partir da Resolução nº 11 do Conselho Nacional de Seguros, em 1976 (Bahia, 2001). Posteriormente, passaram a vender os seus “produtos” a empresas e a consumidores individuais e seus familiares tendo a sua disposição uma rede de serviços credenciados.

Na passagem da década de oitenta para a década de noventa verificou-se um grande crescimento dessas modalidades assistenciais, especialmente a correspondente ao seguro saúde:

“A revelação da existência de um grande mercado de planos de saúde, no final da década de oitenta, ocorreu simultaneamente a uma importante intensificação da comercialização de planos individuais, a decisiva entrada de grandes seguradoras no ramo saúde, adesão de novos estratos de trabalhadores, particularmente, funcionários públicos da administração direta, autarquias e fundações à assistência médica supletiva e uma inequívoca vinculação da assistência privada ao financiamento da assistência médica suplementar.” (Bahia, 2001:332)

Enquanto alguns autores buscam explicar tal expansão, considerando uma suposta negligência dos atores políticos da Reforma Sanitária Brasileira que, ao privilegiar a construção do SUS, não atentaram para as transformações em curso no mercado dos serviços de saúde supletiva, outros a atribuíam às insuficiências do SUS, ampliadas artificialmente pela mídia e pela publicidade das empresas de planos de saúde numa conjuntura de expansão da onda neoliberal e de retração de cerca de um terço dos gastos federais com a saúde (Mendes, 1993). Nesse contexto, surgiam queixas do tipo “só fica no SUS quem não tem recursos para comprar um plano” ou racionalizações como “se quem pode pagar tem plano de saúde, dá para o SUS cuidar melhor dos pobres”, supondo uma clivagem entre as respectivas redes assistenciais (Bahia, 2001).

Enquanto se travava esse debate ideológico, algumas iniciativas governamentais permitiram o reconhecimento do seguro saúde como um “plano de saúde” e não como “prêmio”, pago ao usuário após o sinistro da doença. Outras, originárias da Receita Federal, reconheceram os gastos com tais modalidades como despesas de assistência médica, incluídas na dedução de Imposto de Renda de Pessoas Físicas e Jurídicas, configurando uma renúncia fiscal que favorecia a sua expansão mediante tal subsídio. Ocorria, na realidade, uma estrutural e extensa interface público-privada, cabendo “questionar as relações de autonomia e dependência das empresas de planos de saúde com o SUS e conseqüentemente alguns pressupostos que orientaram o processo de regulação governamental da assistência médica suplementar” (Bahia, 2001:330).

Até o final da década de noventa não havia, praticamente, fiscalização para tais modalidades, possibilitando uma grande quantidade de abusos, apesar das denúncias de usuários e médicos, bem como das tentativas de regulamentação pelo Conselho Federal de Medicina (CFM). Basta lembrar que as cooperativas médicas eram “controladas” pelo Ministério da Agricultura e as empresas de seguro saúde pelo Ministério da Fazenda, por intermédio da Superintendência de Seguros Privados (SUSEP).

A aprovação da Lei dos Planos de Saúde em 1998 (Lei nº 9.656), depois de uma longa, tortuosa e polêmica tramitação no Congresso Nacional, representou uma tentativa de regular o setor mediante uma série de medidas provisórias e portarias, culminando com a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Trata-se de uma autarquia especial vinculada ao Ministério da Saúde, instituída pela Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, com as seguintes finalidades: regular, normatizar, controlar e fiscalizar as atividades de saúde suplementar prestadas pelas operadoras de planos e seguros privados de saúde (Brasil, 2003a).

A ANS, em parte resultante de disputas entre as burocracias do Ministério da Fazenda e da Saúde (Bahia, 2001) e respectivos titulares, tem buscado acompanhar o funcionamento desse mercado de planos de saúde e organizar um sistema de informações que permita o exercício da regulação. Em 2001, atuavam 2.708 operadoras, das quais 36,9% correspondiam à medicina de grupo, 16% à autogestão, 14,4% à cooperativa médica e 1,6% ao seguro-saúde. Na tabela 1, apresenta-se a cobertura da assistência médica supletiva por regiões, bem como a distribuição percentual de usuários e de operadoras. Constata-se, assim, o peso do SAMS na região Sudeste, onde se concentram 60,5% de usuários e 71% das operadoras, alcançando uma cobertura de 33,0%, e a sua menor expressão no Nordeste, onde se localizam 2,2% dos usuários e 3,1% das operadoras.

Tabela 1 - Distribuição percentual de usuários e operadoras ativas por região. Brasil, 2002

Região	Usuários (%)	Operadoras (%)	Cobertura (%)
Centro-Oeste	4,4	6,4	12,7
Norte	11,3	12,9	8,0
Nordeste	2,2	3,1	5,8
Sudeste	71,0	60,5	33,0
Sul	11,0	17,1	14,7

Fonte: Diretoria de Desenvolvimento Setorial da ANS

Apesar desses esforços visando a conhecer e regular este mercado, os planos de saúde continuam sendo alvo de críticas dos consumidores e suas organizações, da mídia, médicos e hospitais, crescendo as disputas judiciais entre as operadoras e a ANS. Assim, no ano de 2003 esses conflitos chegaram a motivar a instalação de uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) sobre o tema. Presentemente, existem 35.315.942 beneficiários da assistência suplementar, dos quais 64,1% ainda dispõem de contratos anteriores à Lei nº 9.656/98, com potenciais problemas de exclusão de coberturas assistenciais, especialmente os 25,7% de usuários de planos individuais antigos (Montone, 2003).

5. Equidade e reforma do sistema e serviços de saúde

As reformas setoriais empreendidas na América Latina e no Caribe ao longo da década de noventa (Pego & Almeida, 2002; Hernandez, 2002; Labra, 2002; Belmartino, 2002; Mitjavila et al., 2002), sob o patrocínio e direção de organismos internacionais a exemplo do Banco Mundial e Ban-

co Interamericano de Desenvolvimento, vinculadas aos pacotes de ajuste macroeconômico, apresentam alguns elementos comuns: modificação de regras de financiamento, participação de agentes públicos e privados, embora com maior presença dos últimos, e separação das funções de financiamento, provisão e regulação (Almeida, 2002).⁴

4 Essas reformas podem ser analisadas tendo em conta pelo menos doze eixos temáticos: marco jurídico, direito aos cuidados de saúde, aumento da cobertura, função reitora dos Ministérios da Saúde, descentralização, participação e controle social, oferta de serviços, separação de funções, modelo de gestão, recursos humanos e qualidade e avaliação de tecnologias. Na avaliação dos seus resultados têm-se tomado como atributos a equidade, eficiência, efetividade, sustentabilidade, qualidade, participação e controle social (Infante et al., 2000). Alguns desses eixos e atributos serão contemplados no presente texto na medida em que se aproximam da questão da atenção à saúde a exemplo da oferta (modelo de atenção e acesso), equidade e qualidade.

No Brasil, todavia, a agenda de reformas desses organismos internacionais encontrou certa resistência ou oposição aberta, pois contrariava o caráter universal das políticas de saúde projetadas pelo movimento da Reforma Sanitária desde a década de setenta, além de ameaçar os preceitos constitucionais e a legislação sanitária. Contudo, muitas das incursões desses organismos internacionais voltadas para a descentralização e focalização das ações de saúde e para a segmentação do sistema de serviços de saúde encontraram certos espaços de viabilidade, implicando a implantação contraditória do SUS (Paim, 2002).

Presentemente, o sistema de serviços de saúde do Brasil é composto por três subsistemas: o SUS, que tem natureza pública e é integrado por serviços dos municípios, estados e União, além dos contratados (filantrópicos e lucrativos); o SAMS, com caráter privado e dispendo de diversas modalidades assistenciais que utilizam, em grande parte, a mesma rede de serviços privados, filantrópicos e universitários vinculados ao SUS; e o Sistema de Desembolso Direto (SDD), talvez mais uma forma de pagamento do que uma organização, que se relaciona com hospitais e serviços privados com alta tecnologia e médicos com autonomia preservada (Mendes, 1996).

O SUS é destinado a toda a população e corresponde à única possibilidade de atenção à saúde para mais de 140 milhões de brasileiros com baixos rendimentos, empregos precários ou desempregados. O SAMS tem registrados 35 milhões de brasileiros vinculados a planos coletivos de grandes empresas e a planos individuais adquiridos no mercado pela classe média alta e alta que, em determinadas situações, também recorrem ao SUS. Já o SDD é utilizado por pessoas de alta renda para serviços eventualmente não cobertos pelos planos de saúde ou para realização de consultas e exames com profissionais de prestígio não-vinculados ao SUS e ao SAMS. Tanto o SAMS quanto o SDD são subsidiados pelo governo federal mediante renúncia fiscal via abatimentos de despesas médicas de pessoas físicas e jurídicas no imposto de renda.

A atenção à saúde, como expressão do cuidado às pessoas – individualmente e coletivamente –, sofre as influências desses arranjos de organização, gestão e financiamento, além da disponibilidade da infra-estrutura de recursos. Esses recursos apresentam uma distribuição desigual entre estratos sociais e entre regiões, estados e municípios, áreas urbanas e rurais e, nas cidades, entre periferia e centro, conforme será apresentado mais adiante. Daí a equidade constituir-se, numa sociedade extremamente desigual como a brasileira, em outro grande desafio da atenção à saúde e do SUS.

Diversas iniciativas têm procurado reduzir a iniquidade na distribuição de recursos do próprio SUS, seja combinando critérios técnicos da alocação para uma “Municipalização Solidária” (Lima et al., 2002), seja favorecendo o desenvolvimento de metodologias para a análise das desigualdades em saúde (Szwarcwald et al., 2002) e a realização de investigações em política e economia da saúde (Junqueira et al., 2002; Porto, 2002) que auxiliem a formulação de políticas de saúde orientadas para a equidade. Outros receiam “que as fórmulas adotadas tornem-se complexas e de difícil compreensão, podendo não trazer ganhos reais no âmbito da equidade” (Cazelli et al., 2002). Embora algumas evidências apontem para uma discreta redução das desigualdades na distribuição de recursos do SUS (Almeida et al., 2002; Negri, 2002; Brasil, 2002a), ainda se faz necessária uma redistribuição geográfica de recursos financeiros em favor da região Norte e Nordeste (Porto, 2002).

6. Acesso e qualidade das ações e serviços

As questões referentes ao acesso e à qualidade das ações e dos serviços de saúde expressam os limites dos modelos de atenção, vigentes no sistema de saúde brasileiro. Ainda que guardem íntimas relações com os problemas referentes à infra-estrutura, ao financiamento, à organização e à gestão, revelam toda a crueza do modelo de desatenção hegemônico. Assim, o acesso e a qualidade das ações e serviços são condicionados pela distribuição desigual da infra-estrutura do sistema de serviços de saúde e pelos demais elementos que estruturam um sistema de serviços de saúde acima mencionados.

26

Este modelo de desatenção tem a sua expressão fenomênica em um caleidoscópio de maus tratos e de desrespeito ao direito à saúde: filas vergonhosas para a assistência médica desde a madrugada ou o dia anterior; descortesia nos guichês dos Sames de hospitais e unidades de saúde; desatenção de seguranças, recepcionistas, auxiliares e profissionais de saúde diante de pessoas fragilizadas pelas doenças; corredores superlotados de macas nos serviços de pronto-socorro; disputas por fichas para exames complementares tantas vezes desnecessários; longas esperas em bancos desconfortáveis para a realização de uma consulta ou exame; “via crucis” do paciente entre diferentes unidades de saúde, médicos e especialistas; “cortejo fúnebre” de vans e ambulâncias em frente aos hospitais públicos para transferência de doentes e familiares de outros municípios; pagamento por consulta e exames em clínicas particulares de periferias por preços “módicos” ou “por fora” nos serviços do SUS; mercantilização da doença e do sofrimento por planos de saúde e prestadores privados; discriminação dos usuários do SUS em clínicas e laboratórios contratados ou hospitais universitários e filantrópicos por meio de “dupla entrada” e do confinamento em instalações de segunda categoria.

Este “rosário de problemas”, desfiado tantas vezes de forma espetacular pela mídia, é muito conhecido pelos usuários de serviços de saúde no País. As exceções de praxe não conseguem escamotear as iniquidades que perseguem o sistema de saúde brasileiro. E a Reforma Sanitária, cuja generosidade do seu projeto original abraçava o propósito de superar a crise sanitária, deparou-se nos últimos quinze anos com os obstáculos contrapostos pelas políticas econômicas neoliberais, pelo aumento das desigualdades sociais e pela realização de uma cidadania restrita, não obstante a formalização de direitos garantidos pela Constituição e pelas leis do País.

Pesquisas de opinião realizadas em 1998 e 2002 apontam a percepção de que a qualidade do atendimento prestado pelo SUS estava “pioorando”, embora o percentual dessa resposta tivesse reduzido de 32% para 14%. Entre os que achavam que a qualidade dos serviços “continua igual” constata-se um aumento de 18%, em 1998, para 48%, em 2002. O problema mais perceptível continua sendo as filas de espera para a marcação de consultas (Brasil, 2003b). Assim, o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde representa muito mais uma imagem-objetivo para os que investem em um sistema de saúde digno e de qualidade do que, propriamente, uma evidência.

As variações sociais no acesso e no consumo de serviços de saúde também podem indicar desigualdades na qualidade da atenção. Os mais pobres esperam mais que o dobro do tempo para ser atendidos (82,52 minutos em média), enquanto o tempo de espera dos que dispõem de seguro saúde é cerca de metade do tempo que aguardam as pessoas que não o possuem (Travassos et al., 2000).

Diante dos problemas acumulados na infra-estrutura, financiamento, organização e gestão do sistema de saúde brasileiro, as questões referentes à qualidade da atenção à saúde foram, de certo modo, secundarizadas como política de governo. Esforços esparsos podem ser identificados em projetos de humanização da atenção, em práticas de acolhimento e na experimentação de novos modelos de atenção, seja para a melhoria do acesso e da qualidade das ações e serviços, seja para alcançar a integralidade e a equidade na atenção (Brasil, 2002a). Tais iniciativas, contudo, ainda não foram suficientes para a mudança do modelo de desatenção vigente. Mesmo nos planos de saúde privados os usuários representam o segmento mais vulnerável: não têm instrumentos para coibir os abusos, têm baixa capacidade de negociação e podem pouco “influir nas questões referentes à melhoria de qualidade do atendimento de saúde” (Montone, 2001:29).

Ainda que se observe uma relativa escassez de proposições, estudos e pesquisas sobre qualidade da atenção à saúde no Brasil (Sala, 1993; Nogueira, 1994; Uchimura & Bosi, 2002), algumas iniciativas esparsas podem ser reforçadas no sentido de obter maior ressonância dessa temática na agenda política de saúde, a exemplo do que se tem construído em relação à integralidade e às desigualdades em saúde. Nesse particular, podem ser mencionadas “conferências de consenso”, voltadas para discussão e obtenção de pautas diagnósticas, terapêuticas e preventivas para determinadas doenças e agravos, e a adoção de “protocolos assistenciais” para o desenvolvimento de melhores práticas nos processos de trabalho em saúde.

Não obstante certas críticas a tais tecnologias em virtude da possibilidade de reforçarem políticas voltadas para o managed care, caberia recuperar o seu potencial de agregar qualidade às práticas de saúde como dispositivo racionalizador, pedagógico, avaliador e indutor de pesquisa na atenção à saúde. As últimas Normas Operacionais de Assistência à Saúde (Noas 2001 e 2002), além de definirem conteúdos para a atenção básica e redefinirem procedimentos de média e alta complexidade, propõem a criação de protocolos para a assistência médica (Viana et al., 2002). Do mesmo modo, as iniciativas voltadas para a humanização da assistência ao parto e para o apoio técnico-pedagógico às equipes de saúde da família devem ser avaliadas no sentido de expandi-las para outros espaços de práticas do SUS e para a regulação da assistência suplementar. Portanto, além da avaliação técnico-científica, centrada em padrões estabelecidos pela comunidade científica e nos elementos do processo de trabalho em saúde, cabe incorporar a visão dos usuários

e de outros atores sociais que constituam “grupos de qualidade” no sentido de aprimorar o atendimento e elevar a satisfação dos cidadãos (Serapioni, 1999).

7. Políticas de saúde nos anos 90

Apesar dos constrangimentos impostos ao desenvolvimento das políticas de saúde no Brasil durante a última década, o País conseguiu manter os instrumentos legais que asseguram o direito à saúde, particularmente no que se refere à universalização da atenção à saúde (Almeida et al., 2002). Ao contrário de outras políticas sociais que, diante das restrições impostas ao gasto público, apresentaram um caráter focalizado e seletivo, a política de saúde manteve a sua abrangência “em razão da capacidade de intermediação de interesses na arena setorial” (Costa, 2002:13). As contradições do processo, entretanto, aprofundaram a segmentação do sistema de saúde brasileiro (Noronha & Soares, 2001).

A implantação do SUS concomitante à expansão da assistência médica suplementar expôs a fragilidade e a insuficiência de instâncias e ferramentas de gestão, seja a atuação da ANS, seja a utilização da PPI (Programação Pactuada Integrada). Ela “não leva em conta o mercado de usuários do seguro-saúde, nem a oferta de prestadores de serviços de saúde às operadoras de saúde suplementar. A dissociação normativa e de planejamento fortalece a possibilidade de se segmentar o consumo de serviços de saúde em múltiplos mercados internos de saúde, com competição regulada pela ANS e pela SAS, até agora, seguindo critérios e diretrizes independentes entre as duas instituições” (Cordeiro, 2001:323).

Na ausência de políticas que se contraponham a tal tendência é possível, segundo este autor, identificar cenários caracterizados pela fragmentação e segmentação entre diversas clientela de consumidores de serviços de saúde. Nesse particular, a assistência médica supletiva e especialmente a participação do seguro privado no sistema de saúde brasileiro “atua no sentido de acentuar as desigualdades no consumo de serviços de saúde” (Travassos et al., 2000: 144).

Mesmo assim, a política de saúde na década de noventa foi marcada pela construção do SUS; descentralização das ações, serviços e da gestão, melhorias na gerência e na capacidade de regulação; redução das desigualdades na distribuição dos tetos financeiros da assistência à saúde entre as regiões; ampliação do acesso à assistência; e aumento da cobertura de imunizações das crianças (Negri, 2002). Na passagem da década de noventa para o século XXI foram, ainda, produzidos fatos político-institucionais com conseqüências não desprezíveis para as políticas de saúde:

- Expansão do PSF para uma cobertura de aproximadamente 50 milhões de brasileiros;
- Criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).
- Aprovação da Lei dos Medicamentos Genéricos (Lei nº 9.787/99).
- Implantação do Sistema de Informação do Orçamento Público em Saúde (SIOPS).
- Adoção do Cartão SUS em alguns municípios.
- Implementação do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS).
- Atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME).

- Estabelecimento da Emenda Constitucional nº 29 (EC-29).
- Realização da 11ª Conferência Nacional de Saúde em 2000 e da I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária (Paim, 2003c).

Ainda que tais iniciativas não tenham alterado significativamente a atenção à saúde no Brasil, representam passos importantes para a reestruturação do sistema de serviços de saúde no sentido da melhoria da assistência.

8. Diferenças regionais e particularidades

Os indicadores de oferta podem contemplar a capacidade instalada (ambulatorial e hospitalar) e recursos humanos (profissionais de saúde). No Brasil, persistem desigualdades na infra-estrutura da atenção à saúde entre as diferentes regiões, conforme se pode observar na tabela 2.

Enquanto o País possuía em média 3,0 leitos disponíveis para o SUS, 2,1 privados e 1,4 médico por mil habitantes, a região Norte apresenta os seguintes indicadores: 2,1 leitos SUS, 1,2 leito privado e 0,6 médico por mil habitantes, correspondendo a cerca da metade dos valores exibidos pela região Sudeste. No caso dos odontólogos, a região Sudeste e Centro-Oeste exibem valores quatro vezes superiores ao Norte e duas vezes ao Nordeste. Já a distribuição dos enfermeiros se faz com menos disparidades, de modo que a região Nordeste dispõe de valores semelhantes ao Sul, enquanto a região Norte e Centro-Oeste possuem indicadores superiores à média nacional (Nunes et al., 2001).

Embora a disponibilidade de 3 leitos vinculados ao SUS por 1.000 habitantes esteja próxima ao valor médio observado nas Américas (2,9 leitos por 1.000 habitantes) e abaixo da média descrita para a América do Norte (4 leitos por 1.000 habitantes), verifica-se uma grande variação entre os estados brasileiros, ou seja, de 1,8 a 4,5 leitos por 1.000 habitantes (Duarte et al., 2002). Já em relação ao número de unidades ambulatoriais por 10 mil habitantes, constata-se uma distribuição menos assimétrica (Nunes et al., 2001).

Estas desigualdades na oferta de recursos de saúde reproduzem-se no consumo diferenciado de serviços de saúde. Ainda que o consumo seja função de necessidades e de comportamentos de indivíduos, é também condicionado pela oferta de serviços e recursos disponíveis para a população bem como pelas formas de financiamento (Travassos et al, 2000; Nery & Soares, 2002).

Cinco indicadores de acesso/utilização dos serviços de saúde, com periodicidade anual, têm sido utilizados no Brasil: internações hospitalares SUS/100 habitantes, consultas médicas SUS/habitante, cobertura vacinal DPT (3ª dose), cobertura vacinal sarampo (1ª dose) e cobertura vacinal poliomielite (3ª dose). Assim, em 1999, o País produziu 7,19 internações SUS por 100 habitantes, 2,19 consultas/habitante e coberturas vacinais de 94,6% (DPT), 99,5% (AS) e 99,1% (AP) (Nunes et al., 2001).

A análise das desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde indica uma taxa geral de utilização de 19,49 por 100 mil habitantes para a região Sudeste e 13,01 na região Nordeste em 1989, antes da implantação do SUS. Com a implementação do SUS ocorreu uma redução dessa disparidade pois em 1996/1997 as diferenças entre tais regiões deixaram de ser estatisticamente significantes (Travassos et al., 2000).

Ao se analisarem essas taxas de utilização para os grupos com e sem morbidade, constata-se diferenças significativas desfavoráveis ao Nordeste. Quando se introduz na análise a renda, como proxy das condições sociais, verifica-se uma tendência de diminuição do acesso aos serviços de saúde, penalizando os mais pobres de ambas as regiões. O percentual de busca de atendimento nos últimos trinta dias por quintil de renda cresce progressivamente de 47,2% no primeiro para 68,9% no quinto quintil (Reis, 2002).

Pesquisa de opinião de caráter nacional, realizada pelo Ibope em 1998, revelou que 58% dos 2.000 entrevistados utilizavam o SUS de forma exclusiva ou freqüente, enquanto 22% o faziam de forma eventual. Apenas 15% declararam-se não usuários do SUS, ou por consumirem exclusivamente serviços particulares ou por não utilizarem serviços de saúde. Neste levantamento, as diferenças regionais também foram reveladas: enquanto no Nordeste 51% da população usava o SUS de modo exclusivo, no Sul o indicador correspondia a 32% e no Sudeste a 33%. O SUS também era mais utilizado de forma exclusiva na maioria dos municípios de pequeno (44%) e de médio porte (41%) e na população com menor escolaridade (70%) ou com renda de até dois salários mínimos (76%) (Reis, 2002).

Tabela 2 – Leitos hospitalares* segundo tipos, leitos SUS*, unidades ambulatoriais, médicos*, odontólogos* e enfermeiros*, segundo regiões. Brasil, 1998.**

Região	Leitos Públicos	Leitos Privados	Leitos SUS	Unidades ambulatoriais	Médicos	Odontólogos	Enfermeiros
Norte	1,0	1,2	2,1	3,74	0,6	0,21	0,54
Nordeste	1,1	1,7	2,8	3,74	0,8	0,43	0,34
Sudeste	0,8	2,3	3,2	2,48	2,1	0,89	0,42
Sul	0,7	2,6	3,2	4,92	1,4	0,73	0,34
Centro-Oeste	1,0	2,5	3,5	4,02	1,3	0,86	0,63
Brasil	0,9	2,1	3,0	3,40	1,4	0,69	0,41

*Por mil habitantes (unidades ambulatoriais, número de odontólogos e de enfermeiros correspondem ao ano de 1999).
Fonte: MS, Ripsa (Mello Jorge et al., 2001); PNAD, 1999 (Nunes et al., 2001).

Já em 2002, os “não-usuários” do SUS decresceram para 8,7%, o mesmo ocorrendo com os “usuários exclusivos”, que caíram para 28,6%, sugerindo o uso de combinação com outras modalidades assistenciais. Persiste a tendência de os usuários do SUS avaliarem de forma mais positiva o SUS do que os não-usuários. Consta-se, ainda, entre os entrevistados, uma satisfação maior na medida em que cresce a complexidade dos serviços utilizados (Brasil, 2003b).

No caso da cobertura hospitalar, verifica-se que a região Sudeste exibe uma menor taxa de internação pelo SUS (tabela 3). Portanto, a redução de 22,2% de internações pelo SUS observada entre 1995 e 1999 (Nunes et al., 2001) poderia ser interpretada como decorrente de medida administrativa para contenção de gastos assistenciais do setor público, eventualmente compensada pelos gastos particulares via planos de saúde, ou como indício de mudança do modelo de atenção na medida em que se ampliam a assistência ambulatorial e a atenção básica, especialmente com a expansão do PSF.

No que diz respeito às consultas médicas, constata-se também que o indicador utilizado apresenta um gradiente crescente, acompanhando o desenvolvimento das regiões, embora a região Sul apresente valor inferior àquele verificado no Centro-Oeste. Entre 1995 e 1999, o número de consultas médicas por habitante cresceu em todas as regiões, de modo que o valor médio nacional passou de 1,91 para 2,19 (Nunes et al., 2001). Esta tendência pode estar expressando a política de prioridade para a atenção básica e a tentativa de reversão do modelo assistencial “hospitocêntrico”.

Tabela 3 - Número de internações hospitalares SUS/100 habitantes e número de consultas médicas SUS/habitante segundo regiões. Brasil, 2000.

Região	Internações SUS	Consultas SUS*
Norte	7,37	1,48
Nordeste	7,70	1,95
Sudeste	6,41	2,55
Sul	8,02	2,00
Centro-Oeste	7,88	2,03
Brasil	7,19	2,19

*Dados de 1999. Fonte: Ministério da Saúde/Datasus (Nunes et al., 2001).

A variável renda também influi no acompanhamento médico. Embora a existência de problema crônico de saúde (15,4% da população) não varie tanto entre os estratos de renda (12,3% entre os mais pobres e 16,6% entre os mais ricos), as diferenças se revelam na assistência. No primeiro

quintil (mais pobres) 54,7% dos indivíduos são acompanhados por médicos, enquanto no quinto quintil (mais ricos) 82,9% dos portadores de doenças crônicas dispõem de acompanhamento médico. Estes últimos também realizaram exames periódicos com maior frequência (Reis, 2002).

Outros motivos de procura de serviços de saúde também guardam uma relação com a renda. Enquanto os de menor renda apresentavam um indicador de 7,0%, os de maior renda praticamente correspondiam ao dobro (13,5%). Dois serviços revelam muito bem tais discrepâncias: check-up, que variou entre 13,9% e 28,5%, e odontologia, cuja procura passou de 1,8% no primeiro quintil para 12,6% no quinto quintil (Reis, 2002).

Em outro estudo sobre desigualdades na atenção à saúde foram utilizadas, além do número de médicos e de leitos hospitalares por mil habitantes, a razão de leitos de UTI vinculados ao SUS, a percentagem de municípios que atingiram a meta de cobertura da vacina tríplice (DPT) e a proporção de pacientes atendidos por terapia renal substitutiva (TRS). Assim a cobertura de DPT poderia indicar a situação dos procedimentos de baixa complexidade, enquanto a TRS representaria um indicador de cobertura de procedimentos de alta complexidade, envolvendo hemodiálise e transplante renal (Duarte et al., 2002).

No caso dos leitos de UTI disponíveis para o SUS, a média nacional era 6,8 leitos por 100.000 habitantes enquanto a maioria dos estados da região Norte e Nordeste apresentavam valores inferiores ao nacional, com destaque negativo para Rondônia (0,5) e Bahia (1,3). Quanto à cobertura de DPT, cujo cálculo foi restrito à vacinação de rotina no sentido de refletir o acesso à atenção básica, as medianas desse indicador na região Sul e Sudeste superaram o valor nacional, enquanto os valores médios regionais e estaduais são comparados àqueles observados nos países desenvolvidos. Finalmente, no que diz respeito ao indicador de cobertura de procedimentos de alta complexidade (TRS), verificou-se no ano 2000 uma taxa de 32,0 por 100.000 habitantes para o País, ainda que a utilização esperada, segundo o Ministério da Saúde, devesse ser de 40,0 por 100.000. As taxas de todos os estados da região Sul e Sudeste estão próximas ou acima da média nacional, porém as demais regiões apresentam valores muito baixos desse indicador, a ponto de o Sudeste atender cinco vezes mais pacientes do que o Norte (Duarte et al., 2002).

Essas disparidades regionais e particularidades examinadas no presente tópico, além de apontarem possíveis relações entre as desigualdades de saúde e as iniquidades sociais (Nery & Soares, 2002), revelam “a multiplicidade de fatores que interferem no padrão de consumo de serviços de saúde e o imbricamento perverso entre eles no Brasil, resultando em um quadro de desigualdades cumulativas que evidenciam o quão distante encontra-se o sistema de saúde do País dos princípios igualitários enunciados na sua formulação” (Travassos et al., 2000:143).

9. Uma visão crítica das políticas em curso

As políticas em curso centram-se nas diretrizes e metas estabelecidas pelo Ministério da Saúde para 2003, tais como:

- Melhoria do acesso, da qualidade e da humanização da atenção à saúde: ampliação do acesso da população aos serviços de saúde.
- Combate à fome: atendimento às carências nutricionais.
- Atendimento a grupos com necessidade de atenção especial: atenção à saúde da criança, da mulher e do idoso. Prevenção, controle e assistência aos portadores de DST e Aids.
- Controle da dengue e outras doenças endêmicas e epidêmicas. Combate a endemias e doenças transmitidas por vetores (prioridade para a dengue e a malária).
- Acesso a medicamento: garantia do acesso da população a estes produtos.
- Qualificação dos trabalhadores do SUS. Qualificação dos trabalhadores da saúde (Brasil, 2003d).

Em consonância com tais diretrizes, podem ser destacadas as seguintes ações realizadas em 2003: expansão da atenção básica, com ampliação de recursos e de equipes de saúde da família; convocação da 12ª Conferência Nacional de Saúde em caráter extraordinário; ampliação de credenciamento para leitos de UTI; apoio financeiro aos hospitais universitários redefinindo suas relações com o SUS; reajuste nos repasses para consultas especializadas (196%) em hospitais públicos em estados e municípios de gestão plena; avanço na política de medicamentos incluindo apoio aos laboratórios oficiais, isenção de ICMS para medicamentos de alto custo, reforço aos genéricos, 18 novas resoluções da Anvisa e condenação de antigripais e hepatoprotetores; capacitação de profissionais de saúde e seleção de médicos para o PIT (Brasil, 2003d).

Nos primeiros seis meses “os esforços concentraram-se, em especial, na adequação da gestão do ministério às diretrizes do governo e na implementação de medidas essenciais à promoção da equidade” (Brasil, 2003d:1). Muita energia institucional foi gasta para superar a fragmentação das ações e implantar a nova organização do ministério. Mereceram destaques pelos gestores federais a criação da câmara de regulação do mercado de medicamentos (MP nº 123) e o processo participativo para a construção no Plano Plurianual 2004-2007, envolvendo os trabalhadores, colegiados e fóruns do ministério, inclusive as instâncias de controle social, como o Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2003).

Assim, a tentativa de reverter o modelo de desatenção vigente a partir de projetos que priorizam o acolhimento e a humanização, assegurando direitos dos usuários do SUS, pode ser considerada um “marcador” dessa vontade política do Ministério da Saúde. Do mesmo modo, o reforço à atenção básica com expansão do PSF e da ampliação dos recursos do PAB, inclusive para municípios com mais de 100.000 habitantes, articulado a maiores repasses para atenção especializada em hospitais públicos, propostas de expansão dos Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS) e dos serviços de urgência e emergência (resgate), ampliação de credenciamentos para UTI e apoio aos hospitais universitários federais, sugere uma concepção integral de sistema de serviços de saúde.

Os fatos acima mencionados sinalizam para redefinições relevantes na política de saúde, apesar da falta de indicações de como enfrentar a segmentação do sistema de saúde brasileiro no sentido de melhorar o acesso, a equidade e a qualidade da atenção à saúde. Embora a limitação de recursos orçamentários não permita examinar a suficiência de muitas dessas medidas em relação às necessidades insatisfeitas acumuladas, elas apontam certa direcionalidade da política. Nesse sentido, a redefinição do modelo de atenção e a busca de acesso universal e integral dos serviços de saúde poderão ser concretizadas mediante a reorganização da atenção básica articu-

lada à atenção especializada, o desenvolvimento da estratégia da saúde da família e a adoção, em ampla escala, da proposta de vigilância da saúde.

Presentemente, os artifícios efetuados na elaboração dos orçamentos e no contingenciamento de recursos constroem o financiamento público da saúde, enquanto as vitórias das operadoras de planos de saúde junto ao Judiciário ameaçam, ainda mais, o acesso e a qualidade da atenção à saúde. Apesar deste conjunto de problemas, não se pode reduzir a relevância do arcabouço legal já disponível nem negligenciar os avanços e conquistas obtidos, mesmo diante de conjunturas e forças adversas.

Cabe lembrar que a Constituição de 1998 reconhece a saúde como direito de todos e dever do Estado. Conseqüentemente, a saúde não é apenas questão de governo ou do Poder Executivo. Como questão de Estado, é obrigação do poder Executivo, Legislativo e Judiciário assegurar este direito, propiciando os meios para a sua concretização. Portanto, todas as ações e omissões dos três poderes constituem, também, políticas de saúde, cabendo à sociedade analisar e acompanhar este processo para influir na sua condução, sob pena de amargar as suas conseqüências mais nefastas.

10. Esboço de proposição de alternativas políticas para atenção à saúde

A implantação do SUS em período tão difícil (crise fiscal, políticas de ajuste macroeconômico e reforma do Estado), respeitando o federalismo brasileiro desenhado pela Constituição de 1988, convivendo com o modelo médico-assistencial privatista e interagindo construtivamente com a cultura política e interesses partidários, impõe um elenco de desafios postos para a atenção à saúde no Brasil.

Desde a realização da 11ª Conferência Nacional de Saúde, realizada no ano 2000, o Conselho Nacional de Saúde tem formulado proposições e estratégias com vistas à integralidade e à melhoria do acesso e da qualidade das ações e serviços de saúde, reunidas em 11 compromissos apresentados aos candidatos das eleições de 2002, a saber:

- Construção da equidade.
- Adequação da oferta de serviços de saúde às necessidades e prioridades da população.
- Explicitar responsabilidades e atribuições na definição das necessidades da população por serviços do SUS.
- Implementação do caráter de porta de entrada dos serviços de atenção básica à saúde.
- Reordenamento organizacional e programático dos serviços de média complexidade, segundo a racionalidade do SUS.
- Realização de investimentos estratégicos e utilização da capacidade instalada.
- Reestruturação dos programas e projetos federais especiais.
- Planejamento da oferta e da remuneração dos serviços.
- Ampliação do financiamento e reestruturação do orçamento.
- Reorientação da política de recursos humanos do SUS.

- Construção do SUS como Expressão da Saúde Pública e sua Responsabilidade Regulatória (Conselho Nacional de Saúde, 2002: 297).

Nessa perspectiva foi também proposto o fortalecimento de um sistema de vigilância em saúde, com articulação entre centros de epidemiologia e de vigilância sanitária, e reestruturação do sistema de ciência e tecnologia da pesquisa, desenvolvimento e difusão de inovações em saúde, orientado por uma agenda de prioridades (Cebes-Abrasco, 2002).

Assim, a complexidade do sistema de saúde brasileiro (Brasil, 2003c) – composto por vários mercados que atravessam diferentes prestadores e, muitas vezes, competem mediante remunerações distintas por serviços de um mesmo hospital – exige a coleta sistemática de dados e a realização de investigações para o acompanhamento e a avaliação das políticas de saúde. A atenção à saúde, nesse contexto, torna-se um objeto privilegiado de pesquisa e, como tal, passível de ser incluída na agenda das políticas científicas e tecnológicas em saúde.

Um passo preliminar para a construção desta agenda consiste em identificar problemas do estado de saúde da população, que compõem o perfil epidemiológico e problemas relacionados à atenção à saúde, que envolvem o cuidado, as práticas, os serviços, as instituições e os sistemas de saúde. Muitos desses problemas podem ser descritos e explicados no momento da análise da situação de saúde contida em plano nacional, estaduais e municipais. Uma parte deles requer a formulação de proposições para equacioná-los, ainda que não necessariamente mediante investigação científica. Nesse caso, além da decisão política e técnica de incluir na agenda um determinado problema, de intervir na situação e de mobilizar recursos e vontades para a sua superação, cabe selecionar tecnologias efetivas e aceitáveis (Vieira da Silva, 2000).

Na própria formulação de um plano de saúde podem-se levantar, para cada problema (do estado de saúde ou dos serviços de saúde), as tecnologias e saberes disponíveis para a sua solução, os conhecimentos que podem ser obtidos mediante “síntese de pesquisas” e as lacunas a exigir produção de novos conhecimentos. A institucionalização da planificação em saúde, nessa perspectiva, corresponderia a uma das vias de definição de prioridades em pesquisa na medida em que apontaria para as instituições de C&T um elenco de demandas relevantes para a solução de problemas atuais e potenciais. Outra via poderia recorrer a estratégias de aproximação entre gestores e pesquisadores contemplando a constituição de um comitê misto, a definição de agenda preliminar, a discussão de questões formuladas pelos gestores referentes às pré-noções e à “experiência primeira”, a indicação de síntese de pesquisas e a recomendação de investigação original (Vieira da Silva, 2003).

Tendo em vista os principais problemas do sistema de saúde na conjuntura destacados no período posterior à promulgação da Constituição de 1988, pode-se considerar a seguinte pauta de pesquisa:

- Análise de situações de saúde segundo condições, estilos e modos de vida;
- Características e desenvolvimento do setor privado – relações público x privado;
- Dimensão e significado do processo de municipalização;
- Desenvolvimento e avaliação de propostas inovadoras de modelos assistenciais;
- Avaliação de práticas, programas e sistemas de saúde: eficácia, efetividade, eficiência, qualidade,

satisfação/percepção dos usuários, acessibilidade, equidade, cobertura e análise de implantação de programas (Vieira da Silva, 2000:860).

A expansão do PSF, o desenvolvimento da vigilância da saúde e a formulação de políticas interseoriais representam novas oportunidades de investigação sobre acessibilidade, qualidade, equidade e efetividade do sistema de serviços de saúde. Nesse particular, cabe aprimorar os sistemas de informação do País no sentido de produzir indicadores desagregados de saúde e de utilização de serviços segundo estratos sociais, condições de vida e diferenças raciais, tal como tem sido realizado em países desenvolvidos há quase um século. As desigualdades raciais verificadas no Brasil requerem mais investigações concretas no sentido de melhor orientar os formuladores de políticas públicas de saúde (Heringer, 2002). Portanto, “enquanto as estatísticas oficiais produzirem dados que homogênisem artificialmente a realidade, a descrição da situação atual e da evolução das desigualdades se constituem em produção de conhecimento relevante” (Vieira da Silva, 2003:5).

Além da análise permanente dos dados secundários produzidos pelos sistemas de informação disponíveis, particularmente vinculados às bases de dados do SUS e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), cabe discutir a oportunidade e relevância da realização de inquéritos populacionais sobre acesso e utilização de serviços de saúde, como se tem verificado em diversos países. O conhecimento produzido nessa perspectiva poderá contribuir para a regulação pública por parte do SUS e de suas agências (ANS e Anvisa, no caso do Ministério da Saúde) e para a “construção de mecanismos capazes de criar maior solidariedade na contribuição financeira necessária à manutenção de um sistema universal, no qual o consumo seja orientado pelas necessidades e não pela capacidade de compra dos indivíduos” (Travassos et al., 2000:148).

A produção de metodologias e de indicadores para monitorar as desigualdades de saúde e de condições de vida representa, por conseguinte, uma das tarefas das universidades, centros de pesquisa e sistemas de vigilância da saúde no sentido de orientar a formulação e implementação de políticas públicas que reduzam as iniquidades (Mello-Jorge et al., 2001; Travassos et al.; Nunes et al., 2001; Duarte et al., 2001). Quanto à qualidade da atenção, merecem pesquisas especiais, tanto no que se refere à sua dimensão técnica e ética quanto no que diz respeito ao acolhimento e à satisfação das pessoas.

Nessa perspectiva, algumas perguntas poderão balizar grandes linhas de proposições para as políticas e sistemas de serviços de saúde: Como formular políticas específicas de saúde contemplando a integralidade (Mattos, 2003)? Como incorporar tecnologia efetiva sem propiciar aumentos exponenciais dos custos? Como utilizar o poder de regulação do SUS para aquisição de insumos, avaliação e vigilância tecnológica de procedimentos e equipamentos, bem como a prestação de serviços? Como assegurar qualidade e efetividade da atenção à saúde, mesmo em situações de restrição de gastos públicos? Como regular com eficácia a qualidade e a integralidade da atenção à saúde proporcionada pelo SAMS?

Independentemente das políticas racionalizadoras que poderão contribuir para a melhor utilização dos recursos existentes, o Brasil necessita de investimentos para instalação de equipes e de unidades de saúde, seja em certas áreas dos grandes centros urbanos, seja nos pequenos e médios municípios, particularmente nas áreas rurais.

11. Comentários finais

Se considerarmos as desigualdades em saúde como um dos principais macroproblemas da atualidade para as políticas públicas de saúde no Brasil, um expressivo esforço teórico-conceitual deve ser empreendido, tanto no sentido de separar este problema de outros objetos pré-construídos – disparidade, iniquidade, diferença, distinção etc. (Vieira da Silva, 2003) – quanto na perspectiva de sua decomposição em outros mais precisos para fins de investigação e intervenção concretas. Nesse percurso, algumas proposições preliminares podem ser destacadas:

- Reforçar o estudo da distribuição espacial de problemas de saúde no sentido de identificar grupos mais vulneráveis para a adoção de políticas públicas. Tais investigações sobre desigualdades em saúde podem recuperar os estudos ecológicos da epidemiologia de modo a revelar o caráter desigual da distribuição espacial de determinados eventos, possibilitando compor “mapas do risco” e uma maior atenção para as respectivas populações vulneráveis com a formulação de políticas públicas específicas. O cadastro amplo dos indivíduos e famílias para o cartão SUS, a organização de distritos sanitários em cidades; o uso do geoprocessamento e de técnicas de análise espacial (Najar & Marques, 1998) são ações técnicas que facilitam a atenção à saúde e, simultaneamente, requerem pesquisa científica para o seu reforço.
- Testar modelos de atenção, epidemiologicamente orientados ou referenciados pela concepção contemporânea de promoção da saúde (Brasil, 2002b), a exemplo da oferta organizada, das ações programáticas e da vigilância da saúde, contemplando determinantes estruturais socioambientais, riscos e danos. Esses modelos são compatíveis com a ação intersetorial sobre o território e privilegiam a intervenção, sob a forma de operações, nos problemas de saúde que requerem atenção e acompanhamento contínuos. No caso da proposta referente às cidades saudáveis pode potencializar o PSF em face da sua compatibilidade com a vigilância da saúde (Paim, 2003b).
- Pesquisar a segmentação do sistema de saúde brasileiro tendo em vista o preceito constitucional segundo o qual a saúde é livre à iniciativa privada e, também, às restrições financeiras impostas à expansão do setor público de saúde. Nesse particular, cabe analisar as possibilidades de regulação da atenção à saúde do setor privado mediante regulamentação da Lei Orgânica da Saúde e da Lei nº 9.656/98 e promover estudos para a elaboração de projeto de lei no sentido de regular o mercado das modalidades assistenciais não-SUS (Paim, 2003b).
- Avançar nas investigações sobre avaliação de práticas, serviços, instituições e sistemas de saúde, enfatizando a dimensão qualidade e a articulação entre epidemiologia e planejamento (Paim, 2003a).

Enfim, pode-se vislumbrar um conjunto de pesquisas no campo da saúde coletiva cujos conhecimentos produzidos (teóricos, metodológicos, operativos e tecnológicos) contribuam para: formulação, implementação e avaliação de políticas de saúde; compreensão do funcionamento do mercado em saúde; explicação das relações entre Estado, organizações, mercado e sociedade; desenho de sistemas de serviços de saúde, organizações e modelos de atenção que contemplem a integralidade, a descentralização, a regionalização, a participação e equidade e a intersetorialidade; identificação de pautas culturais e representações sociais de segmentos da população (adolescentes, idosos, negros, índios etc.) relacionados ao complexo promoção-saúde-doença-cuidado, seja

em relação à utilização de serviços ou à comunicação em saúde; e desenho, inovação e experimentação de formas alternativas de gestão.

As proposições acima podem facilitar a construção de uma agenda comum entre gestores, pesquisadores e cidadãos, criando “as condições para que, de forma permanente, o sistema de saúde aproxime-se mais dos indivíduos, torne-se mais humano, solidário e, sobretudo, mais resolutivo. Princípios como territorialidade, vínculo, continuidade, planejamento local, promoção à saúde estão cada vez mais presentes nas pautas e agendas não só dos técnicos, como também dos movimentos sociais ligados ao setor” (Campos, 2003:570).

Referências Bibliográficas

ALMEIDA, C. Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90. *Cad. Saúde Pública* 18(4):905-925, 2002.

ALMEIDA, P. F. de; GIOVANELA, L.; MATTOS, M. Sistema de Saúde Brasileiro: dilemas da universalização. *Saúde em debate*, 26(61):137-154, 2002.

AROUCA, A.S. O Dilema Preventivista: Contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 1975 (Tese de Doutorado).

BAHIA, L. Mudanças e Padrões das Relações Público-Privado: Seguros e Planos de Saúde no Brasil. Tese de Doutorado. ENSP/FIOCRUZ, 1999.329p.

BAHIA, L. Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(2): 329-339, 2001.

BELMARTINO, S. Los valores vinculados a equidad en la reforma de la atención médica en Argentina. *Cad Saúde Pública* 18(4):1067-1076, 2002.

BRAGA, J. C. & Goes de Paula, S. Saúde e Previdência: estudos de política social. CEBES-HUCITEC, Rio de Janeiro-São Paulo, 1978, 226 p.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Legislação do SUS. Brasília: CONASS, 2003a. 604p.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A saúde na opinião dos brasileiros. Brasília: CONASS, 2003b. 242p+anexo.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão do SUS. Brasília: CONASS, 2003c. 246p.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. Sistema Nacional de Saúde. Brasília, 5-8/agosto/1975. 60p+anexos.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Reduzindo as desigualdades e ampliando o acesso à assistência à saúde no Brasil, 1998-2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a. 280p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde (documento para discussão). Brasília, 2002. 43p.

BRASIL. Ministério da Saúde. 1º Semestre de 2003. Balanço das Ações. Brasília, 2003d. 24p.

CAMARGO Jr., K.R.de. As Muitas Vozes da Integralidade. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. de. (Org.) Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001. p.11-15.

CAMPOS, C.E.A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(2):569-584, 2003.

CAZELLI, C.M; Brito, J. da S.; Sá, P.K. de; Ormelli, C.B. Análise das desigualdades regionais na oferta de serviços de saúde: pesquisa da assistência médico-sanitária, 1992 a 1999. *Saúde em Debate*, 26(61):198-209, 2002.

CEBES-ABRASCO, Em Defesa da saúde dos Brasileiros. *Saúde em Debate*, 26(62):290-294, 2002.

CECÍLIO, L.C. de O. As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde. In: Pinheiro, R. & Mattos, R. A. de. (Org.) Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001. p.113-126.

CLARK, D.W. A Vocabulary for Preventive Medicine. In: Clark, D.W. & MacMahon, B. Preventive Medicine. Boston, USA: Little, Brown and Company, 1967, p.1-18.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8ª. Brasília, 1986. Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. p. 381-9.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Desenvolvimento do sistema Único de saúde no Brasil: avanços, desafios e reafirmação de Princípios e Diretrizes. *Saúde em Debate*, 26(62):295-312, 2002.

COSTA, N.R. Política social e ajuste macroeconômico. *Cad. Saúde Pública*, 18(Suplemento):13-21, 2002.

CORDEIRO, H. As empresas médicas: as transformações capitalistas da prática médica, Rio de Janeiro, Graal, 1984.165p.

CORDEIRO, H. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(2):319-328, 2001.

CZERESNIA, D. & Freitas, C.M. de (Org.) Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. 174p.

DONNÂNGELO, M.C.F. Saúde e Sociedade. São Paulo: Duas Cidades, 1976.124p.

DONNÂNGELO, M.C.F. A Pesquisa na Área de da Saúde Coletiva no Brasil – A Década de 70. In:

ABRASCO. Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil, 2. PEC/ENSP, Rio de Janeiro, 1983. p.17-35.

DUARTE, E.C.; SCHNEIDER, M.C.; PAES-SOUSA, R.; RAMALHO, W.M.; SARDINHA, L.M.V.; SILVA JÚNIOR, J.B. da; CASTILLO-SALGADO, C. Epidemiologia das desigualdades em saúde no Brasil. Um estudo exploratório. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002, 123p.

FREITAS, C.M. de. A Vigilância da Saúde para a Promoção da Saúde. In: Czeresnia, D. & Freitas, C.M. de (Org.) Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003, p.141-159.

GIOVANELA, L.; LOBATO, L. de V.C.; CARVALHO, A.I. de; CONIL, E.M.; CUNHA, E.M. da – Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. Saúde em Debate, 26(60):37-61, 2002.

HERINGER, R. Desigualdades raciais no Brasil: síntese de indicadores e desafios no campo das políticas públicas. Cad. Saúde Pública, 18(Suplemento):57-65, 2002.

HERNÁNDEZ, M. Reforma sanitaria, equidad y derecho a la salud en Colombia. Cad Saúde Pública 18(4):991-1001, 2002.

HILLEBOE, H.E. & LARIMORE, G.W. Medicina Preventiva. Princípios de prevenção aplicáveis à ocorrência e à evolução das doenças. SERPEL, São Paulo, 1965. 840p.

INFANTE, A.; MATA. I. de la; LÓPEZ-ACUÑA, D. Reforma de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe: situación y tendencias. Rev. Panam. Salud Pública/Pan Am. J. Public Health 8(1/2):13-20 2000.

JUNQUEIRA, V.; PESSOTO, U.C.; KAYANO, J.; NASCIMENTO, P.R.; CASTRO, I.E. do N.; ROCHA, J.L. da; TERENCE, M.F.; BOARETTO, R.C.; IBANHES, L.C.; CORTIZO, C.T.; HEIMANN, L.S. Equidad en la salud: evaluación de políticas públicas en Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 1993-1997. Cad Saúde Pública 18(4):1087-1101, 2002.

LABRA, M.E. La reinvencción neoliberal de la inequidad en Chile. El caso de la salud. Cad Saúde Pública 18(4):1041-1052, 2002.

LEAVELL, H. & CLARK L., E.G. Medicina Preventiva. Editora Mcgraw-Hill do Brasil, Ltda./MEC. Rio de Janeiro, 1976.p.11-36.

LIMA, J. de C.; AZOURY, E.B; BASTOS, L.H.de C.V.; COUTINHO, M. de M.; PEREIRA, N. do N.; FERREIRA, S.C. da C. Desigualdades no acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. Saúde em debate, 26(60):62-70, 2002.

MATTOS, R.A. de Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. de. (Org.) Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001. p.39-64.

MATTOS, R.A. de. Integralidade e a Formulação de Políticas de Saúde. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. de. (Org.) Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2003 p.45-59.

MENDES, E.V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia no projeto neoliberal. In: Mendes, E. V. (org.) Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1993. p. 19-91.

MENDES, E.V. Uma agenda para a saúde HUCITEC, São Paulo, 1996, 300p.

MELLO JORGE, M.H.P. de; GOTLIEB, S.L.D.; LAURENTI, R. A saúde no Brasil: análise do período 1996 a 1999. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 2001. p.27.

MELLO, C.G. Saúde e Assistência Médica no Brasil. São Paulo: CEBES/HUCITEC, 1977, 269p.

MITJAVILA, M.; FERNÁNDEZ, J.; MOREIRA, C. Propuestas de reforma en salud Y equidad en Uruguay: Redefinición del Welfare State? Cad Saúde Pública 18(4): 1103-1120, 2002.

MONTONE, J. O Impacto da Regulamentação no Setor de Saúde Suplementar/Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar – Rio de Janeiro: ANS, 2001. 43p. (Série ANS; n. 1)

MONTONE, J. Evolução e Desafios da Regulação no Setor de Saúde Suplementar/Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar – Rio de Janeiro: ANS, 2003. 43p. (Série ANS; n. quatro)

NAJAR, AL & MARQUES, EC (org.). Saúde e Espaço: Estudos metodológicos e técnicas de análise. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998. 276p.

NEGRI, B. A política de saúde no Brasil nos anos 1990: avanços e limites. In: Negri, B. & d'Ávila, A.L. (Org.) O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafios. São Paulo: Sobravime; Cealag, 2002.p.15-42.

NERI, M. & SOARES, W. Desigualdade social e saúde no Brasil. Cad. Saúde Pública, 18(Supl.):77-87, 2002.

NOGUEIRA, R.P. Perspectivas da Qualidade em Saúde. Rio de Janeiro: Qualitymark Ed., 1994. 155p.

NORONHA, J.C. de & SOARES, L.T. A política de saúde no Brasil nos anos 90. Ciência & Saúde Coletiva, 6(2):445-450, 2001.

NUNES, A.; SANTOS, J.R.S.; BARATA, R.B.; VIANNA, S.M. Medindo as desigualdades em saúde no Brasil. Uma proposta de monitoramento. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2001. 224 p.

OLIVEIRA, J.A.A. & TEIXEIRA, S.M.F. Medicina de grupo: a medicina e a fábrica. In: Guimarães, R. (Org.) Saúde e Medicina no Brasil: contribuição para um debate. Rio de Janeiro: Graal, 1978 p.181-205.

PAIM, J.S. Saúde, crises e reformas. Salvador: Centro Editorial e Didático da UFBA, 1986.250p.

PAIM, J. S. A reorganização das práticas de saúde em distritos sanitários. In: Mendes, E. V. (org.) Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1993. p. 187 – 220.

PAIM, J. S. Bases Conceituais da Reforma Sanitária Brasileira. Organizado por Fleury, S.A Luta do Cebes. São Paulo, 1997, p.11-24.

PAIM, J.S. Saúde, Política e Reforma Sanitária. Salvador: CEPS-ISC, 2002. 446p.

PAIM, J.S. Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(2):557-567, 2003.

PAIM, J.S. Gestão da atenção básica nas cidades. In: Neto, E.R. & Bógus, C.M. Saúde nos aglomerados urbanos: uma visão integrada. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003, p.183-212 (Série Técnica Projeto de Desenvolvimento de Serviços de saúde, 3).

PAIM, J.S. Políticas de Saúde no Brasil. In: Rouquayrol, M.Z. & Almeida Filho, N. *Epidemiologia & Saúde*. Medsi:Rio de Janeiro. 6ª Ed., 2003, p.587-603.

PAIM, J.S. Modelos de Atenção e Vigilância da Saúde. In: Rouquayrol, M.Z. & Almeida Filho, N. *Epidemiologia & Saúde*. Medsi:Rio de Janeiro. 6ª Ed., 2003, p. 567-586.

PAIM, J.S. Vigilância da Saúde: dos modelos assistenciais para a promoção da saúde. In: CZERESNIA, D. & FREITAS, C.M. de (Org.) *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003, p.161-174.

PAIM J.S., Teixeira MGLC. Reorganização do sistema de vigilância epidemiológica na perspectiva do Sistema Único de Saúde (SUS). *Informe Epidemiológico do SUS*, 5:27-57, 1992.

PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. de. (Org.) *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001. 178p.

PEGO, R.A. & ALMEIDA, C. Teoría y práctica de las reformas en los sistemas de salud. Los casos de Brasil y México. *Cad Saúde Pública* 18(4):971-989, 2002.

PORTO, S. Equidad y distribución geográfica de recursos financieros en los sistemas de salud. *Cad Saúde Pública* 18(4):939-957, 2002.

Reis, C.O.O. Desigualdades no acesso aos serviços de saúde. In: NEGRI, B. & DI GIOVANNI, G. (org.) *Brasil: radiografia da saúde*. Campinas, SP. UNICAMP/IE, 2001, p.579-585.

SALA, A. A avaliação de programas de saúde. In: Schraiber, L.B. (org.) *Programação em saúde hoje*. São Paulo: HUCITEC, 1993. p. 117-138.

SAMPAIO, L.F.R. Integralidade da atenção à saúde: análise crítica da programação da atenção básica – PPI/AB, 2001/2002. Dissertação de Mestrado. Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2002.123p.

SERAPIONI, M. Avaliação da qualidade em saúde: a contribuição da sociologia da saúde para a superação da polarização entre a visão dos usuários e a perspectiva dos profissionais de saúde. *Saúde em debate*, 23(53):81-92, 1999.

SCHRAIBER, L.B. Medicina Tecnológica e Prática Profissional Contemporânea: novos desafios, outros dilemas. Tese de Livre-Docente. São Paulo, 1997.209p.

SOUZA, L.E. de; SHARDONOFKY, S.; BROUSSELLE, A.; CONTANDRIOPOULOS, A.P.; CHAMPAGNE, F.; MORALES, C.; ARREDONDO, A.; REINHARZ, D. Comparación del desempeño de los diferentes sistemas de salud de los países de la OCDE y de Al. In: CONTANDRIOPOULOS, A.P.; MORALES, C.; SOUZA, L.E. de; SHARDONOFKY, S.; Entendiendo las Transformaciones de los Sistemas de Salud. Una perspectiva Canadiense. Universitté de Montréal, 2002. P87-110.

SZWARCWALD, C.L.; BATOS, F.I.; ANDRADE, C.L.T. de. Medidas de desigualdad en salud: la discusión de algunos aspectos metodológicos con una aplicación para la mortalidad neonatal en el Municipio de Rio de Janeiro, 2000. *Cad Saúde Pública* 18(4):959-970, 2002.

TEIXEIRA, C. F. (org.) Promoção e Vigilância da Saúde. Salvador:CEPS-ISC, 2002, p.79-99.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J.S; VILASBÔAS, A.L.Q. Promoção e Vigilância da Saúde. Salvador: CEPS-ISC, 2002. 128p.

UCHIMURA, K.Y. & BOSI, M.L.M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. *Cad Saúde Pública* 18(6):1561-1569, 2002.

TRAVASSOS, C.; VIACAVA, F.; FERNANDES, C.; ALMEIDA, C.M. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1)133-149, 2000.

VIANA, A. L. d'A.; HEIMANN, L.S.; LIMA, L.D. de; OLIVEIRA, R.G. de; RODRIGUES, S. da H. Mudanças significativas no processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 18(Suplemento):139-151, 2002.

VIEIRA DA SILVA, L.M. Uma agenda para investigação em políticas e sistemas de saúde no Nordeste. *Cad. Saúde Pública*, 16(3):857-861, 2000.

VIEIRA DA SILVA, L.M. Prioridades para a pesquisa em saúde coletiva. (Trabalho apresentado em Painel sobre o mesmo tema no VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva). Brasília, 29 de julho a 2 de agosto de 2003. 7p.