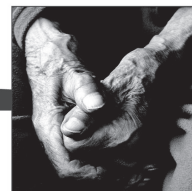
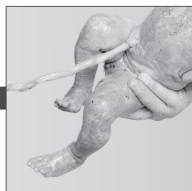


A SAÚDE NO BRASIL EM 2030

Diretrizes para a Prospecção Estratégica
do Sistema de Saúde Brasileiro



PRESIDENTE DA REPÚBLICA
Dilma Rousseff

MINISTRO DA SAÚDE
Alexandre Padilha

MINISTRO CHEFE DA SECRETARIA DE ASSUNTOS ESTRATÉGICOS
DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA
Moreira Franco

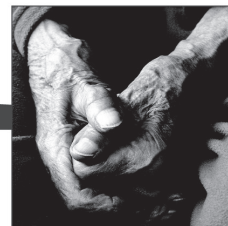
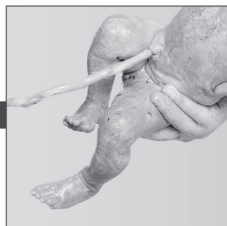
PRESIDENTE DA FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
Paulo Gadelha

PRESIDENTE DO INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA
Marcio Pochmann

O projeto SAÚDE BRASIL 2030 foi conduzido pela Fundação
Oswaldo Cruz (Fiocruz) mediante um acordo de cooperação
técnica com a Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência
da República (SAE), contando com a participação do Instituto de
Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) e o apoio financeiro do Fundo
Nacional de Saúde do Ministério da Saúde e da SAE.

A SAÚDE NO BRASIL EM 2030

Diretrizes para a Prospecção Estratégica
do Sistema de Saúde Brasileiro



FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

ipea Instituto de Pesquisa
Econômica Aplicada

Ministério da
Saúde

Secretaria de
Assuntos Estratégicos

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA

Copyright © dos autores
Todos os direitos desta edição reservados
à FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Revisão
Irene Ernest Dias

Normalização bibliográfica
Monique Santos

Projeto gráfico, capa e diagramação
Robson Lima — Obra Completa Comunicação

Apoio técnico
Renata Macedo Pereira

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

F981s Fundação Oswaldo Cruz

A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro. / Fundação Oswaldo Cruz... [et al.]. Rio de Janeiro : Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2012.

323 p. : il. ; tab. ; graf.

ISBN: 978-85-8110-001-2

1. Sistemas de Saúde-organização & administração. 2. Política de Saúde.
3. Financiamento em Saúde. 4. Perfil de Saúde. 5. Força de Trabalho. 6. Serviços de Saúde.
7. Estratégias. 8. Brasil. I. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. II. Ministério da
Saúde. III. Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República. IV. Título.

CDD - 22.ed. – 362.10680981

Fundação Oswaldo Cruz
Avenida Brasil, 4.365
Pavilhão Mourisco, Manguinhos
21040-900 — Rio de Janeiro, RJ
Tel. (21) 3885 1616
www.fiocruz.br

Apoio editorial



Equipe de Preparação

COORDENAÇÃO GERAL

Paulo Gadelha

ORGANIZAÇÃO

José Carvalho de Noronha

Telma Ruth Pereira

COLABORADORES

Aloísio Teixeira

Ana Maria Costa

Andréa Barreto de Paiva

André Codo Jakob

Antônio Tadeu Ribeiro de Oliveira

Assis Mafort Ouverney

Carlos A. Graboys Gadelha

Celia Almeida

Célia Regina Pierantoni

Cristiane Quental

Cristiani Vieira Machado

Danielle da Costa Leite Borges

Edvaldo Batista de Sá

Expedito J. A. Luna

Inessa Laura Salomão

Isabela Soares Santos

Jarbas Barbosa da Silva Jr.

José Carvalho de Noronha

José Luís Fiori

José Maldonado

Laís Silveira Costa

Luciana Dias de Lima

Luciana Mendes Santos Servo

Marco Antonio Vargas

Maria Alícia Domínguez Ugá

Maria Angelica Borges dos Santos

Maria Mônica Vieira Caetano O'Neill

Mario R. Dal Poz

Maurício Barreto

Natália Aurélio Vieira

Ricardo Carneiro

Sábado Nicolau Girardi

Salvador Werneck Vianna

Sérgio Francisco Piola

Sheyla Maria Lemos Lima

Telma Maria Gonçalves Menicucci

Telma Ruth Pereira

Esta publicação foi elaborada com base em estudos originais
preparados no contexto do projeto SAÚDE BRASIL 2030.

Sumário

Prefácio	9
Apresentação	11
DIRETRIZES PARA A PROSPECÇÃO ESTRATÉGICA DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO PARA 2030	
I — Desenvolvimento, Estado e Políticas de Saúde	
1. Desenvolvimento como Eixo e os Eixos para o Desenvolvimento	25
2. A Saúde na Política Nacional de Desenvolvimento	39
3. Determinantes Sociais, Econômicos e Ambientais da Saúde	43
4. Princípios do Sistema de Saúde Brasileiro	57
5. Gestão Pública	65
6. Governança Global na Saúde, Inserção Soberana, Integração Continental e Cooperação Sul-Sul	71
II — População e Perfil Sanitário	
7. Cenário Sociodemográfico em 2022-2030	85
8. Perfil Epidemiológico em 2022-2030	91
9. Doenças Transmissíveis, Endemias, Epidemias e Pandemias	97
III — Organização e Gestão do Sistema de Saúde	
10. Gestão Federal do Sistema de Saúde	111
11. A Coordenação Federativa do Sistema Público de Saúde no Brasil	125
12. Modelos de Organização e Gestão da Atenção à Saúde: redes locais, regionais e nacionais	139
13. Participação e Controle Social	151

IV — Força de Trabalho em Saúde

14. Formação, Regulação Profissional e Mercado de Trabalho em Saúde	157
---	-----

V — Estrutura do Financiamento e do Gasto Setorial

15. Estruturas do Financiamento e do Gasto Setorial	171
16. A Composição Público-Privada no Financiamento de Unidades Assistenciais: repercussões sobre a oferta de serviços	195
17. Sistemas de Alocação de Recursos a Prestadores de Serviços de Saúde	203

VI — Desenvolvimento Produtivo e Complexo da Saúde

18. A Dinâmica de Inovação e as Perspectivas do Complexo Econômico-Industrial da Saúde para a Sustentabilidade do Sistema de Saúde	211
19. Subsistema de Base Química e Biotecnológica	217
20. Subsistema de Base Mecânica, Eletrônica e de Materiais	223
21. Subsistema de Serviços em Saúde	231
22. Infraestrutura Científica e Tecnológica para Apoio ao Complexo Econômico-Industrial da Saúde	237

CENÁRIOS PROSPECTIVOS

I — Cenários Macroeconômicos no Horizonte 2022-2030

Cenário Macroeconômico Atual: breve descrição.....	249
1. Cenário Otimista e Possível	277
2. Cenário Pessimista e Plausível	289
3. Cenário Inercial e Provável	297

Referências	307
-------------------	-----

Prefácio

A Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), em sua condição de instituição pública estratégica para a Saúde, é agente da dinâmica do desenvolvimento do Estado brasileiro e assim se apresenta ao governo e à sociedade. Essa dimensão estratégica é referência para seu planejamento, sua inserção nas políticas governamentais e seus compromissos com a sociedade.

Este livro é fruto do projeto SAÚDE BRASIL 2030, desenvolvido no bojo do acordo de cooperação técnica assinado pela Fiocruz com a Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República (SAE) e o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) e de convênio pactuado com o Ministério da Saúde. O projeto SAÚDE BRASIL 2030 tem como principal objetivo a constituição de uma rede permanente de prospectiva estratégica no campo da saúde. Os textos resultantes dessa iniciativa especulam sobre a probabilidade de futuros para a Saúde em 2030, com referência ao ano de 2022, quando se comemora o bicentenário da Independência do Brasil.

Diante dos desafios que o futuro traz, cabe ao Estado articular e induzir políticas econômicas e sociais, no interesse do desenvolvimento com equidade, fomentando o acesso e a inclusão de camadas excluídas, expandindo e assegurando direitos sociais às parcelas significativas da população ainda marginalizadas e sem os ganhos advindos do progresso e da riqueza.

O setor Saúde contribui de forma crescente para o dinamismo econômico das sociedades, e sua integração com outros setores, como Ciência e Tecnologia, Educação, Comércio Exterior e Política Industrial, entre outros, pode influir decisivamente no modelo de desenvolvimento de nosso país.

É imperioso planejar em prazos mais longos, dada a complexidade do setor Saúde e dos nítidos processos de transformação e inovação em curso nas suas diversas áreas de atuação. Não se trata apenas de criar imagens de futuro, mas, especialmente, de auxiliar na gestão estratégica, mediante diretrizes para o alinhamento das ações com um cenário de futuro desejável para nosso país.

Os textos aqui apresentados são o ponto de partida do esforço prospectivo, e não seu resultado. São lançados a debate público por especialistas a partir de sua conclusão. Com isso a Fiocruz contribui para a formulação de políticas públicas em saúde, educação, ciência e tecnologia e inovação em saúde, reafirmando sua posição na defesa e fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), por seu desenvolvimento e alcance de padrão sustentável, assegurando a realização plena de seus princípios e possibilitando as necessárias conquistas socio sanitárias.

Paulo Gadelha
Presidente da Fiocruz

Apresentação

O esforço inicial do projeto SAÚDE BRASIL 2030 consistiu em percorrer os temas mais relevantes para o desenho de horizontes futuros do sistema de prestação de cuidados à saúde no Brasil, tendo como ano de referência 2030. Nesta primeira etapa, esses temas foram organizados em blocos e, para cada um deles, identificados com base no conhecimento já produzido e acumulado os elementos essenciais que os compõem e que permitem o desenvolvimento do exercício prospectivo, bem como as lacunas de conhecimento a serem preenchidas. O produto desta etapa é publicado e divulgado para debate público, orientando a conformação de redes de conhecimento que serão constituídas para as etapas subsequentes do projeto.

Adotou-se como metodologia a chamada prospecção estratégica, que teve suas origens, nos anos 1980, no campo da administração e foi empregada, posteriormente, no domínio das políticas públicas (HABEGGER, 2010).¹ Para esse autor, a prospecção estratégica pode ser definida como uma tentativa deliberada de alargar as “fronteiras da percepção” e expandir a capacidade de atenção em relação a temas e situações emergentes.

A prospecção estratégica, de acordo com Habegger, citando uma proposta de Müller, integra as perspectivas, procedimentos e ferramentas tanto das pesquisas de tendências quanto dos estudos de futuros. De um lado, a pesquisa de tendências lida com a detecção precoce e interpretação nos campos econômico, político, social e tecnológico e objetiva avaliar o impacto das mudanças tanto na sociedade como nos indivíduos. Os estudos de futuro, por outro lado, capturam e antecipam desenvolvimentos futuros nesses domínios, de modo a gerar visões de como a sociedade evolui e das opções de políticas que estão disponíveis para se modelar um futuro desejado.

Para Habegger, o processo de prospecção estratégica pode ser conceituado e implementado de várias maneiras, mas a maioria dos estudiosos segue uma lógica bastante semelhante que divide tal processo em três fases:

1 HABEGGER, B. Strategic foresight in public policy: reviewing the experiences of the UK, Singapore, and the Netherlands. **Futures**, v. 42, n. 1, p. 49-58, 2010.

- ➡ a detecção precoce e a análise da informação;
- ➡ a geração de conhecimento prospectivo;
- ➡ o desenvolvimento das opções (de políticas) futuras.

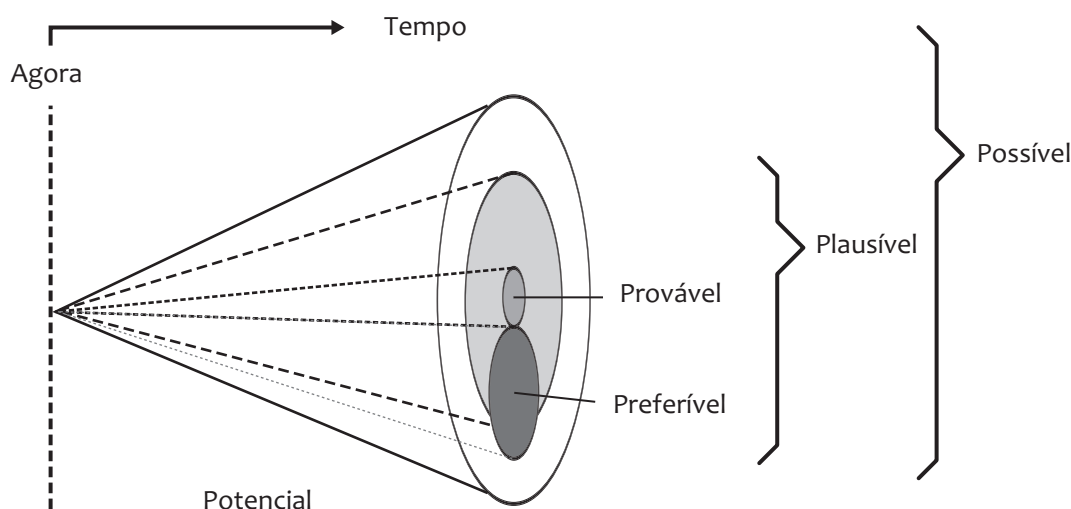
A primeira fase envolve a identificação e o monitoramento contínuo dos temas, tendências, desenvolvimento e mudanças dos processos em estudo. A segunda fase implica a avaliação e entendimento dos desafios para a implementação das diferentes políticas. E a terceira assenta-se na formulação dos futuros desejados e das ações políticas necessárias para alcançá-los. Isso implica explorar diversos “futuros” ou cenários alternativos.

Neste contexto prospectivo, assumimos três cenários alternativos:

- ➡ cenário desejável e possível;
- ➡ cenário inercial e provável;
- ➡ cenário pessimista e plausível.

Impôs-se às categorias de “futuros” desejáveis a condição de possibilidade, isto é, a capacidade de concretização no horizonte temporal contemplado. Este esquema (Figura 1), em que os horizontes possíveis foram estabelecidos apenas como diretrizes de políticas desejáveis, é inspirado por Voros.

Figura 1 — Cone de ‘futuros’



Fonte: VOROS, J. A generic foresight process framework. **Foresight**, v. 5, n. 3, p. 10-21, 2003, citado por HABEGGER, B. Strategic foresight in public policy: reviewing the experiences of the UK, Singapore, and the Netherlands. **Futures**, v. 42, p. 49-58, 2010.

Nos estudos procurou-se especular, com razoável fundamentação, sobre a probabilidade desses futuros. Consistem em textos de partida para o esforço prospectivo, e não o seu resultado. Devem ser considerados, assim, como termos de referência em torno dos quais se prolongará a prospecção estratégica para cada um dos domínios abordados, através da constituição de uma rede de conhecimento para ampliação e amplificação do debate e dos estudos futuros que serão desencadeados a partir desta aventura inicial.

Este volume está dividido em dois grandes blocos, o primeiro denominado DIRETRIZES PARA A PROSPECÇÃO ESTRATÉGICA DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO PARA 2030 e o segundo, CENÁRIOS PROSPECTIVOS. O primeiro bloco é dividido em seis partes, conforme o roteiro delineado a seguir.

Na Parte I — Desenvolvimento, Estado e Políticas de Saúde —, objetivamos desenhar um pano de fundo para os outros capítulos diretamente voltados para a questão da saúde. Esta parte abrange os seguintes temas: alinhamento estratégico e cenários de desenvolvimento para 2022-2030, com recomendações para um novo modelo de desenvolvimento; e fundamentos da saúde e das políticas de saúde, com análise dos seus determinantes sociais, econômicos e ambientais, dos princípios do sistema de saúde brasileiro, de sua inserção na política nacional de desenvolvimento, da gestão pública e da integração continental e cooperação Sul-Sul em saúde.

Na Parte II — População e Perfil Sanitário —, aborda-se o cenário sociodemográfico em 2022 e 2030, a distribuição territorial da população, traçando-se um diagnóstico do comportamento atual dos fenômenos demográficos no país e refletindo-se a respeito das tendências futuras desses processos. E examina-se o perfil epidemiológico no horizonte temporal proposto, assinalando-se os problemas de saúde que vêm se agravando, como a violência, a dengue, o diabetes, a obesidade, ao lado das doenças transmissíveis, endemias, epidemias e pandemias que configuram riscos sanitários para o país no futuro próximo.

Na Parte III são tratados temas relacionados à Organização e Gestão do Sistema de Saúde, enfocando-se a gestão do nível federal do sistema (administração direta, agências reguladoras, fundações nacionais, empresas públicas nacionais) na condução da política nacional e na gestão do sistema de saúde no Brasil, com o propósito de identificar os principais desafios para a reconfiguração estratégica da atuação do Executivo federal na saúde nas próximas décadas. No capítulo “A coordenação federativa do sistema público de saúde no Brasil”, são examinados os mecanismos de coordenação federativa adotados na política de saúde brasileira. Considerados o marco regulatório, as estruturas e instrumentos de pactuação e gestão intergovernamental e o modelo de transferências intergovernamentais no financiamento do SUS, são apresentadas propostas para o aprimoramento de sua coordenação federativa nos próximos vinte anos segundo cada um

desses três eixos. No capítulo sobre os “Modelos de organização e gestão da atenção à saúde: redes locais, regionais e nacionais”, são explorados os arranjos na diversidade territorial brasileira diante das mudanças demográficas e epidemiológicas projetadas e a modelagem de soluções integradoras horizontais e verticais. O fomento e a instituição de estratégias de integração, tanto no âmbito sistêmico quanto no de ações e serviços, são considerados condições para se ampliar o desempenho do sistema de saúde em termos de acesso, equidade, eficiência econômica, eficácia clínica e sanitária e, consequentemente, a satisfação dos usuários. No capítulo “Participação e controle social” analisam-se a participação social institucionalizada em conselhos e conferências de Saúde ao longo dos 22 anos de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS). Entre os desafios para os próximos vinte anos está o de não reproduzir a “paralisia hiperativa”, ou seja, a pletora de demandas geradas pela priorização de interesses de cunho “paroquial e particularista” que, em detrimento dos temas nacionais, obstrui a capacidade de representação e vocalização de projetos necessária ao delineamento de rumos claros para a consolidação do SUS como expressão institucional da efetivação do direito à saúde.

Na Parte IV — Força de Trabalho em Saúde —, explora-se um conjunto de temas que envolvem a evolução do mercado de trabalho em saúde e desenvolvimento social, a formação e qualificação para o trabalho em saúde e profissões e regulação profissional.

Na Parte V — Estrutura do Financiamento e do Gasto Setorial —, três textos abordam os problemas e perspectivas do financiamento da Saúde no Brasil, bem como as estruturas do financiamento e do gasto setorial, o papel do financiamento público e privado na prestação dos serviços de saúde, suas repercussões sobre a oferta de serviços e os modos de pagamento e compra de serviços. No capítulo sobre “Estruturas do financiamento e do gasto setorial” analisam-se a evolução do financiamento e gasto do SUS, nos últimos anos, mais precisamente a partir de 2000; perspectivas para o financiamento do sistema e a viabilidade de que os três níveis de governo mantenham ou ampliem a alocação de recursos para a Saúde (volume) e sua participação na riqueza nacional (participação no PIB). No capítulo “A composição público-privada no financiamento de unidades assistenciais: repercussões sobre a oferta de serviços”, procura-se investigar o modo como os arranjos públicos e privados afetam a oferta de serviços de saúde, interferindo na sustentabilidade do setor e refletindo, ainda, sobre a formulação de políticas de investimento e de melhorias do SUS, bem como sobre as perspectivas de regulação das relações entre os diferentes segmentos que compõem o setor Saúde. No capítulo “Sistemas de alocação de recursos a prestadores de sistemas de saúde”, é apresentado um histórico das modalidades de pagamento de serviços predominantes no país e suas implicações para as decisões de investimento, incorporação de tecnologia e qualidade da assistência à saúde. A sistematização das formas de remuneração dos prestadores de serviços em vigor na experiência internacional, abordando-se tanto os sistemas tradicionais como sistemas

mistos e experiências mais recentes, permite discutir a aplicabilidade dessas experiências ao sistema brasileiro.

Finalmente, a Parte VI — Desenvolvimento Produtivo e Complexo da Saúde — abrange a dinâmica de inovação e perspectiva do Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS) para a sustentabilidade estrutural do sistema de saúde; o subsistema de base química e biotecnológica; o subsistema de base mecânica, eletrônica e de materiais; o subsistema de serviços em saúde e a infraestrutura científica e tecnológica para apoio ao CEIS.

No capítulo “A dinâmica de inovação e perspectiva do CEIS para a sustentabilidade estrutural do sistema de saúde” são caracterizados o CEIS, sua dinâmica de inovação e sua relação com a proposta de modelo de desenvolvimento para o período. Em “Subsistema de base química e biotecnológica” e “Subsistema de base mecânica, eletrônica e de materiais” são apresentados um panorama global; diagnóstico dos principais elementos do subsistema mundial (os padrões de concorrência, dinâmica de inovação, de investimento, nível de concentração, agentes empresariais, entre outros); panorama nacional e diagnóstico dos principais elementos do macroambiente político-institucional (relação entre saúde e desenvolvimento, institucionalização da política, marco regulatório, programas de financiamento, subvenção econômica). E as perspectivas para 2030, com análise da estrutura produtiva, gargalos, concentração, agentes empresariais, dinâmica de inovação, arcabouço regulatório, tendências. O capítulo “Subsistema de serviços em saúde” segue a mesma estruturação (panorama global e nacional), apresentando como perspectivas futuras uma análise do sistema de saúde no Brasil, regionalização, composição de financiamento, infraestrutura de serviços, gargalos, agentes empresariais, dinâmica de inovação, arcabouço regulatório e tendências. No capítulo “Infraestrutura científica e tecnológica para apoio ao CEIS” discorre-se sobre o investimento de Pesquisa e Desenvolvimento em saúde no Brasil, a identificação e composição dos agentes, a produção científica, os ensaios pré-clínicos, clínicos e gargalos; e indicam-se as potencialidades e debilidades da infraestrutura científico-tecnológica que impactam o CEIS, a interação entre a academia e o setor produtivo, o marco regulatório e a ambientação para geração de inovação.

No segundo bloco, CENÁRIOS PROSPECTIVOS, apresenta-se sucinta exploração de cenários futuros para cada um dos temas abordados, precedidos por um marco geral para o seu desenho.

José Carvalho de Noronha

Siglas

ABDI — Agência Brasileira de Desenvolvimento Industrial

Abimo — Associação Brasileira da Indústria de Artigos e Equipamentos Médicos, Odontológicos, Hospitalares e de Laboratórios

ADCT — Ato das Disposições Constitucionais Transitórias

Aids — Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

AIH — Autorização de Internação Hospitalar

Alba — Alternativa Bolivariana para as Américas

Alca — Área de Livre Comércio das Américas

ANS — Agência Nacional de Saúde Suplementar

Anvisa — Agência Nacional de Vigilância Sanitária

ASPS — Ações e Serviços Públicos de Saúde

BID — Banco Interamericano de Desenvolvimento

BNDES — Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social

BPL — Boas Práticas de Laboratório

Brics — Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul

C&T — Ciência e Tecnologia

CDC — Centers for Disease Control and Prevention

CDES — Conselho de Desenvolvimento Econômico e Social

CEIS — Complexo Econômico-Industrial da Saúde

CIB — Comissão Intergestores Bipartite

Cide — Contribuição de Intervenção no Domínio Econômico

Cievs — Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde

CIT — Comissão Intergestores Tripartite

CNPq — Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

CNS — Conselho Nacional de Saúde

Compom — Comitê de Política Monetária

Conasems — Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

Conass — Conselho Nacional dos Secretários de Saúde

Cosems — Conselho de Secretários Municipais de Saúde

CPLP — Comunidade de Países de Língua Portuguesa

CPMF — Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira

CSS — Conta-Satélite de Saúde

CSS — Contribuição Social para a Saúde

DCNT — Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DCV — Doença Cardiovascular

DF — Distrito Federal

DNA — Ácido Desoxiribonucleico

DPOC — Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

DRU — Desvinculação das Receitas da União

DST — Doenças Sexualmente Transmissíveis

DTA — Doenças Transmitidas por Alimentos

EC — Emenda Constitucional

Embrapa — Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária	HIV — Vírus da Imunodeficiência Humana	Noas — Norma Operacional de Assistência à Saúde em 2001
EOB — Excedente Operacional Bruto	HPV — Vírus do Papiloma Humano	NOB — Norma Operacional Básica
Episus — Programa de Epidemiologia Aplicada aos Serviços de Sistema Único de Saúde	IBGE — Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística	NPM — New Public Management
ESF — Estratégia Saúde da Família	ICMS — Imposto sobre Operações relativas à Circulação de Mercadorias e sobre Prestações de Serviços de Transporte Interestadual e Intermunicipal e de Comunicação	OCDE — Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
Espin — Emergências de Saúde Pública de Importância Nacional	Inamps — Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social	ODM — Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
EUA — Estados Unidos da América	Inca — Instituto Nacional do Câncer	OMC — Organização Mundial do Comércio
FAO — Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação	INCL — Instituto Nacional de Cardiologia	OMS — Organização Mundial da Saúde
FAP — Fundação de Amparo à Pesquisa	INCT — Institutos Nacionais de Ciência e Tecnologia	ONG — Organização Não Governamental
FAT — Fundo de Amparo ao Trabalhador	Ipea — Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada	ONU — Organização das Nações Unidas
FBCF — Formação Bruta de Capital Fixo	IPI — Imposto sobre Produtos Industrializados	OSS — Orçamento da Seguridade Social
Finep — Financiadora de Estudos e Projetos	IPMF — Imposto Provisório sobre Movimentação Financeira	P&D — Pesquisa e Desenvolvimento
Fiocruz — Fundação Oswaldo Cruz	IRPF — Imposto de Renda de Pessoa Física	PAC — Programa de Aceleração do Crescimento
FMI — Fundo Monetário Internacional	IRPJ — Imposto de Renda de Pessoa Jurídica	Paeg — Plano de Ação Econômica do Governo
FNDCT — Fundo Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico	LDO — Lei de Diretrizes Orçamentárias	PDP — Política de Desenvolvimento Produtivo
FNO — Febre do Nilo Ocidental	LFT — Letras Financeiras do Tesouro Nacional	PEA — População Economicamente Ativa
FPM — Fundo de Participação dos Municípios	MCT — Ministério da Ciência e Tecnologia	PEC — Proposta de Emenda à Constituição
FSE — Fundo Social de Emergência	Mercosul — Mercado Comum do Sul	Pepfar — President's Emergency Plan for Aids Relief
Hemobrás — Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia	MS — Ministério da Saúde	PIA — População em Idade Ativa
		PIB — Produto Interno Bruto
		PITCE — Política Industrial, Tecnológica e de Comércio Exterior

Pnad — Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios	SADT — Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico	SRAG-CoV — Síndrome Respiratória Aguda Grave pelo Coronavírus
PNB — Produto Nacional Bruto	SAE — Secretaria de Planejamento Estratégico	SRF — Secretaria da Receita Federal
PND — Plano Nacional de Desenvolvimento	Safe — Surgery, Antibiotics, Facial Cleanliness, Environmental Improvement	SUS — Sistema Único de Saúde
POF — Pesquisa de Orçamentos Familiares	SIA — Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde	TIC — Tecnologias de Informação e Comunicação
PPA — Plano Plurianual	SIH — Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde	TMI — Taxa de Mortalidade Infantil
PPP — Parceria Público-Privada	Selic — Sistema Especial de Liquidação e de Custódia	Trips — Trade-Related Aspects of Intellectual Property Right
Rais — Relação Anual de Informações Sociais	Senai — Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial	Tunep — Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos
RCB — Receita Corrente Bruta	SIH — Sistema de Informações Hospitalares	Unasul — União de Nações Sul-Americanas
RCL — Receita Corrente Líquida	Siops — Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde	Unicef — Fundo das Nações Unidas para a Infância
Rename — Relação Nacional de Medicamentos Essenciais	SM — Salário Mínimo	UTI — Unidade de Terapia Intensiva
Renases — Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde		VAB — Valor Adicionado Bruto
RMI — Regime de Metas de Inflação		
RSI — Regulamento Sanitário Internacional		

**DIRETRIZES PARA A PROSPECÇÃO ESTRATÉGICA DO
SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO PARA 2030**

I

Desenvolvimento, Estado e Políticas de Saúde

DESENVOLVIMENTO COMO EIXO E OS EIXOS PARA O DESENVOLVIMENTO

Contextualizando o Debate em Curso¹

Em tempos como os que estamos vivendo, de largo predomínio das ideias de uma mundialização sem fronteiras da economia (sobretudo a financeira) e de crescente questionamento em relação à operatividade (em termos da efetividade e eficácia) dos sistemas democráticos de representação, torna-se crucial voltar a discutir o tema da *natureza, alcances e limites do Estado, do planejamento e das políticas públicas* no capitalismo brasileiro contemporâneo.

Esse tema se torna particularmente relevante agora, uma vez passada a avalanche neoliberal das décadas de 1980 e 1990 e suas crenças em torno de uma concepção minimalista de Estado. Diante do malogro do projeto macroeconômico neoliberal (baixas e instáveis taxas de crescimento) e suas consequências negativas nos planos social e político (aumento das desigualdades e da pobreza, e o enfraquecimento dos mecanismos democráticos), evidencia-se já na primeira década do novo século certa mudança de opinião a respeito das *novas* atribuições dos Estados nacionais.

O contexto atual de crescente insegurança internacional (terrorismos, fundamentalismos, guerras preventivas etc.) e de grande incerteza econômica no sentido keynesiano forte tem ensejado, nos círculos conservadores da mídia e da intelectualidade dominante, bem como nas agências supranacionais (Fundo Monetário Internacional, Banco Interamericano de Desenvolvimento, Banco Mundial, Organização Mundial do Comércio etc.), um discurso menos hostil às ações dos Estados nacionais nos seus respectivos espaços territoriais. Tal discurso se mostra favorável a maior controle sobre a segurança interna, mas também sobre seus sistemas econômicos e sociais. Embora a ênfase das

1 Esta introdução é uma versão ligeiramente modificada da Introdução escrita para o livro **Desafios ao desenvolvimento brasileiro**: contribuições do Conselho de Orientação do Ipea, organizado por J. Celso Cardoso Jr., Ipea, 2009.

políticas domésticas ainda esteja na harmonização e homogeneização das estruturas de produção e distribuição, nos controles orçamentários e na inflação, começa a haver certo espaço para ações mais abrangentes e ativas dos Estados visando tanto à recuperação do crescimento econômico como ao combate à degradação das condições de vida. Tais ações dizem respeito à viabilidade e sustentabilidade dos sistemas ambientais, de produção e de proteção social em geral.

Essas questões recolocam — necessariamente — o tema do Estado no centro da discussão sobre os rumos do desenvolvimento, em sua dupla perspectiva, global-nacional. Por mais que as economias nacionais estejam internacionalizadas em termos das possibilidades de valorização dos capitais individuais e do crescimento nacional ou regional agregado, parece evidente, hoje, que ainda restam dimensões consideráveis da vida social sob custódia das políticas nacionais, o que afiança a ideia de que os Estados nacionais são ainda os principais responsáveis pela regulação da vida social, econômica e política em seus espaços fronteiriços. O tempo das crenças ingênuas em favor das teses ligadas à irrelevância da atuação estatal em geral parece estar chegando ao fim.

Com isso, recupera-se nas agendas nacionais a visão de que o Estado é parte constituinte (em outras palavras: não exógeno) do sistema social e econômico das nações, sendo — *em contextos históricos tais como o do Brasil* — particularmente decisivo na formulação e condução de estratégias virtuosas de desenvolvimento. Desenvolvimento, por sua vez, entendido em inúmeras e complexas dimensões, todas elas socialmente determinadas, portanto mutáveis com o tempo, os costumes e as necessidades dos povos e regiões do planeta.

Ademais, o desenvolvimento de que aqui se fala tampouco é fruto de mecanismos automáticos ou determinísticos, de modo que, na ausência de indução minimamente coordenada e planejada (e reconhecidamente não totalizante), muito dificilmente um país conseguirá combinar — satisfatória e simultaneamente — aquelas inúmeras e complexas dimensões do desenvolvimento. Mas que dimensões são essas?

Ao longo do processo de planejamento estratégico, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) identificou sete grandes dimensões ou eixos estruturantes para o desenvolvimento brasileiro: 1) inserção internacional soberana; 2) macroeconomia para o pleno emprego; 3) infraestrutura econômica, social e urbana; 4) estrutura tecnoprodutiva avançada e regionalmente articulada; 5) sustentabilidade ambiental; 6) proteção social, garantia de direitos e geração de oportunidades; 7) fortalecimento do Estado, das instituições e da democracia.

Embora não esgotem o conjunto de atributos desejáveis de um ideal amplo de desenvolvimento para o país, essas dimensões certamente cobrem uma parte bastante grande do espectro que seria necessário para garantir níveis simultâneos e satisfatórios de sobera-

nia externa, inclusão social pelo trabalho qualificado e qualificante, produtividade sistêmica elevada e regionalmente bem distribuída, sustentabilidade ambiental e humana, equidade social e democracia civil e política ampla e qualificada.

Mas somente se essa vontade for coletivamente organizada é que haverá alguma chance de sucesso. Daí a importância estratégica do Estado para induzir ou catalisar essa vontade em âmbito nacional. Não há por que esperar que algo desse tipo e dessa dimensão seja obtido por obra das circunstâncias. É bastante improvável que o simples realizar-se de vidas atomizadas consiga produzir, em nível coletivo, os atributos acima mencionados de forma simultânea e satisfatória para a garantia de condições de vida e de reprodução social justas e equilibradas.

Por outro lado, o Estado pode muito, mas não pode tudo. Ele não é — como muitas vezes se supôs em teorias — um ente externo e coercitivo aos movimentos da sociedade e da economia, dotado de racionalidade única, instrumentos suficientes e capacidade plena de operação. É, sim, parte integrante e constituinte da própria sociedade e da economia, que precisa se relacionar com outros agentes nacionais e internacionais para construir ambientes favoráveis à implementação de suas ações.²

É, então, diante da constatação acima enunciada que se parte para a recuperação analítica de alguns pontos importantes para o debate atual sobre o Estado e o desenvolvimento brasileiros. A fragmentação dos interesses articulados em torno do Estado e a frouxidão das instituições burocráticas e processuais em termos da canalização e resolução dos conflitos limitam a autonomia efetiva das decisões estatais cruciais e fazem com que o Estado seja ao mesmo tempo o locus de condensação e processamento das disputas por recursos estratégicos (financeiros, logísticos, humanos etc.) e o agente decisório último por meio do qual, de fato, se materializam ou se viabilizam os projetos políticos dos grupos dominantes vencedores.

No texto que se segue levantam-se questões e apontam-se perspectivas que permitam proporcionar as condições necessárias para a retomada do debate sobre o papel que o Estado, o planejamento público governamental e as políticas públicas de corte federal devem e podem ocupar no cenário atual, como indutoras do desenvolvimento nacional.

2 Um detalhamento mais teórico dessa discussão pode ser visto em **Estado e economia no capitalismo**, de Adam Przeworski (1995), ou no artigo “Autonomia versus interesses: considerações sobre a natureza do Estado capitalista e suas possibilidades de ação”, de J. Celso Cardoso Jr. (2006).

Desenvolvimento: requalificando e ressignificando o conceito e o debate no Brasil³

Quais são, hoje, os qualificativos mais pertinentes à ideia de desenvolvimento, dos quais se possa fazer uso corrente para avançar na construção de um entendimento comum desse conceito?

Desde o fim da Segunda Guerra Mundial até aproximadamente o começo dos anos 1970, “desenvolvimento” se confundia com o conceito “crescimento econômico”, pois era entendido, fundamentalmente, como o processo pelo qual o sistema econômico criava e incorporava progresso técnico e ganhos de produtividade no nível, sobretudo, das firmas.

Entretanto, com a constatação de que projetos de industrialização, por si sós, haviam sido insuficientes para engendrar processos socialmente includentes, capazes de eliminar a pobreza estrutural e combater as desigualdades, foi-se buscando — teórica e politicamente — diferenciações entre crescimento e desenvolvimento, e ao mesmo tempo a incorporação de qualificativos que pudessem dar conta das ausências ou lacunas para o conceito. No Brasil, um exemplo sintomático desse movimento foi a inclusão do “S” na sigla do BNDE, que passou então a se chamar Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social, em 1982, mais de três décadas após a sua fundação.

Esse estratagema amenizava, mas não resolvia totalmente o problema. Estavam ainda de fora do conceito de desenvolvimento outros qualificativos importantes, que desde aquela época já cobravam passagem pelos crivos teóricos e políticos pertinentes. O mais patente desses qualificativos de então, no contexto brasileiro da década de 1970, referia-se à questão democrática: seria possível chamar de desenvolvimento um processo de crescimento econômico sem democracia, ainda que matizada, à época, tão somente pelos seus próprios qualificativos “democracia civil” e “democracia política”?

A incorporação de direitos civis e políticos, num contexto de crescimento com autoritarismo, passava a ser uma demanda social e um desafio político imensos para melhor qualificar o sentido do desenvolvimento brasileiro na década de 1970. Mesmo isso, no entanto, não resolvia totalmente a questão, e veio, então, com todo vigor, no bojo do processo de redemocratização do país nos anos de 1980, um momento dos mais importantes para a história republicana e civilizatória brasileira: o movimento de conquista e constitucionalização de direitos sociais, como condição para melhor qualificar tanto

3 O restante deste texto é uma versão modificada da Introdução escrita para o livro **Brasil em desenvolvimento**: Estado, planejamento e políticas públicas, produção institucional do Ipea (2009) coordenada nesse ano por J. Celso Cardoso Jr.

a incipiente democracia nacional como o próprio sentido do desenvolvimento aqui praticado.

No entanto, a dimensão social da democracia e do desenvolvimento não está, ainda hoje, definitivamente inscrita no imaginário público brasileiro, sendo, portanto, um ponto de embate teórico e político ainda muito vivo no Brasil, talvez o motivo pelo qual ainda se tem, na estrutura organizacional de diversos níveis e áreas de governo (e mesmo em organizações privadas), o “social” como qualificativo explícito de reivindicação.

Além do “social”, outras dimensões igualmente relevantes de qualificação do desenvolvimento estão já há algum tempo cobrando seus espaços no significado implícito do desenvolvimento, para uma inteligibilidade coletiva mais homogênea do conceito. Tratando-se, bem entendido, de um processo histórico e social mutável e condicionado, não é o caso, aqui, de pretender exaurir os inúmeros qualificativos que poderiam ainda ser alinhavados para conferir um entendimento totalizante ao conceito de desenvolvimento.

Por outro lado, é, sim, possível e necessário elencar algumas outras dimensões a compor, hoje no Brasil, o espectro de qualificativos indispensáveis para uma compreensão contemporânea, civilizada e civilizante do desenvolvimento. Estão todas elas ainda no plano das reivindicações teóricas, num estágio de maturação política ainda bastante incipiente, e muito distantes também do imaginário coletivo. Mas já se avizinham e frequentam os debates públicos e já interessam à classe política, aos governantes e aos cidadãos comuns.

Nem todas são questões exatamente novas, mas todas são igualmente urgentes. Sem pretender esgotá-las ou hierarquizá-las, é possível, no entanto, identificar algumas das mais relevantes.

Espaços de Soberania

Em primeiro lugar, num contexto de crescente internacionalização dos fluxos de bens, serviços, pessoas, símbolos e ideias pelo mundo, está posta para as nações a questão dos espaços possíveis e adequados de soberania (econômica, política, militar, cultural etc.) em suas respectivas inserções e relações externas. Este tema é especialmente caro a qualquer projeto de desenvolvimento que se pretenda ou se vislumbre para o Brasil, devido, entre outras coisas, a suas dimensões territorial e populacional, suas riquezas naturais estratégicas, sua posição geopolítica e econômica na América Latina e suas pretensões recentes em âmbito global.

Esta importante dimensão de análise está, portanto, ordenada sob o entendimento analítico de que o movimento das forças de mercado, por si só, não é capaz de levar economias

capitalistas a situações socialmente ótimas de emprego, geração e distribuição de renda. Ademais, em economias em desenvolvimento, como a brasileira, emergem problemas tais como altos patamares de desemprego e de precarização do trabalho, heterogeneidade estrutural, degradação ambiental, inflação e vulnerabilidade externa.

Daí que o pleno emprego dos fatores produtivos (como a terra, o capital, o trabalho e o conhecimento) se converte em interesse e objetivo coletivos, apenas possível por um manejo de políticas públicas que articule virtuosamente os diversos atores sociais em torno de projetos de desenvolvimento incluídos, sustentáveis e soberanos.

Nessa perspectiva, uma nação, para entrar em rota sustentada de desenvolvimento, deve necessariamente dispor de autonomia elevada para decidir acerca de suas políticas internas e também daquelas que envolvem o relacionamento com outros países e povos do mundo. Para tanto, deve buscar independência e mobilidade econômica, financeira, política e cultural; ser capaz de fazer e refazer trajetórias, visando a reverter processos antigos de inserção subordinada, para assim desenhar sua própria história.

Infraestrutura Produtiva e Tecnológica Regionalmente Articulada e Integrada

Em segundo lugar, no plano estritamente interno, outras questões igualmente relevantes se manifestam. Os temas que sempre estiveram no centro das discussões sobre o crescimento econômico ganham novos enfoques, demandando que sejam atualizados em seus próprios termos e diante das demais dimensões cruciais do desenvolvimento. Está se falando dos aspectos propriamente (micro)econômicos do crescimento, ligados às esferas da produção (primária, secundária e terciária), da inovação e da competitividade sistêmica e dinâmica das firmas e do próprio país.

Claramente, não se trata mais de priorizar — diante de outras dimensões igualmente relevantes do desenvolvimento — estratégias ou políticas que representem ganhos de produtividade com vistas apenas (ou primordialmente) à apropriação e acumulação empresarial (seja de controle privado ou estatal, seja ao nível individual ou setorial das firmas). Ao contrário, já se compreende — mais teórica que politicamente, é bem verdade — que ganhos sistêmicos e dinâmicos de produtividade só podem ser obtidos (e só fazem sentido nesta nova conceituação de desenvolvimento que se busca construir) se as respectivas políticas ou estratégias de produção, inovação e competitividade estiverem concebidas e relacionadas à satisfação também das condições postas por outras dimensões: a soberania externa; a coerência macroeconômica; a regulação pública (no sentido de estatal, institucional e democrática); a sustentabilidade ambiental, a convergência regio-

nal, o equilíbrio campo-cidade; a inclusão e sustentação humana e social, dentre outras dimensões e qualificativos a se explicitarem.

Em outras palavras, as atividades de ciência, tecnologia e inovação, territorialmente articuladas, são concebidas como fundamentais para a redução das desigualdades e para o próprio desenvolvimento nacional. Reforça-se a ideia de que as políticas de desenvolvimento produtivo e tecnológico precisam ser econômica, social e ambientalmente sustentáveis, além de aderentes às diferentes realidades regionais do país. É necessário que a agenda pública priorize políticas de fomento, incentivo e regulação em favor da articulação de atores e regiões.

Dessa maneira, a compreensão de que políticas e estratégias para a estruturação de um Sistema Nacional de Inovação devem ser regionalmente articuladas e integradas faz com que temáticas ligadas à territorialização e regionalização do desenvolvimento adquiram centralidade na agenda pública. Por isso, essa dimensão do desenvolvimento abrange a estrutura produtiva e tecnológica, a inovação e a competitividade como condicionantes de trajetórias de desenvolvimento que enfrentem as desigualdades regionais existentes no país.

Sustentabilidade Ambiental no Território e na Região

Em terceiro lugar, portanto, está a compreensão de que temáticas ligadas à territorialização e regionalização do desenvolvimento tenham maior centralidade na agenda produtiva. Aqui é abordada gama ampla de velhas e novas questões que se fazem repercutir sobre as perspectivas do desenvolvimento nacional hoje, diante dos riscos crescentes ligados à fragmentação regional brasileira, com suas implicações diretas e indiretas sobre os espaços urbanos e sobre a sustentabilidade ambiental.

A redução de desigualdades entre os diferentes espaços territoriais do país, de um lado, e a configuração minimamente planejada das cidades e de sua infraestrutura social, com complementaridade entre habitação, saneamento e transporte público, de outro, são algumas das questões discutidas. A elas se agregam os temas da redução dos impactos ambientalmente degradantes da atividade econômica e da regulação do avanço sobre o território em busca de suas riquezas, os quais se apresentam como igualmente desafiantes para o país.

Dito de outro modo, algumas das questões diretamente relacionadas às dimensões regional, urbana e ambiental são abordadas com base em ideias segundo as quais a redução de desigualdades espaciais, a complementação, em espaços urbanos, dos componentes

sociais da infraestrutura (habitação, saneamento e transporte público) e a concomitante redução de impactos ambientais em diversas ordens são imperativos categóricos do desenvolvimento.

Adicionalmente, a adequação e a logística de base da infraestrutura propriamente econômica são outra dimensão fundamental do desenvolvimento, mas que precisa estar permeada e orientada pelas dimensões do regional, do urbano e do ambiental, acima enunciadas. Assim, ganham destaque: a discussão sobre atualização da matriz energética brasileira, com ênfase em fontes renováveis e segurança energética; e a discussão sobre revisão, expansão e integração adequadas das infraestruturas de telecomunicações e de transportes, considerada esta última em todos os modais pertinentes ao Brasil. O desenvolvimento nacional depende, portanto, também de infraestrutura econômica, social e urbana — tudo em perspectiva conectada — e de arranjos institucionais capazes de satisfazer e compatibilizar, em conjunto, os reclamos por crescimento econômico, equidade social e sustentabilidade ambiental.

Não é por outra razão, então, que sustentabilidade ambiental é aqui afirmada como dimensão transversal inseparável das demais (social e econômica), devendo os ativos ambientais ser preservados, geridos e recuperados de forma harmônica e complementar àquelas. As políticas públicas devem dispensar especial atenção à criação de oportunidades para populações tradicionais e grupos socioambientalmente mais vulneráveis.

O acesso à água potável e a condições sanitárias adequadas são ativos fundamentais na concepção de desenvolvimento que já se faz imperativa entre os povos do mundo. A conservação das bacias hidrográficas, portanto, deve ser compatibilizada com as atividades econômicas em geral e com os processos em curso de urbanização no mundo.

A gestão dos biomas, da biodiversidade e da biotecnologia brasileira representa aspecto econômico e político essencial ao desenvolvimento do país, motivo pelo qual este deve ser pensado considerando-se uma realidade de recursos naturais exauríveis.

As mudanças climáticas e o fenômeno do aquecimento global devem receber atenção especial e tratamento prospectivo para que se conheçam seus efeitos sobre os biomas e sobre a própria humanidade, e para que se formulem políticas preventivas em tempo hábil. Um novo modelo de desenvolvimento, enfim, deve incorporar inovações sociais, institucionais e tecnológicas que conduzam ao uso estratégico e sustentável desses ativos, traduzido no aumento da eficiência produtiva, no reaproveitamento de rejeitos e no estabelecimento de padrões de produção e consumo que respeitem as capacidades do ambiente.

Garantia de Direitos, Novas Fricções e Interações Democráticas

Finalmente, há uma quarta questão de extrema relevância na discussão sobre o desenvolvimento: garantir direitos, promover a proteção social e gerar oportunidades de inclusão são não apenas objetivos plausíveis, mas também condições necessárias a qualquer projeto nacional. Visto esse movimento em perspectiva histórica, percebe-se que a civilização ocidental constituiu um conjunto de parâmetros fundamentais de convívio e sociabilidade em torno dos quais passaram a se organizar certos direitos civis, políticos e sociais, balizadores da condição humana moderna. Condensados na ideia forte de cidadania, o acesso a esse conjunto de direitos passa a operar como critério de demarcação para a inclusão ou exclusão populacional em cada país ou região, portanto, como critério adicional de demarcação para se aferir o grau de desenvolvimento nacional em cada caso concreto.

Esses temas são, por sua vez, aqui incorporados segundo a compreensão do Estado como ator estratégico fundamental em qualquer processo que se queira de desenvolvimento, pois é esse ente, em última instância, o responsável por garantir a segurança interna, por ordenar o uso sustentável do território, por regular, enfim, a atividade econômica e promover políticas públicas.

Entende-se que, por mais que as economias e alguns processos sociopolíticos estejam internacionalizados, importantes dimensões da vida social permanecem sob custódia das políticas nacionais, aprofundando a ideia de que o Estado é ainda a principal referência em termos de regulação de diversas dinâmicas sociais que se desenrolam em seu espaço territorial. Em suma, cidadania, inclusão e proteção social são elementos constitutivos cruciais para estratégias e trajetórias de desenvolvimento com maior equidade. A expansão e a consolidação dos direitos civis, políticos e sociais, reunidos sob a ideia de cidadania, devem, portanto, orientar o planejamento, a implementação e a avaliação das políticas públicas em geral. Esse processo requer participação e engajamento do poder público, em todas as suas esferas e dimensões, bem como da sociedade civil e dos setores produtivos.

Isso tudo posto, percebe-se, portanto, que as dimensões de análise acima apresentadas como qualificativos hoje inescapáveis da moderna concepção de desenvolvimento visam a conferir um sentido agregado ao esforço institucional.

Estado e Planejamento Governamental

Esse sentido agregado de que se fala é um processo em construção, necessariamente contínuo, cumulativo e coletivo. O esforço de reflexão aqui realizado visa, portanto, a

institucionalizar e sistematizar uma prática de acompanhamento, análise, avaliação e prospecção das diversas políticas, programas e ações governamentais de âmbito, sobretudo, federal. Com isso pretende-se obter, ao longo dos anos, capacitação técnica e visão institucional abrangente e aprofundada acerca dos problemas nacionais e da capacidade das políticas públicas para enfrentá-los adequadamente. Adicionalmente, espera-se, como resultado dessa estratégia institucional, um incremento analítico gradual no que se refere a uma compreensão coletiva teoricamente mais inter-relacional dos diversos temas e assuntos em pauta, como também metodologicamente mais transdisciplinar em termos de técnicas e alternativas de pesquisa.

E, embora o objetivo declarado seja — como explorado até aqui — identificar e construir, teórica e politicamente, os qualificativos do desenvolvimento de forma que deles se possa fazer uso corrente para melhor caracterizar e simbolizar um entendimento coletivo comum do termo e do conceito, sabe-se que essa tarefa passa, necessariamente, pelo estudo do Estado, do planejamento e das políticas públicas, como instâncias inescapáveis de mediação entre os qualificativos até aqui sugeridos para uma nova compreensão de desenvolvimento, e o próprio desenvolvimento como projeto político em construção.

Realizar esse esforço de maneira ordenada e sistemática é, portanto, algo que visa a gerar acúmulo de conhecimento e massa crítica qualificada para um debate público bastante caro e cada vez mais urgente às diversas instâncias e níveis de governo no Brasil no sentido de responder a questões do seguinte tipo:

- Em que consiste a prática de planejamento governamental hoje e que características e funções deveria possuir, diante da complexidade dos problemas, das demandas e necessidades da sociedade?
- Quais as possibilidades de redesenho e revalorização da função planejamento governamental hoje?
- Quais as características (as existentes e as desejáveis) e quais as possibilidades (as existentes e as desejáveis) das instituições de governo e de Estado pensadas ou formatadas para a atividade de planejamento público?
- Quais os instrumentais e técnicas existentes (e quiçá aqueles necessários ou desejáveis) para as atividades de planejamento governamental condizentes com a complexidade dos problemas, das demandas e necessidades da sociedade?
- Que balanço se pode fazer das políticas públicas nacionais mais importantes em operação no país hoje?
- Que diretrizes se pode oferecer para o redesenho (quando for o caso) dessas políticas públicas federais, nesta era de reconstrução dos Estados nacionais, e como implementá-las?

Planejamento: requalificando e ressignificando o conceito e o debate no Brasil

A atividade de planejamento governamental hoje não deve ser desempenhada como outrora, de forma centralizada e com viés essencialmente normativo. Em primeiro lugar, há a evidente questão de que, em contextos democráticos, o planejamento não pode ser nem concebido nem executado de forma externa e coercitiva aos diversos interesses, atores e arenas sociopolíticas em disputa no cotidiano. Não há, como talvez tenha havido no passado, um “cumpra-se” que se realiza automaticamente de cima para baixo pelas cadeias hierárquicas do Estado, até chegar aos espaços da sociedade e da economia.

Em segundo lugar, com a multiplicação e complexificação das questões em pauta nas sociedades contemporâneas hoje, ao mesmo tempo que com a aparente sofisticação e tecnificação dos métodos e procedimentos de análise, houve uma tendência geral, também observada no Brasil, sobretudo após a Constituição de 1988, a pulverizar e a reduzir, por meio de processos não lineares nem necessariamente equilibrados de institucionalização de funções típicas e estratégicas ao nível do Estado, o raio de discricionariedade (ou de gestão política) da ação estatal, portanto, de planejamento no sentido forte do termo, de algo que precede e condiciona a ação.

Em outras palavras, pode-se dizer que, no Brasil, ao longo das duas últimas décadas, em paralelo à decadência da função planejamento governamental em geral, num ambiente ideologicamente hostil à presença e atuação do Estado, esta função pública foi adquirindo feições muito diferentes daquelas com as quais, no passado, costumava geralmente se identificar.

Hoje, na estrutura e forma de funcionamento, a função planejamento governamental operante no país está, em grande medida, esvaziada de conteúdo político, robustecida de ingredientes técnico-operacionais e de controle e comando físico-financeiros de ações difusas, diluídas pelos diversos níveis e instâncias de governo, cujo sentido de conjunto e movimento, se houver, mesmo setorialmente considerado, não é nem fácil nem rápido de identificar.

Então, se as impressões gerais, logo acima apontadas, sobre a natureza e algumas características gerais do planejamento governamental hoje estiverem corretas, ganha sentido teoricamente diferenciado e politicamente importante uma busca orientada a dar resposta às questões aqui suscitadas. Afinal, se planejamento governamental e políticas públicas são instâncias lógicas de mediação prática entre Estado e desenvolvimento, então não é assunto menor ressignificar e requalificar — tal como sugerido acima para a

própria categoria “desenvolvimento” — os próprios termos pelos quais, atualmente, deve ser redefinido o conceito de planejamento público governamental.

Tal como no caso da categoria desenvolvimento, também aqui é preciso um esforço teórico e político de grande fôlego para ressignificar e requalificar o sentido de inteligibilidade comum ao termo/conceito de planejamento.

E tal como no caso da categoria desenvolvimento, também aqui não se pode fazer isso sem um trabalho cotidiano de pesquisa, investigação e experimentação; portanto, sem as perspectivas de continuidade e de cumulatividade por meio das quais, ao longo do tempo, se consiga ir dando novo sentido — teórico e político — a ambos os conceitos.

Ao se caminhar nessa direção, espera-se obter maior maturidade e profundidade para ideias ainda hoje não muito claras, nem teórica nem politicamente, para a tarefa de redefinição e ressignificação do planejamento público governamental. Dentre tais ideias, quatro binômios aparecem com força no bojo desta discussão.

Em primeiro lugar, o binômio “planejamento — engajamento”, isto é, a ideia de que, hoje, qualquer iniciativa ou atividade de planejamento governamental que se pretenda eficaz precisa aceitar (e mesmo contar com) certo nível de engajamento público dos atores diretamente envolvidos com a questão, sejam atores da burocracia estatal, políticos e acadêmicos, sejam os próprios beneficiários da ação que se pretende realizar. Em outras palavras, a atividade de planejamento deve prever uma dose não desprezível de horizontalismo em sua concepção, vale dizer, de participação direta e envolvimento prático de (sempre que possível) todos os atores pertencentes à arena em questão.

Em segundo lugar, o binômio “articulação — coordenação”, ou seja, a ideia de que grande parte das novas funções que qualquer atividade ou iniciativa de planejamento governamental deve assumir está ligada, de um lado, a um esforço grande e muito complexo de articulação institucional e, de outro lado, a um esforço igualmente grande — mas possível — de coordenação geral das ações de planejamento. O trabalho de articulação institucional a que se refere é necessariamente complexo porque, em qualquer caso, deve envolver muitos atores, cada qual com seu pacote de interesses diversos, e cada qual com recursos diferenciados de poder, de modo que grande parte das chances de sucesso do planejamento governamental hoje depende, na verdade, da capacidade que políticos e gestores públicos tenham de realizar a contento esse esforço de articulação institucional em diversos níveis. Por sua vez, exige-se, em paralelo, um trabalho igualmente grande e complexo de coordenação geral das ações e iniciativas de planejamento, mas que, neste caso, embora não desprezível em termos de esforço e dedicação institucional, é algo que soa factível pelo Estado.

Em terceiro lugar, o binômio “*prospectivo — propositivo*”, vale dizer, a ideia de que, cada vez mais, ambas as dimensões aludidas — a prospecção e a proposição — devem compor o norte das atividades e iniciativas de planejamento público na atualidade. Trata-se, fundamentalmente, de dotar o planejamento de instrumentos e técnicas de apreensão e interpretação de cenários e de tendências, e ao mesmo tempo de teor propositivo para reorientar e redirecionar, quando pertinente, as políticas, programas e ações de governo.

Em quarto lugar, o binômio “*estratégias — trajetórias*”, que significa, claramente, dotar a função planejamento do poder de aglutinar propostas, diretrizes, projetos, enfim, estratégias de ação tais que anunciem, em seus conteúdos, as potencialidades implícitas e explícitas, vale dizer, as trajetórias possíveis e/ou desejáveis para a ação ordenada e planejada do Estado, em busca do desenvolvimento nacional.

O debate e o enfrentamento de todas as questões aqui enunciadas seguramente requerem a participação e o engajamento dos mais variados segmentos da sociedade brasileira, aí incluídos os setores produtivos e os movimentos organizados da sociedade civil. É fundamental, contudo, reconhecer que o Estado brasileiro desempenha um papel essencial e indelegável como forma institucional ativa no processo de desenvolvimento do país.

Em suma, o desenvolvimento que se busca passa a ser, então, um processo contínuo de aprendizagem e conquistas, cujas dimensões ou qualificativos se agregam — teórica e politicamente — tanto simultaneamente como em patamares equivalentes de importância estratégica, pois hoje, finalmente, sabe-se que ou é assim, ou não se está falando de desenvolvimento.

A SAÚDE NA POLÍTICA NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO

A seguridade social é um fator básico de cidadania, e a saúde, que a integra, é parte inerente e estratégica da dimensão social do desenvolvimento. O setor Saúde tem características, cada vez mais evidenciadas, que o colocam como área destacada de um projeto de desenvolvimento nacional em outras dimensões, além da social, como por exemplo: (i) a econômica e tecnológica, uma vez que alavanca mais de 8% do Produto Interno Bruto (PIB) brasileiro e articula a geração e difusão de tecnologias de futuro; (ii) a democrática, por ser um dos campos mais institucionalizados de participação social em sua gestão; e (iii) a territorial e regional, visto que a organização dos serviços de saúde no território condiciona o desenvolvimento regional (GADELHA e COSTA, 2011).

Assim, as relações entre saúde e desenvolvimento podem ser entendidas “como um processo dinâmico e virtuoso que combina, ao mesmo tempo, crescimento econômico, mudanças fundamentais na estrutura produtiva e melhora do padrão de vida da população” (VIANA e ELIAS, 2007, p. 1.766).

Destaca-se a importância social da saúde (com forte impacto sobre as condições de vida e bem-estar da população), que é um bem público, um direito social e elemento estruturante do Estado de Bem-Estar Social brasileiro, conforme determinado na Constituição de 1988, pela desmercantilização do acesso.

No que tange ao seu impacto no emprego, não somente as ocupações diretas em saúde cresceram 22% no período entre 2003 e 2007 — chegando a 4,2 milhões, enquanto as ocupações totais da economia cresceram 12% no mesmo período (IBGE, 2009) —, como também 10% do total de empregos qualificados estão ocupados pelo sistema produtivo do setor.

A saúde tem particular relevância para a geração de inovação, por ser um dos maiores focos de investimento de Pesquisa e Desenvolvimento (P&D) no mundo, em um contexto em que a inovação se configura como grande diferencial na capacidade competitiva nacional em ambiente globalizado (GUIMARÃES, 2006). Guimarães (2005) afirma que a saúde é responsável por um quarto do esforço nacional em pesquisa, o que a situa em

posição de liderança, no que tange ao investimento em P&D para a geração de conhecimento (GADELHA e COSTA, 2007; DRAIBE, 2007).

É, portanto, da conceituação mais ampla tanto de desenvolvimento (que pressupõe sua sustentabilidade e uma relação intrínseca entre as variáveis econômicas e sociais) quanto de saúde (observadas suas dimensões e impactos além daqueles tradicionais circunscritos ao setor social) e da análise dos setores que pautam a competitividade e desenvolvimento em um ambiente geopolítico marcado por um processo de globalização assimétrico e intenso que se parte para analisar o estágio evolutivo do reconhecimento macropolítico do caráter estratégico do Complexo da Saúde na agenda de desenvolvimento nacional.

No que diz respeito aos desdobramentos concretos da nova institucionalização do elo entre saúde e desenvolvimento, merece ênfase a retomada da política industrial para a área da saúde, expressa no estímulo à produção nacional de fármacos no Brasil. Para se alcançar esse objetivo, têm sido dados passos significativos em direção ao uso mais abrangente do poder de compra do Estado para o desenvolvimento tecnológico em saúde, por meio da criação de parcerias público-privadas entre empresas farmoquímicas nacionais e laboratórios oficiais que têm acesso ao mercado público.

Um exemplo da participação inédita de instituições da área econômica e de Ciência e Tecnologia (C&T) na priorização da produção e inovação em saúde é a criação, pelo Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) em articulação com a área da saúde, de um programa para a área farmacêutica em 2004 (Profarma I) e sua ampliação, três anos mais tarde, quando passou a incorporar o Complexo Industrial como um todo (Profarma II). Até julho de 2009 a carteira de investimento em saúde, incluindo as contrapartidas, era de R\$ 2,54 bilhões. Já no campo de C&T, os fundos de subvenção canalizaram para as empresas inovadoras em saúde o valor de R\$ 800 milhões em 2007 e 2008, de acordo com informações coletadas no Ministério da Ciência e Tecnologia.

Essas mudanças, em conjunto com o novo contexto de renascimento da política industrial para a área da saúde, tiveram forte impacto no aumento da participação do capital nacional na indústria farmacêutica, cujas empresas já atingem 45% do faturamento total, contra um patamar histórico não superior a 20% (AGUILAR, 2009; GARRIDO, 2009), embora esse processo corra o risco de reversão por falta de uma base endógena de inovação (GADELHA e COSTA, 2010).

Observa-se que apesar da retomada de uma política industrial e produtiva para a saúde em novas bases e do crescente reconhecimento do papel central da inovação neste setor, permanecem lacunas estruturais que limitam o alcance de seus resultados. Assim, a despeito de a área ter sua importância reconhecida, não se observam ainda condições políticas e institucionais reais para o enfrentamento de entraves estruturais, o que sugere que a saúde ainda não obteve, de fato, centralidade na política nacional de desenvolvimento.

Tal centralidade na agenda de desenvolvimento pauta também desafios que precisam ser ultrapassados, destacando-se entre eles a necessidade de superação de falsas polaridades no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

A primeira dessas falsas polaridades é a estabelecida entre a promoção e assistência e a base produtiva da saúde. O preconceito relativo ao segmento produtivo da saúde não altera o fato de que quanto melhor a qualidade e maior a expectativa de vida da população, mais se pressionará a demanda por produtos oriundos da base produtiva de inovação em saúde. Assim, é justamente uma política eficiente de prevenção e promoção que levará ao aumento da demanda do Complexo da Saúde, ou seja, do segmento que envolve interesses privados na prestação de serviços de saúde. Logo, não há dicotomia entre ações de prevenção e fomento à produção de insumos de saúde.

De forma análoga, os princípios do SUS, que ao incorporar pessoas e regiões antes excluídas do direito à saúde implicam a expansão da base de atenção, também levarão ao aumento da demanda dos produtos desse Complexo da Saúde. Assim, a segunda polarização a ser superada é a observada entre a incorporação tecnológica e a prestação de serviços de saúde (em seus diversos níveis de complexidade), pois tal incorporação pode justamente pautar um padrão de inovação compatível com o modelo de Bem-Estar brasileiro. Assim, a incorporação e a prestação de serviços de saúde são partes indissociáveis em um sistema que se pretenda universal e integral.

Por fim, a terceira falsa polaridade é aquela entre o Estado e o mercado. Uma vez que a base produtiva da saúde — essencial para o cumprimento dos preceitos constitucionais do SUS — se dá no âmbito do mercado, a discussão deve se voltar para a necessidade de que o desenvolvimento econômico seja guiado pelas necessidades sociais. Em outras palavras, o ponto central da discussão deve ser a busca de mecanismos para que o Estado e a sociedade pautem a dinâmica de mercado, e não por ele sejam pautados.

A complexidade da questão sugere que a superação das tensões inerentes ao confronto entre os interesses públicos e privados na saúde demanda uma atuação estruturada e coordenada por parte do Estado. A relação entre esses interesses tende a se manter desequilibrada se não houver a devida intervenção estatal. Esta se daria por meio da qualificação de seu aparato regulatório, da acentuação do uso de seu poder de compra, do aumento dos aportes financeiros e redefinição das fontes de financiamento do SUS, da adequação de seu modelo de gestão e do fortalecimento da institucionalização do Complexo da Saúde em todas as suas dimensões.

Os custos decorrentes de uma atuação não efetiva por parte do Estado não são sustentáveis ao longo do tempo, ameaçando a política de saúde e, conseqüentemente, o sistema de Bem-Estar Social brasileiro.

DETERMINANTES SOCIAIS, ECONÔMICOS E AMBIENTAIS DA SAÚDE¹

Convidados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), chefes de governo, ministros e representantes dos governos se reuniram em outubro de 2011, no Rio de Janeiro, para expressar sua determinação de promover a equidade social e em saúde por meio de ações sobre os determinantes sociais da saúde e do bem-estar, implementadas mediante uma ampla abordagem intersetorial. No documento “Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde” (OMS, 2011), as autoridades presentes:

- reafirmaram que a equidade em saúde é uma responsabilidade compartilhada e demanda o engajamento de todos os setores governamentais, de todos os segmentos da sociedade e de todos os membros da comunidade internacional em uma ação global de “todos pela equidade” e “saúde para todos”;
- sublinharam o valor essencial da equidade em saúde constante nos princípios e disposições contidos na Constituição da OMS assinada em 1946 e na Declaração de Alma Ata de 1978, e na série de conferências internacionais sobre promoção da saúde;
- reconheceram que “o gozo do mais alto nível de saúde que se possa atingir constitui um dos direitos fundamentais de todo ser humano, sem distinção de raça, religião, credo político e condição econômica ou social”;
- declararam que os governos têm uma responsabilidade pela saúde de seus povos, a qual só pode ser cumprida por meio da promoção de medidas sociais e sanitárias adequadas, e que os esforços nacionais precisam ser apoiados por um ambiente internacional favorável;
- reiteraram que as desigualdades em cada país e entre os países são política, econômica e socialmente inaceitáveis — além de injustas e, em grande parte, evitáveis

1 Texto baseado no documento da OMS, **Redução das desigualdades no período de uma geração: igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais**. Relatório final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde. Genebra: OMS, 2010, e nos documentos elaborados para a Conferência Mundial sobre Determinantes da Saúde, realizada no Rio de Janeiro em outubro de 2011.

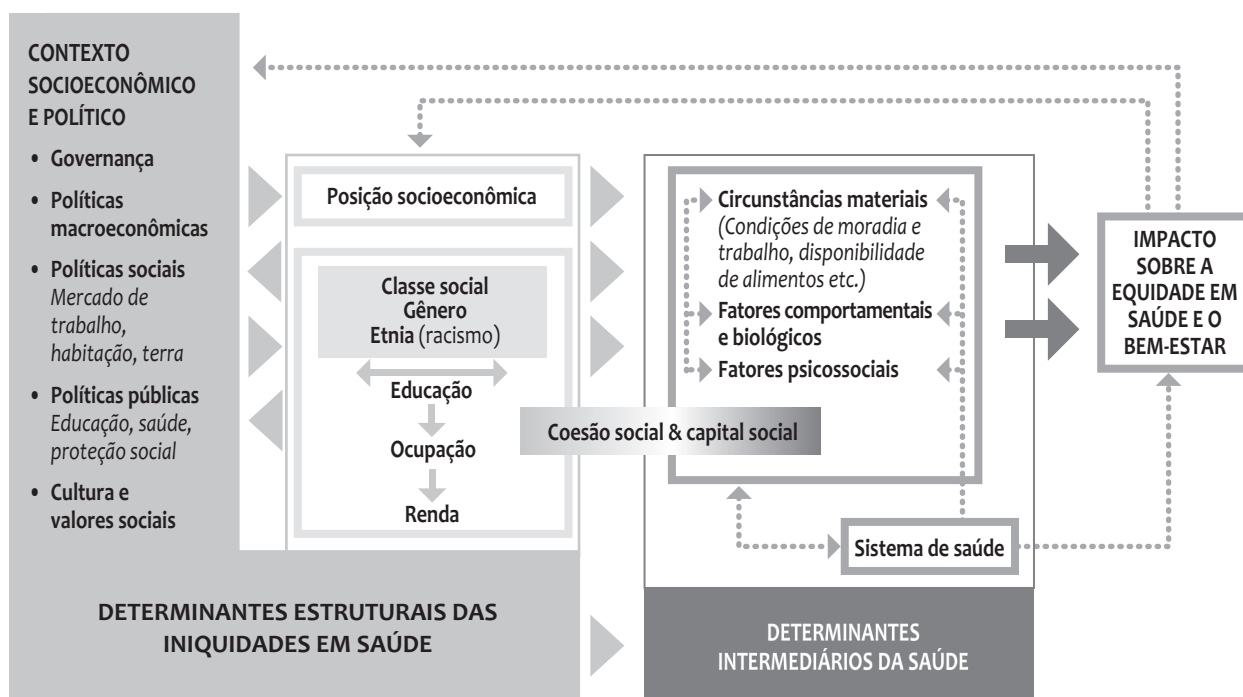
— e que a promoção da equidade em saúde é fundamental ao desenvolvimento sustentável e à melhoria da qualidade de vida e bem-estar para todos, o que, por sua vez, contribui para a paz e a segurança.

As condições econômicas e sociais influenciam decisivamente as condições de saúde de pessoas e populações. A maior parte da carga das doenças — assim como as iniquidades em saúde, que existem em todos os países — acontece por conta das condições em que as pessoas nascem, vivem, trabalham e envelhecem. Esse conjunto é denominado “determinantes sociais da saúde”, um termo que resume os determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais da saúde.

Nem todos os determinantes são igualmente importantes. Os mais destacados são aqueles que geram estratificação social — os determinantes estruturais que refletem as condições de distribuição de riqueza, poder e prestígio nas sociedades, como a estrutura de classes sociais, a distribuição de renda, o preconceito com base em fatores como o gênero, a etnia ou deficiências, e estruturas políticas e de governança que alimentam, ao invés de reduzir, iniquidades relativas ao poder econômico. Entre os mecanismos que geram e mantêm essa estratificação estão as estruturas de propriedade dos meios de produção e a distribuição de poder entre as classes sociais, e as correspondentes instituições de governança formais e informais; sistemas de educação, estruturas de mercado ligadas ao trabalho e aos produtos; sistemas financeiros, o nível de atenção dado a considerações distributivas no processo de formulação de políticas; e a extensão e a natureza de políticas redistributivas, de seguridade social e de proteção social. Esses mecanismos estruturais, que alteram o posicionamento social dos indivíduos, são a causa mais profunda das iniquidades em saúde. São essas diferenças que — com seu impacto sobre determinantes intermediários como as condições de vida, circunstâncias psicossociais, fatores comportamentais e/ou biológicos e o próprio sistema de saúde — dão forma às condições de saúde dos indivíduos.

Esse conceito abrangente de determinantes sociais da saúde, visualizado na Figura 1, foi adotado pela OMS em seu relatório “Diminuindo diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde”, discutido na Conferência Mundial sobre Determinantes da Saúde, no Rio de Janeiro (OMS, 2011). Neste modelo, os determinantes estruturais compreendem a distribuição de renda, o preconceito baseado em valores relativos a gênero e etnia, e os determinantes intermediários configuram-se nas condições de vida, nos aspectos psicossociais, nos elementos comportamentais e/ou biológicos e no próprio sistema de saúde.

Figura 1 — Marco conceitual dos determinantes sociais da saúde



Fonte: SOLAR e IRWIN, 2010.

Para melhorar a situação da saúde e reduzir iniquidades, considerando essa abordagem dos determinantes sociais, é necessário que intervenções coordenadas e coerentes entre si sejam implementadas nos setores da sociedade que influenciam seus determinantes estruturais. Por sua vez, a boa saúde contribui para outras prioridades sociais como o bem-estar, a educação, a coesão social, a preservação do meio ambiente, o aumento da produtividade e o desenvolvimento econômico. Isso gera um “círculo virtuoso” no qual a saúde e os seus determinantes se retroalimentam e se beneficiam mutuamente.

Portanto, adotar a abordagem dos determinantes sociais significa compreender o valor que a saúde tem para a sociedade e admitir que ela depende de ações que, muitas vezes, não têm relação com o setor Saúde.

A abordagem dos determinantes sociais reconhece o fato de que as iniquidades em saúde não podem ser combatidas sem que as iniquidades sociais também o sejam. Para que a economia permaneça forte e a estabilidade social e a segurança global sejam mantidas, é essencial que ações coordenadas em prol da saúde sejam implementadas. Enfatizar os determinantes sociais significa, portanto, apoiar ações coerentes sobre algumas priorida-

des, tais como, por exemplo, a proteção social e as mudanças climáticas. Ademais, essa abordagem leva em consideração a desigualdade intergeracional, que vinha sendo ignorada, mas hoje é central para essas questões que desafiam as políticas públicas. As mudanças climáticas — um símbolo da degradação ambiental como um todo — ameaçam o bem-estar das gerações futuras. O aumento da incidência de doenças não transmissíveis e a perda de oportunidades econômicas e benefícios da previdência social que se observam em países de todos os níveis de renda já vêm causando iniquidades intergeracionais, reduzindo a expectativa de vida e causando insatisfações na população.

A saúde é um fator-chave para um amplo espectro de metas da sociedade. A abordagem dos determinantes sociais identifica a distribuição da saúde — medida pelo grau de desigualdade em saúde — como um importante indicador não só do nível de igualdade e justiça social existente numa sociedade, como também do seu funcionamento como um todo. Portanto, as iniquidades em saúde funcionam como um indicador claro do sucesso e do nível de coerência interna do conjunto de políticas de uma sociedade para uma série de setores. Sistemas de saúde que reduzem as iniquidades em saúde oferecendo um melhor desempenho e, assim, melhorando mais rapidamente as condições de saúde de grupos carentes acabarão por oferecer um desempenho mais eficiente também para todos os estratos sociais.

Assim, a lógica dos determinantes sociais da saúde coloca três imperativos. Primeiro, reduzir as iniquidades em saúde é um imperativo moral. Segundo, também é fundamental melhorar a saúde e ampliar o bem-estar, promover o desenvolvimento e, de forma geral, alcançar as metas de saúde. Terceiro, acima de tudo, para que uma série de metas prioritárias da sociedade — que dependem de uma distribuição igualitária da saúde — sejam alcançadas, é preciso realizar ações sobre os determinantes sociais.

O escopo das recentes crises financeira, alimentar, ambiental e de saúde pública, entre outras, que o mundo vem enfrentando desde 2008 deixaram ainda mais claro que a interconectividade do mundo moderno faz com que os países não possam enfrentar esses desafios sozinhos ou por meio de ações sobre setores isolados. Ao invés disso, é preciso realizar esforços consistentes em todos os níveis, do local ao global. Essas emergências revelaram falhas de regulação e uma ênfase excessiva em indicadores superficiais de crescimento econômico, demonstrando a necessidade de ações coordenadas e de um Estado forte.

Abrindo espaço real para o debate de políticas e objetivos, as crises criaram condições sem precedentes para a adoção de abordagens ligadas aos determinantes sociais da saúde. Ao mesmo tempo e paradoxalmente, essas crises intensificaram, em alguns países, o desafio político que é implementar uma abordagem ligada aos determinantes sociais, especialmente no que tange a redistribuição, direitos e regulação. Em resposta à redução do espaço fiscal, foram demandadas reduções em serviços sociais que influenciam forte-

mente os determinantes sociais. Há o risco de que essa tendência faça com que erros do passado — que produziram impactos negativos sérios e extensos sobre a equidade em saúde — se repitam. É preciso aprender com os países que mantiveram ou até mesmo aumentaram os gastos nos principais determinantes sociais em tempos de crise.

Três Princípios de Ação

O relatório da OMS confirmado na Conferência Mundial sobre Determinantes da Saúde, ocorrida no Rio de Janeiro, reafirmou os três princípios de ação:

1. Melhorar as condições de vida cotidianas — as circunstâncias em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem.
2. Abordar a distribuição desigual de poder, dinheiro e recursos — os motores estruturais das condições de vida referidas — nos níveis global, nacionais e locais.
3. Quantificar o problema, avaliar a ação, alargar a base de conhecimento, desenvolver um corpo de recursos humanos formado sobre os determinantes sociais da saúde e promover a consciência pública sobre o tema.

Melhorar as condições de vida cotidianas — as circunstâncias em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem

As desigualdades na organização da sociedade implicam que a liberdade para gozar de uma vida próspera e de boa saúde esteja distribuída de forma desigual dentro e entre sociedades. Essa desigualdade pode ser constatada nas condições vigentes na primeira infância e idade escolar, na natureza das condições laborais e de emprego, nas características físicas do ambiente de trabalho e na qualidade do ambiente natural em que as pessoas habitam. Do mesmo modo, a estratificação social determina o acesso e uso diferenciado de cuidados de saúde, com consequências para a promoção desigual de saúde e bem-estar, prevenção e recuperação de doenças e sobrevivência.

O Desenvolvimento na Primeira Infância (DPI) tem influência determinante nas possibilidades subsequentes de vida e saúde, através do desenvolvimento de conhecimentos, da educação e de oportunidades profissionais. De forma direta, a primeira infância é afetada pelos riscos de obesidade, má nutrição, transtornos mentais, doenças cardiovasculares e criminalidade.

As crianças precisam de ambientes seguros, saudáveis, acolhedores, educativos e dinâmicos em que viver. Os programas de educação pré-escolar e as escolas, como parte do

ambiente alargado que contribui para o seu desenvolvimento, podem ter um papel vital na construção das capacidades das crianças.

Para tanto é necessário o compromisso e implementação de uma abordagem abrangente da infância, baseada nos programas de sobrevivência infantil existentes, que alargue a intervenção na infância ao desenvolvimento social, emocional, linguístico e cognitivo e expanda a prestação de serviços e o âmbito da educação para incluir os princípios do desenvolvimento na primeira infância (físico, social e emocional, linguístico e cognitivo).

O local onde as pessoas vivem também afeta a sua saúde e possibilidade de gozar de uma vida próspera. Abrigo, habitação de qualidade, água limpa e condições sanitárias são direitos humanos e necessidades básicas para uma vida saudável.

O modelo corrente de urbanização coloca desafios significativos, particularmente os relacionados com as alterações climáticas. Atualmente, as emissões de gases de efeito estufa são determinadas principalmente pelos padrões de consumo de cidades do mundo desenvolvido. A interferência e esgotamento dos sistemas climáticos e a tarefa de redução das desigualdades na saúde em nível global estão estreitamente relacionados.

São essenciais, para a igualdade na saúde, comunidades e vizinhanças que assegurem o acesso a bens básicos, sejam socialmente coesas, concebidas para promover bem-estar físico e psicológico e protejam o ambiente natural. É preciso colocar a saúde e a igualdade na saúde no centro das atenções da administração e do planeamento urbano, garantindo a disponibilidade de habitação de custo suportável, investindo na requalificação de bairros degradados, incluindo como prioridade o abastecimento de água e condições de saneamento, eletricidade e pavimentação das vias de comunicação para todos os lares, independentemente da sua capacidade financeira. E assegurar que o planeamento urbano promova comportamentos equitativos saudáveis e seguros, mediante: investimento em transportes ativos; planeamento do mercado de consumo de forma a controlar o acesso a produtos alimentares insalubres ou menos saudáveis; regulamentos de controle e planeamento ambiental de qualidade, inclusive com a restrição do número de postos de venda de bebidas alcoólicas.

Do mesmo modo, é necessário promover a igualdade na saúde entre zonas rurais e urbanas mediante o investimento sustentado no desenvolvimento rural, abordando-se as políticas e processos de exclusão que conduzem à pobreza rural, à ausência de propriedade e à migração.

As condições de emprego e trabalho têm efeitos dramáticos sobre a igualdade na saúde. Quando boas, podem assegurar estabilidade financeira, estatuto social, desenvolvimento pessoal, relações sociais, autoestima e proteção contra riscos físicos e psicossociais.

Na área do trabalho se desenvolvem muitas das influências importantes sobre a saúde, o que inclui tanto as condições de seu exercício como a natureza do trabalho em si. Uma força de trabalho flexível é entendida como uma vantagem para a competitividade econômica, mas traz consigo efeitos sobre a saúde. Condições laborais adversas podem expor os indivíduos a uma série de riscos para a sua saúde física e tendem a se apresentar em profissões de baixo estatuto.

Por meio da garantia de emprego justo e condições de trabalho dignas, governos, empregadores e trabalhadores podem contribuir para a erradicação da pobreza, minimizar as desigualdades sociais, reduzir a exposição a riscos físicos e sociais e melhorar as oportunidades para a saúde e o bem-estar.

Todos os indivíduos precisam de proteção social ao longo de todo o ciclo de vida — enquanto crianças, durante a sua vida ativa e em idade avançada. Também necessitam de proteção caso sofram eventos específicos, tais como doença, incapacidade e perda de rendimento ou trabalho. A pobreza infantil e a transmissão da pobreza de geração em geração são obstáculos relevantes à melhoria da saúde da população e à redução da desigualdade na saúde.

Os sistemas de proteção social redistributivos, em combinação com a capacidade das pessoas para levar uma vida próspera no mercado de trabalho, influenciam os níveis de pobreza. Os sistemas generosos de proteção social universal estão associados com uma melhor saúde da população, incluindo menores índices de mortalidade excessiva entre os idosos e menores taxas de mortalidade nos grupos desfavorecidos.

O alargamento da proteção social a toda a população é um grande passo rumo à concretização da igualdade na saúde no período de uma geração. Isso inclui a ampliação da proteção social a todos os indivíduos em situação laboral precária, incluindo emprego informal e trabalho doméstico ou de prestação de cuidados.

A redução das desigualdades no período de uma geração implica a implementação de sistemas que permitam níveis saudáveis de condições de vida, abaixo dos quais ninguém deveria viver por razões que transcendam ao seu controle. Os programas de proteção social podem ser instrumentais na concretização de metas de desenvolvimento, em vez de serem dependentes da realização desses objetivos — podem ser meios eficientes para reduzir a pobreza, dos quais as economias locais podem se beneficiar.

O acesso e usufruto de cuidados de saúde são vitais para uma saúde equitativa e de qualidade. O sistema de cuidados de saúde é, em si mesmo, um determinante social da saúde, influenciado por outros determinantes sociais e, ao mesmo tempo, influente sobre o efeito destes. Gênero, educação, profissão, rendimento, origem étnica e local de residência estão intimamente ligados ao acesso, à experiência e aos benefícios dos cuidados de saúde.

Cabe ao setor Saúde supervisionar e interagir com todos os ramos da sociedade para assegurar que as políticas e ações em outros setores melhorem a igualdade na saúde.

Abordar a distribuição desigual de poder, dinheiro e recursos

Diferentes políticas de governo, dependendo da sua natureza, podem melhorar ou degradar a saúde e a equidade na saúde. Políticas públicas de qualidade podem produzir benefícios na saúde de forma imediata e a longo prazo.

A coerência política é crucial, pois implica que as políticas de diferentes órgãos governamentais se complementem, em vez de se contradizerem, relativamente à produção de riqueza e à igualdade na saúde. A ação intersetorial para a saúde — desenvolvimento de políticas e ações coordenadas entre setores relacionados e externos à saúde — pode ser uma estratégia-chave para se atingir esses objetivos.

Transcender a ação governamental para envolver a sociedade civil e os setores privado e de voluntariado é um passo vital na ação para a igualdade na saúde. A inclusão crescente da participação da comunidade e da sociedade nos processos das políticas ajuda a assegurar decisões justas sobre os temas da igualdade na saúde. Tornar a saúde e a igualdade na saúde um valor partilhado entre diferentes setores constitui uma estratégia politicamente desafiante, porém necessária.

Urge atribuir a responsabilidade pela ação sobre a saúde e a igualdade na saúde aos níveis governamentais mais elevados e assegurar a sua ponderação coerente por meio de todas as políticas, avaliando o impacto destas e dos programas sobre a saúde e a igualdade na saúde, com vista à coerência plena em toda a atividade governativa.

É necessário, ainda, fortalecer o financiamento público e atribuir equitativamente os recursos governamentais à ação sobre os determinantes sociais da saúde.

A administração do setor público não substitui as responsabilidades e capacidades dos restantes agentes: a sociedade civil e o setor privado. Os agentes do setor privado são influentes e têm o poder necessário para contribuir em muito para a igualdade na saúde em nível global.

A saúde não é uma mercadoria transacionável no mercado; é uma questão de direitos e um dever do setor público. Como tal, os recursos para o setor devem ser equitativos e universais. A experiência demonstra que a comercialização de bens sociais vitais, tais como educação e cuidados de saúde, provoca desigualdades na saúde; a oferta desses bens sociais vitais tem de ser administrada pelo setor público, e não deixada a cargo dos mercados. Além disso, deve haver liderança no setor público para uma regulação real de

produtos e das atividades e condições que degradem a saúde ou conduzam a desigualdades neste setor. O que significa que a avaliação competente e regular do impacto de todas as políticas implementadas e instrumentos de regulação do mercado sobre a igualdade na saúde deve ser institucionalizada nos níveis nacionais e internacional.

Para mudar essa situação, é necessário institucionalizar a consideração do impacto da saúde e da igualdade na saúde nos acordos econômicos e na elaboração de políticas, em âmbito tanto nacional como internacional, reforçando a representação dos agentes da saúde nas negociações sobre políticas nacionais e internacionais. E, ainda, reforçar o papel primário do Estado na prestação de serviços essenciais à saúde (tais como água potável e saneamento) e na regulamentação de bens e serviços com impacto notável na saúde (tais como o tabaco, álcool e alimentos).

Os desequilíbrios no poder, recursos, atribuições hierárquicas, normas e valores e a forma como as organizações estão estruturadas e os programas são conduzidos também se refletem nas desigualdades de gênero, prejudicando a saúde de milhões de meninas e mulheres. As desigualdades de gênero influenciam a saúde mediante, entre outros fatores, padrões de alimentação discriminatórios, violência contra as mulheres, déficit de poder de decisão e divisões injustas de trabalho, lazer e possibilidades de melhoria de condições de vida.

É necessário abordar as desigualdades de gênero nas estruturas da sociedade — na legislação e na sua aplicação, na forma como as organizações são geridas e como as intervenções são concebidas e nos métodos de avaliação de desempenho econômico do país. Isso significa criar e fazer cumprir legislação que promova a igualdade de gênero e torne ilegal a discriminação por questões de sexo, bem como incluir nas finanças nacionais a contribuição econômica advinda do trabalho doméstico, prestação de cuidados e trabalho voluntário.

Qualquer esforço sério para a redução das desigualdades na saúde envolve a alteração da distribuição do poder na sociedade, capacitando os indivíduos para representar de forma firme e eficaz as suas necessidades e interesses e, dessa forma, desafiar e modificar a distribuição injusta e diferente dos recursos sociais (as condições para a saúde) a que todos os cidadãos têm direito e aspiram.

A inclusão, atuação e controle são importantes para o desenvolvimento social, saúde e bem-estar, e a restrição da participação resulta na privação das capacidades humanas, abrindo caminho a desigualdades, por exemplo, na educação, no emprego e no acesso aos avanços técnicos e biomédicos disponíveis.

A ação comunitária ou da sociedade civil sobre as desigualdades na saúde não pode ser separada da responsabilidade dos Estados em garantir um conjunto abrangente de direi-

tos e da distribuição justa dos bens materiais e sociais essenciais por entre os diferentes grupos da população.

As alterações nas relações de poder podem se desenrolar em diversos níveis, desde a escala micro, dos indivíduos, agregados familiares ou comunidades, à macro das relações estruturais entre as instituições e agentes econômicos, sociais e políticos. A capacitação dos grupos sociais, seja por meio da sua representação na decisão de agendas e na elaboração de políticas, seja para a ação massificada, desde as bases até ao topo da hierarquia social, é crucial para a concretização de um conjunto abrangente de direitos e a distribuição justa dos bens materiais e sociais essenciais entre os grupos populacionais. A luta contra as injustiças com que se deparam os grupos mais desprivilegiados da sociedade e o processo de organização dessas pessoas fazem com que emergam lideranças locais e dão aos indivíduos um maior sentido de controle sobre as suas vidas e o seu futuro.

Para se alcançar essa meta é necessário capacitar todos os grupos da sociedade através da representação justa nos processos de decisão sobre o funcionamento da sociedade, particularmente em relação ao seu efeito na igualdade na saúde, e criar e manter um enquadramento socialmente inclusivo para a elaboração de políticas. Isso significa reforçar os sistemas políticos legais para a proteção dos direitos humanos, assegurar a identidade legal e apoiar as necessidades e reivindicações dos grupos marginalizados, especialmente as populações indígenas. Assim como permitir que a sociedade civil se organize e atue segundo padrões que promovam e concretizem os direitos políticos e sociais que afetam a igualdade na saúde.

Quantificar e compreender o problema e avaliar o impacto das ações

A ação sobre os determinantes sociais da saúde será mais eficiente se os sistemas de informação, incluindo o registro de dados vitais e a monitorização de rotina das desigualdades na saúde e dos determinantes sociais da saúde, forem implementados e se houver mecanismos que garantam a compreensão e aplicação da informação para o desenvolvimento de políticas, sistemas e programas mais eficazes. A educação e a formação acerca dos determinantes sociais da saúde são absolutamente imperativas.

Para tanto, cabe assegurar que os sistemas de monitorização de rotina sobre a igualdade na saúde e os determinantes sociais da saúde sejam implementados em escalas local, nacional e internacional; investir na produção e compartilhamento de novas evidências sobre os modos como os determinantes sociais influenciam a saúde da população e a igualdade na saúde e sobre a eficácia das medidas para redução das desigualdades na

saúde por meio da ação sobre os determinantes sociais; fornecer informação aos agentes das políticas, intervenientes e profissionais sobre os determinantes sociais da saúde e investir na sensibilização do público em geral.

Com uma Constituição voltada para os aspectos sociais e uma economia que tem buscado, no período mais recente, um compromisso com a redistribuição da riqueza nacional a parcelas tradicionalmente menos favorecidas, não são pequenos os desafios que o Brasil deve enfrentar.

Neste último século, o país cresceu, as condições de vida melhoraram significativamente, incorporando novas parcelas da população aos benefícios do crescimento e do desenvolvimento tecnológico. No entanto, permanecem distorções quanto à equidade que devem ser equacionadas.

O coeficiente de Gini, indicador que mede a desigualdade, reduziu-se de 0.584 em 1981 para 0.543 em 2009, no Brasil. Essa queda pode ser explicada por melhorias na educação e pelo impacto dos vários programas de transferência de renda instituídos no país, nos últimos anos. Variações regionais persistem, como o coeficiente de 0.611 e 0.591 no Acre e na Paraíba, respectivamente, e o melhor posicionamento de outros estados como Santa Catarina (0.460) e São Paulo (0,489) (IPEA, 2011).

Em 1981, 12,7% da renda nacional eram apropriados pelo estrato 1% mais rico da população. Essa proporção se acentuou entre 1990 e 2001, com valores de 14% e 13,9%, respectivamente, para retornar a patamares inferiores em 2009, 12,1%. Visto de outro ângulo, em 1981, os 50% mais pobres apropriavam-se de 13% da renda nacional, proporção que passou a 11% em 1990, 12,6% em 2001 e 15,5% em 2009 (IPEA, 2011).

No tocante à linha da pobreza, definida segundo conceitos da Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação (FAO), houve significativa redução, de 35%, do número de domicílios extremamente pobres e de 28,6% entre os domicílios considerados pobres, no período entre 2005 e 2009. Em números absolutos, o Brasil contava com 20.600.000 domicílios extremamente pobres em 2005, passando a 13.400.000 em 2009 (IPEA, 2011). Essa queda demonstra, seguramente, efeito do Programa Bolsa Família.

O Programa Bolsa Família contava em 2009 com 12,4 milhões de famílias atendidas, com valor médio do benefício por família de R\$ 94,92. Avaliação de impacto do programa demonstra resultados no incremento da matrícula escolar, no acesso a serviços de saúde, na cobertura vacinal e no aumento ponderal das crianças beneficiárias (IPEA, 2011).

Ainda no campo da proteção social, os benefícios de prestação continuada atingiram, em 2009, 3.166.845 beneficiários, dos quais 1.541.220 idosos e 1.625.625 pessoas com deficiên-

cia. A renda mensal vitalícia atendeu a 322.397 pessoas no mesmo período, sendo 237.307 por invalidez e 85.090 por idade (IPEA, 2011).

Em 2002, 6,8% domicílios não tinham esgotamento sanitário, enquanto em 2009 esta proporção passou a 3,5%. A canalização interna de água atingia 87% em 2001, evoluindo para 93% em 2009 (IBGE, 2012).

Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad/IBGE), a cobertura previdenciária total atingiu em 2008 o patamar de 59,3% da população economicamente ativa, valor mantido em 2009, significando um incremento de cerca de 10% em relação a 2002 (53,8%). A população sem carteira assinada no total de empregos passou de 16,7% em 2002 para 13,5% em 2009. A taxa de desemprego aberto em 2009 foi de 8,2%. A renda média decorrente do trabalho, recebida mensalmente, ajustada em reais de 2008, foi de R\$ 615,00 em 1992, R\$ 724,00 em 2001 e R\$ 849,00 em 2009 (IPEA, 2011).

No setor de Educação, o país tem assinalado vitórias. A taxa de frequência líquida à escola tem se mantido em um patamar constante para o ensino fundamental, entre 93% e 95%. Sessenta por cento da população de 4 a 6 anos de idade já frequentam a pré-escola. A frequência líquida ao ensino médio, por sua vez, era inferior a 40% no início da década, ultrapassou esse patamar em 2003 e chegou em 2009 a 50,9% (IPEA, 2011).

No biênio 2008-2009, pela primeira vez, o índice de analfabetismo aparece abaixo da casa dos 10%. Desde 2004, a redução média tem sido de 0,35 ponto percentual ao ano. Em 2004, a taxa foi de 11,45% e em 2009, de 9,7%. É importante destacar a disparidade ainda elevada nos índices de analfabetismo nas áreas rurais, em relação a todas as demais categorias. Em 2009, o índice de analfabetismo na população urbana metropolitana foi de 4,37%, contrastando com os índices apurados na população urbana não metropolitana e rural — 9,10% e 22,75%, respectivamente (IPEA, 2011).

As mulheres não ficaram de fora desse esforço em prol da equidade. Sua participação no mercado de trabalho aumentou, passando de 38,8% em 2002 para 43,1% em 2009. No entanto, a remuneração média das mulheres ainda representava apenas 71,8% da recebida pelos homens, provavelmente por conta das diferenças de qualidade entre os trabalhos de cada um desses grupos. Em valores absolutos, as mulheres recebiam R\$ 1.124,00, enquanto os homens percebiam R\$ 1.565,00, em 2009 (IPEA, 2012).

Algumas das metas previstas para o bicentenário da República visam, sem dúvida, a manter esse crescimento e caminhar em direção à redução de iniquidades. Entre elas, destacam-se as diretamente relacionadas aos determinantes sociais na saúde (BRASIL, SAE, 2012):

- Crescer 7% ao ano; aumentar a taxa de investimento para 25% do Produto Interno Bruto (PIB); tornar a tributação menos regressiva; reduzir a taxa de inflação para o

nível médio dos países emergentes; alcançar a inclusão financeira de 100% da população adulta; aumentar para ao menos 8% e 19% a participação das regiões Norte e Nordeste, respectivamente, no PIB.

- Erradicar a extrema pobreza; acelerar a redução da desigualdade na distribuição de renda; garantir a segurança alimentar e o acesso à água a todos os brasileiros; garantir proteção social a todas as famílias em situação de vulnerabilidade.
- Reduzir o desmatamento ilegal a zero; reduzir em 50% a emissão de gases de efeito estufa; tratar de forma ambientalmente adequada 100% dos resíduos sólidos; aumentar a reciclagem dos materiais em 30%; aumentar em 100% o volume de esgoto tratado; garantir a implementação de, no mínimo, 30% do bioma amazônico e de 10% dos demais biomas e da zona costeira e marinha como unidades de conservação.
- Zerar o déficit habitacional brasileiro; urbanizar o universo de assentamentos precários; promover a regularização fundiária de metade do universo de domicílios informais; implantar corredores de transporte urbano em todas as cidades com mais de 300.000 habitantes, capitais e regiões metropolitanas; assegurar 100% de acesso a saneamento ambiental em todas as cidades.
- Duplicar a produção agropecuária; aumentar os níveis de controle de sanidade; agregar valor aos produtos agropecuários; reduzir à metade a concentração fundiária; regularizar a propriedade da terra; dobrar a produção de alimentos; dobrar a renda da agricultura familiar.
- Reduzir à metade a informalidade no trabalho; reduzir à metade a rotatividade no emprego; elevar a escolaridade do trabalhador para 12 anos; qualificar toda a força de trabalho; desonerar a folha de salários sem perda de direitos do trabalhador; erradicar o trabalho infantil.
- Erradicar o analfabetismo; universalizar o atendimento escolar de 4 a 17 anos; ter metade da população em idade escolar em horário integral; atingir as metas de qualidade na educação de países desenvolvidos; interiorizar a rede federal de educação para todas as microrregiões; assegurar a formação profissional dos jovens; atingir a marca de 10 milhões de universitários; universalizar o acesso aos bens e conteúdos culturais a todos os brasileiros.
- Garantir proteção integral a crianças e adolescentes contra toda forma de violência; erradicar o trabalho escravo; prevenir agravos contra idosos e fortalecer o convívio familiar.
- Atingir a igualdade salarial entre homens e mulheres; eliminar todas as formas de violência contra as mulheres; promover a saúde integral das mulheres e os direitos sexuais e reprodutivos.

- ➡ Atingir a igualdade salarial entre negros e brancos; eliminar o diferencial de mortalidade entre negros e brancos; triplicar o número de estudantes negros nas universidades.

Este é um processo de longo prazo, que requer investimento imediato, com alterações consideráveis nas políticas sociais e na ação política.

PRINCÍPIOS DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO

A base do sistema de saúde brasileiro é estabelecida no capítulo da Ordem Social da Constituição de 1988 que integra conceitualmente, sob a denominação de Seguridade Social, o conjunto de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade destinados a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social, como expresso no art. 194 (BRASIL, 1988). A Seguridade tem fixados como seus objetivos: (i) universalidade da cobertura e do atendimento; (ii) uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais; (iii) seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços; (iv) irredutibilidade do valor dos benefícios; (v) equidade na forma de participação no custeio; (vi) diversidade da base de financiamento; e (vii) caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do governo nos órgãos colegiados.

Outras disposições sobre a seguridade social dizem respeito à definição de contribuições específicas para seu financiamento. Em primeiro lugar, se define que ela

será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e das seguintes contribuições sociais:

I — do empregador, da empresa e da entidade a ela equiparada na forma da lei, incidentes sobre:

- a) a folha de salários e demais rendimentos do trabalho pagos ou creditados, a qualquer título, à pessoa física que lhe preste serviço, mesmo sem vínculo empregatício;
- b) a receita ou o faturamento;
- c) o lucro;

II — do trabalhador e dos demais segurados da previdência social, não incidindo contribuição sobre aposentadoria e pensão concedidas pelo regime geral de previdência social;

III — sobre a receita de concursos de prognósticos.

IV — do importador de bens ou serviços do exterior, ou de quem a lei a ele equiparar. (BRASIL, 1988, art. 195)

Dispõe a Constituição que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, art. 196). E estabelece que

as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I — descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II — atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais [e];

III — participação da comunidade. (BRASIL, 1988, art. 198)

A Lei n. 8.080/1990, a chamada Lei Orgânica da Saúde, reafirma os preceitos constitucionais da reforma sanitária democrática dos anos 80, porém sua implantação colide com a orientação geral da política econômica e tributária da época. Durante a década de 90, ocorreu um importante subfinanciamento do setor acompanhado de ênfase na descentralização que, na falta de incremento real de recursos, correspondeu fundamentalmente a uma desoneração de obrigações por parte da União. A análise da distribuição da responsabilidade pública do gasto com saúde entre as três esferas de governo, na década de 1990, mostra que a União reduziu substantivamente a proporção de sua participação no aporte de recursos para o setor, enquanto a proporção dos gastos municipais com saúde mostrou tendência de crescimento; o crescimento de gastos dos estados, embora menor, também foi significativo, passando de 18% para 24% no mesmo período. Em 1990, os gastos da União respondiam por 72,7% dos gastos públicos em saúde e caíram para 59,8% em 2000 (PIOLA e VIANNA, 2009, p. 30). Essa retração da participação federal no financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) teve como resultado indireto o estímulo ao crescimento dos planos e seguros públicos e privados de saúde, que cobriam, já em 1998, 25% por cento da população brasileira (NORONHA e SOARES, 2001). Tal proporção se manteve em 2008 (25,9%) segundo os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para aquele ano (IBGE, 2010).

No Ato das Disposições Constitucionais Transitórias da Constituição de 1988 (art. 55) foi fixada em 30%, no mínimo, a proporção do orçamento da Seguridade Social a ser destinada ao setor Saúde (BRASIL, 1988). Pretendeu-se, em seguida, além de fixar em definitivo aquele percentual da receita das contribuições sociais, vincular parte da receita de estados e municípios à Saúde, à semelhança da Educação. A Emenda Constitucional n. 29/2000 (EC 29/00) manteve a vinculação das receitas de estados e municípios em 12 e 15%, respectivamente, mas rompeu com o princípio daquela vinculação, fixando apenas o seu crescimento à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB).

Essa emenda, entretanto, quebrou o princípio de financiamento solidário da seguridade e dificultou acréscimos superiores à variação do PIB, transformando o que deveria ser piso em teto para o aporte de recursos federais para a saúde. Essa não é uma questão menor, pois, desde 1994, com a criação do Fundo Social de Emergência (FSE), já haviam sido subtraídos da Seguridade 20% de sua arrecadação, que se mantiveram permanentes sob a forma de Desvinculação das Receitas da União (DRU), recursos em sua quase totalidade destinados ao pagamento dos encargos financeiros da União.

O resultado dessas políticas traduz-se na composição do gasto em saúde no Brasil. Pela primeira vez com a elaboração e divulgação pelo IBGE da Conta Satélite em Saúde, passou-se a ter uma visão real da participação desse gasto no PIB e o rateio entre o público e privado. O Brasil já comprometia, em 2007, 8,4% de seu PIB com gastos com ações e serviços de saúde, situando-se nos mesmos patamares de apropriação da riqueza nacional para a saúde de países da OCDE, como Reino Unido (8,4%), Espanha (8,5%), Itália (8,7%) e Austrália (8,9%). Evidentemente, essa participação no PIB não traduz a mesma magnitude no gasto *per capita*, que, para 2007, registrava em paridade de poder de compra US\$ 884 para o Brasil, comparados a US\$ 2.671 para a Espanha, US\$ 2.686 para a Itália, US\$ 2.992 para o Reino Unido e US\$ 3.357 para a Austrália (OECD, 2009).

Os países que optaram por sistemas universais e equitativos apresentam acentuado predomínio dos gastos públicos. Continuando com 2007 como o ano de referência, e usando alguns exemplos com os dados dos países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), vemos que a participação do gasto público foi de 84,5% na Dinamarca, 81,7% no Reino Unido, 79,0% na França, 76,5% na Itália e 71,8% na Espanha (OECD, 2009). O Brasil, com 41,7%, alinha-se com os países da OCDE com maior iniquidade, tanto nas condições de saúde quanto no acesso e uso dos serviços de saúde, e com os Estados Unidos (45,4%) e o México (45,2%).

Outro aspecto diz respeito à repartição do gasto *per capita* com os cuidados de saúde. Descontados os gastos gerais, pertinentes ao conjunto da população, pode-se estimar, para 2007, os gastos *per capita* com atenção à saúde em R\$ 480 para os que têm acesso

exclusivamente ao SUS, contra R\$ 1.128 para os que também têm cobertura por planos. Isso representa uma flagrante infração distributiva.

Um ponto talvez mais relevante para a elaboração de propostas de correção de rumo do financiamento das ações e serviços de saúde no país situa-se na esfera da justiça tributária. A agenda do financiamento público para saúde, desde a aprovação da EC 29/00, tem se centrado em três eixos: a definição clara do que constitui despesas em saúde; a cobrança do cumprimento da proporção da receita para cobertura dessas despesas a estados e municípios, particularmente aos primeiros; o aumento dos recursos da União aplicados em ações e serviços públicos de saúde. Essa luta voltou a ganhar força com a extinção da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF). Discutiu-se o retorno dessa contribuição não mais como fonte substitutiva, mas como fonte de recursos adicionais para a saúde. Isso tudo como parte do processo de regulamentação da EC 29/00. Em setembro de 2011, a Câmara Federal reduziu em muito a possibilidade de reinstituição de uma contribuição financeira dedicada exclusivamente à saúde.

Aqui observam-se duas ordens de problemas: a primeira está na ideia da vinculação de um tributo a uma ação governamental específica. Como foi anteriormente salientado, a Constituição de 1988 buscou vincular solidariamente contribuições à saúde, previdência e assistência social. Essa vinculação foi mantida no texto constitucional quando da criação da CPMF em 1996, apesar das desvinculações impostas para a cobertura das despesas financeiras do governo. Portanto, a proposta de obter uma contribuição específica para um dos componentes da Seguridade Social só viria a agravar a fratura iniciada nos anos 1990 e acentuada quando se vincularam os recursos da folha de pagamento aos benefícios tipicamente previdenciários. Também faz pouco sentido fiscal atribuir uma vinculação entre uma contribuição e uma ação específica em tempos de simplificação tributária.

A segunda ordem de problemas, mais grave, situa-se na proporção da apropriação da riqueza nacional para gastos com ações e serviços de saúde. O percentual de 8,4% do PIB já constitui uma apropriação generosa, quando sabemos que gastos com educação, saneamento, alimentação, segurança pública e geração de empregos apresentam com frequência maiores impactos sobre as condições de vida e saúde das pessoas (OMS, 2011). Como esse gasto é majoritariamente privado, é imperioso que se aumentem os gastos públicos com os cuidados de saúde. Por exemplo, mantida a proporção da participação para gastos em saúde das receitas da seguridade social prevista na Constituição de 1988 em 30%, mesmo depois da extinção da CPMF como fonte de financiamento o orçamento do Ministério da Saúde teria passado dos 61,1 bilhões de reais executados para 137,6 bilhões em 2010, o que certamente minimizaria muito os problemas de atendimento e co-

bertura assistencial que persistem em larga escala.¹ Isso equivaleria a aproximadamente uma elevação dos gastos em saúde em 2,1% do PIB, aumentando o gasto total para 10,5% do PIB e a proporção do gasto público de 41,7 para 53,4%.

Apesar das manifestações de segmentos da imprensa e setores conservadores em relação ao peso da carga tributária, há margens para seu manejo, sobretudo em montante tão reduzido. Em primeiro lugar, o Brasil exibiu uma carga tributária bruta de 34,4% de seu PIB em 2010, o que o posicionou em 31º lugar entre os países, distantes daqueles mais justos socialmente — por exemplo, Dinamarca (49%), Suécia (48%), Bélgica (46,5%), França (44,6%), Alemanha (40,6%) e Reino Unido (38,9%).

A carga tributária no Brasil incide exageradamente sobre a folha de salários e sobre o consumo e poupa a tributação da renda, e, por conta da predominância dos tributos indiretos, atinge com mais intensidade os decis de renda familiar mais baixa (ZOCKUN et al., 2007 apud RIBEIRO, 2010). A progressividade que poderia ser obtida por meio dos impostos sobre a renda é bastante limitada no Brasil, em função do pequeno número de alíquotas (4) e do percentual de incidência da alíquota máxima (27,5%).

Ainda há gastos que dizem respeito à justiça tributária e não são contabilizados no gasto total com saúde. São conhecidos como subsídios ou renúncia fiscal, isenções e abatimentos. Um dos tipos de subsídio são as desonerações fiscais, os gastos públicos indiretos, assim denominados por serem contabilizados como gastos públicos sem terem sido realizados pelo Estado, mas por ente privado, como os gastos que permitem dedução do valor do tributo a pagar por empresas e famílias, ou mesmo descontos tributários, sob o argumento de beneficiar determinados setores. O fato é que esse tipo de gasto diminui o montante arrecadado pelo Estado, ou seja, reduz a carga tributária e, portanto, o que seria a receita pública caso não existisse. Portanto, deveria ser profundamente analisado para se avaliar se o benefício gerado corresponde ao recurso que se perde.

Outra análise do financiamento do setor Saúde trata do sobrepeso que o gasto com saúde realizado pelas famílias tem sobre suas rendas. Esse tipo de gasto é conhecido como gasto privado direto ou desembolso com saúde, e é comumente voltado para a compra de medicamentos, consultas, exames, internações e tratamento. Os dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF/IBGE) mostram que o gasto privado direto com saúde representou quase 6% do orçamento familiar, sendo o quarto item entre os maiores gastos, após habitação, alimentação e transporte (IBGE, 2003).

1 Calculado com base nos dados da Associação Nacional dos Auditores Fiscais da Receita Federal do Brasil **Análise da Seguridade Social 2010**. Brasília: Anfp, 2011. p. 13-14.

A estrutura do sistema de saúde brasileiro apresenta muitas e antigas sobreposições público-privadas. A segmentação do sistema se dá de forma institucionalizada, e muitas vezes a interferência do setor privado sobre o interesse público se dá na contramão da universalidade e da equidade no atendimento, com decisões governamentais que promovem incentivos diretos e indiretos para o desenvolvimento do mercado privado de saúde, tanto na prestação de serviços quanto na gestão privada da assistência, paralela à ampliação da cobertura pública.

São necessários atores estratégicos para o sucesso na implantação de uma política de saúde que faça cumprir a universalidade e a equidade inscritas no texto constitucional. Mas, há já algum tempo, os atores estratégicos nesse processo não têm sido nem a classe trabalhadora organizada (que demanda planos privados e os trata como objeto de negociação trabalhista entre sindicatos e as grandes empresas industriais), nem os profissionais da saúde (que buscam aumentar a produção destinada ao demandante que paga o maior preço, portanto não o SUS, mas os planos privados). Os próprios servidores públicos, tanto civis como militares, e seus dependentes têm assistência exclusiva para eles e em parte financiada com recursos públicos, o que constitui um empecilho a qualquer melhora do SUS, pois enquanto estiverem protegidos de outra forma, toda sua atuação em prol desse sistema se daria por ideologia, compaixão ou amor ao trabalho, mas não por ser o sistema que queiram usar para si ou para os seus. Esses atores fazem parte da nossa sociedade, e sua ambiguidade em relação à universalidade na proteção social nada mais é que o espelho da segmentação da sociedade brasileira.

A política de saúde deveria ser reorientada para interferir em prol de uma proteção social que defenda os interesses públicos, baseada em princípios solidários. Para isso é preciso uma política que proteja os objetivos do SUS, mesmo que mantendo híbrido o sistema de saúde brasileiro, mas tornando-o mais voltado para as necessidades de uma proteção social solidária e menos desigual. Existe espaço para a oferta de forma privada dos serviços que são demandados, mas não oferecidos pelo sistema público, e como nenhum sistema de saúde é capaz de oferecer todo e qualquer procedimento, o *mix* público-privado é inenunciável em todos os sistemas de saúde. Mas para isso é preciso investimento financeiro e fontes de financiamento.

Certamente o ponto central está em simultaneamente avançar na redução da injustiça fiscal, propiciar o aumento de recursos públicos para o financiamento das ações e serviços de saúde e regular de forma mais efetiva as relações entre o SUS e o segmento de serviços privados, em particular o de seguros e planos de saúde.

Na promoção de maior justiça fiscal, há propostas direcionadas a um aumento do número de alíquotas do Imposto de Renda de Pessoa Física (IRPF), com a criação de alíquotas de tributação mais elevadas coerentes com o padrão internacional, bem como a limitação

das isenções à saúde para cobertura de danos catastróficos. Talvez a imposição de um teto, à semelhança da dedução dos gastos com educação, fosse uma solução de transição aceitável.

Também é relevante discutir a questão do “rendimento do trabalho com outras vestes”, que constitui uma fonte importante de elisão fiscal por parte das empresas (SOARES et al., 2009). Os planos de saúde coletivos correspondem a esses casos e constituem-se em uma fonte importante de salário indireto. Pode ser necessário, como ocorre em muitos países, imputar essas rendas à renda tributável ou criar um imposto específico para tributar esse tipo de renda.

Outras sugestões de caráter mais geral também são abordadas, como a progressividade na taxação do lucro presumido (maior aproximação entre o IRPF e o Imposto de Renda de Pessoa Jurídica) e na tributação progressiva da renda do capital (SOARES et al., 2009).

Em relação ao maior aporte de recursos pela administração pública, a definição do que sejam gastos em saúde fez parte da regulamentação da EC 29/00 aprovada em 2011. Muitas unidades da federação incluíam como ações e serviços de saúde despesas de outras esferas de ação governamental. É de se esperar um aumento do aporte de recursos pelas unidades da federação, sobretudo estados, que terão que cumprir o novo marco legal.

Mas o maior desafio consiste em repor os compromissos da União no financiamento setorial. Há um debate recorrente, seja sobre a criação de tributo adicional com destinação específica, seja sobre a vinculação, à semelhança dos estados e municípios, de uma parcela da receita da União para as ações e serviços de saúde. A recomendação do Conselho de Desenvolvimento Econômico e Social de que se cumpra o mandamento constitucional da integridade da Seguridade Social, com a garantia da vinculação e diversidade de fontes, poderia ser o caminho mais curto e melhor, com aumento progressivo de sua destinação para a Saúde, mediante a redução dos gravames sobre as contribuições da Seguridade da desvinculação das receitas da União como forma de se atingir os 30% originais (BRASIL, 2011).

Poder-se-ia ainda cogitar a criação de um imposto sobre os prêmios de planos de saúde acima de determinado valor. Estimando-se que cerca de 4 milhões de pessoas estariam pagando prêmios anuais da ordem de R\$ 6.000,00 por ano, teríamos recursos da ordem de 24 bilhões de reais para serem tributados. Uma alíquota de 5% injetaria 1,2 bilhão no sistema público.

Na busca pelo aumento da eficiência dos gastos, outra dimensão importante a ser enfrentada é a necessária integração das redes assistenciais e dos próprios modelos assistenciais. Torna-se imprescindível que não haja diferenciação na qualidade do atendimento às necessidades de cuidados da população coberta por planos de saúde e daquela não

coberta e que o acesso, prestação e uso sejam definidos pelas necessidades dos usuários, e não pela sua capacidade de pagamento. E que a lógica organizacional dos prestadores dos serviços seja integrada, de forma a evitar duplicação e desperdício. Por toda a parte há um debate crescente em torno do estabelecimento de redes assistenciais integradas, tanto horizontais (em um espaço territorial definido) como vertical (entre os diversos níveis de complexidade dos serviços prestados). A utilização universal de identificadores únicos para serviços de saúde, como deveria ser o cartão nacional de saúde, facilitaria essa integração e contribuiria para simultaneamente aumentar a eficiência dos gastos e a qualidade dos cuidados prestados. Simplificaria para os prestadores os mecanismos burocráticos de compensação financeira pelos serviços prestados e lhes facilitaria a não discriminação por capacidade de pagamento. O Ministério da Saúde e a Agência Nacional de Saúde Suplementar deverão estar atentos para desempenhar mais intensamente papéis integradores que deem conta desses desafios.

Finalmente, caberia acrescentar duas notas adicionais. A assistência farmacêutica gratuita (farmácia básica) ou com pequeno copagamento (farmácia popular e “aqui tem farmácia popular”) deveria ser ampliada de modo a reduzir o impacto das despesas com medicamentos essenciais das famílias de renda mais baixa. E, por último, mas não menos importante, é preciso examinar em profundidade a qualidade do gasto. Tanto no sentido da modernização de procedimentos de planejamento e gestão quanto, e sobretudo, no escrutínio rigoroso dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos empregados, os quais, em número surpreendentemente elevado, têm se mostrado de resultados duvidosos (MAYNARD, 2005).

GESTÃO PÚBLICA

Desde o último quartel do século passado, o tema da crise da administração pública tradicional, identificada à burocracia weberiana, tem sido objeto de amplo debate no cenário internacional, abordado por disciplinas diversas, que vão da administração à ciência política. A necessidade de modernizar o setor público entrou na agenda de expressivo conjunto de países ao redor do mundo, no âmbito do movimento mais amplo de reforma do Estado. Trata-se de movimento cujo traço marcante é a retomada do pensamento liberal, sob o rótulo do neoliberalismo, deslocando as ideias keynesianas que haviam se tornado hegemônicas no pós-guerra, e que se expressa no reformismo da *New Public Management* (NPM).

Para além do traço unificador da introdução de mudanças de orientação gerencial, informadas pela gestão privada, na administração pública a NPM abriga conteúdos os mais variados, passando também por transformações ao longo do tempo. Da mesma forma, sua difusão revelou-se extremamente desigual entre os países, experimentando, nessa trajetória, situações de paralisia, retrocessos e adesões de cunho formalista. Poucos governos, com destaque para os dos países anglo-saxões, persistiram de forma mais sustentada no reformismo da NPM, introduzindo correções de rota e inovações que implicaram redefinições abrangentes não só nos padrões de gestão, mas também no papel do Estado.

Essa evolução não linear, ao mesmo tempo irregular e descontínua, pode ser associada a alguns problemas básicos das reformas da NPM, explicitados a partir da observação dos resultados concretos obtidos com a aplicação de suas ideias e recomendações no cotidiano da administração pública.

Em primeiro lugar, a identificação de certo consenso na literatura, gerado a partir de pesquisas *cross national*, sobre o relativo fracasso das reformas levadas a cabo em diferentes contextos nacionais sob a influência das ideias associadas à NPM. Apesar de indicações de determinados ganhos em termos de desempenho gerencial, não há uma avaliação mais sistemática e categórica de que a adesão ao reformismo da NPM tenha levado a incrementos efetivos de produtividade e a melhorias na qualidade dos serviços

públicos provisionados à população e, por extensão, ao padrão de bem-estar social. Além disso, em algumas situações as reformas tiveram efeitos muito negativos tanto sobre a capacidade do Estado para desempenhar seu papel na busca dos interesses coletivos quanto sobre a burocracia e os cidadãos na capacidade de solucionar problemas. Particularmente, as reformas apresentam déficits democráticos e de *accountability*, embora esse tenha sido um dos temas enfatizados pela NPM, mas de uma perspectiva reducionista ao limitar a participação dos cidadãos-clientes à escolha e/ou controle dos serviços, sem constituir mecanismos para a formação de preferências e para deliberação. Não por acaso, as propostas alternativas de reforma contemporâneas enfatizam a necessidade de ampliação dos instrumentos democráticos, tanto no sistema político de forma mais geral quanto no âmbito da gestão pública. Isso se justifica quer pela necessidade de criar sinergias mais fortes entre Estado e sociedade como forma de enfrentar os desafios complexos da atualidade, quer pela necessidade de construir, de forma partilhada entre governo e sociedade, objetivos coletivos e redistributivos. Ao se traduzirem na oferta de serviços que ampliem a capacidade das pessoas, esses objetivos se constituem tanto como meios quanto como fins do desenvolvimento, tal como identificado em teorias do desenvolvimento contemporâneas.

Em segundo lugar, além de não produzirem os resultados perseguidos ou apregoados — eficiência, serviços públicos de qualidade e de acordo com as necessidades do cidadão-cliente, flexibilidade e maior *accountability* —, as inovações adotadas suscitaram uma série de consequências não pretendidas e efeitos paradoxais. Tais consequências e efeitos vão de encontro aos fins originalmente pretendidos, gerando progressiva desconfiança quanto às perspectivas de viabilidade e êxito na aplicação do gerencialismo ao setor público. Entre esses efeitos, ressaltam-se a desagregação do Estado, com os consequentes problemas de coordenação e regulação; os efeitos perversos da introdução de mecanismos de incentivos e de mensuração da produção de serviços e de resultados; e o enfraquecimento das formas tradicionais de *accountability*, sem que fossem adequadamente substituídas. Destaca-se ainda como um dos problemas de fundo dessas reformas a tentativa de imposição de uma monocultura institucional por meio da difusão de modelos institucionais, apesar da ênfase na inovação que, supostamente, deve se adequar ao contexto e às necessidades de cada país. Na mesma linha da difusão de fórmulas, a noção de “melhores práticas” traduz a intenção de transpor experiências para diferentes contextos, tendo como pressuposto sua adequação universal. O caráter ideológico da NPM e a resistência a aprender levam a certo obscurecimento dos seus próprios pressupostos ao incentivar certa padronização institucional e de práticas, mesmo quando propõe superar a falta de flexibilidade e o apego excessivo às normas que caracterizariam a administração burocrática tradicional.

Da revisão da literatura mais recente acerca da temática da reforma do Estado, na perspectiva de assinalar as principais tendências no campo da gestão pública, resultam duas constatações mais gerais, de natureza complementar. A primeira tem a ver com o relativo esgotamento do reformismo da NPM, acompanhando, de certa forma, o refluxo da onda neoliberal na agenda pública contemporânea. Ainda que alguns princípios e práticas que caracterizam a NPM aparentem ter vindo para ficar, como a maior preocupação com os resultados na alocação dos recursos públicos e a ênfase na responsividade e transparência na condução da atividade governativa, sua pretensão em constituir um novo paradigma de gestão para a administração pública está claramente em descenso. A segunda tem a ver com a reafirmação do papel do Estado e, com ela, a reafirmação da burocracia em moldes weberianos, junto com a revalorização dos princípios da democracia no tocante à relação entre Estado e sociedade. Não se trata, contudo, de uma volta ao passado, ou seja, aos arranjos político-institucionais prevalentes até os anos 1970, quando se dá a emergência do neoliberalismo. Ao contrário, o que se tem em mente é um Estado e uma burocracia capazes de lidar adequadamente com os desafios dos novos tempos, caracterizados por fenômenos como a globalização da economia, as novas tecnologias de informação e o aprofundamento das desigualdades e da exclusão social.

Quanto ao papel do Estado, privilegiaram-se, na revisão da literatura, contribuições mais próximas da realidade de países como o Brasil, que ainda se defrontam com o desafio de promover o desenvolvimento econômico, em uma perspectiva sustentada, e de assegurar padrões mínimos de seguridade e proteção social, reduzindo o hiato que os separam das nações capitalistas desenvolvidas. Emerge dessa revisão um segundo aspecto consensual e que diz respeito à revalorização do papel do Estado como indutor do desenvolvimento e com a capacidade para liberar o poder político dos cidadãos e, por essa via, obter resultados de grande valor público. Na esteira de novas teorias do desenvolvimento, ao lado do reconhecimento do papel do Estado como indutor do desenvolvimento, há uma qualificação desse processo ao agregar as dimensões da inclusão e da equidade — desafio em aberto para muitos países, entre eles o Brasil, e no qual as reformas das duas últimas décadas do século passado não lograram sucesso. Acompanhando Evans (2003, 2008), a noção de desenvolvimento a ser perseguida é aquela que se aproxima da abordagem das capacidades de Sen (1999, 2001). Tal noção de desenvolvimento enfatiza as oportunidades que este oferece à população de fazer escolhas e exercer efetivamente sua cidadania, o que vai além da garantia dos direitos sociais básicos, ainda que deles não prescindam. Promovê-la demanda um esforço de construção institucional que não apenas assegure a interlocução com os múltiplos interesses constitutivos da sociedade, consoante os princípios da democracia participativa e deliberativa, mas também fomente a ampliação do estoque de ideias relativas aos objetivos da política pública, às prioridades a serem perseguidas e à forma de promovê-los. Isso implica politizar a administração pública, no

sentido de orientá-la para satisfazer as necessidades, demandas e expectativas de uma sociedade plural, criando canais e mecanismos para o diálogo no tocante à definição de seus interesses e para a participação no enfrentamento de seus problemas coletivos.

Se o Estado importa, não se pode perder de vista sua capacidade para fazer aquilo que se espera que faça. Na ênfase do papel do Estado e de suas instituições, retorna ao debate a valorização das burocracias meritocráticas e dotadas de grande *expertise* pública, como condição para a ampliação da capacidade do Estado, de acordo com as premissas weberianas. Não se trata, contudo, de um espelho da burocracia consoante o paradigma da denominada administração pública progressiva, racionalizadora e efficientista, a quem competia oferecer as melhores respostas técnicas para as prioridades definidas pelos políticos. Às competências tradicionais da burocracia se alia a necessidade de ampliação de sua capacidade política, para “fazer bem a política” e/ou ampliar de forma renovada as relações com a sociedade. Por essa via, mais uma vez se reafirma o caráter indissociável entre política e administração e entre reforma do Estado e reforma da gestão pública.

Em contraponto às propostas da NPM, focadas particularmente na eficiência micro ou interorganizacional, a noção de gestão pública, que tende a substituir a de administração pública, remete não apenas aos meios e/ou a resultados em termos de eficiência operacional. Tal noção incorpora os objetivos e, particularmente, a forma de sua definição, bem como considera a eficácia social ou sistêmica da atuação governamental, no sentido de ser capaz de alterar o seu entorno e garantir objetivos públicos. Mas um legado positivo da NPM parece ser a permanência da ênfase na eficiência, embora reenquadrada no seu sentido semântico, como meio para obter resultados, ou para garantir eficácia com a melhor utilização dos recursos disponíveis. Nessa perspectiva, o ângulo pode ser tanto a noção de resultados, mas em sentido mais amplo, quanto a questão da governança democrática, ambos como faces da mesma moeda e com uma reflexão indissociada da discussão sobre a relação entre Estado e sociedade e sobre o papel do Estado diante dos desafios atuais.

No contexto das tendências e propostas em curso, também o termo “governança” se resignifica, deixando de se referir ao formato das relações entre Estado e sociedade ou entre setor público e setor privado na produção de bens e serviços públicos com vistas a maior eficiência para se referir a propostas de aprofundamento democrático. Nesse último sentido a governança está relacionada à participação dos membros da sociedade nos processos decisórios mais amplos e na gestão pública. Governança democrática ou participativa envolve, assim, a constituição de mecanismos democráticos e deliberativos como forma de corrigir déficits democráticos e garantir *accountability*.

Pode-se assumir, como Bourgon (2010), que o ritmo das reformas provavelmente não se reduzirá, porque as organizações do setor público ainda não estão alinhadas com o novo

contexto global e com os complexos problemas que têm como missão resolver. Mas sem desconsiderar que a gestão pública é sempre parte de uma agenda mais ampla de governança pública e que mudanças na gestão pública precisam ser interpretadas como um dos elementos de um conjunto mais amplo de problemas e de respostas políticas.

Esta reflexão aponta para a necessidade de que sejam realizadas pesquisas comparativas voltadas para a compreensão dos processos recentes e das tendências contemporâneas em curso no âmbito dos países da América Latina, entre estes o Brasil. A riqueza de pesquisas teoricamente informadas entre os países mais desenvolvidos, os quais foram também pioneiros na introdução de reformas da gestão pública e responsáveis em grande parte por sua difusão, contrasta com a ainda incipiente literatura no nosso continente. Grande parte dela é ainda descritiva ou apologética, quando elaborada com base no pensamento de seus mentores, e o grande desafio está em construir modelos analíticos que permitam identificar as diferenças e similaridades entre países, tanto em relação aos modelos de gestão implantados quanto aos resultados obtidos, e interpretá-las com base em referenciais teóricos mais refinados. Dessa forma, pode ser possível identificar os fatores de diferentes ordens que incidem sobre os modelos de gestão adotados, bem como os resultados de cada um deles. Além das vantagens decorrentes da ampliação do conhecimento, os resultados de pesquisas podem ser úteis para uma atuação política mais informada que almeje transformar qualitativamente a gestão pública no Brasil — e em outros países da região — no sentido de fazer bem a política e produzir resultados coletivos que ampliem as capacidades de cidadãos, de burocratas e do Estado para promover o bem-estar.

GOVERNANÇA GLOBAL NA SAÚDE, INSERÇÃO SOBERANA, INTEGRAÇÃO CONTINENTAL E COOPERAÇÃO SUL-SUL

Tendências do Sistema Mundial, com Ênfase na América do Sul

No início da segunda década do século XXI, é possível identificar duas grandes transformações geopolíticas e econômicas, que deverão se aprofundar até 2030: (i) a crescente projeção da liderança diplomática e econômica do Brasil, dentro da América do Sul; e (ii) o aumento exponencial da importância da China para o funcionamento e o crescimento da economia regional.

O Brasil controla atualmente metade da população e do produto sul-americano, é hoje o *player* regional mais importante no tabuleiro geopolítico da América do Sul e vem tendo uma presença cada vez mais afirmativa, mesmo na América Central e no Caribe. Mas, apesar do seu maior ativismo diplomático, o Brasil ainda não tem possibilidade de questionar ou competir com o poder americano no seu “mar interior caribenho”. Na América do Sul, entretanto, o Brasil tem demonstrado vontade e decisão de defender seus interesses e o seu próprio projeto de segurança e de integração econômica do continente. Com a expansão do Mercado Comum do Sul (Mercosul), a criação da União de Nações Sul-Americanas (Unasul) e do Conselho Sul-Americano de Defesa, o Brasil contribuiu para o engavetamento do projeto da Área de Livre Comércio das Américas (Alca) e reduziu a importância do Tratado Interamericano de Assistência Recíproca e da Junta Interamericana de Defesa, que contam com o aval dos Estados Unidos da América (EUA).

Em setembro de 2009, o Brasil assinou um acordo estratégico militar com a França, que deverá alterar sua relação com os EUA e transformar o país — em alguns anos mais — na maior potência naval da América do Sul, com capacidade simultânea de construir submarinos convencionais e atômicos e de produzir os seus próprios caças-bombardeiros. Essa decisão não caracteriza uma corrida armamentista entre o Brasil e seus vizinhos do continente, muito menos com os EUA, mas sinaliza uma mudança da posição interna-

cional brasileira e uma decisão do país de aumentar sua capacidade político-militar de “veto”, dentro da América do Sul, com relação às posições norte-americanas.

No aspecto econômico, o diferencial entre o Brasil e o resto do continente também está crescendo e deve ficar ainda maior, depois da crise econômica de 2008. Em 2001, o Produto Interno Bruto (PIB) brasileiro foi de 554.441 milhões de dólares, a preços constantes, segundo o *World Economic Outlook*, do Fundo Monetário Internacional (FMI), e era inferior à soma do produto dos demais países sul-americanos, de cerca de US\$ 642 milhões, segundo a mesma fonte. Oito anos depois, essa relação mudou radicalmente: o PIB brasileiro cresceu e alcançou a casa dos 1.729.000 milhões de dólares, a preços constantes, mais do que o dobro da soma do produto de todos os demais países sul-americanos, que chegou a cerca de 1.350 milhões de dólares.

Por mais rápida que tenha sido a reversão da crise de 2008, ela expandiu as assimetrias econômicas regionais e contribuiu para o surgimento de novas divergências e conflitos entre os governos regionais, o que coloca no horizonte brasileiro problemas e desafios, muitos deles ainda desconhecidos, porque resultam da própria importância e do peso real que o Brasil adquiriu na última década dentro da América do Sul.

A vitória das forças de esquerda e o crescimento generalizado das economias regionais — entre 2001 e 2008 — estimulou e fortaleceu os projetos de integração da América do Sul, em particular o Mercosul, liderado pelo Brasil e pela Argentina, e a Alternativa Bolivariana para as Américas (Alba), liderada pela Venezuela. Com a crise de 2008, esse cenário mudou. Em um primeiro momento, devido às limitações fiscais e à dificuldade de financiar os projetos econômicos e sociais, nacionais e continentais, que haviam sido concebidos na fase anterior. Mas a América do Sul saiu rapidamente da crise e retomou o caminho do crescimento, em grande medida graças à demanda chinesa, que manteve os altos preços das *commodities* sul-americanas. Essa retomada aprofundou, porém, de forma paradoxal, algumas antigas dificuldades objetivas do projeto sul-americano, em particular: (i) o fato de que as economias sul-americanas sejam quase todas economias primário-exportadoras e pouco integradas entre si; (ii) a existência de grandes assimetrias e desigualdades nacionais e sociais, dentro de cada país, e da região como um todo; (iii) a falta de uma infraestrutura continental eficiente; e, finalmente, (iv) a falta de objetivos regionais permanentes, capazes de unificar a visão estratégica do continente.

Por outro lado, é possível identificar, no período mais recente, duas mudanças que ainda não se consolidaram plenamente, mas deverão pesar decisivamente nas escolhas que o Brasil e a América do Sul façam, neste início da segunda década do século: (i) a volta do ativismo diplomático e militar dos EUA dentro da região; e (ii) a desaceleração do projeto de integração regional, depois da crise de 2008.

É possível identificar as alternativas fundamentais que deverão ser enfrentadas nas próximas duas décadas. Em primeiro lugar, do ponto de vista econômico, o mais provável é que a América do Sul se mantenha na sua condição tradicional de periferia econômica exportadora, mesmo quando se ampliem e diversifiquem seus mercados, em direção à Ásia e à China. Mas há também a possibilidade de que os governos regionais consigam manter sua decisão atual de construir uma nova infraestrutura de comunicações e uma nova estrutura produtiva integrada, dentro do espaço econômico sul-americano, em particular no eixo Brasil-Argentina. Isso supõe uma decisão de Estado e uma capacidade de manter de pé o projeto integracionista, independentemente dos conflitos e divergências locais e das próprias mudanças futuras de governo. Como pré-requisito, é preciso levar à frente a integração da infraestrutura física energética do continente e desenvolver, cada vez mais, o seu mercado interno, com redução da sua dependência macroeconômica das flutuações dos mercados compradores e dos preços internacionais. Neste ponto, não existe meio-termo: os países dependentes da exportação de produtos primários, mesmo no caso do petróleo, serão sempre países periféricos, incapazes de comandar sua própria política econômica e sua participação soberana na economia mundial.

Em segundo lugar, do ponto de vista político, da segurança e da defesa continental, existe a possibilidade de que a América do Sul se mantenha sob a sua tradicional proteção norte-americana. Mas existe também a possibilidade de construção sul-americana de um caminho autônomo. Nesse caso, a região deverá construir um sistema de segurança e defesa coletiva regional, em que todos os países da região participem na condição de aliados estratégicos. A história ensina que o processo expansivo dos EUA (como de todas as grandes potências anteriores) não tem limites e que, nele, não há lugar para a neutralidade. Os que se consideram neutros são sempre países irrelevantes ou que acabam sucumbindo. Por isso, o que resta é uma disjuntiva implacável: de um lado, a possibilidade do alinhamento ou submissão às potências expansivas e, do outro, a necessidade de se fortalecer como país ou como grupo de países aliados, capazes de dizer “não”, quando necessário, e de se defender, quando inevitável.

De qualquer maneira, o futuro da América do Sul será cada vez mais dependente das escolhas e decisões tomadas pelo Brasil. Em primeiro lugar, este país terá que decidir sobre a sua própria estratégia econômica nacional. Se for pelos “caminhos do mercado”, o Brasil se transformará, inevitavelmente, em uma economia exportadora de alta intensidade de petróleo, alimentos e *commodities*, uma espécie de “periferia de luxo” das grandes potências compradoras do mundo, como foram, no seu devido tempo, a Austrália e Argentina ou o Canadá, mesmo depois de industrializado. E se isso acontecer, o Brasil estará condenando o resto da América do Sul à sua condição histórica secular, de periferia “primário-exportadora” da economia mundial. Mas, o Brasil tem hoje capacida-

de e possibilidade de construir um caminho totalmente novo dentro da América do Sul, similar ao da própria economia norte-americana, combinando indústrias de alto valor agregado com a produção de alimentos e *commodities* de alta produtividade, sendo, ao mesmo tempo, autossuficiente em energia. Entretanto, essa escolha não é puramente técnica ou econômica, pois supõe uma decisão preliminar, de natureza política e estratégica, sobre os objetivos do Estado e da inserção internacional do Brasil. E, nesse caso, há duas alternativas para o Brasil. A primeira é manter-se como sócio preferencial dos EUA na administração da sua hegemonia continental, como o Canadá. A segunda é lutar para aumentar sua capacidade de decisão estratégica autônoma, no campo da economia e da sua própria segurança, mediante uma política hábil e determinada de complementaridade e competitividade crescente com os EUA, envolvendo também as demais potências do sistema mundial no fortalecimento da sua relação de liderança e solidariedade com os países da América do Sul. Para isso, o Brasil terá que desenvolver instrumentos e competências que lhe permitam atuar, simultaneamente, no tabuleiro regional e também em outros espaços transversais de articulação de interesses e alianças, como é o caso, por exemplo, do grupo das “potências continentais”. O que há de absolutamente certo é que as escolhas brasileiras serão decisivas para o futuro da América do Sul.

O país está se aproximando de alguns Estados e com eles estabelecendo alianças para propor mudanças das instituições e das regras de gestão da ordem mundial, que se consolidaram depois do fim da Guerra Fria. Alguns desses países se destacam por seu dinamismo econômico e pelo ativismo de suas políticas externas, e o próprio governo brasileiro tem trabalhado com uma estratégia que privilegia, em várias questões da agenda internacional, as relações e alianças possíveis, cruzadas e transitórias, com as outras “potências continentais”, além dos EUA, como é o caso da China e Índia, na Ásia, e da África do Sul na África Subsaariana e no Atlântico Sul.

Por isso, a construção de uma agenda comum entre China, Índia, Brasil e África do Sul deve partir do reconhecimento das diferenças entre suas distintas inserções e interesses, dentro do sistema mundial. São quatro países que ocupam posição de destaque, nas suas respectivas regiões, devido ao tamanho de seu território, de sua população e de sua economia. Mas essa semelhança esconde diferenças muito grandes de interesses, de perspectivas estratégicas e de capacidade de implementação autônoma de decisões, no campo internacional.

O Brasil terá que tomar algumas decisões fundamentais relativas à expansão da sua influência internacional. Em primeiro lugar, terá que definir o seu próprio projeto mundial e sua especificidade com relação aos valores, diagnósticos e posições dos europeus e norte-americanos, no concernente aos grandes temas e conflitos da agenda internacional. E, em seguida, terá que decidir se aceita ou não a condição militar de “aliado estraté-

gico” dos EUA, da Grã-Bretanha e da França, com direito de acesso à tecnologia de ponta — como no caso da Turquia ou de Israel, por exemplo — mas mantendo-se na zona de influência, proteção e decisão estratégica e militar dos EUA e de seus principais aliados europeus. Ou seja, o Brasil terá que decidir o seu lugar no mundo, considerando seu pertencimento originário à tradição europeia e cristã, que o distingue e distancia inevitavelmente das outras tradições e potências continentais que nas próximas décadas deverão estar competindo com os EUA, e entre si, pela liderança mundial. E também se quer ou não ter, algum dia, capacidade de sustentar suas posições fora da América do Sul, com seu próprio poder militar. De qualquer maneira, nas próximas duas décadas, o grande desafio brasileiro será o de conduzir um movimento de expansão do seu poder regional sem reivindicar nenhum tipo de “destino manifesto”, sem utilizar a violência bélica que foi usada pelos europeus e sem se propor a conquistar para civilizar e comandar a história e o destino dos países mais fracos.

Governança Global em Saúde e Cooperação Sul-Sul

O escopo da cooperação internacional brasileira se ampliou nas últimas décadas, como um dos instrumentos fundamentais de política externa para o fortalecimento de sua nova inserção mundial. E as questões sociais, entre elas a de saúde, passaram a ser consideradas temas prioritários nesse domínio.

Concomitantemente, nas arenas internacionais, mesmo naquelas não especificamente sanitárias, os debates sobre saúde e que envolvem as relações entre comércio e saúde também se intensificaram, e a participação do Brasil nessa dinâmica tem sido expressiva.

Nos anos 1990, com a nova conjuntura mundial pós-Guerra Fria, os problemas de saúde se imbricaram mais estreitamente com a economia política global (FIDLER, 2001; 2009; INGRAM, 2005). Ressalta-se nesse processo a importância da reestruturação do “discurso da segurança” e da elaboração de uma “nova agenda de segurança nacional”, com três principais dimensões: a) o número crescente de questões que podem ameaçar a segurança nacional, entre elas as doenças e o meio ambiente; b) a maior inter-relação das questões domésticas e internacionais, não apenas na política externa; e c) o descentramento do Estado como ator preferencial em relação à segurança, desafiado, por um lado, pela emergência de um mapa político complexo e proliferação de distintos atores, não estatais, que passam a atuar na arena internacional, com recursos de poder diferenciados na governança global, e, por outro, por perspectivas críticas que envolvem a seguran-

ça nacional e enfrentam a perspectiva militarista, como o discurso dos direitos humanos (INGRAM, 2005).

No que concerne à área social, e de saúde, o impacto da globalização aumentou de forma importante as interconexões entre os países e o senso de vulnerabilidade das sociedades — seja pelo aumento dos fluxos transfronteiriços (de produtos, poluentes, pessoas e patógenos), seja pela extrema pobreza e falta de acesso a bens e serviços, ou ainda por conflitos armados (FIDLER, 2009). A disseminação de diversos “riscos” estimulou que as intervenções em saúde passassem a ser instrumentalizadas para fins geopolíticos (INGRAM, 2005), atribuindo-lhes significado estratégico ao estabelecer conexões entre doenças e espaço geopolítico, na perspectiva de fortalecimento do poder de *enforcement* das grandes potências.

Após os ataques terroristas de 11 de setembro de 2001, a “segurança em saúde” (*health security*) tornou-se um conceito importante para o “desenvolvimento” e a governança global (FIDLER, 2004, 2009; INGRAM, 2005). Um ponto de inflexão na ajuda externa e na cooperação internacional em saúde foi o Plano Emergencial do Governo Bush (*US President’s Emergency Plan for Aids Relief — PEPFAR*, 2003), que, como resposta ao ataque terrorista, entre outras medidas integrou, estrategicamente, a “ameaça do HIV/Aids” aos objetivos de segurança nacional e de política externa norte-americana, enfatizando os acordos bilaterais, concentrando a ajuda internacional em uma única doença e vinculando-a à indústria farmacêutica transnacional.

A criação e implementação do PEPFAR negligenciou o apoio à infraestrutura, à provisão de serviços e ao fortalecimento dos sistemas de saúde como um determinante social da saúde, reforçando a perspectiva conservadora também na cooperação internacional (ALMEIDA, 2011). Outras organizações, voltadas para poucas enfermidades e que atuam de forma “vertical”, que já vinham se instituindo, como a Aliança Global para Vacinas e Imunizações (*Global Alliance for Vaccines and Immunization — Gavi*), desde 2000, e o Fundo Global (*Global Fund to Fight Aids, Tuberculosis and Malaria — Global Fund*), criado em 2002, tiveram um impulso considerável a partir de então. E isso se dá em um contexto de aumento e complexificação, tanto da Ajuda Oficial para o Desenvolvimento (*Official Development Assistance — ODA*) quanto da cooperação técnica (IDA, 2007), e de crescimento das Parcerias Público-Privadas (PPPs), com multiplicação de atores e objetivos específicos. Dessa forma, os EUA impulsionaram mudanças importantes na forma como a saúde se insere na política externa dos diferentes países, como também na dinâmica e volume da ajuda externa dos países desenvolvidos para os de renda baixa, que se reflete, por sua vez, na cooperação internacional. Esses desdobramentos colocaram no centro do debate as relações entre globalização, saúde, segurança e desenvolvimento.

Os dados informam que, nos últimos vinte anos, a assistência para o desenvolvimento destinada, teoricamente, à melhora da saúde nos países de renda média e baixa aumen-

tou consideravelmente. E essa expansão, mais expressiva na primeira década do século XXI, veio acompanhada de importante mudança no panorama institucional. Em relação à participação do setor privado na ajuda externa em saúde, as chamadas Iniciativas Globais (*Global Health Initiatives* — GHIs), anteriormente conhecidas como Parcerias Público-Privadas em Saúde ou Parcerias em Saúde Global (*Global Health Public-Private Partnership* ou *Global Health Partnership*), tiveram um aumento significativo desde os anos 2000 e são consideradas uma “resposta concertada” para se enfrentar o preocupante aumento da carga de doenças no mundo (WHO, 2009).

Doações de drogas, medicamentos e equipamentos concentram boa parte dos recursos, enquanto o montante destinado ao desenvolvimento dos sistemas de saúde permanece baixo, evidenciando distância entre discurso e prática. Os EUA e organizações norte-americanas foram os maiores doadores. Isso significa que as agências da Organização das Nações Unidas (ONU) — especificamente Organização Mundial da Saúde (OMS) e Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) — cada vez mais devem competir com os países receptores, organizações não governamentais (ONGs) e outras pela obtenção de financiamentos, o que as enfraquece em seu papel de mediadores entre as comunidades técnicas e científicas, de um lado, e os países em desenvolvimento, do outro (RAVISHANKAR et al., 2009).

Temas como direitos de propriedade intelectual, produção e distribuição de medicamentos e insumos, comércio internacional e direitos humanos passaram, então, a politizar de forma mais contundente a arena setorial globalmente, de forma polarizada, e vêm tensionando a arena da diplomacia da saúde.

No Brasil, o debate sobre a cooperação técnica internacional para o desenvolvimento ainda é incipiente. Como receptor de cooperação, o país tem experiência muito antiga, sobretudo com determinados parceiros, como os EUA; mas como ativo promotor da cooperação internacional, ou doador de ajuda externa para o desenvolvimento, a estreia do Brasil é mais recente, mesmo na saúde.

Na primeira década do novo século, o Brasil ampliou a cooperação em saúde no âmbito Sul-Sul, com a América Latina e com a África (VIA ABC, 2007), combinando motivações de política externa com o atendimento de demandas de assistência técnica específicas, calcadas na experiência doméstica, e imprimindo uma dinâmica diferente das lógicas tradicionais da cooperação Norte-Sul. Porém, a heterogeneidade dos países envolvidos nessa cooperação, com sérios problemas internos, marcadas desigualdades e exclusão social, é uma dificuldade adicional.

Simultaneamente, as Nações Unidas promoveram a revisão das normativas globais sobre as responsabilidades na ajuda externa e na cooperação e incentivaram a chamada

“cooperação triangular”, institucionalizando mecanismos de articulação entre dinâmicas cooperativas múltiplas — Norte-Sul e Norte-Sul-Sul (ECOSOC, 2007; ABC, 2007; HIRST, LIMA e PINHEIRO, 2010). Os alinhamentos são variáveis e transitórios, movidos por “parcerias estratégicas” em conjunturas específicas, colocando desafios para a institucionalização dos arranjos cooperativos ao longo do tempo (HIRST, LIMA e PINHEIRO, 2010: 30).

O Brasil vem implementando uma agenda própria de cooperação, atuando como doador, sobretudo em relação aos países menos desenvolvidos, em colaboração com diferentes agências governamentais e participação da sociedade civil em várias iniciativas, o que é uma novidade na realidade brasileira (LIMA, 2010; HIRST, LIMA e PINHEIRO, 2010; MILANI, 2011). Para Lima (2010), essa internalização doméstica de iniciativas de política externa gera outros novos desafios: a) necessidade de extrair e mobilizar recursos do Estado e da sociedade para realizar e intensificar a cooperação; b) exigência de maior coordenação inter e intrainstitucional, em um único setor e entre distintos setores; c) necessidade de enfrentar a inerente maior politização da cooperação internacional, resultante da ampliação do componente doméstico na política externa; e d) evitar retrocessos ou estancamento devidos a realinhamentos político-partidários nas mudanças governamentais.

Na cooperação com a América do Sul, novas perspectivas têm se aberto com o trabalho conjunto desenvolvido com a Unasul (HIRST, LIMA e PINHEIRO, 2010), ressaltando-se as atividades na área de saúde e segurança (BUSS e FERREIRA, 2010b; ALMEIDA et al., 2010).

E a África, por sua vez, é hoje o principal destino da cooperação técnica internacional do Brasil. Ampla gama de projetos de cooperação envolve distintos ministérios, destacando-se Ciência e Tecnologia, Indústria e Comércio Exterior, Agricultura e Saúde, e a atuação no continente africano vem sendo conduzida por órgãos especializados — Embrapa, Fiocruz, Senai, entre outros (HIRST, LIMA e PINHEIRO, 2010).

Na Saúde, prioriza-se a Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP), embora haja projetos de cooperação e negociações em outros países africanos (BUSS e FERREIRA, 2010a; ALMEIDA, 2010). Cerca de 31 projetos estão em andamento na região, e Moçambique é o país onde se desenvolve o maior número deles (RUSSO et al., 2011).

Nesse processo, o Brasil vem formulando a chamada “cooperação estruturante em saúde”, que se baseia fundamentalmente na abordagem da “construção de capacidades para o desenvolvimento” (ALMEIDA et al., 2010). Além do foco no desenvolvimento de capacidades, a abordagem da “cooperação estruturante em saúde” está centrada em: a) Iniciativas coordenadas no contexto regional; b) forte envolvimento de ministros da saúde na construção de consensos estratégicos e políticos; e c) estímulo à parceria nacional entre os ministérios da Saúde e Relações Exteriores (ALMEIDA et al., 2010).

Os riscos assumidos nesse processo são substantivos; em caráter exploratório e para estimular o debate, listamos alguns deles, especificamente relacionados à cooperação em saúde:

- a) O foco na construção de capacidades em saúde é um grande desafio e tem exigido permanente aprendizado. Ampliar os recursos (materiais e humanos) e a capacitação para a cooperação no âmbito das agências estatais com condições de oferecer cooperação internacional é meta crucial para o sucesso da cooperação Sul-Sul.
- b) A capacidade de oferta de bens públicos requer instrumentos que outorguem visibilidade e especificidade aos projetos de cooperação, e a credibilidade dos compromissos internacionais assumidos é diretamente dependente de resultados concretos. Entretanto, esses projetos envolvem ampla gama de atores e decisões tomadas em vários níveis e diferentes espaços de poder, com culturas organizacionais e institucionais distintas nos diferentes países. A formulação de instrumentos técnicos apropriados é, portanto, peremptória, pois altas expectativas por resultados efetivos convivem com mecanismos administrativos bastante limitados, de ambos os lados.
- c) A pluralidade de instituições e agentes envolvidos nos projetos de cooperação, assim como a ampliação do debate, nos âmbitos do Estado e da sociedade, apesar de positiva, torna a construção dos consensos mais difícil e aumenta a possibilidade de disputas internas e interburocráticas.
- d) O atendimento de demandas pontuais coloca como tendência o aumento da fragmentação do tecido assistencial (MUSSI, 2007 apud HIRST, 2010 e HIRST, LIMA e PINHEIRO, 2010).
- e) Para o desempenho de uma liderança cooperativa regional, são fundamentais visão estratégica de longo prazo e capacidade de mobilizar recursos e de conquistar a legitimidade das sociedades.
- f) Como os projetos de cooperação Sul-Sul estão vinculados a prioridades de governo e de política externa, podem sofrer descontinuidade de recursos institucionais, financeiros e humanos.
- g) Na “triangulação” cooperativa é difícil escapar dos campos de interesse dos países doadores tradicionais e do seu poder de agenda, e a manutenção do equilíbrio entre os “pares” não é fácil. O conflito é a regra, pois a tendência é de manutenção das respectivas identidades e formas de trabalho dominantes.
- h) A atuação do Brasil no âmbito multilateral não tem incluído, de forma sistemática, a articulação das questões da saúde nas negociações nos distintos fóruns multilaterais. Os imbricamentos entre comércio e saúde são inúmeros e extremamente problemáticos, e a atuação do Brasil em fóruns setoriais e temáticos ainda é fragmentada e pontual. Algumas questões merecem especial atenção (SMITH et al., 2009):

- A proteção da propriedade intelectual é um tema estratégico para a indústria e para a saúde pública. O crescimento das novas PPPs, com iniciativas como a da vacina de malária, mostrou que a gestão criativa do sistema de propriedade intelectual é essencial para o desenvolvimento e subsequente acesso aos medicamentos. Entretanto, isso não é feito de forma regular e os países não estão utilizando adequadamente as flexibilidades já previstas na lei para superar as barreiras das patentes, tais como as licenças compulsórias ou as importações paralelas (SMITH et al., 2009). Uma prioridade política imediata é enfrentar essas questões como parte do apoio ao desenvolvimento, sobretudo na cooperação Sul-Sul, utilizando a *expertise* dos países que já vêm trabalhando nessa linha (como a Índia), assim como fomentar as alianças Sul-Sul para a implementação coletiva das flexibilidades do *Trade-Related Aspects of Intellectual Property Right* (Trips) em âmbito regional ou de blocos específicos (como, por exemplo, com a África do Sul e a Argentina).
 - Um dos principais impedimentos para isso é a possibilidade de provocar repercussões amplas e sanções dos países desenvolvidos nos acordos bilaterais de comércio. A indústria farmacêutica é dominada por grandes transnacionais, sediadas em poucos países, e os emergentes estão sob considerável pressão dos países desenvolvidos, que são seus “parceiros” ou doadores. Os acordos Trips-Plus levam à exclusividade em mercados e preços, o que aumenta o gasto em saúde e reduz a acessibilidade a novos medicamentos essenciais, além de ter efeito negativo nas indústrias farmacêuticas domésticas.
 - Países em desenvolvimento com mercados substantivos, como, por exemplo, Brasil, Índia e Tailândia, que já estabeleceram precedentes adotando as flexibilidades nas leis nacionais sobre patentes, poderiam avançar na construção de parcerias que mitigariam a falta de recursos e de capacidade técnica. Uma alternativa seria fazer valer as várias resoluções da OMS sobre o tema.
- i) Os impasses nas negociações multilaterais sobre comércio são recorrentes, gerando grande insatisfação em relação à atuação das organizações envolvidas. A falta de preocupações ou de cuidado com as questões de saúde nessas negociações é parte do problema, assim como o é o uso da saúde para bloquear atividades comerciais entre países. Algumas sugestões de Lee e colaboradores (2009) para fortalecer a atuação da comunidade da saúde nesses processos merecem reflexão:
- A falta de coerência na governança da saúde global é um dos grandes desafios. A “colcha de retalhos” formada por mandatos institucionais, atividades, autoridades e recursos que caracterizam as iniciativas globais em saúde evidenciam que não há um plano ou visão estratégica para enfrentar os amplos determinantes

sociais da saúde, incluindo o comércio. Seria necessário criar uma liderança consensual nas questões que envolvem comércio e saúde, na comunidade da saúde coletiva. E, se a OMS deve desempenhar esse papel, seu envolvimento com o secretariado da Organização Mundial do Comércio (OMC) e seus membros deveria ser substancialmente reforçado, passando a observador permanente do Conselho Geral da OMC, e os painéis de disputa e discussão deveriam ter, quando apropriado, igual participação de representantes da Saúde.

- Uma forma de alavancar o aumento da representação da Saúde na OMC poderia se dar nas situações em que a articulação de interesses é imperativa, como, por exemplo, nas ameaças de surtos epidêmicos e de pandemias, que podem afetar a economia e o comércio globalmente.
- Embora a comunidade de saúde pública tenha se esforçado para argumentar sobre impactos negativos do comércio na saúde, a importância de proteger a saúde por razões comerciais não foi claramente demonstrada, articulada e evidenciada, e constitui, portanto, um tema a ser mais bem explorado.
- Para fortalecer a representação dos interesses da Saúde e melhorar a atuação da OMS e dos seus estados-membros nessa área, é fundamental dispor de recursos suficientes. A dependência de recursos extraorçamentários submete a organização aos desígnios dos doadores, e sua relutância na expansão de seu papel nessa área pode ser explicada pela falta de uma estratégia para lidar com o tema, mas pode também significar vínculos com interesses econômicos. Assim, destinar recursos orçamentários específicos para isso é fundamental.
- A OMS não tem técnicos e especialistas suficientemente capacitados para lidar com as articulações entre comércio e saúde (LEE et al. 2009) e, frequentemente, a gestão desses temas é fragmentada e sujeita a disputas internas. É necessário coordenar e construir capacidade analítica, além de acumular conhecimentos, inclusive para apoiar os países na participação efetiva da governança das questões que envolvem comércio e saúde, fortalecendo os ministérios da Saúde nessa área.
- Externamente aos governos, organizações da sociedade civil e ONGs podem desempenhar importante papel, ainda que não participem da OMC, proporcionando assistência técnica e operacional e mobilizando a opinião pública em torno da regulação dos interesses corporativos, inclusive utilizando o quadro de referência da discussão sobre os direitos humanos.

As oportunidades são muitas, mas a complexidade da cooperação internacional e os poderosos interesses envolvidos, além da necessidade de uma liderança clara e comprometida com o enfrentamento dessas discussões, são desafios de longo prazo que podem

ser superados com enfoque estratégico e ação coordenada. O reconhecimento de que as questões de saúde têm precedência sobre as do comércio é fundamental para o desenvolvimento, mas esse reconhecimento só será possível com forte trabalho de advocacia e fortalecimento da capacidade de *enforcement* da OMS e dos profissionais que militam pela saúde nos diferentes países, sobretudo aqueles em desenvolvimento, que atuam na arena internacional e são capazes de construir alianças estratégicas. Por outro lado, o fortalecimento da cooperação internacional em novas bases é um recurso político poderoso.

Estimular o debate e a construção coletiva em torno das questões levantadas, assim como fomentar a investigação, é urgente e crucial para a consolidação do Brasil na cooperação Sul-Sul. Ainda é cedo para avaliar os impactos, mas já se faz quase tarde para alguns ajustes e correções de rumos fundamentais para garantir maior efetividade nos resultados da cooperação Sul-Sul em saúde no Brasil.

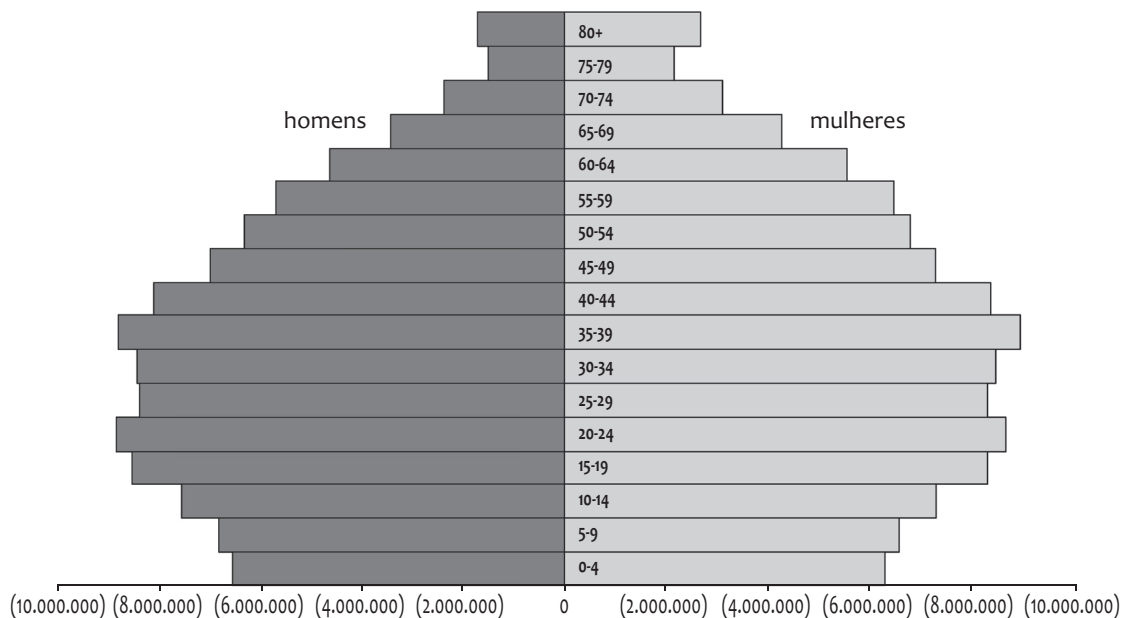
II

População e Perfil Sanitário

CENÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO EM 2022-2030

Segundo as projeções do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Brasil chegará a 2022 contando com uma população de aproximadamente 209,4 milhões de pessoas. O formato da pirâmide etária já não faz mais jus a esse nome, face à continuada tendência ao envelhecimento populacional. A razão de dependência total voltará a aumentar, e com isso a chamada “janela de oportunidades” começará a se fechar, sem nenhum sinal de que os problemas de equilíbrio na previdência social e da melhoria na qualidade da educação terão sido equacionados (Gráfico 1).

Gráfico 1 — Pirâmide etária. Brasil, 2022

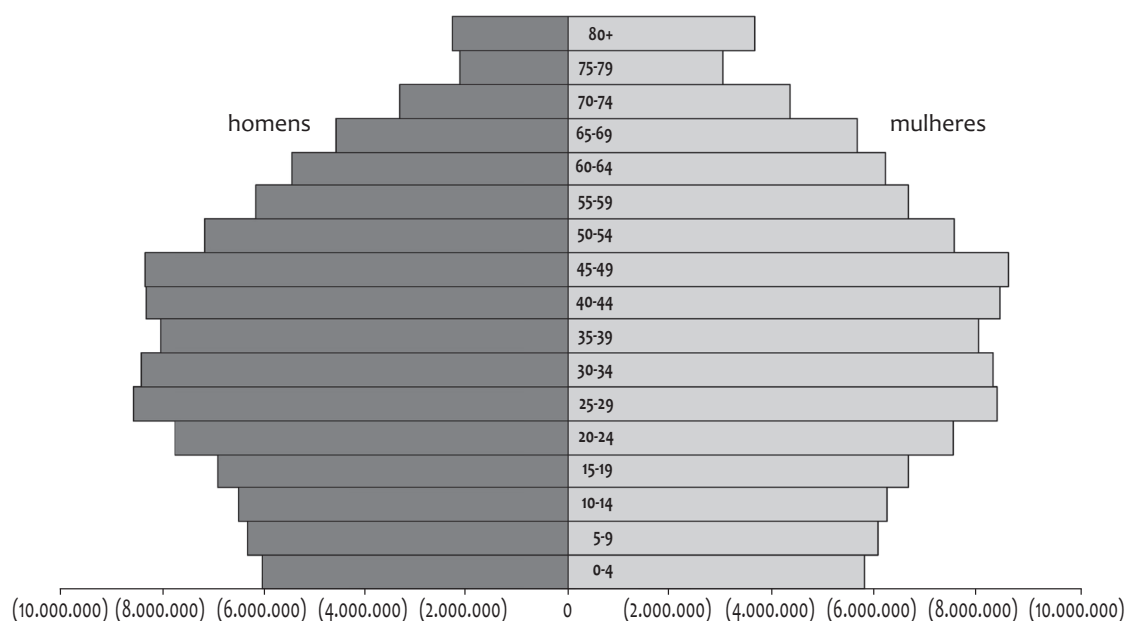


Fonte: IBGE, Projeções Populacionais 1980-2050.

Decompondo-se a razão de dependência, ainda são os mais jovens que terão a maior participação, porém com menor diferencial em relação ao segmento da população idosa. Por outro lado, o índice de envelhecimento populacional seguirá a trajetória de crescimento e atingirá a razão de 76,5 idosos para cada 100 jovens. Em termos absolutos serão 30,7 milhões de pessoas com 60 anos ou mais de idade, na medida em que teremos 40,2 milhões de 0 a 14 anos.

Em 2030 a população total deverá atingir 216,4 milhões, mais 25,7 milhões de habitantes. A razão de dependência total continuará aumentando, chegando a 2030 com 100 pessoas em idade ativa respondendo por 55,5% da faixa etária não ativa. Nesse momento, a contribuição dos mais idosos nesse indicador já terá superado aquela do segmento de 0 a 14 anos de idade, 29,1 idosos contra 24,5 jovens. O que significa que em nossa população, nesse ano, teremos mais idosos – eles serão 40,5 milhões, enquanto são esperados 36,7 milhões de jovens. Isso estará retratado no índice de envelhecimento, estimado em 110,1 idosos para cada 100 jovens (Gráfico 2).

Gráfico 2 — Pirâmide etária. Brasil, 2030



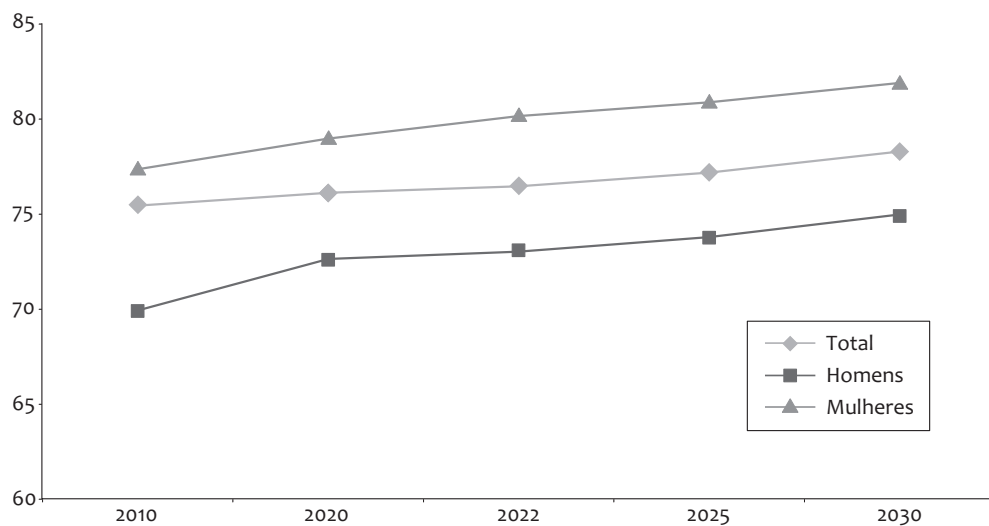
Fonte: IBGE, Projeções Populacionais 1980-2050.

As mesmas projeções indicam que a população, com mais idosos do que jovens, continuará crescendo vegetativamente até o ano de 2038. A partir daí, a taxa bruta de natalidade

será menor do que a de mortalidade. Como consequência, no ano de 2040 a população já será menor em volume do que aquela observada no ano anterior.

Levando-se em consideração os indicadores relativos à mortalidade, a taxa bruta continuará crescendo, fruto do processo de envelhecimento populacional. Em compensação, aqueles indicadores diretamente associados à qualidade de vida da população continuarão numa tendência que demonstra a melhoria do bem-estar social. A esperança de vida ao nascer para ambos os sexos projetada para 2022 é de 76,5 anos, sendo que as mulheres esperariam viver 80,2 anos. As tábuas de vida elaboradas projetam uma sobre-mortalidade masculina próxima aos sete anos, o que se manterá até os anos 2030. Nesse ano, a esperança de vida seria de 78,3 anos para o total e de 81,9 anos para as mulheres (Gráfico 3).

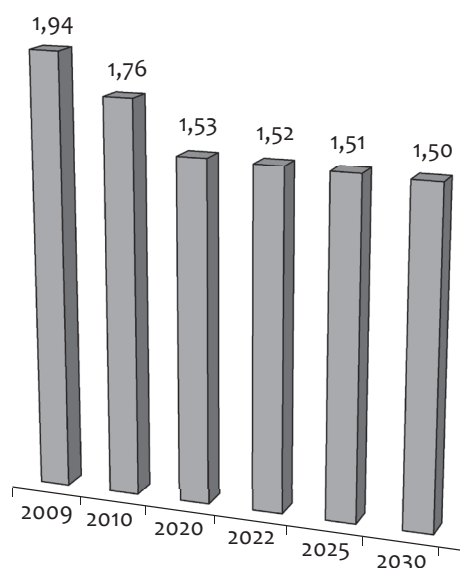
Gráfico 3 — Esperança de vida ao nascer. Brasil, 2010-2030



Fonte: IBGE, Projeções Populacionais 1980-2050.

No prognóstico para o comportamento reprodutivo, a taxa de fecundidade total que, nos dias de hoje, está por volta de 1,9 filho por mulher, gerando algo próximo a 3 milhões de nascimentos, deve continuar sua trajetória de declínio, produzindo taxas brutas de natalidade cada vez menores. Em 2022, espera-se que tenhamos 2,5 milhões de nascidos vivos. A incorporação de novos espaços nacionais ao mercado, atraindo um volume ainda maior de mulheres para as relações de trabalho assalariado, e a urbanização, com todos os seus hábitos e comportamentos, contribuirão para que os níveis de fecundidade continuem baixos (Gráfico 4).

Gráfico 4 — Taxa de fecundidade total. Brasil, 2009-2030



Fonte: IBGE, Projeções Populacionais 1980-2050 e Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2009.

A migração foi o componente da dinâmica demográfica que mais rapidamente se alterou com as transformações socioeconômicas das últimas três décadas. A modalidade migratória rural-urbana, que teve seu auge no período de industrialização e urbanização do país, originando as metrópoles, emite fortes sinais de esgotamento, embora esses espaços ainda sigam atraindo parcela importante dos fluxos migratórios internos. Não será surpresa se os resultados da próxima enumeração populacional apontarem redução no volume de algumas capitais, particularmente Rio de Janeiro e São Paulo, que, nos últimos anos, têm os respectivos crescimentos demográficos garantidos apenas pela parcela vegetativa.

Com a permanência do padrão de acumulação do capital, podemos esperar a manutenção do comportamento dos deslocamentos populacionais, com os fluxos migratórios tendo como direção principal as cidades médias, que oferecem vantagens locais para as atividades produtivas, além do maior dinamismo nos movimentos pendulares, especialmente naqueles empreendidos fora das áreas metropolitanas.

No que concerne à migração internacional, a manutenção ou melhora do dinamismo no desenvolvimento econômico poderá proporcionar uma atração de população estrangeira, em especial dos países vizinhos e dos continentes africano e asiático. Esse cenário exigirá, no caso dos países sul-americanos, a regulamentação dos acordos de livre circu-

lação já em fase avançada de discussão no âmbito do Mercado Comum do Sul (Mercosul) e sua possível expansão para a União de Nações Sul-Americanas (Unasul). Em relação às demais nacionalidades, o país deve estar atento, de modo a antecipar a regulação desses fluxos, evitando-se que se repita aqui a experiência fracassada que atualmente se observa nos países desenvolvidos.

Um cenário de crise econômica causaria um impacto mais imediato no comportamento das migrações, tendo em vista que, majoritariamente, os deslocamentos ocorrem em função do fato de a força de trabalho buscar espaços possíveis para sua reprodução. Como o mercado de trabalho também seria afetado diretamente, a demanda por trabalho estaria contraída. Assim, a exemplo das experiências anteriores, a tendência é de diminuição no volume de migrantes internos. No plano internacional, poderíamos assistir ao recrudescimento da emigração.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO EM 2022-2030

As análises da situação de saúde da população brasileira identificam avanços importantes traduzidos na redução significativa de alguns problemas. Porém, com relação a outros problemas identificam reduções menos significativas ou mesmo estabilidade ou ainda problemas que apresentam tendência ao crescimento (BARRETO e CARMO, 1994, 1998, 2000; BARRETO et al., 1997, 2011; CARMO et al., 2003; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, 2005, 2006; VICTORA et al., 2011; SCHMIDT et al., 2011, REICHENHEIM et al., 2011). Como exemplos de sucesso podem-se destacar as reduções observadas nas Taxas de Mortalidade Infantil (TMI), na taxa de desnutrição em crianças e a ocorrência das doenças imunopreveníveis. Em outra direção, temos visto o reaparecimento, nas duas décadas passadas, de problemas como o cólera e a dengue, que além de exporem as deficiências ambientais urbanas em nosso país, tornam parcelas importantes da população vulneráveis a doenças que deveriam estar superadas, amplificando a já alta carga de doenças da população.

Os esforços para traçar o quadro da situação de saúde da população brasileira para o período de 2022-30 devem considerar não apenas as tendências observadas em períodos recentes no tocante às doenças e a outros problemas de saúde que afligem a população brasileira e o intrincado conjunto de determinantes envolvidos. Tal quadro dependerá também, em grande parte, da implementação de uma série de políticas e outras ações públicas potencialmente efetivas e que venham a exercer impacto sobre tais determinantes. Dependerá ainda da consolidação da rede de atenção básica à saúde que tenha capacidade resolutiva e seja de qualidade, e ainda do desenvolvimento científico que dê suporte às ações planejadas e estimule o surgimento de inovações que tragam soluções para problemas atualmente existentes e para os quais faltam conhecimentos ou tecnologias adequadas.

Enquanto a taxa bruta de mortalidade continuará crescendo, como decorrência do processo de envelhecimento populacional, a TMI deve seguir sua trajetória de redução. Segundo as metas traçadas nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), a TMI para o ano de 2015 deverá ser de 15,7%. A expectativa é a de que o Brasil atinja esse objetivo antes do prazo estipulado, impressão que foi corroborada em uma avaliação realizada em

68 países prioritários no ano de 2008 (IPEA, 2010). As estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2006) traçam um cenário um pouco menos otimista. As projeções indicam que o Brasil teria uma TMI de 18,2%, o que corresponderá a 48,2 mil óbitos infantis. Isso se daria em função das taxas para as regiões Norte e Nordeste, respectivamente 19,5% e 26,7%. Nas outras regiões o indicador estaria dentro da meta dos ODM. Segundo essas mesmas estimativas, o objetivo só seria alcançado no ano de 2020, com 38,9 mil óbitos de menores de 1 ano de idade. Esperamos que em 2030 sejam observados, no país como um todo, pouco menos de 25.000 óbitos infantis e que os diferenciais regionais e sociais observados tanto na esperança de vida quanto na mortalidade infantil sigam a tendência de redução. Essa convergência será ainda mais favorecida caso os programas de distribuição de renda tenham continuidade e no campo da educação prossiga o aumento da escolaridade, sobretudo entre as mulheres.

No tocante às doenças infecciosas em geral, pode-se delinear para 2022-2030 um quadro razoavelmente positivo, tendo em vista os avanços até agora observados na implementação de uma série de políticas que afetam determinantes de muitas dessas doenças, incluindo a atenção primária e a vigilância em saúde. Entretanto, para chegarmos a um estágio ainda mais avançado de controle do conjunto das doenças infecciosas em 2022, principalmente daquelas doenças que contribuem com alta carga de morbidade ou que têm potencial epidêmico, fazem-se necessários:

- a) Avanço nas políticas de fornecimento de água potável e principalmente de saneamento básico, crucial para a consolidação e para dar sustentabilidade ao controle de uma gama diversa de problemas que atinge, em especial, a população de crianças. Esses problemas incluem as diarreias causadas por agentes de transmissão oral-fecal, as helmintoses intestinais, a esquistossomose, a hepatite A e a leptospirose, entre outras.
- b) Melhorias no ambiente urbano (saneamento, melhorias habitacionais, melhoria geral da higiene etc.), que podem exercer importante impacto sobre as doenças de transmissão fecal-oral, mas também sobre outras doenças infecciosas importantes no contexto urbano: leptospirose, tuberculose, hanseníase.
- c) Fortalecimento da atenção primária à saúde, ampliando e consolidando o acesso amplo para todas as faixas populacionais e regiões, que poderá ter impacto no curso de uma série de enfermidades (p. ex. diarreias, infecções respiratórias, tuberculose, hanseníase, malária).
- d) Desenvolvimento de inovações biotecnológicas, como vacinas, que poderá ser central na aceleração do controle de algumas doenças (p. ex. dengue, leishmaniose visceral) ou na consolidação do controle de algumas outras (p. ex. Aids, malária, tuberculose, hanseníase).

- e) A consideração, como problema, das infecções nosocomiais, cuja magnitude ainda não está bem estabelecida no país. Apesar de não termos clareza sobre suas tendências, a experiência internacional mostra que tais infecções tendem a crescer em paralelo ao crescimento dos recursos tecnológicos em saúde que implicam o aumento das hospitalizações, o prolongamento da vida, as técnicas invasivas para diagnóstico e tratamento, o uso de medicações imunossupressoras, entre outras.

Apesar de tendência observada, graças ao desenvolvimento de tecnologias médicas e do acesso de maior parte da população a tais tecnologias, à redução das taxas de mortalidade de algumas doenças do grupo das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), há evidências e claras sinalizações de que outros problemas relacionados a tais doenças e alguns dos seus fatores de risco apresentam tendência crescente. A falta de solução para alguns desses problemas-chave poderá ocasionar uma cadeia de eventos que levem a efeitos danosos na saúde da população e à crescente demanda por serviços de saúde. Os principais problemas são:

- a) O aumento da prevalência da obesidade em adultos, mas também em crianças, tem sido observado em todo o mundo, não sendo diferente no Brasil. Uma das implicações mórbidas mais imediatas da obesidade é o diabetes, e há evidências de que sua prevalência dobrará até 2030 nas Américas e de que o Brasil certamente seguirá tal tendência. A projeção da tendência, observada em anos recentes, de aumento da prevalência de obesidade, faz prever que em pouco mais de uma década atingiremos níveis próximos aos atualmente observados nos Estados Unidos (SCHMIDT et al., 2011). Portanto, o termo “epidemia de obesidade” reflete bem a atual situação que vivemos. Enquanto não haja consenso sobre as medidas mais efetivas para a contenção dessa epidemia, estas se centram em políticas e ações de promoção de dietas saudáveis e de estilos de vida ativo, em todas as etapas do curso da vida.
- b) Conectadas com a situação apresentada no item anterior, temos as Doenças Cardiovasculares (DCVs), que apesar de apresentarem mortalidade com tendência declinante, por várias décadas continuam como a primeira causa de óbito e de hospitalizações no país. Este grupo inclui o infarto do miocárdio e os acidentes cerebrovasculares, que podem ter efeitos devastadores e acontecer precocemente em adultos. Políticas que estimulem ações de contenção dos potenciais fatores de risco incluem dietas saudáveis, normocalóricas, com baixo conteúdo de sódio e gorduras, e estímulo à atividade física. O tratamento do diabetes e da hipertensão arterial é um importante fator de quebra da cadeia causal das DCVs.
- c) Os diferentes tipos de câncer vêm apresentando tendências diferentes de mortalidade, alguns de redução e outros de aumento. Em homens se destacam o aumento das taxas de mortalidade por câncer de próstata e a redução do câncer de estôma-

go; entre mulheres destacam-se os aumentos em câncer de mama e de pulmão. No tocante à ocorrência dos cânceres de mama e cervical, as taxas de incidência entre as brasileiras estão entre as mais altas do mundo, assim como ocorre com o câncer do esôfago, principalmente entre os homens. Além disso, as taxas de sobrevivência estão abaixo daquelas observadas em países desenvolvidos, refletindo diagnóstico tardio e falhas nos tratamentos. Para alcançarmos um quadro de saúde com redução da ocorrência dos cânceres em geral, mas especialmente daqueles grupos para o qual há fatores de risco bem estabelecidos ou tratamentos efetivos, será necessário o fortalecimento do sistema de saúde, permitindo o diagnóstico precoce, o acesso a tratamento adequado e a implementação de medidas de redução e controle de fatores de risco.

- d) As doenças respiratórias crônicas, em especial a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) e asma dão importantes contribuições à carga global de mortalidade e de morbidade. Entretanto, as tendências desses indicadores são decrescentes, o que torna alvissareira a perspectiva para a próxima década. A redução observada nas hospitalizações e mortes por DPOC deve ter como causa principal as reduções, observadas nas últimas décadas, no hábito de fumar ou outras melhorias na qualidade do ar respirado. Reduções subsequentes no hábito de fumar e políticas de controle da poluição urbana podem propiciar maiores reduções em sua ocorrência. Quanto à asma, não há indícios de reduções significativas na sua ocorrência, e pouco se conhece dos seus fatores de risco; assim, a redução observada na mortalidade e hospitalizações tem sido atribuída ao maior acesso a tratamentos efetivos. Portanto, uma combinação de medidas de prevenção efetivas, no caso da DPOC, e acesso a serviços de saúde e adequado tratamento podem ser cruciais para a redução das taxas de morbidade e mortalidade deste grupo de patologias em 2022.
- e) No tocante às doenças neuropsiquiátricas, enquanto não tenham maior impacto na mortalidade, as evidências mostram a sua alta prevalência na população e os seus efeitos sobre o cotidiano dos indivíduos acometidos, das suas respectivas famílias e de todos aqueles envolvidos em suas relações sociais. Este grupo de doenças, por sua vez, constitui fatores de risco para outras doenças infecciosas e crônicas. Indivíduos com distúrbios neuropsiquiátricos têm, frequentemente, reduzida a capacidade de autocuidado, tornando-se mais suscetíveis a uma gama variada de doenças. Em geral, não existem dados suficientes que permitam inferir sobre as tendências no tempo deste grupo de doenças. No entanto, as demências parecem estar aumentando conforme o processo de envelhecimento populacional. A taxa de mortalidade associada às demências aumentou aproximadamente quatro vezes de 1996 a 2007 (1,8 para 7,0/100.000 hab.). A falta de conhecimentos precisos sobre os complexos determinantes dessas doenças torna mais difíceis previsões sobre o seu curso em

populações. Entretanto, espera-se que melhorias gerais nas condições de vida do brasileiro, associadas com reduções nas desigualdades sociais, possam contribuir para reduzir sua ocorrência.

Em anos recentes, um conjunto de políticas tem sido implementado no país, como parte do esforço de conter as diversas formas de violência e lesões que, nas últimas décadas, colocaram este grupo de problemas de saúde entre os que mais afligem a população brasileira. Essas políticas cobrem um conjunto diversificado de intervenções no esforço de reduzir em especial os dois principais componentes em termos do impacto na morbidade e na mortalidade: os homicídios e os acidentes de trânsito. Apesar de as taxas de mortalidade devidas a violência e lesões continuarem abusivamente altas, há evidências de que ambas se encontram em lento descenso no país. Não se trata, entretanto, de um processo uniforme em todas as regiões do país e para os seus diferentes subtipos. Os homicídios, por exemplo, apresentam sinais de descenso na Região Sudeste, com redução de mortalidade de 15% entre 1991 e 2007, mas na Região Nordeste houve, no mesmo período, aumento de 19,5%. Com relação aos acidentes de trânsito, apesar da tendência, também lenta, de queda global da mortalidade, os óbitos associados a acidentes envolvendo motocicletas crescem de forma vertiginosa: enquanto em 1996 tais acidentes totalizavam 4% dos óbitos por acidentes de trânsito, em 2007 já representavam 28%. Portanto, o quadro em 2022 dependerá da continuidade de medidas que já estão em curso e de outras que venham a ser implementadas com vistas a reduzir os homicídios e outras formas de acidentes. Em relação às mortes por motocicletas, medidas urgentes precisam ser implementadas para reverter a atual tendência.

Nessa área o fosso que separa o Brasil dos países desenvolvidos ou mesmo de outros países em desenvolvimento é muito grande. A taxa nacional de mortalidade por homicídios em 2007 era vinte vezes maior que a da China e 5,5 vezes maior que a da Argentina, e ligeiramente menor apenas do que as observadas na Colômbia e na África do Sul. As tendências recentes não mostram importantes inflexões que modifiquem as diferenças apresentadas, fazendo-se necessárias ações mais vigorosas que associem medidas específicas (segurança, melhoria das vias públicas etc.) com amenizações de macrodeterminantes, como as desigualdades sociais.

DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS, ENDEMIAS, EPIDEMIAS E PANDEMIAS

É inequívoca a redução absoluta e relativa da mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias no Brasil ao longo do século XX, produzida tanto por fenômenos como a urbanização, melhoria das condições de vida, maior acesso ao saneamento e outros determinantes sociais como pela incorporação de tecnologias do setor Saúde, como as vacinas. A mortalidade proporcional por esse grupo de doenças caiu de 45,7% do total de óbitos nas capitais do país em 1930 para 5,2% dos óbitos com causas definidas em 2005 (BARRETO e CARMO, 2007). Embora o ritmo da queda na mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias tenha diminuído nos anos mais recentes, a expectativa para a próxima década é de manutenção da tendência decrescente na mortalidade por esse grupo de causas, em um ritmo semelhante ao observado ao longo da última década.

Nas últimas três décadas, observou-se redução importante na mortalidade por diarreias, por doenças preveníveis por vacinação e por infecções respiratórias em crianças. O número de óbitos por tuberculose e doença de Chagas permaneceu relativamente constante, e a Aids e a dengue começaram a aparecer como causas de morte. Em 2008, ano mais recente para o qual há dados disponíveis, as doenças infecciosas e parasitárias foram responsáveis por 4,4% do total de óbitos registrados no país, observando-se importantes diferenças entre as regiões: 3,7% na Região Sul e 5,7% na Região Norte (GARCIA et al., 2010).

O Brasil tem apresentado notável desempenho no controle das doenças preveníveis por vacinas. A existência de um parque produtor público de imunobiológicos permite ao país maior autonomia nas decisões sobre o programa de imunizações, minimizando a dependência em relação ao mercado internacional de vacinas. O Programa Nacional de Imunizações, executado pelos três níveis de governo, tem demonstrado notável habilidade na incorporação de novas vacinas. A análise da trajetória recente de incorporação de novas vacinas aos programas de vacinação universal no Brasil e da trajetória do orçamento alocado para a aquisição de vacinas demonstra que o país tem sido mais ágil do que no passado na incorporação de novas vacinas e apresentado uma curva ascendente na alocação de recursos ao programa. Essas tendências, se mantidas, possibilitarão a incor-

poração das vacinas já disponíveis e de outras, hoje em fase de desenvolvimento, sendo algumas delas de grande interesse para o país. No entanto, será necessário que isso se acompanhe de investimentos na rede de conservação e distribuição de vacinas, uma vez que a capacidade da rede de frio já ultrapassou o seu limite.

Por outro lado, as doenças negligenciadas constituem um grupo de doenças associadas à pobreza, para as quais se confere baixo grau de prioridade, tanto nas agendas nacionais quanto na internacional, com baixo investimento em novas tecnologias de diagnóstico e terapêutica. Em 2010, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou o seu primeiro relatório sobre a situação das doenças negligenciadas no mundo (WHO, 2010). A OMS inclui 17 doenças ou grupos de doenças na categoria de negligenciadas. Dessas, pelo menos 12 ocorrem de forma endêmica no Brasil. Algumas são consideradas emergentes ou reemergentes no país (dengue, leishmanioses), outras estão em estágio avançado de controle (doença de Chagas, filariose linfática, oncocercose, raiva), uma tem apresentado tendência decrescente (esquistossomose) e outras permanecem em relativa estabilidade (hanseníase, tracoma, cisticercose, hidatidose e geo-helmintíases).

Doenças Infecciosas e Parasitárias com Tendência ao Declínio em sua Incidência e Prevalência

Neste grupo de doenças, incluem-se aquelas preveníveis por vacinação, as diarreias, a doença de Chagas, a esquistossomose, a raiva humana, as hepatites A e B, a filariose linfática e a oncocercose.

Pode-se afirmar que a expectativa para as doenças que já cursam com uma diminuição em seus níveis de prevalência e incidência é a de que tal tendência se intensifique. Todas as doenças preveníveis por vacinação que já vêm em declínio provavelmente continuarão na tendência em curso, chegando à eliminação no país, e talvez mesmo à erradicação, se forem também alvo de ações em âmbito internacional. A poliomielite e o sarampo avançam no sentido da erradicação. Em relação à primeira, coloca-se como etapa no processo a substituição da vacina atenuada pela inativada, e em relação à segunda faz-se necessária a intensificação da vigilância e controle, especialmente em alguns países da Europa e Ásia, responsáveis hoje por grande volume de casos e por sua exportação às regiões onde a doença já foi controlada. Em relação à difteria, ao tétano e à coqueluche, um ajuste nas estratégias de vacinação, de forma a ampliar a cobertura vacinal entre jovens e adultos, poderia ter impacto significativo na redução ainda maior de sua incidência. No caso da coqueluche, novas estratégias de vacinação dependeriam da mudança da vacina atual para uma vacina menos reatogênica. Também com um ajuste nas estratégias de

vacinação — implantação da vacinação do recém-nascido em todos os serviços de obstetrícia do país e desenvolvimento de estratégias de vacinação de adultos jovens — seria possível avançar no controle da hepatite B. A incidência de rubéola, caxumba (embora não se disponha de dados nacionais sobre esta doença) e infecções pelo *Haemophilus influenzae* tipo B devem também permanecer em níveis mínimos. A incidência de infecções por rotavírus, pela *Neisseria meningitidis* sorogrupo C e *Streptococcus pneumoniae* também deve cair. Em relação aos dois últimos agentes, a queda esperada ocorrerá entre as crianças, pois os portadores adultos manterão os agentes em circulação, com a ocorrência de doença nas faixas etárias não vacinadas.

O início, em 2011, da produção nacional da vacina contra influenza pelo Instituto Butantan e a possibilidade do uso de adjuvantes, que potencializam a resposta imune à vacina, sinalizam que o país contará com maior disponibilidade dessa vacina nos próximos anos. Um maior volume de vacinas possibilitará a incorporação de novos grupos populacionais às campanhas anuais de vacinação. A mudança do calendário vacinal da Região Norte, e pelo menos em parte do Nordeste, levará a maior efetividade da iniciativa, com redução mais acentuada da ocorrência de doenças relacionadas à influenza nessas regiões. A melhoria das condições de vida, aliada à vacinação contra influenza e contra o *Streptococcus pneumoniae*, sinaliza a continuidade na redução da ocorrência de infecções respiratórias e pneumonias.

O país deverá manter a vacinação contra febre amarela para os menores de 1 ano, em toda região com circulação do vírus, uma vez que a vacina contra esta doença não induz à imunidade de rebanho contra o ciclo silvestre da doença, e a realização de campanhas periódicas de revacinação. O Instituto Bio-Manguinhos/Fiocruz tem trabalhado no desenvolvimento de vacinas menos reatogênicas contra a febre amarela. Com a disponibilização de uma vacina mais segura, a decisão de ampliação da vacinação para todo o país será facilitada.

A incorporação de novas tecnologias, em especial da biologia molecular, tem permitido um avanço notável da vacinologia. Dentre as vacinas já disponíveis, aquelas contra hepatite A, varicela e Vírus do Papiloma Humano (HPV) poderão, se incorporadas, apresentar grande impacto na redução da incidência das infecções por esses agentes. A vacina tetravalente contra doença meningocócica (sorogrupos A, C, Y e W135) poderia reduzir ainda mais a incidência da doença, com a ressalva de que os três sorogrupos adicionais têm sido raros no Brasil. A incorporação da vacina contra o HPV terá impacto a médio e longo prazos na redução da ocorrência de câncer cervical. Se a decisão for de incorporação da vacina tetravalente, além do impacto a longo prazo, se reduzirá a curto prazo a ocorrência das verrugas genitais pelo HPV.

A tendência à melhoria das condições de saneamento básico no país deverá se manter. Com ela, também deverá ser observada redução mais acentuada na ocorrência das doenças diarreicas e da hepatite A. Em relação a esta última, a melhoria do saneamento e a incorporação da vacina poderão reduzir sua incidência a níveis muito baixos. O cólera foi controlado no país.

A manutenção da vigilância epidemiológica e entomológica é necessária para garantir que não haja a reintrodução da transmissão vetorial da doença de Chagas no Brasil. A transmissão vetorial continua a ocorrer em países limítrofes, como a Bolívia, a Argentina, o Peru e outros, e o fluxo de veículos, cargas e pessoas, com o potencial de trazerem não apenas portadores da doença, mas também os vetores, representa uma ameaça à manutenção da eliminação da doença no país. Já a transmissão do *Trypanosoma cruzi* pela via alimentar na Região Amazônica deverá continuar a ocorrer. As características de coleta, do transporte, do preparo e do consumo do açaí, estes últimos domiciliares, e a resistência da população às medidas de higiene alimentar (pasteurização) dificultam o controle dessa forma de transmissão. A vigilância epidemiológica dos quadros agudos de doença de Chagas deverá ser reforçada na região, de forma a possibilitar a detecção precoce de casos isolados e surtos, o seu tratamento oportuno e a redução da letalidade.

Mantidas as tendências atuais, o país deverá eliminar a filariose linfática do seu último foco no país, e também a oncocercose no extremo Norte. A raiva humana transmitida por animais domésticos deverá manter a tendência ao controle. Sinais preocupantes surgiram recentemente, com a limitação do estoque de vacina animal no mercado internacional, fazendo com que o Brasil tenha que reduzir a abrangência geográfica da campanha de vacinação animal em 2011. Já a raiva humana decorrente de agressões por animais silvestres, em especial dos morcegos, é de difícil controle. O aprimoramento da vigilância epidemiológica, com a detecção e tratamento precoces de pessoas agredidas, poderia mitigar os seus efeitos, reduzindo ou eliminando a mortalidade por raiva no país.

Doenças com Tendência à Estabilidade em seus Indicadores de Ocorrência

Este grupo de doenças é constituído por aquelas que apresentam tendência à estabilidade nos indicadores de morbimortalidade ou que têm tido a sua carga reduzida, porém ainda persistindo como problema importante de saúde pública no país. Inclui a hanseníase, a tuberculose, o tracoma, a malária, a doença meningocócica, as geo-helmintíases, a cisticercose, a toxoplasmose, a febre tifoide, a sífilis e outras doenças sexualmente transmissíveis, a peste, a varicela, as micoses sistêmicas e a hidatidose.

A incidência de tuberculose apresenta sinais de redução, quase 30% em cerca de duas décadas. Caiu de 51,4 por 100.000 em 1990 para valores entre 36 e 37 no período 2007-2009. Mantendo-se essa tendência, a incidência poderá se reduzir em outro terço até a próxima década. Mesmo que a redução venha a atingir esse patamar, o país ainda conviverá com mais de 50.000 novos casos de tuberculose ao ano. Em uma proporção importante dos casos o diagnóstico é tardio, e realizado em unidades de urgência/emergência. A rede de atenção primária apresenta limitações no acolhimento da população de trabalhadores, pois funciona apenas durante o horário “comercial”. O programa tem dificuldade em realizar ações do seu componente vigilância epidemiológica, com limitações graves na investigação de casos, dos comunicantes, e na busca de faltosos.

A taxa de detecção de hanseníase apresenta aumento até 2004. Só então se inicia uma tendência a queda nesse indicador. Entretanto, a queda é mais acentuada que a da tuberculose, uma redução de quase 35% em seis anos: a taxa de detecção foi de 28,2 por 100.000 em 2004, e de 18,2 em 2010. Caso essa tendência persista, a taxa de detecção poderá chegar a valores inferiores a 10 por 100.000 na próxima década. O programa enfrenta problemas semelhantes aos do programa da tuberculose, com limitação na execução do seu componente vigilância epidemiológica, na investigação de casos e seus comunicantes, bem como na busca de faltosos.

A prevalência de tracoma entre escolares está acima de 5% nos municípios mais pobres do país. Sabe-se que essa não é a faixa etária de maior prevalência nas populações onde o tracoma é endêmico. A maior prevalência costuma ser observada entre os pré-escolares. O tracoma não só é negligenciado no país, como também é “invisível”. A maioria dos profissionais da saúde desconhece sua existência, não sabe diagnosticá-lo e tratá-lo. A redução da pobreza observada na última década no país poderá ter um impacto na redução da prevalência de tracoma, a médio prazo, mas o Brasil continuará a conviver com o tracoma endêmico nas próximas duas décadas. Espera-se que o país consiga implantar a estratégia Safe (*Surgery, Antibiotics, Facial Cleanliness, Environmental Improvement*), preconizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para sua eliminação.

As geo-helminthíases, a hidatidose e a cisticercose não são sequer alvo de programas de controle de abrangência nacional. O controle das duas últimas, além do diagnóstico e tratamento, inclui também uma intervenção intersetorial, envolvendo a agricultura e abastecimento, a sanidade dos rebanhos, o controle do abate clandestino de animais para consumo humano e a mudança de hábitos culturais da população. O controle das geo-helminthíases, assim como o da esquistossomose, passa pela realização de intervenções coletivas, e não de ações de base individual, de diagnóstico e tratamento de casos. O inquérito nacional de prevalência de esquistossomose, em realização no momento, fornecerá uma nova linha de base para a focalização dos esforços no controle

da doença. O controle da toxoplasmose também precisa avançar, com a implantação de ações de controle em âmbito nacional, também integradas à agricultura e abastecimento. A ocorrência de febre tifoide deve manter o perfil atual. A melhoria do saneamento básico contribuirá para a redução da transmissão. Por outro lado, a contaminação da cadeia alimentar com bactérias do gênero *Salmonella* deve continuar.

Por ser uma zoonose de roedores silvestres, a peste não é passível de erradicação. Os focos zoonóticos de peste podem ficar inativos por períodos muito longos, de até mais de uma década, e depois voltar a ocorrer transmissão entre os animais e deles ao homem. Assim, seu comportamento é imprevisível. A vigilância epidemiológica precisa estar alerta e detectar eventuais episódios de reemergência da doença.

As micoses sistêmicas continuarão a ocorrer de forma endêmica no país. Seu modo de transmissão, a inalação de partículas infectantes dos fungos, presentes no meio ambiente, torna difícil o controle da transmissão. A organização de um programa de controle de base nacional possibilitará uma intervenção mais organizada, no sentido da quantificação do problema e da organização da rede de serviços para enfrentá-lo, de forma a reduzir a morbidade e mortalidade delas decorrentes.

A análise da série histórica da incidência da malária na Região Amazônica revela um padrão cíclico: anos com um grande aumento no número de casos, seguidos de uma resposta de intensificação das ações de vigilância e controle, levando à redução da incidência e ao decorrente relaxamento dessas medidas, seguido mais uma vez de um novo aumento no número de casos e da repetição do ciclo. Atualmente, o país passa por um momento de queda na incidência da doença, coincidindo com mais um esforço de intensificação das ações de controle, para o qual contribui a execução de um projeto nacional financiado pelo Fundo Global de Luta contra a Aids, Tuberculose e Malária. Espera-se que desta vez se consiga uma intervenção mais duradoura, de forma a garantir que o ciclo não mais se repita.

A sífilis e as outras doenças sexualmente transmissíveis permanecerão endêmicas no país nas próximas décadas. Faz-se necessária a intensificação das ações voltadas para sua vigilância e controle. Esse esforço passa pela melhoria: da qualidade da assistência pré-natal, que contribuiria para a redução da sífilis congênita; da qualidade da atenção primária, no geral, da capacidade de diagnóstico laboratorial das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST); e da vigilância das DST, inclusive na abordagem das parcerias sexuais dos casos índice. Sem intervenções voltadas para o controle das cadeias de transmissão, pouco impacto se pode esperar das ações de diagnóstico e tratamento.

Doenças Emergentes e Reemergentes

Neste grupo de doenças incluem-se a Aids, a dengue, o cólera, as leishmanioses, as doenças transmitidas por alimentos, as hantavirose, a febre maculosa e as infecções hospitalares.

Durante as duas primeiras décadas da pandemia de HIV/Aids o Brasil desenvolveu um exitoso programa de controle, reconhecido como referência internacional. O país destacou-se no desenvolvimento de estratégias preventivas, de educação em saúde, mudança comportamental, estímulo ao sexo mais seguro e uso do preservativo, trazendo, de forma corajosa, para a discussão de toda a sociedade questões como a sexualidade, o uso de drogas, enfrentando preconceitos e barreiras que tradicionalmente envolvem esses temas. E também foi pioneiro no estabelecimento de um programa de tratamento universal dos casos com a terapêutica antirretroviral de alto impacto. Entretanto, parece que o ímpeto inicial que caracterizou o programa em suas primeiras décadas arrefeceu. O nível de incidência de Aids estabilizou-se, em um patamar muito elevado: mais de 30.000 casos anuais na última década. A proporção de casos com diagnóstico tardio é elevada. A rede de serviços especializados não está aumentando, e com a maior sobrevivência dos pacientes a rede instalada encontra-se sobrecarregada. Ao contrário do que se tem observado em outros países que também instituíram programas de acesso universal ao tratamento e têm observado queda na incidência de novas infecções, o Brasil não tem conseguido diminuir a incidência do HIV/Aids. Faz-se necessária a correção de rumos do programa, para que seja reduzida a transmissão da doença. Por outro lado, a maior sobrevivência dos pacientes com HIV/Aids implica um esforço contínuo no aprimoramento da vigilância epidemiológica dos agentes oportunistas que cursam com a Aids. O envelhecimento da população, aliado à ampliação do número de pacientes em uso de terapêuticas imunossupressoras, em tratamentos oncológicos, em transplantes de órgãos, e outras condições, reforça a necessidade de aprimoramento da vigilância desses agentes. O HSV8, o HTLV, o EBV, o CVM e os poliomavírus são alguns dos agentes que acometem os grupos de imunodeficientes.

As condições necessárias à ocorrência de epidemias de dengue não se alteraram, nem se vislumbra que venham a se alterar em um futuro próximo. Precariedade nas condições de habitação, saneamento básico, drenagem de águas pluviais, ocupação desordenada do solo, coleta e destino final de resíduos sólidos não serão resolvidos a curto prazo. Antigos problemas persistem também em relação ao programa de controle: falta de pessoal qualificado, contratação de apadrinhados políticos das autoridades locais para os postos no programa, falta de planejamento das atividades e falhas na integração entre vigilância epidemiológica e ações de controle vetorial fazem com que o programa seja menos eficiente do que poderia e deveria ser.

A vacina contra dengue pode se tornar realidade em prazo relativamente curto. Uma das grandes indústrias farmacêuticas internacionais promete o lançamento da sua vacina no mercado nos próximos três anos. Com a existência de uma vacina, e na dependência das condições objetivas de usá-la, que passam por sua eficácia, pela capacidade de produção e pelo preço, talvez venha a ser possível o controle da principal doença emergente do Brasil nas próximas duas décadas.

As hantavirose e a febre maculosa deverão continuar ocorrendo no país, de maneira semelhante à atual, com a detecção de surtos, de maiores ou menores proporções, relacionados à exposição ocupacional, a atividades de lazer ou à exposição em ambientes periurbanos. Como não é possível o controle dos agentes etiológicos nos animais silvestres, reservatórios em ambas as doenças, as ações educativas e de manejo ambiental devem ser priorizadas. Uma vigilância epidemiológica sensível e ágil é condição necessária para a redução da letalidade.

As perspectivas de controle das leishmanioses nas próximas duas décadas também não são animadoras. O ciclo de transmissão urbanizou-se, beneficiando-se em parte das condições descritas acima em relação à dengue, e o programa de controle padece de problemas também semelhantes, com o agravante de que pairam dúvidas sobre a real eficácia de algumas das medidas por ele preconizadas. Em relação às duas vacinas caninas disponíveis no mercado, persistem as dúvidas quanto a sua eficácia em ensaios controlados, e mais ainda quanto a sua capacidade de impactar a transmissão nas condições objetivas dos municípios. Novas intervenções, como o uso de coleiras impregnadas com inseticidas, têm sido avaliadas.

Embora a principal forma de transmissão do vírus tenha sido controlada, o país conviverá nas próximas duas décadas com um volume cada vez maior de novos diagnósticos de hepatite C. A demanda pelo tratamento de alto custo, por serviços especializados de acompanhamento de pacientes crônicos e por transplantes hepáticos deve aumentar.

A leptospirose também continuará a ocorrer de forma endêmica, com epidemias sazonais após as inundações. A forma de uso e ocupação do solo urbano do país, aliada às precárias condições de saneamento ambiental, favorece tanto a proliferação de roedores quanto a ocorrência de enchentes. Não se esperam mudanças drásticas dessas condições nas próximas duas décadas.

O uso indiscriminado e excessivo de antibióticos é o principal fator relacionado ao aumento da ocorrência de infecções hospitalares. A ampliação do uso de técnicas cirúrgicas e de diagnóstico com sondas e cateteres pode propiciar a introdução de agentes infecciosos em diferentes tecidos. O programa de controle das infecções hospitalares ainda é incipiente no país. Consequentemente, esse grupo de infecções deve continuar a ocorrer

no país no futuro próximo. A implantação de um sistema de informações de caráter compulsório poderá fornecer dados mais acurados e abrangentes sobre as reais dimensões do problema no país.

As Doenças Transmitidas por Alimentos (DTAs) continuarão a ser um importante problema emergente no Brasil nas próximas décadas. Atualmente, apenas uma pequena parte do número de surtos e de casos de doenças transmitidas por alimentos é detectada pela vigilância epidemiológica brasileira. As DTAs ainda são consideradas como algo de menor importância pelos profissionais da saúde e gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) no país. A melhoria da capacidade de detecção e investigação de surtos, epidemias e emergências sanitárias em curso no Brasil deverá propiciar um aumento na detecção desses eventos.

O agente etiológico da Febre do Nilo Ocidental (FNO) já foi detectado em reservatórios animais no Brasil. Arbovirose do Velho Mundo, a FNO é endêmica na África, no Oriente Médio e em partes da Ásia e da Europa. Em 1999 a doença emergiu em Nova York (EUA), a partir de onde se disseminou para quase todas as regiões dos Estados Unidos, o Canadá, algumas ilhas do Caribe e as Américas Central e do Sul. Até o momento não se identificaram casos humanos no Brasil, mas a presença do agente etiológico em animais, bem como a ampla disseminação dos insetos vetores, sinaliza o alerta para uma possível ocorrência no futuro. De forma semelhante, a circulação de outros arbovírus já foi identificada no país, em reservatórios animais, em casos autóctones ou surtos, ou ainda em casos importados, evidenciando a vulnerabilidade à emergência de doenças infecciosas. Já foi descrita no país a ocorrência de casos autóctones de doença pelos vírus Rocio, Sabiá, Saint Louis, Oropuche, Mayaro e outros. Casos importados de febre pelo vírus Chikungunya foram recentemente diagnosticados no Brasil.

Emergências Sanitárias de Interesse Internacional e o Novo Regulamento Sanitário Internacional (RSI)

No início de 2003 o mundo foi surpreendido com a disseminação internacional de um quadro sindrômico respiratório grave, que posteriormente teve a sua etiologia identificada como um novo agente infeccioso, uma variante zoonótica do coronavírus, que fez o “salto” de seu reservatório animal aos seres humanos e veio a causar a primeira pandemia do século XXI. Embora tenha apresentado disseminação limitada, com a ocorrência global de 8.000 casos, com detecção em cerca de trinta países, entre os quais sete com o estabelecimento de cadeias de transmissão autóctone, e uma letalidade de 10%, a ocorrência da Síndrome Respiratória Aguda Grave pelo Coronavírus (SRAG-CoV) demonstrou a fragilidade do sistema internacional de detecção, alerta e controle das ameaças à saúde

pública em âmbito global. A emergência da SRAG-CoV trouxe à ordem do dia a necessidade de revisão dos instrumentos disponíveis para o controle da disseminação internacional de doenças.

Acelerou-se o processo de revisão do Regulamento Sanitário Internacional (RSI), concluído em 2005 e em vigor desde 2007. Passou-se de uma lista de três doenças de notificação compulsória internacional (cólera, febre amarela e peste) para a notificação de Emergências em Saúde Pública de Importância Internacional (Espin). Cada Estado-membro da OMS assumiu o compromisso de estabelecer um ponto focal para o RSI, desenvolver sua capacidade de detecção, investigação e resposta às potenciais Espin, bem como de avaliá-las em 24 horas após sua detecção, submetendo-as ao algoritmo de decisão de notificação internacional e, se necessário, notificá-las à OMS, dentro desse prazo (WHO, 2008). Outro diferencial do novo RSI é que os governos nacionais deixam de ser a única fonte de notificação das Espin à OMS. Outras fontes de notificação, como a imprensa, os serviços e profissionais da saúde, passam a ser aceitas, cabendo então ao governo nacional proceder à investigação e responder à OMS no prazo estabelecido.

O Brasil antecipou-se à exigência internacional e implantou no Ministério da Saúde, em 2004, o Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (Cievs), com os propósitos de coordenar as ações de vigilância e resposta às emergências em saúde pública e de atuar como ponto focal nacional do RSI. Foi estabelecida uma linha de financiamento e capacitação técnica para a implantação de uma rede de Cievs nos estados e municípios mais importantes. Em 2011, a Rede Cievs já contava com um centro em cada uma das unidades federadas e em 24 das 26 capitais estaduais. Nos três primeiros anos de funcionamento da rede Cievs, 663 potenciais emergências em saúde pública de interesse nacional foram detectadas e investigadas (TOSCANO et al., 2010).

O Ministério da Saúde, em parceria com o Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos (CDC), implantou em 2000 o Programa de Epidemiologia Aplicada aos Serviços de Sistema Único de Saúde (Episus) voltado para a formação de profissionais especializados na investigação e resposta aos surtos, epidemias e emergências em saúde pública. Nestes 11 anos de existência, mais de 100 profissionais da saúde foram formados, a maioria deles inserida nos serviços de vigilância em saúde na rede do SUS. Investimentos de vulto foram feitos também no aprimoramento da rede de laboratórios de saúde pública, na rede de serviços de verificação de óbitos e na rede de núcleos hospitalares de epidemiologia, com o propósito de assegurar maior abrangência, sensibilidade, especificidade e oportunidade às ações de vigilância em saúde no país.

Muitos foram os avanços na vigilância e controle de doenças transmissíveis no Brasil nos últimos anos. A mortalidade por doenças transmissíveis caiu, e o perfil de ocorrência delas hoje é completamente distinto daquele de duas décadas atrás. Algumas doenças

foram controladas, algumas estão em processo avançado de controle. Outras, porém, persistiram relativamente estáveis, e outras ainda emergiram ou reemergiram. Todos esses processos continuarão a ocorrer nas próximas duas décadas.

É com a consolidação de uma rede de serviços de vigilância e resposta às doenças transmissíveis e às emergências sanitárias que o país estará preparado para o enfrentamento dessas questões nas próximas duas décadas. Esta consolidação passa pelo reconhecimento do caráter de ação de Estado às atividades de vigilância e resposta às emergências sanitárias; pelo estabelecimento de serviços de vigilância e controle em todos os entes federativos, de acordo com o seu porte e nível de complexidade, com equipes de profissionais qualificados e estáveis, organizados de forma hierarquizada; pela organização de uma rede hierarquizada de serviços assistenciais especializados em doenças transmissíveis, tanto ambulatoriais quanto hospitalares; pelo reforço à rede de laboratórios de saúde pública; e pelo estabelecimento de uma atitude de vigilância em cada profissional da saúde e serviço em todo o país, de forma a garantir a pronta detecção e uma resposta oportuna a todas as emergências em saúde pública que o país venha a enfrentar.

III

Organização e Gestão do Sistema de Saúde

GESTÃO FEDERAL DO SISTEMA DE SAÚDE

O fortalecimento da capacidade institucional do Estado para garantir a saúde como direito de cidadania no país, no horizonte temporal de 2030, passa pela consideração de aspectos críticos do contexto atual da gestão federal da política de saúde cuja compreensão deve se dar à luz de variáveis histórico-estruturais e políticas. A análise realizada norteia-se por dois eixos estratégicos para a reconfiguração do modelo de desenvolvimento brasileiro: a busca de fortalecimento do Estado e das instituições públicas; e a expansão da proteção social e da geração de oportunidades, considerando-se a relevância da atuação estatal para a ampliação da cidadania.

O projeto da reforma sanitária brasileira que levou ao reconhecimento da saúde como direito de cidadania na Constituição de 1988 e à constituição do Sistema Único de Saúde (SUS), de caráter público e universal, pressupunha profundas mudanças no papel a ser exercido pelo Estado na área da saúde nas três esferas de governo. Em 1990, a promulgação da Lei Orgânica da Saúde e a incorporação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) ao Ministério da Saúde marcaram o surgimento de uma nova autoridade sanitária nacional, que passou a ter responsabilidade de comando único sobre a política de saúde no âmbito federal. Já a diretriz de descentralização político-administrativa em um contexto federativo democrático implicou o fortalecimento, nos anos subsequentes, de milhares de outras autoridades sanitárias — os gestores estaduais e municipais de saúde.

Identificam-se pelo menos cinco finalidades estratégicas da atuação federal na política de saúde que deveriam nortear a atuação do Ministério da Saúde no Brasil. A primeira delas é a inserção da saúde em um novo modelo de desenvolvimento econômico e social, orientado pela ampliação do bem-estar do conjunto da população. Isso requer a conformação de um sistema de proteção social abrangente, baseado em valores de igualdade e de direitos sociais de cidadania amplos, que articule políticas universais sólidas e políticas de redução da pobreza e das desigualdades. Mais do que isso, requer que a proteção social tenha centralidade no modelo de desenvolvimento, de forma que a lógica da redis-

tribuição se imponha sobre a do crescimento econômico (e não seja apenas condicionada ou subordinada ao crescimento).

A segunda finalidade é garantir condições favoráveis para a melhoria das condições de saúde da população em todo o território nacional, considerando a situação atual e o cenário de mudanças demográficas e epidemiológicas para as próximas duas décadas. Isso exige o enfrentamento dos determinantes sociais da doença, por meio de políticas públicas articuladas (de emprego, saúde, saneamento, educação, previdência, assistência social). Requer ainda políticas nacionais de saúde voltadas para o fortalecimento da promoção da saúde e da prevenção, do tratamento e da reabilitação dos mais diversos agravos, junto a variados grupos populacionais. Ainda que a execução de muitas dessas políticas possa estar sob responsabilidade estadual ou municipal, cabe à esfera federal assegurar condições adequadas para sua expansão e desenvolvimento, em termos políticos, financeiros, tecnológicos e institucionais. Por exemplo, o envelhecimento da população exigirá a intensificação das políticas de promoção da saúde, mas também o aumento de oferta de serviços para a atenção às doenças crônico-degenerativas e neoplasias, incluindo tecnologias de alto custo e leitos hospitalares especializados. Tal ampliação requer planejamento, investimentos e fortalecimento da capacidade de regulação federal para que a incorporação tecnológica e a expansão de serviços se deem de acordo com as necessidades de atenção à saúde da população e os princípios do SUS de universalidade e integralidade (e não sob a lógica do consumo e os interesses dos mercados).

A terceira finalidade, relacionada às anteriores, é a redução das desigualdades em saúde em suas várias dimensões — financiamento, acesso, uso, qualidade, situação de saúde — no âmbito territorial e entre grupos sociais, dadas as características da sociedade e do sistema de saúde brasileiros. Sabe-se que as marcantes desigualdades em saúde refletem determinações histórico-estruturais, políticas e sociais amplas e também expressam a trajetória da política de saúde brasileira anterior ao SUS. Ainda que nos últimos vinte anos algumas iniciativas tenham sido adotadas para reduzi-las (como mudanças incrementais nos mecanismos de financiamento), persistem no sistema de saúde engrenagens que reproduzem desigualdades. Direcionar a política nacional para a redução das desigualdades requer planejamento de longo prazo, realização de investimentos federais expressivos associados a políticas regionais e a mudança dos propósitos e do modelo de regulação estatal sobre os agentes privados.

A quarta concerne à coordenação federativa da política de saúde. As características da federação brasileira, o peso importante do Executivo federal e as transformações das últimas décadas relacionadas à descentralização político-administrativa impõem novos desafios à articulação entre as esferas federal, estadual e municipal para consolidar políticas de saúde coerentes com os princípios do SUS e os valores de cidadania nacional.

A quinta finalidade é a articulação internacional na área da saúde. Nas Américas, a história de interação entre países em torno de questões sanitárias tem mais de um século (LIMA, 2002) e vem se transformando nas últimas décadas, em virtude de mudanças geopolíticas e de novos debates, como os relativos à “saúde global”. Diversos campos e temas da saúde têm relevância internacional, como a vigilância epidemiológica e sanitária, a comercialização de produtos, a regulamentação da formação e a migração de profissionais da saúde, entre outros. Acrescente-se ainda a importância da cooperação internacional na saúde, em diversos âmbitos, que tem se intensificado nos últimos anos. A autoridade sanitária nacional — o Ministério da Saúde — tem uma responsabilidade fundamental na definição de temas e estratégias de articulação internacional na saúde, em parceria com outros órgãos governamentais nacionais, governos de outros países e organismos internacionais.

A análise das características atuais e dos desafios estratégicos para a reconfiguração do papel federal na saúde — ou seja, para a atuação do Ministério da Saúde — voltada para o alcance dessas finalidades no horizonte temporal de 2030 pode ser feita a partir de dois eixos principais: o modelo de intervenção do Estado e os campos de atuação em saúde.

No primeiro eixo, relativo ao modelo de intervenção do Estado na saúde no âmbito federal, cabe considerar quatro macrofunções: planejamento, financiamento, regulação e execução direta de serviços (MACHADO, 2007). O exame das mudanças observadas em cada uma delas e na sua articulação é importante para a compreensão das transformações no papel do Estado na política nacional de saúde.

Em que pesem as estratégias de fortalecimento do planejamento no período recente, persistem lacunas no planejamento federal da política de saúde, entre as quais podem ser citadas: a limitada consideração da dimensão territorial; a fragilidade do planejamento a longo prazo; os baixos investimentos federais; dificuldades de consolidação de uma burocracia federal suficiente e qualificada para o planejamento em saúde nas áreas estratégicas do nível central do Ministério da Saúde; a reduzida articulação entre as políticas de saúde e destas com outras políticas públicas. O equacionamento dessas questões é fundamental para assegurar que o planejamento em saúde possa ter caráter transformador no contexto atual do sistema de saúde brasileiro.

Quanto ao financiamento, apesar da melhoria de alguns indicadores entre 2000 e 2007, o Brasil apresenta baixo gasto público *per capita* e baixo comprometimento do gasto público em saúde, mesmo se comparado a outros países da América Latina (WHO, 2010). O grande peso dos gastos privados em saúde no país é pouco condizente com o modelo público e universal representado pelo SUS, reflete problemas estruturais do *mix* público-privado e evidencia o caráter iníquo do financiamento setorial, expresso em distorções como a renúncia fiscal e gastos privados bem superiores aos gastos públicos *per capita*.

em saúde (BAHIA, 2009). Os baixos valores dos investimentos federais representam uma limitação importante para a redução das desigualdades em saúde, que seria uma das principais finalidades de atuação federal, dada a heterogeneidade da oferta e do acesso aos serviços no território nacional. Acrescente-se a isso que, conforme apontado em estudo anterior (GADELHA et al., 2009), grande parte dos recursos de investimentos depende de emendas parlamentares, de origem instável e não atrelada a um planejamento nacional de investimentos.

Já no âmbito da regulação, nos vinte primeiros anos de implantação do SUS observa-se a sobreposição de antigas e novas estratégias, assim como mudanças na natureza e no escopo da regulação federal sobre a política de saúde. Com o avanço da descentralização, a regulação federal direta sobre os prestadores de serviços se reduziu e o Ministério da Saúde se voltou principalmente para a modulação dos sistemas estaduais e municipais de saúde. Também foram adotadas novas estratégias de regulação de mercados, porém com características específicas e muitas fragilidades. O Pacto pela Saúde representou uma inflexão no modelo de descentralização, com repercussões sobre o modelo de regulação federal, visto que procurou substituir a ênfase na indução por meio de portarias e incentivos federais por uma lógica de acordos intergovernamentais baseados em metas sanitárias e de gestão. Com o propósito de reduzir as parcelas de transferências federais e aumentar a autonomia dos estados e municípios sobre a utilização dos recursos transferidos, foram propostos grandes blocos de financiamento: atenção básica, de média e de alta complexidades, assistência farmacêutica, vigilância em saúde, gestão do SUS e, posteriormente, investimentos.

No que concerne à prestação direta de serviços e ações de saúde, houve nos anos 1990 uma redução do papel federal, coerente com a diretriz do SUS de descentralização político-administrativa e com as diretrizes da reforma da administração pública federal (MACHADO, 2007). Portanto, no início dos anos 2000 a quantidade de serviços de saúde sob administração federal já era reduzida, mantendo-se relativamente estável nos anos seguintes. Além da prestação direta de serviços assistenciais, a esfera federal mantém atividades de produção direta de insumos estratégicos em unidades de referência ligadas à Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), como os institutos de tecnologia em fármacos (Farmanguinhos) e em imunobiológicos (Bio-Manguinhos). Ressalte-se ainda o início da operação da Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia (Hemobrás), cuja fábrica está em construção e tem inauguração prevista para 2014.

O segundo eixo de análise sobre a atuação federal diz respeito aos campos de atuação do Estado na saúde, cujas principais características e desafios são resumidos no Quadro 1.

Com base na análise das principais características atuais da gestão federal do sistema, é possível projetar três cenários para o sistema de saúde brasileiro em 2030: otimista, iner-

cial e pessimista. Tais cenários apresentam diferenças quanto ao contexto político-econômico de inserção do sistema e à capacidade institucional do Estado para o alcance das finalidades da atuação federal na Saúde (concretização dos princípios da seguridade e do SUS, melhoria das condições de saúde da população e redução das desigualdades em saúde).

Em um primeiro cenário, considerado otimista e desejável (porém mais difícil de ser alcançado), assume-se a radicalização das diretrizes constitucionais relativas à proteção social, à seguridade e ao Sistema Único de Saúde. Para alcançá-lo, além de uma configuração favorável de variáveis macroeconômicas e políticas, é fundamental reorientar a atuação federal para o enfrentamento de uma série de desafios estratégicos relativos ao modelo de intervenção do Estado e aos campos de atuação em saúde (retomados adiante).

Em um segundo cenário, inercial ou conservador, prevê-se a realização de mudanças incrementais nas políticas sociais e de saúde, de forma a melhorar as condições de vida da população, porém sem romper com algumas distorções histórico-estruturais do sistema de proteção social brasileiro e sem superar as graves desigualdades em saúde. Esse é o cenário mais provável, que considera a persistência de condições macroeconômicas e políticas similares às do contexto nacional atual (relativa solidez econômica, crescimento gradual, estabilidade democrática, eleição de governos de centro-esquerda), porém um enfrentamento parcial ou limitado dos desafios estratégicos do sistema de saúde pela esfera federal.

Um terceiro cenário, designado como pessimista, se caracterizaria pelo aumento das restrições às políticas e ações públicas de saúde, com expansão do setor privado no financiamento e prestação de serviços e manutenção ou acirramento das desigualdades em saúde (ainda que com possibilidade de melhoria na média de alguns indicadores). Tal cenário poderia se configurar caso ocorressem mudanças no contexto político-econômico mais geral — por exemplo, eleição de governos de direita, fragilização do Brasil no cenário geopolítico e econômico mundial — e/ou se as ações do Estado tomassem o rumo contrário ao indicado na descrição dos desafios estratégicos. Graves “omissões” do Estado no enfrentamento desses desafios também aumentam o risco de configuração do cenário pessimista.

Quadro 1 — Campos de atuação federal na Saúde: órgão/entidade responsável, características e desafios

Campo de atuação	Órgão/entidade federal da Saúde responsável	Características	Desafios para a atuação federal
Atenção à saúde	Secretaria de Atenção à Saúde (maioria das ações)	Conjunto de atividades direcionadas para o cuidado de pessoas, famílias, comunidades ou grupos populacionais, abrangendo ações de promoção, prevenção, tratamento e recuperação da saúde. Inclui o conjunto de atribuições e práticas de organização e prestação das ações e serviços de saúde dirigidas às pessoas, individual ou coletivamente, em vários tipos de serviços (ambulatoriais, hospitalares, domiciliares), de vários níveis de complexidade (atenção básica, média e alta complexidade), algumas voltadas para grupos populacionais específicos (saúde da mulher, saúde da criança, saúde indígena).	Maior coordenação entre as políticas e articulação com outras políticas, visando à promoção da saúde.
	Secretaria Especial de Saúde Indígena (população indígena) Agência Nacional de Saúde Suplementar (regulação da assistência médica suplementar a 40 milhões de pessoas) Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos/ Departamento de Assistência Farmacêutica (assistência farmacêutica)		Redução das desigualdades na oferta de serviços de saúde no território nacional e entre grupos sociais. Maiores investimentos em infraestrutura e equipamentos em áreas mais carentes e/ou com maiores necessidades e alocação mais equitativa de recursos de custeio. Fortalecimento da regionalização, conformação de redes de serviços e garantia dos fluxos de referência para atendimento, nos casos necessários. Mudanças no modelo de atenção e melhoria no acesso aos serviços e em sua qualidade. Subordinação da regulação do setor privado (prestadores de serviços ao SUS e segmento de assistência médica suplementar) às diretrizes constitucionais da Seguridade Social e da Saúde. Articulação das políticas de assistência farmacêutica com as demais políticas de saúde e com políticas industriais de medicamentos.
Vigilância epidemiológica	Secretaria de Vigilância em Saúde	Monitoramento contínuo e análise da situação de saúde, das determinações e padrões de ocorrência de doenças, visando a seu controle. No Brasil, a conformação histórica desse campo mostra a integração entre as ações típicas de vigilância com as de prevenção e controle de doenças transmissíveis, em uma concepção ampliada, que une a informação com a ação. Recentemente, há um movimento de ampliação para abarcar a vigilância de doenças não transmissíveis e a vigilância ambiental.	Maior articulação com outras políticas públicas visando à promoção da saúde. Consideração dos determinantes sociais dos diversos agravos. Fortalecimento dos sistemas de monitoramento e resposta aos agravos.
			Distribuição dos serviços e dos investimentos de diferentes tipos (infraestrutura, equipamentos, insumos, profissionais, financeiros) segundo o padrão de ocorrência de agravos e doenças. Para o controle de algumas doenças, ações de controle de vetores e medidas ambientais são muito relevantes, incluindo melhoria das condições de saneamento. As escolhas em relação aos insumos (ex.: inseticidas) devem considerar questões ambientais.

Ampliação do escopo das ações, inclusive em função de mudanças no padrão demográfico e epidemiológico (consideração de doenças crônicas, questões ambientais, saúde do trabalhador).		
		Tem como finalidade a proteção da saúde por meio da eliminação ou redução do risco envolvido no uso e consumo de tecnologias – produtos e serviços – e nas condições ambientais. Abrange a regulação de um leque grande de produtos e serviços de natureza diversa, com vários ramos e sub-ramos. Compreende atividades de controle dos riscos sanitários envolvidos na produção e no consumo de bens e serviços de saúde, com repercussões para a saúde (coletiva e individual) e para a economia.
Vigilância sanitária	Agência Nacional de Vigilância Sanitária	Maior articulação entre Anvisa e outros órgãos/entidades da Saúde, visando à promoção da saúde e à redução de riscos. Adequação às normas sanitárias internacionais pertinentes e participação no debate internacional sobre regulação de tecnologias e insumos em saúde. Investimentos para a melhoria da qualidade dos insumos para a saúde de diversos tipos produzidos no país. Fortalecimento da rede de laboratórios públicos de avaliação da qualidade em saúde no país. Fortalecimento da regulação sobre a produção, comercialização e uso de insumos em saúde. Investimentos nos serviços públicos de saúde, para a garantia de melhores condições ambientais, de uso de produtos/tecnologias e segurança da atenção.
Pesquisa, desenvolvimento científico e tecnológico, produção e provisão de insumos em saúde	Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos Fundação Oswaldo Cruz Hemobrás	Articulação entre as políticas de C&T, industrial e de saúde, para fortalecer a provisão de insumos de boa qualidade de acordo com as necessidades do sistema público de saúde e da população. Aumento dos investimentos nacionais em pesquisa, desenvolvimento e inovação em saúde. Fortalecimento do desenvolvimento e produção nacional de medicamentos, vacinas, reagentes, hemoderivados, equipamentos, materiais e fitoderivados. Fortalecimento da rede de laboratórios oficiais. Articulação das políticas nacionais com estratégias de desenvolvimento regional, incentivando a produção de bens e insumos para a saúde.

Quadro 1 — Campos de atuação federal na Saúde: órgão/entidade responsável, características e desafios (cont.)

Campo de atuação	Órgão/entidade federal da Saúde responsável	Características	Desafios para a atuação federal
Gestão do trabalho e educação em saúde	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde	Conjunto de atividades relacionadas à regulação das relações de trabalho em saúde, à formação e à capacitação dos profissionais da saúde para atuação no SUS.	Adoção de estratégias voltadas para o aumento dos postos de trabalho “protegidos” (vínculo estável, direitos trabalhistas) e para a melhoria das condições de trabalho e remuneração. Fixação de profissionais em áreas carentes. Fortalecimento das instituições formadoras públicas. Mudanças curriculares para a adequação da formação dos profissionais e fortalecimento da educação permanente.
		Conjunto de atividades relacionadas à provisão de condições adequadas de abastecimento de água, esgotamento sanitário, coleta e destinação de resíduos das comunidades e populações.	Articulação entre órgãos/entidades públicas envolvidos com o saneamento. Expansão da rede de abastecimento de água e de esgotos, da coleta pública e da destinação adequada de lixo e resíduos.

Fonte: Elaboração própria a partir de diversas fontes: MACHADO (2007); GADELHA et al. (2009); LUCCHESI (2001) e SILVA JR. (2004), entre outras.

Feitas essas considerações gerais, dá-se maior destaque à caracterização do cenário otimista, visando a explicitar os desafios estratégicos na reconfiguração da atuação federal na saúde que permita alcançá-lo.

No cenário otimista, o Brasil seria em 2030 um país bem situado no contexto mundial, com um modelo de desenvolvimento que articule as dimensões econômica (crescimento sustentado, mesmo que gradual), social (orientado para o bem-estar social, com consolidação dos direitos universais, redução da pobreza e das desigualdades sociais) e política (consolidação da democracia, aumento da participação da população por via representativa e direta). Haveria de fato um Estado de Bem-Estar Social brasileiro, orientado para o pleno emprego (com condições dignas), alicerçado em políticas universais abrangentes e inclusivas (Previdência, Saúde, Educação) e em políticas de infraestrutura social (Saneamento, Habitação), articuladas a políticas de combate à pobreza direcionadas para grupos específicos. Ademais, a dimensão territorial teria que ser fortalecida nas políticas públicas, dada a imensa heterogeneidade e as desigualdades observadas no país. Nesse cenário, o SUS teria ampla legitimidade social e a imensa maioria dos brasileiros — incluindo camadas médias urbanas — teria confiança nos serviços públicos de saúde ou mesmo a preferência por utilizá-los. Ainda que as condições para o alcance de tal cenário extrapolem muito a governabilidade dos atores setoriais, alguns desafios estratégicos relativos à reconfiguração da atuação federal na Saúde podem ser identificados no que concerne à capacidade institucional e ao modelo de intervenção federal e aos campos de atuação do Estado.

Os principais desafios relacionados à capacidade institucional e ao modelo de intervenção federal para o alcance desse cenário seriam:

- a) **Planejamento** — Necessidade de fortalecimento da capacidade de planejamento em saúde no âmbito nacional, em uma perspectiva mais estratégica, integrada e de longo prazo. Isso exige a conformação de uma burocracia sólida, qualificada e estável no âmbito federal, com formação técnico-política na área de planejamento e gestão pública da saúde e com capacidade de diálogo e articulação com outros atores setoriais e extrassetoriais (outras áreas do Governo Federal, esferas de governo, academia, movimentos sociais, entidades profissionais, indústrias da saúde, prestadores de serviços, entre outros). E requer a elaboração de planos voltados para a reconfiguração do sistema de saúde no território nacional (expansão da oferta de serviços com mudanças no modelo de atenção e nas relações público-privadas), que considerem as mudanças demográficas e epidemiológicas, a dimensão territorial e se associem à realização de investimentos federais expressivos.
- b) **Financiamento** — Garantia de estabilidade das fontes de financiamento da Saúde e de ampliação dos recursos federais em termos de montante, participação no gasto

público e no Produto Interno Bruto (PIB); expansão da participação pública no gasto total. Para radicalizar o caráter universal do sistema, seria importante perseguir uma meta de financiamento majoritariamente público da Saúde, com participação mais expressiva dos gastos em saúde no PIB. Além disso, considerando-se a heterogeneidade e as desigualdades no setor, seria desejável uma nova expansão da participação federal nos gastos em saúde, assegurando-se a manutenção da participação dos municípios e o aumento da participação dos estados. Ademais, seriam importantes: a progressiva retirada dos subsídios (isenção tributária e outras formas) ao segmento de assistência médica suplementar; a adoção de critérios mais firmes que condicionem o repasse de recursos a entidades ou prestadores privados de serviços (exigência de atendimento exclusivo ou efetivamente majoritário ao SUS, eliminação de duplas portas de entrada); o aumento dos investimentos federais em áreas estratégicas e segundo critérios de equidade (e não somente segundo a lógica da indução da adesão a programas federais isolados, que podem acirrar desigualdades), entre outras mudanças.

- c) *Regulação* — Necessidade de fortalecimento da capacidade regulatória do Estado nos diversos âmbitos, o que inclui, sobretudo, rever os propósitos e o sentido da regulação sobre os mercados em saúde e destrinchar as diversas formas de imbricamento entre o público e o privado, às vezes camufladas sob a generalidade da expressão “parcerias público-privadas”. No que se refere aos planos e seguros privados, além da eliminação dos subsídios financeiros, seria fundamental rever as finalidades de atuação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e subordiná-la a um projeto mais geral de transformação do sistema de saúde no sentido do fortalecimento do caráter público e universal do sistema e de contenção do crescimento dos mercados privados, sob intensa regulação estatal. Quanto aos prestadores privados de serviços ao SUS, é importante assegurar efetivamente a finalidade pública da oferta de tais serviços, o que implica critérios mais rigorosos de seleção, contratação e regulação desses prestadores, visando a evitar subsídios cruzados e a apropriação privada de recursos públicos. No que diz respeito às atividades econômicas que têm repercussões sobre a saúde (atividade agrícola, indústria de alimentos, indústria automobilística), é fundamental fortalecer as pesquisas sobre riscos sanitários e a regulação sanitária, de modo que os interesses da saúde coletiva não sejam subordinados aos interesses comerciais. Já no que concerne às indústrias de insumos para a saúde (medicamentos, reagentes, equipamentos), é possível apostar em uma combinação virtuosa entre as políticas de fomento à indústria nacional e as necessidades de atenção à saúde da população, desde que as prioridades sanitárias sejam efetivamente consideradas nas decisões relativas ao desenvolvimento industrial nos diferentes segmentos relevantes para a saúde. Outra dimensão da

regulação federal — relativa à configuração dos sistemas estaduais e municipais e saúde — está intimamente imbricada com a questão da coordenação federativa da política de saúde, que em um contexto democrático requer o fortalecimento de relações intergovernamentais mais equilibradas e cooperativas.

- d) *Produção direta de serviços e de insumos* — Ainda que o papel federal de prestador direto de serviços de saúde tenha apresentado expressiva retração nos vinte primeiros anos de implantação do SUS, em face do processo de descentralização, ainda existem unidades federais em algumas unidades da federação, destacando-se os hospitais federais situados no Rio de Janeiro. No horizonte temporal previsto — 2030 —, é importante investir no fortalecimento dos elementos diferenciais desses hospitais. Alguns deles devem ser reafirmados como institutos nacionais de excelência, que articulam atividades assistenciais especializadas com pesquisa clínica, ensino/formação e desenvolvimento de projetos assistenciais pioneiros, além de apoiarem o Ministério da Saúde na formulação de políticas e definição de normas técnicas para suas respectivas áreas. Esse é o caso dos institutos nacionais do Câncer (Inca), de Cardiologia (INCL), de Traumato-Ortopedia e dos dois hospitais especializados ligados à Fiocruz (o Instituto Fernandes Figueira, na área materno-infantil, e o Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas, em doenças infecciosas). No caso dos outros seis hospitais federais é importante investir em torná-los centros de referência assistencial e fortalecer atividades correlatas de pesquisa clínica e formação em serviço. Já no que concerne à atividade federal na produção direta de insumos para saúde — com destaque para Bio-Manguinhos e Farmanguinhos, da Fiocruz, e para a Hemobrás —, é fundamental a realização de investimentos para que se afirmem como unidades vinculadas à pesquisa e inovação, que produzam insumos estratégicos de qualidade para o atendimento das necessidades do sistema público de saúde.

O segundo grupo de desafios estratégicos se relaciona aos campos de atuação do Estado na saúde, que são interdependentes. Cabe destacar os seguintes:

- a) No que diz respeito à *atenção à saúde*, destaca-se a importância de consolidação de um novo modelo de atenção, que articule promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação, considerando as características e as mudanças demográficas e epidemiológicas em andamento. Além do fortalecimento da atenção primária e da regionalização em saúde, com conformação de redes de atenção, é importante ampliar políticas específicas voltadas para o enfrentamento de questões relevantes — como a atenção materno-infantil e a atenção à saúde mental —, que ainda não estão bem equacionadas no conjunto do país.

- b) De forma associada, há desafios importantes relativos à *formação de profissionais e à gestão do trabalho em saúde* para que se viabilizem as mudanças necessárias no modelo de atenção. Isso requer a aproximação entre as áreas da saúde e da educação — particularmente com as universidades — e a expansão das estratégias de reformulação dos currículos e de educação permanente, representando uma atribuição estratégica da esfera federal, em parceria com estados e municípios. Ainda que iniciativas importantes nesse sentido tenham sido adotadas na última década, há um longo caminho a percorrer, particularmente no que concerne à formação e à inserção dos médicos no sistema público de saúde. Isso porque não existe sistema universal de saúde nem mudança no modelo de atenção sem a incorporação de médicos qualificados e comprometidos com os serviços públicos. Além dos aspectos formativos, a adesão dos médicos ao sistema público depende da garantia de condições adequadas de vínculo, de trabalho e de remuneração e é condicionada por questões mais estruturais referentes às relações público-privadas e à tradição da prática médica.
- c) No campo da *vigilância epidemiológica* — atualmente compreendido na estrutura federal sob a designação mais ampla de vigilância em saúde —, faz-se necessária a consolidação de redes de informações eficientes que propiciem a intervenção para o controle não apenas das doenças infecciosas sob vigilância, como também para o enfrentamento de agravos cuja importância tem crescido em termos de morbidade e mortalidade: as doenças cardiovasculares, as neoplasias e as violências.
- d) No campo da *vigilância sanitária*, a atuação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) precisa se fortalecer, voltada para os interesses da saúde coletiva, envolvendo atividades de pesquisa e regulação dos riscos sanitários, de forma articulada com as políticas de atenção à saúde, vigilância epidemiológica e fomento ao desenvolvimento e provisão de insumos à saúde.
- e) No campo do *desenvolvimento, produção e provisão de insumos estratégicos*, a atuação federal é importante para aumentar a capacidade de inovação, de produção nacional e de provisão pública de insumos relevantes para a saúde em todo o país, por meio de financiamento público ou ação pública direta. Isso exige a articulação das políticas de pesquisa e desenvolvimento tecnológico, industrial e de saúde, de forma orientada pelas necessidades de saúde da população.

O enfrentamento dos desafios estratégicos nos dois âmbitos brevemente abordados — modelos de intervenção e campos de atuação — exige um amplo esforço da autoridade sanitária nacional e dos demais atores da Saúde no sentido do aumento da governabilidade sobre os rumos da política de saúde no país. Isso depende, por sua vez, de questões estruturais e políticas mais amplas relativas ao modelo de desenvolvimento, à articula-

ção entre políticas públicas e ao pacto da sociedade brasileira quanto aos níveis desejáveis de redistribuição e de igualdade social.

Em síntese, a atuação estratégica do Ministério da Saúde nas próximas duas décadas deve se orientar para: mudar o estatuto político da Saúde, afirmando-a como setor integrante de um novo modelo de desenvolvimento, centrado no bem-estar social; defender a efetivação de saúde como direito de cidadania universal e fortalecer a base de apoio ao Sistema Único de Saúde na sociedade; consolidar fontes estáveis, ampliar e redirecionar o financiamento público do setor; fortalecer a capacidade do Estado de planejamento e regulação, voltados para os interesses públicos da coletividade; reduzir as desigualdades em saúde e contribuir para a melhoria das condições sanitárias e de vida do conjunto da população brasileira.

A COORDENAÇÃO FEDERATIVA DO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE NO BRASIL

Descentralização e regionalização são princípios que norteiam a organização político-territorial do Sistema Único de Saúde (SUS). De caráter público, nacional e universal, o SUS integra um conjunto amplo de ações que devem ser organizadas em uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços, sob gestão descentralizada e comando único em cada esfera de governo (BRASIL, 1988, 1990).

A descentralização da Saúde segue o arranjo federativo brasileiro estabelecido na Constituição Federal de 1988 e enfatiza a transferência de poder decisório, responsabilidades e recursos, principalmente, da União e dos governos estaduais para os municípios. O fortalecimento dos Executivos municipais se justifica como forma de promover a democratização e incorporar novos atores sociais (GERSCHMAN, 1995) e de melhorar a eficiência, a efetividade e os mecanismos de *accountability* nas políticas públicas (MÉDICI, 1994).

Já a regionalização, cujo objeto central é a consolidação de regiões, caracteriza-se como um processo político mais amplo, condicionado pelas relações estabelecidas entre entes governamentais, organizações públicas e privadas, e cidadãos, em diferentes espaços geográficos (VIANA e LIMA, 2011).

Além disso, a regionalização envolve pelo menos mais três processos inter-relacionados: o desenvolvimento de estratégias e instrumentos de planejamento, coordenação, regulação e financiamento de uma rede de ações e serviços de saúde no território (MENDES, 2010; KUSCHNIR e CHORNY, 2010); a incorporação de elementos de diferenciação e diversidade socioespacial na formulação e implementação de políticas de saúde (VIANA et al., 2008); a integração dos diversos campos da atenção à saúde e de políticas econômicas e sociais voltadas para o desenvolvimento e redução das desigualdades territoriais (GADELHA et al., 2009).

No Brasil, a maior parte dos municípios e muitos estados não possui condições para prover de forma autônoma as ações e serviços necessários à sua população, apresentando recursos financeiros, materiais e humanos muito diferenciados entre si. Com a concentração geográfica de serviços e as desigualdades entre os entes municipais e estaduais, a

interdependência entre os governos é bastante significativa no SUS (CAMPOS, 2006; FLEURY e OUVENEY, 2007; SANTOS e ANDRADE, 2011).

A conformação de sistemas de políticas sociais também guarda especificidades em países federativos (PIERSON e LIEBFRIED, 1995). Sob regimes democráticos, o desenho institucional das federações garante a repartição do poder do Estado em múltiplos centros, de modo que diferentes esferas de governo possam participar do processo político (ELAZAR, 1987; LIJPHART, 2003).

Nesses países, o compartilhamento de funções exige, por vezes, rodadas de negociação entre autoridades políticas dotadas de vários tipos de recursos e legitimidade; e envolve relações de cooperação e competição, acordos, vetos e decisões conjuntas entre governos com projetos frequentemente antagônicos na disputa política. Por outro lado, processos de descentralização e regionalização de políticas induzem a mudanças na distribuição de poder e nas relações interinstitucionais estabelecidas.

Essas questões sugerem a necessidade de fortalecimento dos mecanismos de coordenação no âmbito do SUS. A coordenação federativa é aqui concebida como formas de articulação (interação, compartilhamento e decisão conjunta) que resultam na instauração de parcerias aprovadas por diferentes esferas governamentais na gestão de políticas públicas (ABRUCIO, 2005).

Diversos mecanismos de coordenação federativa da política de saúde são enfatizados pela literatura, entre os quais se destacam: 1) a distribuição de responsabilidades e competências gestoras no marco regulatório da política; 2) as instâncias e os instrumentos de negociação e pactuação federativa existentes; 3) o sistema de partilha intergovernamental de recursos financeiros adotados pelo setor.

A análise do modo como esses mecanismos foram instituídos no SUS deve ser feita considerando-se a influência dos condicionantes históricos e político-institucionais que permeiam as relações intergovernamentais no Brasil, entre os quais o pacto federativo consolidado no contexto pós-1988 e a trajetória das políticas de descentralização e regionalização da Saúde.

Dilemas Político-Institucionais para a Coordenação Federativa na Saúde

Em primeiro lugar, destaca-se o fortalecimento dos municípios no sistema político nacional, que são transformados em entes federativos com o mesmo *status* jurídico-legal que os estados e a União, tendo suas competências e prerrogativas asseguradas por força da

lei constitucional e do poder Judiciário. Diferentemente de outras federações, o Brasil possui soberania partilhada por três esferas de governo, refletindo uma longa tradição do poder local no país (SOUZA, 2005). O reconhecimento dos municípios como entes federativos foi acompanhado por um processo importante de descentralização de encargos sociais e recursos fiscais, e de intensificação da emancipação de novos municípios (BREMAEKER, 2001).

Segundo dados do último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), existem no Brasil 5.565 municípios, dos quais cerca de 70% possuem até 20.000 habitantes. A população, devido ao intenso processo de urbanização das últimas décadas, concentra-se, na sua maioria (54%), nos municípios com mais de 100.000 habitantes situados em regiões metropolitanas (Tabela 1).

Tabela 1 — Distribuição dos municípios e da população segundo classe de tamanho dos municípios. Brasil, 2010

Classes de tamanho dos municípios (habitantes)	Municípios		População	
	n.	%	n.	%
Até 2.000	118	2,1	197.429	0,1
De 2.001 a 5.000	1.183	21,3	4.176.916	2,2
De 5.001 a 10.000	1.212	21,8	8.541.935	4,5
De 10.001 a 20.000	1.401	25,2	19.743.967	10,4
De 20.001 a 50.000	1.043	18,7	31.344.671	16,4
De 50.001 a 100.000	325	5,8	22.314.204	11,7
De 100.001 a 500.000	245	4,4	48.565.171	25,5
Mais de 500.000	38	0,7	55.871.506	29,3
Total	5.565	100,0	190.755.799	100,0

Fonte: IBGE, 2010.

A feição “municipalista” do texto constitucional fortalece na arena política os atores municipais e coloca novos desafios para os processos de condução de políticas públicas. Por um lado, abre possibilidades de transformação da relação entre Estado e sociedade e de maior experimentação em nível local. Por outro, sabe-se que a maioria dos municípios de pequeno porte populacional não tem arrecadação própria significativa e conta com limitada capacidade de aumentar seu grau de autonomia política e financeira a partir do processo de descentralização (PRADO et al., 2003; LIMA, 2007).

Ressalta-se que, com exceção do que ocorre no setor da Educação, que conta com um dispositivo de transferência compartilhada entre os governos (OLIVEIRA, 2003), as relações fiscais predominantes, gerais e setoriais, se dão entre a União e os municípios, sendo

pouco intermediadas pelos estados. Enquanto os principais mecanismos de transferência tributária adotados pelo Governo Federal são de natureza redistributiva (o Fundo de Participação dos Municípios, FPM, e as transferências automáticas do SUS), prepondera nas transferências regulares dos governos estaduais a devolução tributária (90% dos recursos totais transferidos). Isso acaba por restringir os instrumentos a cargo dos governos estaduais, que possibilitam a compensação financeira e a diminuição das desigualdades na capacidade de gasto dos municípios.

Cabe ainda salientar que o elevado número de municípios no Brasil favorece a “pulverização da representação política” (DAIN, 1995), tornando mais complexo o processo de formulação e implementação de políticas públicas. Além disso, tal como alertam Daniel e Somekh (2001), a ideia da descentralização como sinônimo de municipalização induz a um pensamento autárquico, que pressupõe que os governos locais possam equacionar sozinhos suas próprias dificuldades. Essa visão equivocada estimula mais a disputa do que a conformação de estratégias e instrumentos de parceria entre os governos.

Um segundo aspecto importante a ser considerado são as condições de financiamento das políticas sociais. A descentralização, associada à ampliação dos encargos, colidiu diretamente com os objetivos de liberalização econômica e retração do Estado na década de 1990, pois os investimentos e o aumento dos gastos públicos necessários à universalização da cobertura de serviços eram incompatíveis com o equilíbrio fiscal. Assim, foi necessário estabelecer regras para a reapropriação de recursos e controle sobre os gastos, de forma a evitar uma ampliação ainda maior da transferência federal de recursos e das despesas públicas nos estados e municípios (LIMA, 2009).

Algumas dessas medidas permanecem vigentes, comprometendo os orçamentos municipais e estaduais e frustrando expectativas de maiores benefícios associados à descentralização, mesmo após a vinculação de recursos estabelecida pela Emenda Constitucional n. 29, de 2000 (EC 29/00).

Na esteira do abandono das políticas nacionais de desenvolvimento regional, os governos estaduais passaram a manejar as alíquotas do Imposto sobre Operações relativas à Circulação de Mercadorias e sobre Prestações de Serviços de Transporte Interestadual e Intermunicipal e de Comunicação (ICMS) como instrumento de política econômica. O fenômeno denominado “guerra fiscal” tem como objetivo atrair novos investimentos e promover o desenvolvimento industrial, mas acaba por prejudicar ainda mais os estados menos desenvolvidos (PRADO e CAVALCANTI, 2000).

Um terceiro elemento que tensiona as relações federativas refere-se ao predomínio de competências comuns aos três entes nas políticas sociais e ao caráter concorrente da União e dos estados no que diz respeito ao âmbito legislativo. Segundo Almeida (2001),

esse padrão permite maior flexibilidade na distribuição de responsabilidades em situações de expressivas desigualdades como é a brasileira.

As políticas sociais, no âmbito de sua regulamentação específica, estabeleceram caminhos próprios para a repartição de competências e funções do Estado, assim como para a criação de arranjos e instrumentos específicos de coordenação e cooperação entre as esferas de governo. Porém, não foram revistos os espaços e mecanismos institucionais no âmbito mais geral da federação que pudessem garantir as condições políticas e econômicas necessárias à coordenação setorial.

Por último, enfatiza-se a importante assimetria de poder entre esferas do mesmo nível de governo e as desigualdades entre elas. A desigualdade regional é uma marca da nossa federação desde seu nascedouro e até hoje não foi suficientemente enfrentada pelos sucessivos governos. Em que pesem as diferentes estratégias existentes, há uma tendência à adoção de regras uniformes para as esferas subnacionais, dificultando a adoção de políticas próximas a suas realidades e prioridades (SOUZA, 2005).

O Quadro 1 sintetiza os principais dilemas associados ao pacto federativo brasileiro que influenciam as relações intergovernamentais na Saúde.

Quadro 1 — Dilemas federativos que permeiam as relações intergovernamentais na Saúde

Dimensões	Dilemas federativos
Política	Predomínio de cultura política centralizadora
	Fortalecimento dos municípios no sistema político
	Pulverização e fragmentação de interesses no âmbito locorregional
	Oligarquização do poder local
	Governabilidade reduzida dos entes subnacionais
	Limitações dos mecanismos de negociação intergovernamental
	Insuficiência de mecanismos regulatórios entre os governos
Fiscal	Predomínio das relações fiscais entre a União e os municípios
	Insuficiência dos mecanismos de equalização fiscal a cargo dos estados
	Privilegiamento dos municípios na descentralização tributária
	Endividamento e restrição da autonomia orçamentária dos entes subnacionais
	Guerra fiscal entre os estados
Administrativa	Número elevado de municípios brasileiros com limitadas condições político-institucionais
	Predomínio de competências comuns e concorrentes entre os governos
	Insuficiência dos espaços e mecanismos de coordenação e cooperação intergovernamental

Fonte: Adaptado de LIMA et al., 2010.

Em sua trajetória política, a Saúde desenvolveu mecanismos próprios que permitiram a acomodação das tensões federativas nos processos de descentralização e regionalização do SUS (ARRETCHE, 2002; VIANA, LIMA e OLIVEIRA, 2002; VIANA e MACHADO, 2009). A regulação desses processos foi realizada pelo Ministério da Saúde (MS) por meio da normatização, consubstanciada na edição anual de dezenas de portarias, em geral associadas a mecanismos financeiros, que favoreceram a adesão e implementação, pelos gestores subnacionais, das políticas pelos gestores subnacionais (MACHADO, 2007) e o aprendizado institucional das secretarias de Saúde (VIANA et al., 2002).

Mas, apesar do papel estratégico da regionalização na configuração do sistema, evidencia-se o descompasso entre os processos de descentralização e a questão regional (VIANA e LIMA, 2011). O tema da regionalização ganha relevo no cenário de implantação do SUS somente na virada dos anos 2000, quando da edição da Norma Operacional de Assistência à Saúde em 2001 (Noas, reformulada em nova versão em 2002) e, mais recentemente, após a publicação do Pacto pela Saúde em 2006.

As razões para o privilegiamento da descentralização estão relacionadas: a) ao contexto de redemocratização do Brasil a partir de 1980 (SALLUM JR., 2004); b) à substituição da agenda desenvolvimentista por uma agenda liberal nos anos 1990 (NORONHA e SOARES, 2001; RIBEIRO, 2009); c) à reduzida ênfase no território como objeto principal de análise e planejamento (VIANA et al., 2007); d) à fragilidade da atuação dos governos estaduais (LIMA et al., 2010) e ao destaque das vicissitudes do “localismo” no processo de descentralização (BRANDÃO, 2007).

Em que pesem os resultados positivos do processo de municipalização — entre outros, a ampliação do acesso à saúde, a incorporação de práticas inovadoras no campo da gestão e da assistência à saúde e de novos atores que dão sustentabilidade política e financeira ao setor —, permanecem, ao final dos anos 2000, problemas relativos à intensa fragmentação e à desorganização de serviços, instituições e práticas no território. Além disso, as desigualdades regionais na distribuição e no acesso às ações e serviços de saúde ainda são muito significativas no país.

Balanço dos Mecanismos de Coordenação Federativa Implantados na Política de Saúde

A análise dos mecanismos de coordenação federativa implantados na política de saúde de 1990 a 2010 permite aferir as seguintes tendências:

- a) Há ausência de padrões de autoridade e responsabilidade claramente delimitados entre União, estados e municípios em diversos campos da política. Percebe-se também excesso de detalhamento em algumas áreas (por exemplo, a assistência à saúde) e escassez em outras (tais como a de formação e gestão de recursos humanos para a saúde).
- b) Na maioria das vezes, há uma mistura entre competências comuns, concorrentes e específicas de cada esfera que nem sempre se coadunam com a escala de influência da atuação de cada gestor (nacional, estadual, municipal e regional, esta última em seus múltiplos recortes) ou têm coerência com as diferentes lógicas de organização dos serviços de saúde no território.
- c) O MS desempenha papel estratégico na condução da política nacional de saúde, por meio da indução e regulação de políticas, exercendo seu poder sobre outras esferas de governo, prestadores de serviços e alguns mercados em saúde. Os municípios exercem funções importantes por suas responsabilidades no planejamento, financiamento, regulação e prestação de serviços de saúde no âmbito local. Aos estados, por sua vez, cabe conduzir e coordenar os processos de regionalização em saúde em parceria com os municípios, o que exige uma atuação dos governos estaduais direcionada para a consolidação das redes regionalizadas de atenção à saúde e sua condução político-administrativa nas diferentes regiões do país.
- d) O modelo institucional vigente na Saúde inclui diversos agentes e órgãos governamentais, conselhos de representação e instâncias colegiadas, com o propósito de viabilizar a negociação e o acordo federativo e fortalecer a participação social nas políticas de saúde nos planos nacional, estadual e regional (expandidos a partir de 2007). Dessa forma, os gestores do SUS não exercem suas funções de forma isolada. Isso implica que seus objetivos e planos de ação sejam negociados com diferentes atores governamentais e não governamentais, públicos e privados, e que os processos de formulação e implementação das políticas de saúde assumam, cada vez mais, uma feição compartilhada entre as instâncias de governo e os representantes da sociedade.
- e) Há ampliação gradativa das transferências federais de recursos financeiros no âmbito do SUS, com parcelamento dos mecanismos utilizados e incorporação de novos critérios e condicionantes para sua distribuição e apropriação pelos municípios e estados. A existência de várias modalidades para transferência de recursos, com objetivos e lógicas distintas, expressa o esforço federal de induzir e ampliar a implantação de programas prioritários em âmbito nacional. Por outro lado, causa elevada instabilidade nos processos orçamentários dos governos subnacionais, que ficam sem parâmetros para estimar o volume de suas receitas disponíveis, o que os impede de garantir maior eficiência e efetividade do gasto.

- f) A intensa fragmentação torna complexa a gestão do conjunto das transferências pelo próprio MS. Ainda que possam ser identificados esforços para desconcentração regional das despesas do Fundo Nacional de Saúde, a agregação de todos os mecanismos utilizados gera resultados antagônicos e dificulta a compreensão da direcionalidade da ação federal.
- g) Mesmo representando uma parcela expressiva de recursos nos orçamentos municipais e apesar de uma tendência mais equitativa nas transferências federais do SUS, a redistribuição desses recursos não foi suficiente para romper com as desigualdades regionais das receitas públicas municipais, nem com a situação desfavorável dos municípios médios. Ambas são decorrentes das diferenças no volume de recursos próprios.
- h) São necessários recursos de investimentos para equilibrar a oferta de serviços existentes; a alocação de recursos adicionais de custeio que contemple diferentes perfis demográficos, epidemiológicos e condições socio sanitárias e esteja orientada para as maiores necessidades de saúde; e a maior participação dos estados na correção dos desequilíbrios vigentes, a fim de que se alcancem mudanças mais consistentes.

Em dezembro de 2010, novas diretrizes nacionais foram formuladas com vista a apoiar o processo de regionalização nos estados brasileiros. A Portaria 4.279 de 2010 (BRASIL, 2010) define as regiões como áreas de abrangência territorial e populacional sob responsabilidade das redes de saúde e a regionalização como estratégia fundamental para sua configuração.

Mais recentemente, o Decreto Presidencial 7.508, de 28 de junho de 2011, que regula a Lei 8.080 de 1990 (BRASIL, 2011), dá novo destaque à conformação de redes regionalizadas de serviços e à gestão compartilhada entre as esferas de governo na política de saúde, estabelecendo como instrumentos para sua efetivação: o mapa sanitário (que inclui a oferta pública e privada nas regiões); os contratos organizativos de ação pública (baseados na definição de regras e acordos jurídicos entre os entes federados nas regiões); os planos de saúde, a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (Renases); a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) e as comissões Intergestores (instâncias de governança regional das redes, incluindo as comissões Intergestores Regionais em substituição aos colegiados de Gestão Regional previstos no Pacto pela Saúde).

Desafios para a Coordenação Federativa no Contexto Atual

Embora aprimoramentos das relações intergovernamentais possam ser verificados, as estratégias e instrumentos propostos permanecem insuficientes para prover os avanços necessários à coordenação federativa, tendo em vista as necessidades de reforço da regionalização na política de saúde.

A regionalização apresenta inúmeros conflitos com a descentralização. Isso porque a primeira (a regionalização) tem natureza complementar e a segunda (a descentralização) se constituiu de maneira finalística, não complementar, pela redistribuição de responsabilidades e recursos para unidades político-territoriais específicas (os municípios). A regionalização, ao evocar maior responsabilidade das instâncias que atuam nos planos estadual e regional (Secretaria de Estado de Saúde e suas representações regionais, comissões Intergestores Bipartites e Regionais) e redefinir o papel dos municípios e de suas instâncias de representação (Conselho de Secretários Municipais de Saúde, Cosems), provoca a revisão de acordos desprovidos de racionalidade sistêmica estabelecidos durante a descentralização anterior. Por isso mesmo, faz-se necessário estimular a coordenação e cooperação intergovernamental no âmbito regional por meio de políticas que valorizem o planejamento, a gestão e o financiamento integrado de ações e serviços nas regiões.

O risco de desarticulação entre os processos de regionalização e de pactuação intergovernamental ainda é elevado no contexto atual. As comissões Intergestores Regionais (denominadas no Pacto pela Saúde como colegiados de Gestão Regional) apresentam institucionalidade incipiente em muitas regiões e, em geral, não contam com estrutura e recursos suficientes que permitam o desenvolvimento de parcerias e a resolução de conflitos federativos.

Cabe mencionar a fragilidade do modelo de intervenção federal. Percebe-se pouca valorização do planejamento nacional, que não se restringe à coordenação de um processo “de base local e ascendente”, visto que existem atributos próprios do planejamento em cada escala territorial. Falta avançar na configuração de propostas e investimentos federais que possam apoiar a conformação de sistemas regionais em diferentes recortes territoriais.

O modelo atual de transferência intergovernamental de recursos no SUS permanece fragmentado, privilegia as relações diretas entre o MS e os municípios e não favorece uma atuação mais articulada entre os gestores nas regiões. Por outro lado, problemas de ordem estrutural como as desigualdades territoriais dificilmente podem ser resolvidos somente pela ação articulada dos estados e municípios. As políticas setoriais, particularmente a

descentralização e a regionalização na Saúde, só poderão ter viabilidade se inseridas em políticas de desenvolvimento regional de médio e longo prazos.

Diretrizes para o Aprimoramento da Coordenação Federativa no SUS

Em termos das relações federativas, três cenários se destacam para os próximos vinte anos.

Em um cenário pessimista, as desigualdades regionais se acentuam com a concentração territorial de novos investimentos. Os conflitos federativos se tornam mais pronunciados e os sistemas de políticas sociais permanecem fragmentados entre múltiplos entes, instituições e equipamentos que pouco se articulam entre si.

Em um cenário inercial e provável, as desigualdades regionais reduzem-se lentamente, mas continuam importantes. O eixo dinâmico da economia permanece fortemente concentrado no eixo Sul e Sudeste, com centros dinâmicos esparsos nas demais regiões do país. As disputas entre os entes ainda são importantes, particularmente no que tange aos recursos financeiros, e os avanços nas políticas são condicionados pelas características prévias locais. As parcerias intergovernamentais localizam-se de modo disperso, predominando em regiões mais dinâmicas e com menor conflito.

No cenário desejável e viável, o pacto federativo brasileiro se consolida com reforço na atuação compartilhada e cooperativa entre os governos. Frente à priorização de políticas de desenvolvimento regional, as desigualdades territoriais do ponto de vista da infraestrutura e do dinamismo econômico são reduzidas, ainda que mantidas e respeitadas as particularidades regionais. Nesse contexto, disputas e conflitos tornam-se menos acirrados na federação. As funções entre os entes são repartidas nas políticas públicas considerando-se a diversidade territorial e a capacidade político-institucional dos governos. Há ampliação da visão dos governos para além dos seus limites político-administrativos, com reforço das parcerias intergovernamentais em âmbito regional.

O esforço aqui empreendido é o de construção de diretrizes e propostas para o aprimoramento das relações federativas em sua interface com a Saúde, tendo como objetivo a construção desse futuro desejável para o Brasil. Nesse sentido, entre os temas que devem ser objeto de regulamentação e reformas políticas mais amplas com impacto na federação e nas políticas de saúde, dois são particularmente relevantes:

- a) a legislação sobre as regras, princípios e procedimentos que disciplinam a cooperação intergovernamental. A lei pode ampliar as possibilidades de formalização das

parcerias intergovernamentais na Saúde, além de definir alguns procedimentos formais de diplomacia que favoreçam o entendimento e a cooperação intergovernamental;

- b)** a legislação fiscal e tributária no que diz respeito à gestão dos recursos públicos e ao federalismo fiscal. Mudanças na Lei de Responsabilidade Fiscal são necessárias para atender às necessidades de ampliação dos gastos governamentais e ampliar o caráter público do sistema de saúde. Alterações nos sistemas de partilha fiscal também são fundamentais para que seja possível atender aos novos requisitos de equalização impostos pelo desenvolvimento econômico e universalização das políticas sociais.

As mudanças recentes evocadas pela publicação do Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011, ressaltam a necessidade de se fortalecer o enfoque territorial e a capacidade das três esferas para conduzirem de modo articulado as ações e serviços de saúde em seu âmbito de competência (BRASIL, 2011). Entretanto, é preciso considerar que o resgate do território no planejamento e na gestão da política de saúde transcende a lógica organizativa e a racionalidade setorial embutida na discussão sobre redes.

Alguns esforços podem ser empreendidos nesse sentido, tais como:

- a)** Alterações organizacionais, desenvolvimento e incorporação de tecnologias de informação no MS e secretarias de Saúde, que possibilitem um olhar integrado sobre o território e o reforço do planejamento regional do sistema de saúde em várias escalas territoriais.
- b)** Elaboração de uma pauta de negociação regional, no plano nacional e estadual, que subsidie compromissos a serem assumidos pelos gestores, no sentido de integrar a atenção à saúde aos investimentos, às ações de fomento ao complexo industrial da saúde, às estratégias de formação e alocação de recursos humanos e à política de ciência e tecnologia no SUS.
- c)** Formulação de propostas que visem a apoiar os processos de organização político-territorial do SUS nos estados brasileiros levando em consideração seus condicionantes e estágios diferenciados de implementação.
- d)** Valorização, atualização e diversificação das estratégias e instrumentos de negociação e pactuação intergovernamental, por meio de:
 - ampliação da representatividade e do debate sobre temas de interesse regional nas instâncias federativas do SUS (ex.: CIT, Conass, Conasems, CIB, Cosems e comissões Intergestores Regionais);
 - ampliação da institucionalidade das instâncias federativas no plano regional (incorporação de pessoal permanente, qualificação da equipe técnica e dirigente,

reforço das funções de planejamento e regulação nessas instâncias) e criação de novos arranjos em situações específicas (tais como as regiões metropolitanas, as áreas fronteiriças, as zonas limítrofes entre estados, as áreas de proteção ambiental e reservas indígenas, entre outras);

- consolidação de parcerias intergovernamentais (consórcios e contratos) a partir da configuração de planos regionais de saúde formulados e acordados nas instâncias de negociação e pactuação federativa do SUS.

Um aspecto não menos importante para o aprimoramento da coordenação federativa diz respeito ao modelo de transferência de recursos financeiros adotado no SUS. A compreensão de que os arranjos adotados na Saúde são afetados e afetam o federalismo fiscal é um dos pressupostos que devem nortear qualquer proposta de mudança nos mecanismos vigentes.

Várias questões devem ser consideradas no estabelecimento de mecanismos de transferência orçamentário-financeiras entre esferas de governo. Essas questões se traduzem como desafios técnico-metodológicos e como escolhas políticas que deverão ser enfrentadas na moldagem de um sistema de partilha que, mediante mecanismos de indução, suplementação, redistribuição e equalização fiscal, tenham como principais objetivos: a) estimular a cooperação intergovernamental; b) consolidar as regiões de saúde; c) garantir um financiamento adequado do SUS em nível locorregional. Uma importante decisão a ser tomada refere-se à proporção de recursos do orçamento do MS que se destinarão ao financiamento público das ações e serviços descentralizados de saúde, tornando-se, portanto, transferências obrigatórias do Governo Federal. Outra está relacionada à eleição de critérios que permitam extrair dos recursos financeiros transferidos pelo MS o mais amplo efeito de redução das desigualdades injustas nas receitas próprias dos governos subnacionais.

Aqui, as escolhas envolverão variáveis e parâmetros para mensuração dos montantes de recursos federais a serem transferidos, considerando-se a capacidade de autofinanciamento dos estados e municípios, as demandas diferenciadas e a distribuição das ações e serviços de saúde no território. Além disso, é preciso estabelecer padrões adequados de oferta, cobertura e gasto público em ações e serviços de saúde (de natureza, complexidade e custos diversos) que se quer garantir por meio das transferências federais, nos diversos campos de atenção à saúde. Sugere-se que os blocos de financiamento estabelecidos pelo Pacto pela Saúde possam ser utilizados como um primeiro critério para agregação de variáveis e estimativas dos montantes a serem transferidos. Também é preciso manter um caráter indutor atrelado aos mecanismos de transferência intergovernamental, dado o importante papel que estes exercem na expansão de políticas prioritárias que assumam uma feição pactuada entre os governos.

Esses padrões devem estar adequados às distintas realidades regionais. Como na Saúde se verifica um grau elevado de compartilhamento de funções entre os governos estaduais e municipais, é conveniente que o estabelecimento de padrões voltados para a equidade fiscal considere o orçamento integrado dessas duas instâncias de governo nos limites de cada estado. No âmbito de cada estado, a distribuição de recursos federais entre os municípios e o governo estadual obedeceria aos critérios e acordos explicitados nos planos de regionalização, auxiliando, ainda, a constituição de fundos regionais tripartites (compostos pelas três esferas de governo) atrelados aos consórcios de saúde ou aos contratos estabelecidos entre os entes.

Cabe ainda a adoção de critérios para a transferência de recursos que permitam identificar, valorizar e fomentar a adoção de práticas inovadoras na gestão e no cuidado da saúde. Nesse caso, faz-se necessária uma diversificação maior de estratégias e instrumentos de “premiação” que valorizem melhorias de desempenho da gestão e dos resultados atingidos. O descumprimento de uma meta acordada não necessariamente denota baixo empenho dos gestores em honrar compromissos de melhoria das condições de saúde da população: pode refletir desigualdades subjacentes, bem como fragilidades das condições político-institucionais das secretarias de Saúde (incluindo as tecnologias e os sistemas de registro e apuração das informações em saúde disponíveis; as estruturas e processos empregados para o planejamento, controle e avaliação das ações e serviços de saúde). Portanto, o escopo de mecanismos de premiação poderia incluir alguns indicadores de processo com vista a apreender a diversidade regional, valorizando o planejamento e o cumprimento de metas pelo conjunto de gestores de uma dada região, assim como iniciativas bem-sucedidas de cooperação e gestão intergovernamental.

Uma terceira escolha diz respeito às formas como o sistema permitirá a realização de compensações financeiras entre estados e municípios em virtude da especialização de funções no sistema locorregional. Sobre esse aspecto, convém lembrar que existem formas de cooperação intergovernamental por meio de transferências financeiras entre esferas do mesmo nível de governo, pouco implantadas até o momento. Tais transferências, no entanto, exigem a adoção de instrumentos de informação adequados (como o cartão SUS), que permitam identificar a origem dos pacientes atendidos e os serviços prestados.

Não menos relevante é a definição do modo como se efetuarão a fiscalização, a avaliação e a prestação de contas dos governos na utilização dos recursos da Saúde e do modo como atuarão os diferentes órgãos — sistema de auditoria, conselhos de Saúde, comissões Intergestores, tribunais de Conta — nesse processo. Mais do que para instituir penalidades, esses mecanismos são importantes para a aquisição de um padrão redistributivo dinâmico das transferências intergovernamentais no SUS.

Por último, serão necessários novos recursos de investimento para permitir uma oferta de serviços adequada e menos desigual nas diferentes regiões do país. Esses recursos são quase uma dívida da União para com os estados e municípios que experimentaram, desde o início dos anos 2000, o planejamento integrado de suas redes de serviços, expressos nos planos diretores de Regionalização e Investimentos. Em sua maioria, esses planos representam uma proposta de organização de serviços já existentes, sem necessariamente a contrapartida de garantias financeiras.

As decisões acima detalhadas não são simples. Envolvem um processo de negociação intenso entre atores políticos do Executivo, do Legislativo e da sociedade, e maior comprometimento das diferentes esferas de governo na gestão e financiamento do SUS. Por outro lado, abrem uma agenda de pesquisas sobre os mecanismos de coordenação federativa na Saúde que possam gerar novos conhecimentos e apoiar o detalhamento e aprofundamento das diretrizes aqui propostas. Nessa agenda alguns temas se destacam, como, por exemplo: planejamento e governança regional na Saúde; critérios regionais e mecanismos para repartição de competências gestoras nos diversos campos da atenção à saúde; estratégias e instrumentos de cooperação intergovernamental e formalização de parcerias entre os entes nas políticas de saúde; mecanismos de transferências intergovernamentais de recursos financeiros e investimentos regionais em saúde.

MODELOS DE ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE: REDES LOCAIS, REGIONAIS E NACIONAIS

Desde a década de 1970 vários pesquisadores têm chamado a atenção para o processo de transição em que as doenças agudas que podiam ser curadas iam sendo substituídas por outras que requerem cuidados continuados e permanentes. Da mesma forma, as doenças crônicas, sejam elas resultantes de infecções (cada vez mais frequentemente virais ou fúngicas), traumas, anomalias de desenvolvimento, defeitos autoimunes, susceptibilidades genéticas ou degeneração celular, são produto de múltiplas influências sobre a saúde. Já não existe um “agente” culpado da causa das doenças, e “doença” em si não é mais um conceito simples. O modelo assistencial de Leavell e Clark (1965) que propunha organização da assistência e da prevenção em saúde pelos níveis primário, secundário e terciário passa a requerer uma revisão profunda. Cada vez menos se pode segmentar o atendimento das necessidades das pessoas em um nível determinado de organização do sistema assistencial. Também vence o modelo de maior resolubilidade de níveis inferiores do sistema, pois o que se trata agora é de atender às necessidades de cuidados das pessoas no nível de cuidado capaz de dar resposta a tais necessidades e, crescentemente, em determinados momentos da evolução da enfermidade, ele poderá estar em níveis de alta complexidade. Isso não exclui a observação de que a maior frequência de atendimentos continuará predominando nos níveis inferiores do sistema.

Raciocínio equivalente terá que ser desenvolvido quando da identificação dos “territórios” populacionais, das hierarquias locais dos serviços de saúde e do fluxo das pessoas em redes dinâmicas. Os recortes político-administrativos — que já se mostravam frágeis para que se lhes atribuisse um nível correspondente de responsabilidade sanitária, em função da diversidade de tamanhos e capacidades de estados e municípios — não mais se sustentam e menos ainda se sustentarão nos anos por vir. Os territórios com suas populações e suas ofertas de serviços de saúde e meios de transporte e comunicação serão crescentemente determinantes para o aumento da eficiência e efetividade dos cuidados prestados. As pessoas transitam contínua e crescentemente em espaços contíguos aos seus locais de residência (integração horizontal). Com isso, os programas da chamada atenção básica, seja em suas modalidades tradicionais, seja no modelo da

Estratégia Saúde da Família (ESF), exigirão interseções mais frequentes com os serviços sociais de apoio e as associações comunitárias e um dinamismo e articulação maiores com as outras unidades e níveis de complexidade do sistema. Além, naturalmente, da intersectorialidade requerida para melhoria geral das condições de saúde.

A Organização Mundial da Saúde estabeleceu como “condições crônicas” aquelas que “requerem cuidados continuados por um período de anos ou décadas”, ultrapassando o conceito tradicional de doenças crônicas, como diabetes, asma ou insuficiência cardíaca, para incluir doenças transmissíveis para as quais o avanço tecnológico transformou seu curso, como HIV-Aids, distúrbios mentais como esquizofrenia e incapacidades não classificáveis como doenças, como cegueira e problemas musculoesqueléticos (OMS, 2002).

O aumento da esperança de vida, sobretudo à medida que vão sendo superadas as mortes na infância, não se faz acompanhar de um aumento da idade modal de vida, que já demonstrava relativa estabilidade (em torno dos 75 anos), por exemplo, na Suécia em fins do século XVIII e na Suíça no século XIX. Ela passa a se situar, logo após a Segunda Guerra, em tornos dos 80 anos, praticamente igual em todos os países do mundo desenvolvido, sugerindo o que seria o fim da “transição epidemiológica” (ROBINE, 2008).

A ideia da “compressão da morbidade”, introduzida por Fries (1980), sugere que o aumento da esperança de vida se faria acompanhar de um encurtamento da extensão da vida com morbidade. As mesmas forças que resultaram na diminuição da mortalidade estariam associadas a uma menor incidência de doenças crônicas e a um aumento da idade de início dessas doenças. Entretanto, inúmeros estudos desde meados dos anos 70 têm demonstrado que isso pode não ocorrer (LAFORTUNE e BALESTAT, 2007; CRIMMINS e BELTRÁN-SÁNCHEZ, 2010).

A questão central a ser salientada para a adequada formulação de propostas assistenciais é que a queda da mortalidade por uma determinada condição clínica não se faz necessariamente acompanhar por uma redução na sua incidência, o que resulta num aumento da prevalência daquela condição. Esse fenômeno pode ser observado no caso da doença isquêmica do coração, em cujos casos o número de sobreviventes aumentou consideravelmente. Esses sobreviventes, quase todos, se encontram em tratamento medicamentoso e são submetidos a avaliações periódicas de suas coronárias. Aqueles que chegaram a apresentar um quadro de infarto foram submetidos a alguma forma de cuidado intensivo durante a fase aguda e boa parte foi levada a uma intervenção percutânea ou cirurgia de revascularização. Esses pacientes requereram, portanto, cuidados especializados prestados em centros especializados e, uma vez concluída essa etapa, voltarão ao seu médico de cuidados primários para o acompanhamento clínico permanente, com visitas periódicas para reavaliação em um nível secundário de atenção. Um coronariopata poderá se beneficiar de um programa bem orientado de atividades físicas e acon-

selhamento nutricional, atividades que serão oferecidas no seu entorno residencial ou profissional. Sobrevivendo em tratamento contínuo, estará sujeito, nos anos futuros, ao agravamento de suas disfuncionalidades musculoesqueléticas, acompanhadas de tratamentos adicionais, inclusive de fisioterapia. E, em algum ponto futuro de sua vida, será acometido de outras condições, algumas delas tratáveis e que requererão acompanhamento adicional (p. ex., um câncer de próstata) e outras não, que poderão obrigá-lo a se submeter a tratamentos caros e especializados com chances reduzidas de sobrevivência (p. ex., um câncer de cólon avançado).

O envelhecimento e a predominância de condições crônicas fazem com que em determinado momento do tempo para uma determinada população, todos os chamados níveis de assistência sejam acionados e nenhum deles poderia ser chamado de “resolutivo” no sentido clássico associado à ideia de cura. Outra consideração importante é que passa a ser necessária a intervenção de diferentes especialidades médicas e de outros profissionais da saúde nesses diferentes níveis. No nível primário, sobretudo, impõe-se, com frequência crescente, um extravasamento das fronteiras dos serviços de saúde para incluir serviços sociais e de apoio comunitário, por exemplo. Outras formas de cuidados em saúde, muitas delas largamente utilizadas nos países desenvolvidos, como assistência domiciliar, centros de cuidados prolongados e de cuidados paliativos, crescem em importância, e sua utilização carece de avaliação e planejamento no Brasil.

Algumas dimensões dos cuidados em saúde ganham importância extraordinária neste desenho: integração assistencial, continuidade; trabalho multiprofissional e colaborativo; comunicação adequada entre os diferentes agentes; educação dos pacientes e de suas famílias; organização dos serviços em redes dinâmicas, horizontais (no nível da comunidade e/ou das redes relacionais dos indivíduos) e vertical (entre os diferentes níveis e componentes do sistema de atenção); e coordenação assistencial.

O nível primário de cuidados passa a ter papel primordial no processo de coordenação e integração do cuidado e não representa mais apenas a “porta de entrada” no sistema de saúde.

Para um país com as dimensões continentais e populacionais como as do Brasil, essas mudanças têm particular significado na modelagem das redes assistenciais. Para 2030 as estimativas apontam para uma população de 40,5 milhões de pessoas com mais de 60 anos, das quais quase 6 milhões com mais de 80 anos. Isso representa o dobro da população atual de idosos e quase duas vezes e meia a população de octogenários. Se hoje a população de menores de 1 ano é praticamente igual à de octogenários, em 2030 ela será mais do que o dobro.

O número de mortes por doenças infecciosas e parasitárias totalizou, em 2009, 47.010, correspondentes a 4,26% do total de óbitos. Se retirarmos os óbitos causados pelo HIV,

que totalizam 12.134, tal proporção se reduziria para 3,2%. Esses fatos ilustram que a quase totalidade dos óbitos no Brasil ocorre por condições que demandam cuidados prolongados e dispendiosos. O sucesso em medidas preventivas que adiem o aparecimento desses problemas só tenderá a aumentar a necessidade de prestação de cuidados às pessoas por eles acometidas.

Outro aspecto relevante é que a população idosa refere piores condições de saúde e pouco frequentemente apresenta um problema isolado de saúde, consoante com o descrito na literatura mundial. Com o aumento da faixa etária, aumenta também o número de doenças declaradas pelas pessoas. Até a faixa de 14 a 19 anos de idade, o percentual de pessoas que afirmaram ter três ou mais doenças era próximo de zero, para a faixa de 50 a 64 anos crescia para 17,1% e para aqueles com 65 anos ou mais chegava a 28,3%. Ou seja, passaríamos de 6 milhões para 12 milhões. Para este último grupo etário, considerando-se apenas as mulheres, o percentual crescia para 33,3%. Entre as pessoas de 65 anos ou mais de idade, apenas 20,9% não tinham nenhuma doença crônica.

No que diz respeito às causas de internação, retiradas as internações por parto, cerca de 80% das internações decorrem de situações que requereram ou requererão cuidados continuados.

O impacto da mudança demográfica e epidemiológica se faz sentir de maneira significativa nos gastos atuais de operação do sistema de atenção à saúde. Em 2010, o Ministério da Saúde gastou quase 30 bilhões de reais para o atendimento ambulatorial e hospitalar). Se supusermos que ao longo dos próximos vinte anos não haverá mudança tecnológica significativa e que, em princípio, o atual perfil da oferta fosse mantido, só para dar conta do crescimento populacional seria necessário um incremento de R\$ 3,4 bilhões, a preços de 2010. A simples alteração do perfil demográfico, mesmo que sem alteração importante no perfil epidemiológico de cada grupo etário, elevará a necessidade de recursos adicionais para 7,8 bilhões de reais de 2010, apenas para esse componente do gasto federal, incompatível com a estimativa de elevação inercial dos recursos federais pela variação nominal do Produto Interno Bruto.

O reordenamento assistencial, de difícil implementação no setor público, em que há processos formais estabelecidos para a regulação da atenção à saúde, torna-se ainda mais urgente no setor dos planos e seguros privados. Neste, o modelo de organização das prestações em saúde é aberto, com controles em sua maior parte de ordem financeira e por racionamento pela autorização prévia e auditoria *a posteriori*, com glosas. A demanda, apesar das listas de prestadores de serviços preferenciais, é aberta e desarticulada. A utilização de recursos auxiliares de diagnóstico e tratamento, da mesma forma. Como o setor é fortemente subsidiado por renúncias fiscais, rendimentos indiretos não tributados e transferência dos custos adicionais da contratação dos planos coletivos ao consumidor

dos produtos e serviços, a pressão para a manutenção e eventual crescimento desses mecanismos é estimulada por essa conformação aberta do sistema. Como uma importante fatia de prestadores de serviços é compartilhada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e pelos planos, o sistema gera pressões de gastos crescentes também pelo SUS. Isso acontece seja pela disponibilidade da oferta não regulada, seja pelos estímulos financeiros à multiplicação dos atos diagnósticos e terapêuticos, vantajosa para os prestadores dos serviços, mas não acompanhada de benefícios para os usuários do sistema.

Para a sustentabilidade do sistema, torna-se imperiosa a organização de redes assistenciais articuladas que deem conta da evolução do perfil demográfico e epidemiológico brasileiro, facilitando mecanismos que garantam a continuidade dos cuidados de saúde e reduzindo os incentivos perversos de duplicação de ações e estímulos aos desperdícios decorrentes de um parque assistencial desarticulado e competitivo.

A Constituição de 1988 já determinava a estratégia de regionalização por meio da organização de redes de atenção como elemento essencial para a garantia dos princípios de universalidade, integralidade e equidade. Segundo o texto constitucional, as ações e serviços de saúde devem conformar uma rede regionalizada e integrada em um sistema único em todo o território nacional.

Entretanto, o processo de construção do SUS ao longo da década de 1990, em um contexto político e econômico adverso, privilegiou a expansão das bases municipais de ações e serviços de saúde em consonância com a diretriz de descentralização. O debate em torno da busca por maior integração para as ações e serviços de saúde adquiriu nova ênfase apenas no início da década de 2000, a partir das reflexões relativas ao aprofundamento do próprio processo de descentralização, na medida em que as reflexões convergiram para a necessidade de definir o espaço regional como lócus essencial de construção do SUS. Essa diretriz partiu da constatação de que a maioria dos municípios não tem, isoladamente, condições de garantir oferta integral a seus cidadãos. Recentemente, o Decreto 7.508/2011 regulamentou a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90), estabelecendo novas estratégias e instrumentos para a consolidação das redes de atenção à saúde (BRASIL, 2011).

É possível conceber as redes de atenção como uma estratégia de organização da atenção à saúde especificamente voltada para promover a integração do cuidado, a partir da combinação entre flexibilidade de alocação de práticas e tecnologias e coordenação do cuidado para a garantia da longitudinalidade do cuidado. Redes de atenção à saúde correspondem a conjuntos de serviços de saúde, de hierarquias recíprocas, com missão e objetivos comuns que se articulam de modo cooperativo e interdependente, para oferecer atenção contínua e integral a determinada população.

Esse conjunto de práticas e tecnologias deve conter uma pauta diversificada de intervenções que abranja a promoção, a prevenção, a cura, a reabilitação e os cuidados paliativos, quando necessários. Nesse sentido, a integração do cuidado envolve a transição adequada dos usuários/cidadãos entre profissionais/unidades de atenção com base em diagnósticos e planos de intervenção previamente estabelecidos e de efetividade comprovada.

Um conjunto de princípios de organização para promover a integração do cuidado em rede pode assim ser sintetizado:

- a) **Orientação para as necessidades de saúde:** o objetivo maior de todos os processos de estruturação e gestão do sistema de saúde consiste no bem-estar da população usuária, de forma que as estratégias de coordenação do cuidado devem considerar sempre os impactos efetivos sobre os níveis de saúde dos usuários. Assim, é fundamental o domínio de informações detalhadas sobre o ambiente de inserção do usuário e de sua família, o que amplia a capacidade de planejamento de ações efetivas por parte do sistema de saúde. O conhecimento profundo da trajetória de vida e inserção familiar e socioeconômica e cultural permite ampliar a efetividade das ações de intervenção (OPS-OMS, 2008; SILVA e MAGALHÃES, 2008; KODNER e SPREEUWENBER, 2002).
- b) **Complexidade da abordagem:** doenças crônicas e a presença de comorbidades são cada vez mais frequentes, o que requer uma análise abrangente, multidisciplinar, que permita abordar aspectos os mais variados possíveis sobre as manifestações do problema e explorar a possibilidade de atuação de diversos fatores isolada e integradamente. A abordagem complexa considera a possibilidade de múltiplas causas de adoecimento provenientes de diferentes dimensões, como a biológica, a psicossocial, a socioeconômica e a cultural (SMITH e CLARKE, 2006; MENDES, 2010; OPS-OMS, 2008).
- c) **Multidisciplinaridade da intervenção:** a ação de diversas habilidades e conhecimentos permite construir ângulos diferenciados do problema e desenvolver soluções adequadas para atacar causas diversas e suas interações ao mesmo tempo. O aporte de habilidades e conhecimentos diferenciados para atacar um problema de saúde fortalece ainda o princípio de foco no cidadão, na medida em que permite abordar cada caso de forma singular por meio de combinações variadas de práticas e tecnologias (SMITH e CLARKE, 2006; CONTANDRIOPOULOS, 2003).
- d) **Longitudinalidade do cuidado:** ocorre mediante a coordenação de diversas práticas e tecnologias ofertadas em espaços diferentes em um todo, de forma a compor uma ação coerente e efetiva sem perder o foco na condição do usuário em cada momento. A longitudinalidade também pressupõe funcionalidade, pois a efetividade da ação só ocorre se a articulação das interfaces de intervenção se der em espaços

adequados e nos momentos necessários (OMS-OPS, 2008; SILVA e MAGALHÃES, 2008; GIOVANELLA, 2006).

- e) Interdependência e compartilhamento de análise clínica: uma organização integrada em rede surge quando as organizações componentes compreendem que o trabalho isolado não é suficiente para a resolução dos problemas, e se constrói com base em uma visão de complementaridade quanto aos interesses e os recursos de cada um dos atores e organizações envolvidos. O compartilhamento de recursos em uma organização integrada em rede envolve, ainda, a definição de suas formas de alocação como condição essencial para a obtenção dos objetivos planejados coletivamente pelos profissionais. Isso porque tais formas de alocação são alinhadas com as estratégias e as linhas de ação definidas para cada organização (unidade básica, clínica especializada, hospital, unidade de cuidados prolongados, para citar alguns) (SMITH e CLARKE, 2006; KODNER e SPREEUWENBER, 2002; CONTANDRIOPOULOS, 2003).
- f) Corresponsabilização clínica: a articulação de habilidades e conhecimentos para o diagnóstico e a multidisciplinaridade de intervenções só é possível mediante a presença de um locus de coordenação do cuidado que assuma a responsabilidade pelos resultados. O conceito de corresponsabilização clínica em redes de atenção articula as noções de responsabilidade geral com responsabilidade específica. A primeira é exercida pelo gestor do caso, em sua maioria um profissional da atenção primária, e a segunda por profissionais em outros pontos de atenção sob demanda do gestor do caso, de acordo com o plano terapêutico (SMITH e CLARKE, 2006; CONTANDRIOPOULOS, 2003).
- g) Territorialização: a construção de planos terapêuticos deve levar em conta a configuração das relações de interdependência socioeconômica, cultural e sanitária nas quais se insere determinada população. A complexidade de abordagem clínica busca suas possíveis respostas na realidade regional historicamente construída e expressa em indicadores atualizados de natureza demográfica, socioeconômica, política, epidemiológica e sanitária, ou seja, espaços-população determinados (BARRENECHEA, URIBE e CHORNY, 1990). Tais informações e indicadores deverão estar organizados e articulados em modelos que estabeleçam relações causais capazes de orientar e fundamentar projetos terapêuticos de maior eficácia. O processo, as estratégias e instrumentos utilizados na territorialização devem permitir compreender os determinantes sociais do processo saúde-doença específicos daquele espaço-população. A territorialização da política de saúde pode compreender ainda, sempre que se verificar necessário, o referenciamento espacial (georreferenciamento) das estruturas de provisão (unidades de saúde), das informações, indicadores, relações, fluxos, estruturas físicas (transporte, comunicação, energia, serviços, produção, lazer etc.) e dos equipamentos sociais (escolas, centros de referência da

assistência social, tribunais de justiça etc.) considerados relevantes para o sistema de saúde (OPS-OMS, 2008; SILVA, 2008).

- h) **Intersetorialidade:** para ser eficiente no marco de transição epidemiológica, a integração do cuidado parte do reconhecimento da interdependência entre cuidados médicos e cuidados sociais e da necessidade de romper com barreiras conceituais, formais e operacionais entre programas verticais e políticas setoriais (LLOYD e WAIT, 2005). A intersectorialidade representa a articulação de cuidados médicos com cuidados sociais desenvolvidos no âmbito de outras políticas públicas, partindo de uma concepção ampliada de saúde que considere o acesso articulado e adequado a outros serviços e benefícios sociais como condição de cidadania (OPS-OMS, 2008; SILVA, 2008; KODNER e SPREEUWENBER, 2002).
- i) **Eficiência econômica:** a integração do cuidado, ao proporcionar o conjunto de cuidados certos para cada cidadão, leva em conta formatos específicos que ampliam a racionalidade no emprego de recursos, tendo como meta evitar a realização de procedimentos e exames desnecessários e a duplicação dos já realizados, tornar mais precisa a realização de novos investimentos (local e escopo de unidades e infraestrutura) e reduzir os custos de transação e produção tanto dos serviços de natureza finalística quanto das atividades-meio. A integração do cuidado pressupõe o emprego de critérios de escala e escopo, a responsabilização por custos e sustentabilidade financeiro-econômica do sistema de saúde (MENDES, 2010; SMITH e CLARKE, 2006; NORONHA, et al., 2003; CESCINETTO, LAPA e CALVO, 2008).
- j) **Melhoria contínua da qualidade:** a integração também pressupõe a definição mais precisa do papel e do escopo de responsabilidade de profissionais e unidades de saúde, proporcionando o atendimento certo, na qualidade certa, de acordo com as especificidades de cada usuário. Os formatos de integração do cuidado se orientam pela obtenção de padrões de eficácia cada vez mais elevados no tratamento de doenças crônicas, agravos de longo prazo e de elevada complexidade (MENDES, 2007). O estabelecimento de parâmetros e padrões de eficácia e eficiência das ações de saúde, instrumentos de monitoramento e avaliação dos serviços, mecanismos concretos de definição de metas pactuadas (contratos de gestão, públicos ou privados), assim como de práticas de certificação de qualidade, tem sido apontado como essencial nos processos de integração do cuidado (KODNER e SPREEUWENBER, 2002; SMITH e CLARKE, 2006).

As estratégias operacionais de construção de redes de atenção (OPAS, 2007; SILVA, 2008; MENDES, 2010) podem ser reunidas em torno de sete diretrizes organizacionais principais:

- a) Definição de uma população vinculada a um território e conhecimento de suas características socioeconômicas e culturais, necessidades de saúde e tendências do seu padrão demográfico e epidemiológico. Essa população deverá estar adscrita a equipes de atenção primária e monitorada periodicamente, especialmente os cidadãos pertencentes a grupos de maior risco de adoecimento.
- b) Projeção de um cenário desejado (imagem-objetivo) em termos de configuração da estrutura de ações e serviços de saúde com base nos critérios de necessidades de saúde e eficiência econômica e eficácia sanitária.
- c) Estabelecimento de um primeiro nível de atenção como porta de entrada para exercer a coordenação do cuidado e atuar com capacidade resolutiva para parte significativa dos problemas de saúde mais comuns. A atenção primária deve atuar como interface de conexão com os cidadãos e famílias, colocando-os no centro do sistema ao garantir a longitudinalidade do cuidado.
- d) Definição de um conjunto diversificado de serviços de saúde disponíveis à população, abrangendo ações de saúde pública, prevenção, promoção, cura, reabilitação e cuidados paliativos.
- e) Provisão de ações e serviços especializados em consonância com os projetos terapêuticos individualizados, sob demanda da atenção primária e de preferência em unidades ambulatoriais.
- f) Aporte de ações e cuidados sociais em consonância com a abordagem de determinantes sociais da saúde e sempre que houver comprovação de sua maior eficácia clínica.
- g) Organização de estruturas de suporte à atividade clínica abrangendo sistemas de apoio diagnóstico, de compartilhamento informatizado de informações clínicas, assistência farmacêutica, transporte sanitário, prontuário eletrônico, identificação do usuário etc. Essas estruturas desempenham tanto a função de fornecer subsídios ao diagnóstico quanto a de aportar elementos ao longo do tratamento.

No caso do SUS, a aplicação das diretrizes de organização de redes de atenção deve ser orientada por cinco outros fundamentos que definem a gestão e a governança do sistema: o caráter unificado da seguridade social; os princípios constitucionais (universalidade, integralidade e equidade); a responsabilização territorial; o comando público governamental e a governança federativa (relações intergovernamentais).

Em termos de organização dos serviços de saúde, tanto na provisão ambulatorial quanto na hospitalar, é possível visualizar três grandes conjuntos de ações e serviços institucionalmente reunidos sob o SUS, porém com baixa articulação gerencial e coordenação clínica: a atenção básica, formada pelo programa de agentes comunitários de saúde, pela ESF e pelas unidades básicas e ambulatórios hospitalares; a média complexidade,

formada por unidades ambulatoriais e hospitalares especializadas públicas e privadas; e as redes de alta complexidade de referência nacional em várias especialidades médicas (cardiologia, neurologia, oncologia, nefrologia, oftalmologia, entre outras).

De forma geral, esses três subsistemas de provisão correspondem a configurações específicas de estruturas de oferta (*mix* público-privado), densidade tecnológica dos fatores de produção, responsabilidade territorial, formas de acesso e alocação de recursos financeiros e modalidades de pagamento a unidades prestadoras de serviços de saúde, temas que serão tratados em outros capítulos.

Em cada um desses três grandes conjuntos, a distribuição territorial da oferta tem uma configuração específica, mas compartilha características como a expressiva concentração nas capitais de estado e a significativa desigualdade ao longo do território nacional.

As principais redes de ações e serviços de saúde estão disponíveis nas capitais dos estados brasileiros, e alguns serviços que exigem maior nível de especialização profissional, equipamentos mais complexos e insumos mais caros estão localizados apenas em algumas capitais.

Como resultado dos constantes estímulos à concentração registrados ao longo de toda a trajetória do sistema de saúde, a distribuição territorial dos serviços de saúde não apresenta configuração adequada para proporcionar acesso geográfico fácil, em consonância com os princípios de universalidade, equidade e integralidade.

A assimetria de oferta se expressa em diversas esferas de organização do território, havendo desigualdades no interior um mesmo município, entre os municípios e entre os estados da federação. Em geral, há lacunas na oferta em municípios ou estados de expressiva demanda que só podem ser cobertas pelo referenciamento para outras regiões do país.

Essa característica estrutural da oferta se manifesta com maior expressão na média e na alta complexidades, em virtude da presença mais intensa do componente tecnológico. Na atenção básica, apesar da expansão significativa da oferta, a cobertura ainda não é uniforme ao longo do território nacional.

Essa configuração, concentrada territorialmente e segmentada internamente, produz obstáculos significativos tanto para a articulação de cuidados e saberes clínicos específicos do setor Saúde (promocionais, preventivos, curativos, de reabilitadores etc.) quanto para a integração com as demais políticas e sistemas de provisão de benefícios sociais da seguridade.

Diversas são as precariedades estruturais a serem superadas nas próximas décadas, entre as quais podem ser especialmente destacadas:

- a) Disfuncionalidade na distribuição da oferta: há desigualdades na distribuição da oferta de ações e serviços saúde expressas em diferentes dimensões (territorial, socioeconômico, risco etc.). Constata-se, em alguns casos, a presença de vazios sanitários e, em outros, superposição de oferta.
- b) Irracionalidade na alocação de investimentos: a realização de novos investimentos raramente se orienta por critérios de insuficiência de oferta e necessidades de saúde, o que provoca maior desigualdade na distribuição da oferta.
- c) Atenção primária pouco resolutiva e baixa capacidade de coordenação do cuidado: a configuração atual da ESF ainda não permite resolver a proporção dos problemas de saúde que se espera de uma atenção primária resolutiva, assim como lhe faltam instrumentos e capacidade institucional para exercer a função de articular as ações e serviços de maior densidade tecnológica.
- d) Baixa difusão de arranjos de cooperativos de trabalho clínico: grande parte das técnicas, instrumentos, mecanismos e estratégias para promover a cooperação, a interdependência e a responsabilização compartilhada entre profissionais, equipes e unidades de saúde é utilizada apenas em ilhas de excelência do sistema.
- e) Baixa eficiência dos sistemas de suporte ao trabalho clínico: os sistemas logísticos e de apoio não estão estruturados de forma a permitir o exercício adequado de suas funções para ampliar a eficiência do trabalho clínico. Há reduzida difusão de instrumentos e sistemas de coordenação voltados para a construção de arranjos funcionais regionalizados, como os de transporte sanitário, comunicação, suprimentos etc.
- f) Reduzida difusão de mecanismos de gestão da clínica: o estabelecimento de mecanismos de gestão como protocolos e linhas de cuidado, responsáveis pela definição de caminhos de acesso aos usuários e racionalização do trabalho dos profissionais, ainda está se iniciando em alguns núcleos de maior desempenho do sistema.
- g) Insuficiência de formação profissional multidisciplinar: os processos de formação de profissionais relacionados à área de saúde têm se pautado, em geral, pela busca constante de maior especialização. As estratégias de formação profissional do trabalho multidisciplinar concentram-se ainda em cursos de maior aprofundamento acadêmico.
- h) Reduzida difusão da estratégia de avaliação tecnológica: a absorção de tecnologias, tratamentos e medicamentos novos ainda é feita, na maioria das vezes, de forma acrítica, sem critérios mais consistentes para a avaliação de seu impacto em termos de efetividade.
- i) Reduzida difusão de mecanismos de gestão da qualidade: o emprego de ferramentas de certificação e de melhoria da qualidade também está concentrado em ilhas

de excelência, sendo praticamente ausente em grande parte do sistema. Ainda não se verifica a difusão ampla de padrões de organização e gestão do trabalho, que orientem profissionais, usuários e gestores na ampliação da qualidade da atenção, na redução dos riscos e no aperfeiçoamento dos indicadores de utilização das unidades e recursos em saúde.

- j) Baixa utilização de sistemas de monitoramento e avaliação: o desempenho de profissionais, equipes e unidades de saúde também não tem sido avaliado de forma consistente e objetiva. O emprego de modelos de avaliação por resultados com sistemas de custos, controladorias, planos de metas, auditoria clínica, sistemas de qualificação do trabalho em saúde, remuneração por desempenho, entre outros, mostra-se tímido e pouco difundido nas organizações de saúde, o que dificulta a formação de uma cultura de eficiência gestora no interior do sistema.
- k) Ausência de critérios consistentes de incorporação da oferta conveniada e contratada: o comando constitucional de preponderância da oferta pública e a complementaridade da oferta privada e filantrópica não têm sido cumpridos em sua plenitude. Frequentemente, a incorporação de oferta não pública tem sido feita com base em séries históricas sem a presença de relações contratuais reguladas por instrumentos jurídicos baseados em metas.
- l) Baixa articulação com outras políticas sociais: apesar de ter sido definida, na Constituição de 1988, como parte integrante da Seguridade Social, compondo um conjunto de ações articuladas com outras políticas sociais, a Saúde tomou, logo no início da década de 90, um caminho próprio, com a especialização das fontes de financiamento, assim como cada uma das demais áreas da Seguridade Social se desenvolveu de forma separada. Há muito que avançar na construção de estratégias de integração das diversas áreas da Seguridade Social, tanto no interior de cada uma das esferas de Estado quanto entre essas.

Essas precariedades que dificultam a construção de um sistema de saúde baseado na integração do cuidado decorrem de um conjunto amplo de fatores, ligados tanto diretamente à atenção à saúde propriamente dita quanto a outras dimensões do sistema de saúde e de natureza institucional, socioeconômica, política e cultural.

Para a superação desses obstáculos, é imperiosa a formulação de estratégias e políticas capazes atuar de forma concomitante sobre os fatores de fragmentação presentes nas diversas dimensões. É importante que a ação governamental esteja fundamentada em subsídios consistentes acerca da dinâmica de organização da atenção à saúde no SUS. A construção de cenários prospectivos é uma ferramenta importante e exige um esforço adicional de pesquisa em linhas estratégicas.

PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL

O posicionamento do Estado como propulsor do desenvolvimento econômico e social no contexto das influências do mercado e da geopolítica internacional emoldura um complexo cenário para os direitos sociais, em particular para a saúde. As expectativas estão direcionadas para a ampliação de um modelo de cidadania e ação política para além dos partidos políticos e processos eleitorais, baseada na consciência e defesa dos interesses coletivos e dos direitos sociais, ou seja, na consciência crítica com maior participação da sociedade na política.

A cultura de participação social acumulada na área da Saúde instituída por meio dos conselhos e conferências de Saúde é fonte de inspiração para modelos participativos e de controle social de outras políticas setoriais no Brasil. Mesmo assim, há ainda um longo percurso a ser percorrido na qualificação desse processo, para que sejam observados impactos e mudanças a ele atribuíveis, na formulação de diretrizes e políticas ou mesmo como contribuição efetiva na gestão do sistema.

A significativa mobilização da sociedade que ocorre nas práticas de participação vigentes não neutraliza os problemas relacionados à legitimidade e representatividade e tampouco aqueles ocasionados pelo esvaziamento, pelo corporativismo e pela fragmentação de interesses dos gestores, trabalhadores e usuários do sistema de saúde. Os argumentos em defesa da participação social em saúde reforçam como seus objetivos tanto a realização de pressão política contínua e crescente sobre o Estado pela garantia e universalização do direito à saúde quanto a ação sobre os aspectos da micropolítica dos territórios das comunidades que contribuem no processo da acumulação social.

Nesse contexto, os desafios para os próximos anos serão incontornáveis se não ocorrerem profundas mudanças, que não devem se restringir aos mecanismos e formas de participação. Um desses desafios é o de reverter o fenômeno que hoje caracteriza a participação da sociedade, marcado pela multiplicidade de iniciativas e espaços de participação e controle social existentes nas instituições do Estado, cuja atuação está baseada na prevalência de uma pletora de demandas geradas por interesses de cunho local e particular.

A força política da democracia participativa será proporcional à sua capacidade de pautar os temas do interesse coletivo, presentes no âmbito das cidades, dos estados ou do país, incluindo os assuntos referentes à macropolítica e ao desenvolvimento econômico e social, que são determinantes sobre a saúde.

A institucionalização da participação social está sujeita à definição de suas responsabilidades e atribuições nos processos de gestão, nos limites legais atinentes à esfera pública e à responsabilidade dos governantes. Por outro lado, a democracia participativa não se restringe aos espaços institucionais e tem como constante desafio a preservação de sua autonomia e liberdade de atuação. Outro aspecto importante para o seu fortalecimento é a ampliação da porosidade das instituições, que lhes permita acolher as inovações e desafios que os representantes da sociedade civil encetam no debate público.

Algumas distorções identificadas na experiência da participação social em saúde precisam ser assinaladas para sua ressignificação. A primeira é o descompasso entre a expectativa gerada pela presença da sociedade e a real capacidade de mudanças e inovações no espaço público, o que faz com que tal expectativa deva ser redimensionada. Outra diz respeito ao caráter da participação e do controle social, muitas vezes entendidos como poder de veto às propostas governamentais, com a imposição de interesses das representações dos grupos sociais aos agentes públicos.

O desvio das expectativas populares sobre a ação do Estado quando este se apresenta omissivo ou inadimplente, ou nas situações em que ações típicas do Estado são substituídas pelo trabalho de organizações da sociedade, tem impacto sobre o grau de confiança das pessoas nas suas próprias organizações civis. A consciência acerca das limitações da sociedade civil e de sua capacidade de atuação devolve às demais instâncias da democracia representativa, bem como às instituições do Estado, o papel intransferível de responder aos anseios e necessidades coletivas.

Para traduzir de forma prospectiva algumas medidas que potencializem as iniciativas pela redução das desigualdades e universalização do direito à saúde inseridas em um projeto de desenvolvimento econômico e social com justiça social, as práticas e os mecanismos renovados de participação social e política devem se articular aos mecanismos de controle e transparência na gestão pública, diversificando estratégias e fortalecendo os interesses coletivos. As formas de democracia direta e participativa, como a iniciativa popular legislativa, os orçamentos participativos, os conselhos de Saúde, os conselhos gestores e os fóruns deliberativos, entre outros, apresentam possibilidades concretas de se aliar à luta pelos direitos sociais, em defesa de mudanças nas políticas macroeconômicas e decisões do Estado.

O modelo da democracia brasileira conta com instituições consolidadas, tais como o voto e o parlamento, reconhecidos como legítimos e necessários, mas também insuficientes.

Conta também com as novas instituições e modalidades de participação que estão surgindo e que acrescentam valor político às formas tradicionais da democracia representativa. Essas inovações poderão constituir a base de um projeto maior de convívio entre as formas de democracia e consequente consolidação da democracia participativa. No contexto das reais inovações, é imprescindível que os interesses públicos sejam adotados como eixo da atuação da participação e controle social sobre a gestão de políticas públicas e da ação da sociedade em sua relação com o Estado e as organizações partidárias da democracia representativa.

Com estas considerações, pretende-se contribuir para que a intervenção sobre a atual configuração das forças políticas seja reorientada em favor da ampliação dos direitos sociais.

IV

Força de Trabalho em Saúde

FORMAÇÃO, REGULAÇÃO PROFISSIONAL E MERCADO DE TRABALHO EM SAÚDE

O setor de serviços de saúde tem se caracterizado por uma série de traços estruturais interligados, dos quais quatro merecem destaque (GIRARDI, 1999). Em primeiro lugar, é um setor constituído por atividades eminentemente intensivas em mão de obra, a despeito mesmo do intenso dinamismo com que novas tecnologias são crescentemente incorporadas às suas práticas. Admitimos, ao contrário do que observamos em outros setores da atividade econômica, que novas tecnologias na saúde introduzidas — sejam novos produtos, instrumentos e equipamentos propedêuticos e terapêuticos, sejam novos processos — na maioria das vezes não substituem as tecnologias preexistentes, mas a elas se acrescentam; ao contrário de significarem economia de mão de obra, exigem novas qualificações para sua operação, fazendo crescer, ao final, a demanda efetiva por força de trabalho. Entre nós, uma série de autores já chamou a atenção para esse caráter cumulativo e não substitutivo da maior parte das tecnologias médicas.

Mantidos inalterados os fatores que atualmente estimulam o crescimento da demanda por serviços de saúde (especialmente o envelhecimento das populações e o aumento da eficácia das tecnologias médicas), os serviços de saúde tendem a aumentar seu peso, relativamente a outros setores da economia, na absorção da população economicamente ativa dos países. Nesse contexto, o emprego de força de trabalho no setor poderia cumprir um papel adicional às dimensões assistenciais curativas, preventivas, reparadoras ou de promoção da saúde, para as quais tais serviços estariam precipuamente voltados. Na verdade, na perspectiva da política social ou da macroeconomia, o setor tem um potencial suplementar de “amortecer”, por meio da geração de emprego e renda, o impacto social das tendências de crescimento do desemprego nas sociedades modernas.

Outro traço distintivo das atividades de saúde, observado em maior ou menor grau em todos os países, é a forte presença de profissões e ocupações regulamentadas e a vulnerabilidade da gestão setorial diante das normas do “mundo das profissões”. Desse segundo aspecto decorre que a regulação de grande parte da força de trabalho do setor escapa, em importantes aspectos quantitativos e qualitativos, tanto aos mecanismos autorregulado-

res dos mercados como aos desideratos da gerência organizacional (ou da burocracia) do setor. O aparato corporativo profissional, as universidades e o sistema educativo exercem papel decisivo na definição dos níveis da oferta e padrões de qualidade da força de trabalho do setor.

Comparado com outros setores econômicos, o setor Saúde apresenta uma peculiar inserção no sistema econômico. A alta repercussão social dos serviços prestados pelo setor, juntamente com seu peculiar dinamismo no que diz respeito à incorporação científico-tecnológica ao processo de trabalho, insere o setor de serviços de saúde numa zona de fronteiras amplas e pouco demarcadas “entre os sistemas de bem-estar social e os sistemas de inovação”.

As instituições que respondem a esses dois sistemas (a saúde pública, a seguridade social, as universidades e institutos de pesquisa, os laboratórios científicos, a rede de cientistas, entre outras) também desempenham papel importante na definição das regras de incorporação de trabalho ao setor. E mais uma vez aqui podemos dizer que esses são dois sistemas que, como no caso das profissões, se constituíram para superar as limitações da regulação de mercado.

São conhecidos os limites dos mecanismos dos mercados autorreguláveis, quer para atingirem os objetivos de equidade inscritos nos sistemas de bem-estar social, quer para obterem os graus de eficiência a longo prazo, propugnados pelos sistemas de inovação técnica.

Finalmente, um quarto traço estrutural das atividades do setor de serviços de saúde está relacionado com a preponderância da força de trabalho feminina, fenômeno observado em todos os países, especialmente naquelas atividades que envolvem o trato e o cuidado das pessoas, como a enfermagem. Com efeito, conforme veremos para o caso do Brasil, o setor de serviços de saúde é, dentre todos os setores de atividade econômica, o que mostra a maior participação de mulheres na composição do emprego.

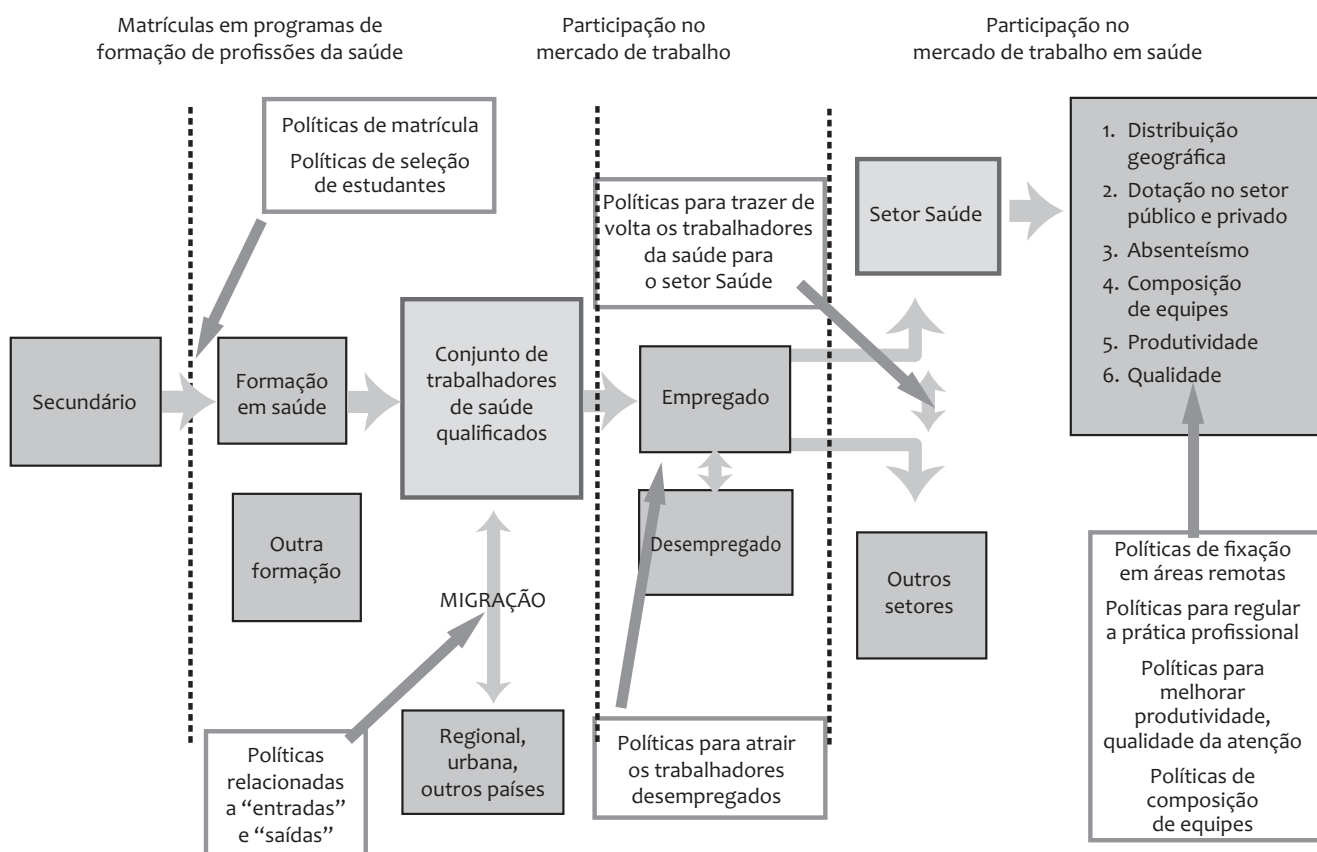
Assim, os trabalhadores em saúde compõem um conjunto grande e diverso de profissionais e técnicos influenciados por diferentes sistemas de formulação de políticas com autonomia, direcionalidade e centralizações próprias, não reguladas estritamente pelas políticas setoriais, pouco sensível à regulação de mercado, às leis da oferta e da procura e dos preços. O processo de trabalho em saúde depende, assim, de múltiplas e diferenciadas dimensões e fatores que cercam o financiamento, a organização e o desempenho dos sistemas de saúde. E, mais ainda, de profissionais com especificidades e habilidades distintas incorporadas no processo de trabalho e no desenvolvimento de um trabalho com características cada vez mais coletivas.

O objetivo das políticas para a força de trabalho em saúde é simples: conseguir que trabalhadores qualificados e com as habilidades necessárias estejam nos lugares adequados,

fazendo as coisas certas e, assim, manter a agilidade para responder a crises, corrigir as desigualdades atuais e antecipar o futuro.

O processo que leva à participação da força de trabalho no mercado de trabalho em saúde é permeado por uma **série de momentos e passos, que começa com a formação secundária** e passa pela definição progressiva da oferta das diferentes ocupações e profissões em saúde, com os diferentes mecanismos individuais e societários que influem nessas escolhas. O outro lado desse processo é dado pela demanda por serviços de saúde organizada nos diferentes componentes do sistema de saúde. A Figura 1 detalha cada um dos componentes do mercado de trabalho em saúde e identifica algumas opções de política que podem interferir na sua dinâmica.

Figura 1 — Dinâmica do mercado de trabalho em saúde



O processo de regulação profissional, entendido como uma política pública, é parte fundamental das políticas de saúde. Nesse contexto, as demandas atuais e futuras dos grupos profissionais por regulação de suas atividades devem ser consideradas à luz de alguns princípios, como eficiência, equidade, praticidade e responsabilidade, em nome do interesse da população (GIRARDI, 2002).

Por outra via, o mercado de trabalho em saúde depende de um contingente expressivo de trabalhadores sem formação ou habilitação específica para o setor, que desempenham funções auxiliares em diversos planos laborais (por exemplo, administrativos, legais), o que acentua as diferenças no plano da técnica e da responsabilidade pelo trabalho executado.

Essa composição múltipla é também acrescida de outros técnicos e profissionais, de áreas não especificamente correlacionadas com a prestação direta de serviços de saúde. Essa força de trabalho é cada vez mais incorporada ao sistema de saúde em decorrência de fatores como o desenvolvimento tecnológico (p. ex., em informática); a apuração de técnicas para aferimento dessa prestação de serviços viabilizadas por sistemas de controle e de custos (p. ex., por economistas e administradores especializados); e o aprimoramento e desenvolvimento de novas áreas (p. ex., a engenharia clínica), entre outros.

O setor Saúde foi o que mais ampliou a oferta de emprego na última década, continuando a ser utilizador intensivo de força de trabalho. No fim da década passada, o mercado de trabalho em saúde expandiu-se largamente via Estratégia Saúde da Família e atenção primária à saúde com prioridade para regiões menos assistidas (Nordeste, Centro-Oeste e Norte), envolvendo médicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliares de enfermagem e agentes de saúde comunitários.

Representando 5,9% do total de ocupados (IBGE, 2008), o macrossetor Saúde soma mais de 5 milhões de pessoas. O núcleo do setor referente à seção saúde humana registrou uma razão de 1,5 profissional da saúde para cada “outro trabalhador”, o que evidencia a forte profissionalização do setor. Na Administração Pública essa relação é de 2,8 profissionais cada trabalhador de outra área. Além do núcleo do setor, as atividades de comercialização foram as que mostraram o maior volume de ocupados, seguidas de atividades de saneamento, demais setores, atividades industriais, atividades financeiras e complementares.

O total do setor representa mais de 11% do mercado formal brasileiro, segundo os empregos formais registrados na Relação Anual de Informações Sociais (Rais) em dezembro de 2010, o que destaca a importância do setor para o mercado formal brasileiro. Como o número de outros trabalhadores da saúde no setor Administração Pública não foi estimado, é preciso destacar que esse percentual pode ser ainda maior (Tabela 1).

Tabela 1 — Número de vínculos formais de emprego, ativos em 31/12, no macrossetor Saúde, segundo classes de atividade. Brasil, 2010

	nº de vínculos	%
I – Núcleo do setor	3.648.011	71,97
Ia. Serviços públicos	2.089.787	23,10
Profissões e ocupações da saúde na administração pública	1.171.081	23,10
Outras profissões e ocupações *	918.706	18,13
Ib. Serviços privados	1.558.224	30,74
Atendimento hospitalar	899.458	17,75
Atendimento médico e odontológico ambulatorial	221.130	4,36
Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT)	151.767	2,99
Outras atividades de atenção à saúde	285.869	5,64
II – Atividades industriais de produção de insumos	143.028	2,82
Indústria farmacêutica	92.472	1,82
Indústria de equipamentos e materiais	50.556	1,00
III – Atividades de comercialização de produtos	517.781	10,22
IV – Atividades de financiamento (planos de saúde)	68.262	1,35
V – Atividades de saneamento	280.514	5,53
VI – Profissionais da saúde em ensino**	113.508	2,24
VII – Profissionais da saúde em outras atividades**	297.593	5,87
Total do macrossetor Saúde	5.068.697	100,00

* Valor estimado com base no percentual de outras profissões e ocupações, não saúde, nos serviços privados do núcleo do setor.

** Valor calculado com base no número de empregos das profissões e ocupações de saúde no setor de ensino, de um lado, e das demais atividades não listadas, por outro.

Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/Nescon/FM/UFGM) a partir dos dados da Relação Anual de Informações Sociais (Rais).

O grupo ocupacional de enfermagem detém o maior número de empregos no macrossetor Saúde (129.905 enfermeiros, 729.717 técnicos e auxiliares de enfermagem). Os médicos detêm 473.705 empregos e os agentes comunitários de saúde, 236.631 (PIERANTONI e VIANA, 2010). As ocupações de nível médio que mais cresceram no período 2005-2010 foram a de técnico de enfermagem, com 18%, e a de cuidador de idosos, com 22,5%.

Em 2010, nas ocupações técnicas os valores da remuneração por hora de trabalho de saúde variaram de R\$ 17,60 entre os cuidadores de idosos a 44,35 entre os técnicos em óptica e optometria para 40 horas contratadas.

A demanda pelos cursos de saúde permanece elevada, especialmente no setor público, no qual a relação candidato/vaga é fortemente positiva (16,2 contra 1,9 no setor privado). Para o curso de Medicina, em 2008, a relação foi de 40,4 candidatos por vaga nas instituições públicas contra 10,8 nas privadas.

O aumento do número de formandos dos cursos de nível superior nas 14 áreas da Saúde, cotejado com as demandas específicas das populações dos estados e das regiões, indica diferenças regionais consideráveis na relação egresso/habitante. As regiões Sul e Sudeste apresentam os melhores índices na maioria dos casos e as regiões Norte e Nordeste, os piores.

De 1991 a 2008 o número de cursos na área aumentou 458%. Os cursos que mais cresceram foram os de Ciências Biológicas (649%), Nutrição (658%) e Fisioterapia (892%), e os que menos cresceram foram Medicina e Odontologia (121% e 137%, respectivamente).

Seguindo tendência mundial, as mulheres são maioria em todos os cursos da área da Saúde, exceto em Educação Física e entre os concluintes da Medicina. Porém, em 2007, as mulheres passaram a ser maioria também entre os ingressantes (56,3%) e os concluintes (54,7%) dos cursos de Medicina. Em Fonoaudiologia, Serviço Social, Terapia Ocupacional e Nutrição as mulheres representam mais de 90% dos estudantes. Em quase nenhum dos cursos se observa diferença estatisticamente significativa entre o gênero de ingressantes e o de concluintes, o que indica uma estabilidade do aumento da participação feminina nos cursos da área.

O número de estudantes cujas famílias têm renda mensal de até três salários mínimos é maior no curso de Enfermagem, se comparado com os dos cursos de Medicina e Odontologia. A menor participação de estudantes nessa faixa de renda é observada entre os ingressantes dos cursos de Medicina. Entre os concluintes, em 2004 o menor percentual de estudantes com renda familiar de até três salários mínimos era observado nos cursos de Odontologia.

O número de vagas dos cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia ainda é predominantemente concentrado na região Sudeste, mas durante a última década as regiões Norte e a Centro-Oeste foram as que apresentaram maior crescimento. O número de vagas tem se mantido acima do número de egressos na última década, o que torna possível afirmar que as vagas não são preenchidas por completo e/ou há um alto percentual de desistência durante o curso.

Na última década houve grande crescimento do número de cursos e vagas dos cursos de graduação em Medicina, Odontologia e Enfermagem, predominantemente os de natureza privada. No caso das vagas para cursos de Enfermagem essa diferença no crescimento foi muito mais acentuada (1.100 % nas escolas privadas e 132% nas escolas públicas).

Apesar do crescimento expressivo, ainda há uma distribuição bastante irregular das vagas dos programas de residência médica oferecidas nas diversas regiões do país. Tal distribuição acompanha, na maioria dos casos, a distribuição dos vínculos dos médicos especialistas nas regiões, mostrando sempre uma grande concentração nas regiões de maior desenvolvimento econômico. As vagas credenciadas de residência médica se distribuem de forma bastante semelhante à dos médicos em atividade, o que mostra a importância do mercado de trabalho como determinante do estabelecimento de programas e vagas (SEIXAS, CORREA e MORAES, 2011; CAMPOS, 2011).

Além disso, a análise dessa expansão nos últimos cinco anos mostra que tem ocorrido um aumento menos expressivo de vagas credenciadas em áreas consideradas básicas (Clínica Médica, Cirurgia Geral, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, Medicina Preventiva e Medicina de Família e Comunidade), com tendência de abertura de vagas em áreas mais especializadas.

Atualmente, 35% das vagas credenciadas são oferecidas por instituições estaduais, 30% por instituições federais, 8% por instituições municipais e o restante (27%) por instituições privadas. Considerando-se que a maioria das vagas em instituições privadas é custeada pelo poder público, torna-se claro o predomínio do financiamento público na formação médica especializada.

A maioria dos médicos egressos dos programas de residência médica permanece nos mesmos estados onde realizaram seu programa (80%). São Paulo é o principal fornecedor para todos os estados, exceto Rio de Janeiro, que também aparece como importante formador, seguido de Minas Gerais.

A região Centro-Oeste foi o grande polo de atração de especialistas do país nesta década, com destaque para Tocantins, com crescimento de 877%, entretanto com uma formação local ainda muito baixa (crescimento urbano decorrente da expansão da fronteira agrícola).

Registre-se que o Brasil é um dos poucos países que **têm políticas intersetoriais para reformar graduação e residência**, mas, aparentemente, tais iniciativas ainda são incipientes diante da demanda.

Cerca de 15 mil médicos se formam anualmente no Brasil, mas há uma carência de profissionais para áreas de atenção básica. Faltam profissionais interessados em pediatria, geriatria, clínica e genética médica. Por outro lado, algumas especializações são bastante procuradas, como dermatologia, principalmente estética, oftalmologia, anestesia e cirurgia plástica (GIRARDI, 2009).

Há, claramente, uma tendência ao acirramento de desequilíbrios no mercado de trabalho em saúde e desigualdades no que diz respeito tanto às especialidades básicas no âmbito

da APS quanto às especialidades clínicas, cirúrgicas e às especialidades de apoio diagnóstico e terapêutico, mesmo porque sua distribuição deve ser diferenciada mesmo entre regiões, tamanho e grau de desenvolvimento dos municípios etc.

Com base em dados dos censos populacionais e dos conselhos profissionais, mantidas as tendências atuais de formação e mercado de trabalho, a projeção é de crescimento da oferta e da densidade *per capita* de médicos e enfermeiros, como mostram os gráficos 1 e 2. O número de médicos tende a crescer dos atuais 1,7 para um valor entre 2,3 e 3,5 por 1.000 habitantes, enquanto os enfermeiros passariam dos atuais 0,7 para algo entre 2,4 e 4,0 por 1.000 habitantes.

Gráfico 1 — Projeção da densidade *per capita* de médicos por 1.000 habitantes. Brasil, 1970-2030

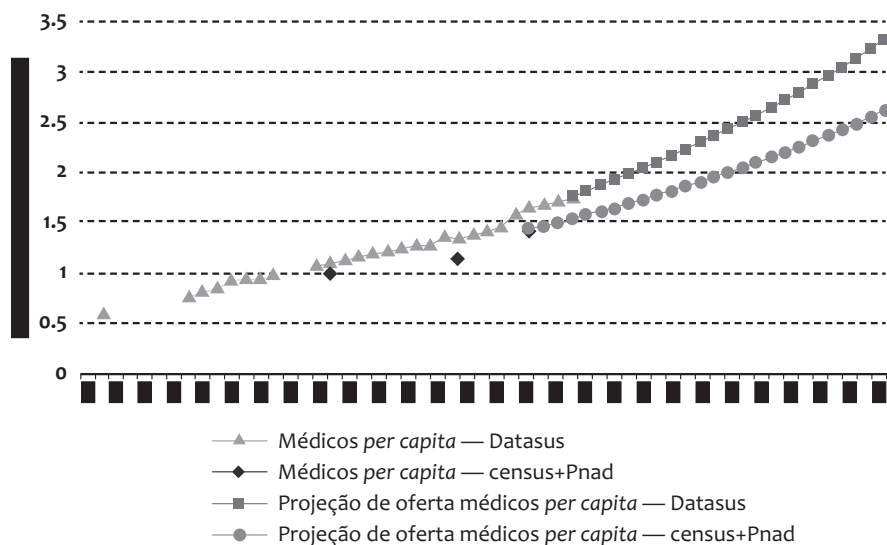
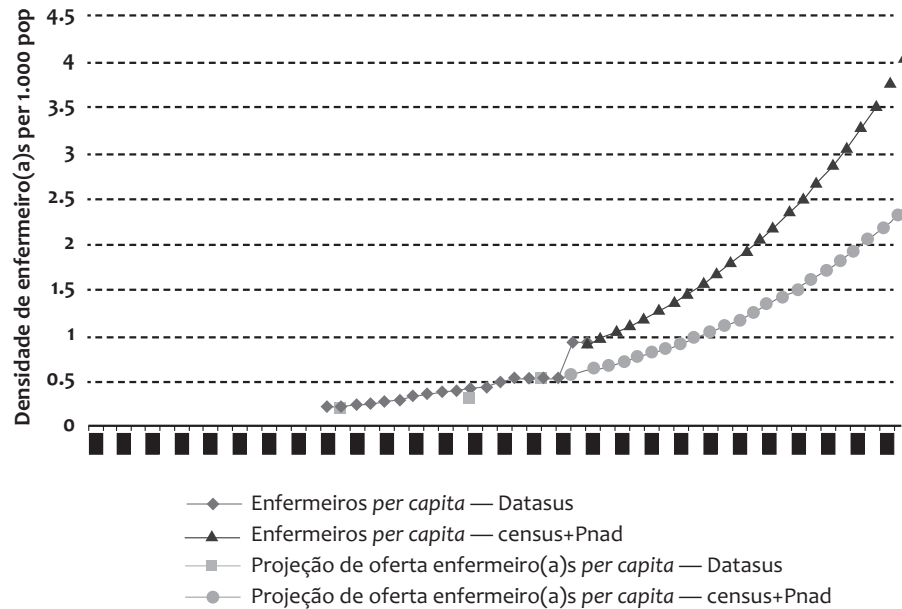
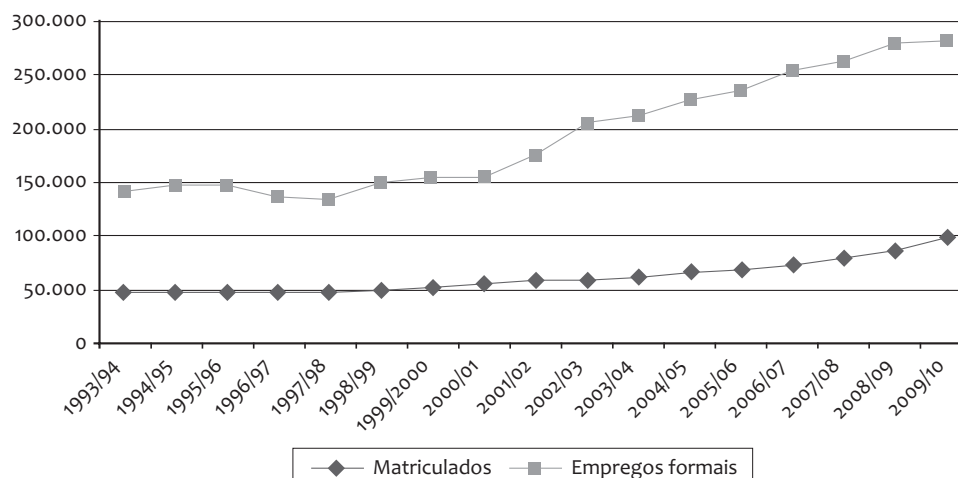


Gráfico 2 — Projeção da densidade *per capita* de enfermeiro(a)s por 1.000 habitantes. Brasil, 1970-2030



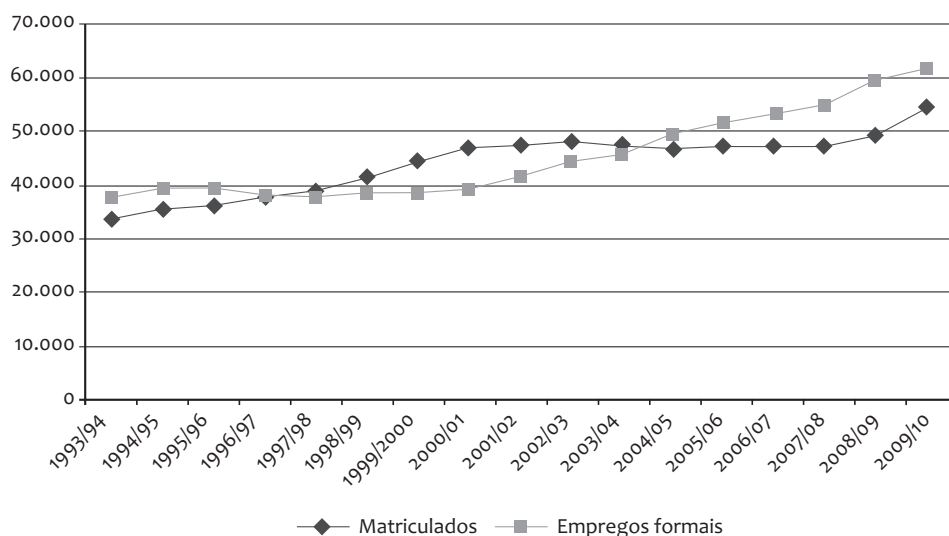
No entanto, considerada a tendência entre a demanda por empregos formais e a oferta futura de graduados medida pelo número total de matriculados no sistema de formação, pode-se projetar que até 2022-2030 os graduados em Enfermagem passem a encontrar dificuldades, enquanto os graduados em Medicina terão demanda por emprego muito superior à capacidade atual de oferta pelo sistema formador (gráficos 3, 4, 5). Em Odontologia a tendência é de equilíbrio, até pelo fato de ser uma área onde o número de empregos formais tem ainda menor importância que a prática privada individual.

Gráfico 3 — Evolução do número de matriculados na faculdade e estoques de vínculos formais de empregos para Medicina. Brasil, 1993 a 2010



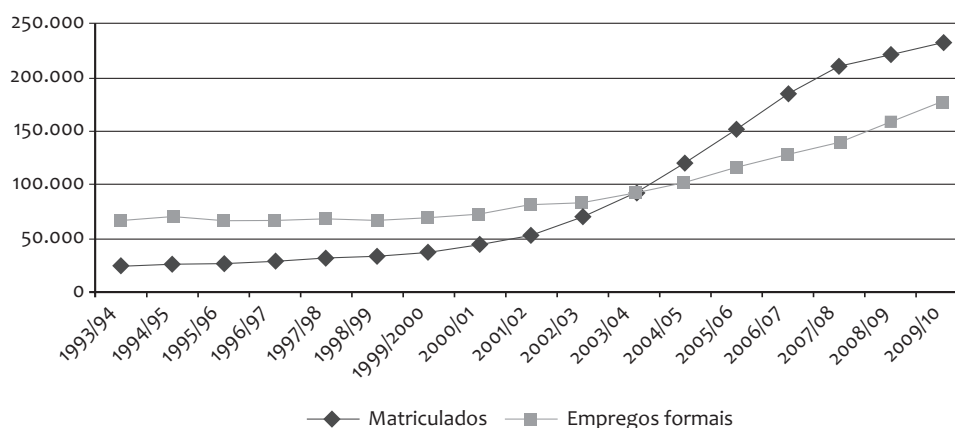
Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado Nescon/FM/UFMG e Estação de Trabalho do Observatório de Recursos Humanos em saúde IMS/Uerj, a partir dos dados do Censo de Educação Superior (MEC/Inep, 1993-2009) e da Relação Anual de Informações Sociais (Rais, 1993-2010) Inep/MEC e da Rais/MTE.

Gráfico 4 — Evolução do número de matriculados na faculdade e estoques de vínculos formais de empregos para Odontologia. Brasil, 1993 a 2010



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado NESCON/FM/UFMG e Estação de Trabalho do Observatório de Recursos Humanos em saúde IMS/UERJ, a partir dos dados do Censo de Educação Superior (MEC/Inep, 1993/2009) e da Relação Anual de Informações Sociais (Rais, 1993/2010) Inep/MEC e da Rais/MTE.

Gráfico 5 — Evolução do número de matriculados na faculdade e estoques de vínculos formais de empregos para Enfermagem. Brasil, 1993 a 2010



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado Nescon/FM/UFMG e Estação de Trabalho do Observatório de Recursos Humanos em saúde IMS/UERJ, a partir dos dados do Censo de Educação Superior (MEC/Inep, 1993/2009) e da Relação Anual de Informações Sociais (Rais, 1993/2010) Inep/MEC e da Rais/MTE.

A importante transição sociodemográfica e epidemiológica que ocorre no país é marcada por contrastes regionais e municipais. Dessa forma, pode-se verificar grande escassez de algumas especialidades em geral, e em particular de médicos especialistas de áreas relacionadas a esse novo cenário.

Considerando-se, por exemplo, a tendência ao aumento da expectativa de vida da população, o crescente sucesso das terapêuticas contra o câncer e a necessidade de realização de diagnóstico precoce para esta patologia, observa-se grande desigualdade na distribuição de oncologistas, radioterapeutas e patologistas clínicos entre as regiões do país.

E, com o aumento da expectativa de vida da população brasileira e, consequentemente, na proporção de idosos, estudos mostraram que há pequeno número de geriatras em todas as regiões. Verificou-se a falta de médicos especialistas em outras áreas, aliada a dados como:

- uma relativa disponibilidade de equipamentos de imagem, por exemplo, radiológicos e ultrassonográficos, contrasta com a escassez nacional de radiologistas e ultrassonografistas, sendo essa situação mais grave na região Norte, independentemente do porte do município;

- carência de médicos intensivistas, e da mesma forma de leitos de UTI, embora estes cresçam significativamente com o tamanho da população dos municípios em todas as regiões;
- mesmo nos lugares onde traumatologistas e neurocirurgiões são mais disponíveis, a carência destes especialistas ainda é a regra em todo o país, a despeito do grande crescimento da morbimortalidade por causas externas;
- a disponibilidade de gineco-obstetras foi considerada relativamente adequada na maioria dos municípios e regiões do país.
- em meio a tantas carências, a pediatria se apresenta como uma das áreas menos problemáticas no país, considerando-se a proporção de crianças na população e sua tendência à redução.

De maneira geral, exceção feita aos ginecologistas e pediatras, esses estudos concluíram que há carência de médicos gerais e especialistas, que surpreende não só pela magnitude, mas também por sua abrangência no território nacional, sugerindo a necessidade de dispositivos potentes que incentivem e orientem a formação, inserção e fixação desses profissionais no Sistema Único de Saúde (SUS) (GIRARDI, 2009).

A previsão sobre as políticas e o planejamento de longo prazo, inclusive as projeções, apresentam muitas dificuldades, ainda mais quando se consideram possíveis mudanças na regulação profissional. Por exemplo, mudanças nos marcos legais passam pelo Congresso, envolvem órgãos de controle (ministérios públicos e Tribunal de Contas), o Judiciário etc. Esse tipo de ação, em geral, ultrapassa os tempos dos mandatos do Executivo. Mas são ações que devem ser iniciadas já. Entre as tendências no campo da regulação profissional, incluem-se:

- a) revisão do quadro legal de regulamentação profissional;
- b) revisão das formas institucionais e das estruturas de regulamentação profissional;
- c) revisão dos escopos de prática das profissões regulamentadas e das novas que atualmente lutam por reconhecimento;
- d) avaliação do modelo de autorregulação brasileira e, se for o caso, proposição de alternativas a esse modelo.

O monitoramento desejável dessas tendências implica a realização de estudos adicionais, particularmente econométricos, mas também de base qualitativa, sobre os diferentes fatores e condições que influenciam ou determinam a oferta e a demanda pela força de trabalho em saúde. Além disso, é necessário conhecer mais sobre determinadas características que influenciam as futuras demandas, como produtividade, regulação profissional, fluxo interno (particularmente migração de médicos) e ainda o impacto de determinadas políticas relacionadas à formação e ao emprego na área da saúde.

V

**Estrutura do Financiamento
e do Gasto Setorial**

ESTRUTURAS DO FINANCIAMENTO E DO GASTO SETORIAL

Os dispêndios com saúde têm sido objeto de preocupação em quase todos os países. Representavam 3% do Produto Interno Bruto (PIB) mundial em 1948. Passaram para 8,7% do PIB em 2004 (OPAS, 2007). No período 1998-2003, a taxa média anual de crescimento dos gastos com saúde (5,7%) superou a taxa média de crescimento da economia mundial, que foi de 3,6% (HSIAO, 2007).

Nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, que já investem parcela considerável do seu PIB no setor, as atenções estão cada vez mais voltadas para a eficiência, efetividade e equidade nos gastos, uma vez que maior nível de dispêndios é condição insuficiente para se alcançar melhores condições de saúde (HSIAO, 2007) e não resolve, por si só, as iniquidades no acesso aos serviços. Nos países mais pobres, por sua vez, é premente a necessidade de estender o acesso aos serviços de saúde, de forma igualitária, a toda a população, de melhorar a qualidade do atendimento e de buscar formas de suprir o financiamento setorial em concorrência com outras exigências de desenvolvimento social e econômico (PIOLA et al., 2008).

Complementando a preocupação com o volume, a eficiência e a efetividade dos gastos com saúde, têm sido destacadas como objetivos essenciais para o aperfeiçoamento dos sistemas de financiamento do setor: (i) a proteção financeira contra os riscos do adoecimento;¹ (ii) a equidade no financiamento;² (iii) a busca, via alocação de recursos, de equidade no acesso e utilização de serviços de saúde.³

-
- 1 Um sistema de financiamento para a Saúde deveria criar proteções contra o risco de empobrecimento relacionado ao uso de serviços de saúde (WAGSTAFF e VAN DOORSLAER 2003; KUTZIN, 2010).
 - 2 A equidade no financiamento implicaria uma distribuição progressiva ou, pelo menos, proporcional do financiamento com relação à renda (WAGSTAFF et al., 1999).
 - 3 Os modos de financiamento deveriam buscar a equidade na utilização dos serviços (PRADHAN e PRESCOTT, 2002; KUTZIN, 2010). Isso implicaria que os recursos fossem distribuídos de acordo com as necessidades de saúde da população, e não com sua capacidade de pagamento (OMS, 2000; KUTZIN, 2010).

De maneira geral, nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, a maior parte do financiamento da Saúde provém de fontes públicas. Nesses países a maior parte do gasto privado é realizada sob a forma de pré-pagamento (planos e seguros privados). O desembolso direto, forma mais iníqua e excludente de financiamento, é, paradoxalmente, maior nos países mais pobres (OMS, 2000).⁴ Nos países de renda alta, as fontes administradas pelo setor público se responsabilizam, em média, por mais de 60% do gasto total, enquanto que nos países de renda baixa a participação do setor público não chega a 25% do dispêndio total (SCHIEBER et al., 2007).

No Brasil o sistema de saúde é pluralista tanto em termos institucionais⁵ quanto no que diz respeito a fontes de financiamento e a modalidades de atenção à saúde. Essa pluralidade se expressa em quatro vias básicas de acesso da população aos serviços de saúde: (i) o Sistema Único de Saúde (SUS), de acesso universal, gratuito e financiado exclusivamente com recursos públicos (impostos e contribuições sociais); (ii) o segmento de planos e seguros privados de saúde, de vinculação eletiva, financiado com recursos das famílias e/ou dos empregadores, composto em junho de 2009 por 1.116 operadoras de planos de assistência médico-hospitalar e 406 de planos exclusivamente odontológicos;⁶ (iii) o segmento de atenção aos servidores públicos, civis e militares e seus dependentes, de acesso restrito a essa clientela, financiado com recursos públicos e dos próprios beneficiários, em geral atendidos na rede privada; (iv) o segmento de provedores privados autônomos de saúde, de acesso direto mediante pagamento no ato (RIBEIRO et al., 2005).

O setor público, como dito anteriormente, tem participação significativa no financiamento da Saúde, principalmente nos países cujos sistemas oferecem cobertura universal. O Brasil, segundo estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), tem um dispêndio total (público e privado) em saúde equivalente a 8,4% do PIB (IBGE, 2009b; WHO, 2010). Esse percentual é baixo quando comparado com o observado nos Estados Unidos (15,7%), mas bastante próximo ao de outros países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), como Reino Unido (8,4%), Espanha (8,5%), Canadá (10,1%) e Austrália (8,9%), que também contam com sistemas universais (WHO, 2010).

4 Estudos sobre gastos catastróficos em saúde têm demonstrado uma forte associação entre elevada participação do gasto direto do bolso no gasto total em saúde e o percentual de famílias que incorrem em gasto catastrófico (XU et al., 2005). Outros estudos que comparam países têm mostrado que sistemas de pré-pagamento compulsório (via tributação geral ou seguro de saúde compulsório) tendem a ser mais equitativos do que sistema de pré-pagamento voluntário. Os pagamentos diretos do bolso seriam a forma mais regressiva de financiamento (WAGSTAFF et al., 1999; KUTZIN, 2010).

5 Sua estrutura é composta por entes públicos (federais, estaduais e municipais) e privados (com e sem fins lucrativos).

6 ANS, Caderno de Informações set. 2009.

O problema do Brasil, se assim pode ser chamado, é que o gasto público é muito baixo para que o país tenha, efetivamente, um sistema de cobertura universal e atendimento integral. Entre os países da OCDE, a participação das fontes públicas no financiamento do sistema representa, em média, 70% da despesa total, variando de 67,5% (Austrália) a 84,1% (Noruega). Estados Unidos e China, a despeito das diferenças culturais, políticas e econômicas, são as exceções mais importantes a essa regra, por terem um gasto privado superior a 50% do total (OMS, 2008). No Brasil, no entanto, o gasto público é inferior a 3,5% do PIB e, de acordo com estimativas apresentadas na Conta-Satélite de Saúde, CSS (IBGE, 2009b), a participação das fontes públicas nos gastos totais com saúde foi 42% em 2007; o país é, possivelmente, o único com sistema universal de saúde, ao menos do ponto de vista legal, onde o gasto privado é maior que o público.⁷

Os segmentos que compõem as quatro vias básicas de acesso da população aos serviços de saúde — SUS, planos e seguros privados, assistência a servidores públicos e privados autônomos — se comunicam de diversas formas. Uma delas é o financiamento público que, de algum modo, se estende a todos os segmentos suprarreferidos: em alguns, de forma mais direta e preponderante; em outros, de forma indireta e mais parcial, por meio de renúncias fiscais, as quais incluem as isenções concedidas às instituições sem fins lucrativos as deduções no IR concedidas às pessoas físicas e jurídicas devido a gastos com médicos, dentistas, laboratórios, hospitais e planos de saúde e a desoneração tributária de determinados medicamentos.

A Secretaria da Receita Federal (SRF) estima para 2011 uma renúncia de arrecadação federal superior a R\$ 13,5 bilhões devido às isenções, deduções e desonerações na área de saúde. Contudo, esse número pode estar subestimado. Em 2008, a renúncia à arrecadação foi de mais de R\$ 10,5 bilhões. Como pode ser visto na tabela a seguir, grande parcela do chamado gasto tributário se deve à concessão de benefícios por meio do Imposto de Renda (IR).⁸ As pessoas jurídicas e as pessoas físicas podem deduzir as despesas com saúde

7 O gasto público estimado na Conta-Satélite de Saúde (CSS) ainda não inclui despesas com, por exemplo: assistência médica dos servidores civis dos três níveis de governo, com exceção do realizado pelo Ministério da Saúde; serviços de saúde dos hospitais universitários públicos estadual e municipal; e as “despesas de órgãos vinculados às secretarias de segurança pública e defesa civil (como as redes do sistema penitenciário, de órgãos de defesa civil e de órgãos policiais civil e militar)” (IBGE, 2009b). Com relação à assistência médica a servidores, sua inclusão mais integral nas CSSs do Brasil depende da obtenção de informações sobre esses benefícios concedidos pelos órgãos públicos das três esferas de governo.

8 A renúncia tributária relacionada a pagamentos feitos diretamente pelos indivíduos aos prestadores de serviços de saúde ou para pagamentos de planos e seguros de saúde não tem a mesma natureza das isenções concedidas para medicamentos e para entidades sem fins de lucro (filantrópicas). Essa diferença está relacionada não somente à população beneficiada, mas, também, aos requisitos para sua concessão. A princípio pode-se pensar que os hospitais filantrópicos, por sua

da base de cálculo desse imposto. O gasto tributário nessas duas modalidades para o ano de 2008 foi de algo em torno de R\$ 3,2 e R\$ 2,2 bilhões respectivamente, totalizando quase R\$ 5,4 bilhões.

Tabela 1 — Gastos tributários efetivamente realizados. Ano-calendário 2008

Modalidade	Tributo	Valor (R\$ milhões)
Despesas com saúde das pessoas físicas	IRPF	3.184
Assistência médica, odontológica e farmacêutica a empregados	IRPJ	2.181
Entidades sem fins lucrativos	IRPJ, CSLL, Cofins	1.559
Medicamentos	PIS, Cofins	2.304
Produtos químicos e farmacêuticos	PIS, Cofins	1.297
Total		10.525

Fonte: Secretaria da Receita Federal. IRPF: Imposto de Renda de Pessoa Física. IRPJ: Imposto de Renda de Pessoa Jurídica. CSLL: Contribuição Social sobre o Lucro Líquido. PIS: Programa de Integração Social. Cofins: Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social.

À primeira vista, esse montante não parece significativo quando comparado ao gasto direto com ações e serviços públicos de saúde, isto é, o gasto do SUS, que foi de aproximadamente R\$ 109 bilhões para o ano de 2008. Contudo, devemos considerar que esse benefício se restringe a um grupo específico: os declarantes e seus dependentes que tiveram despesas com saúde relativas ao ano-calendário 2008 dedutíveis do IR e os empregados e seus dependentes que tiveram planos ou seguros de saúde pagos por seus empregadores no mesmo período. A comparação se torna mais expressiva quando são considerados alguns programas específicos constantes no Plano Plurianual (PPA). O gasto tributário via Imposto de Renda Pessoa Física (IRPF) corresponde ao gasto em 2008 com o programa Piso da Atenção Básica Fixo, que foi de aproximadamente R\$ 3,2 bilhões. Por sua vez, o gasto tributário via IR de pessoas físicas e jurídicas, no valor de R\$ 5,4 bilhões, foi superior ao gasto com o programa Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos, que foi de R\$ 4,4 bilhões, e ao gasto com o programa Piso da Atenção Básica Variável, que financia a Estratégia Saúde da Família, que foi de R\$ 4,7 bilhões. Isto é, esses recursos superam

obrigatoriedade de atender o SUS, têm um perfil de oferta de serviços e de cobertura populacional mais equitativo. Contudo, seria necessário um estudo sobre os benefícios sociais líquidos dessas isenções (volume de benefícios tributários, perfil da população beneficiada e estimativa dos impactos sociais). Assim, destaca-se a necessidade de se estudar melhor cada uma dessas modalidades de gastos tributários relacionados à saúde. A dificuldade para isso tem sido a obtenção de dados desagregados necessários a tal tipo de análise.

aqueles alocados para programas do SUS que são fundamentais para o bom funcionamento do sistema público e devem beneficiar toda a população brasileira, e não somente a parcela que usa o sistema privado.

Diversos autores argumentam que a renúncia fiscal termina por beneficiar indiretamente os serviços privados de saúde em geral e as operadoras de planos e seguros de saúde em particular, ao incentivar o consumo dos seus produtos. A saúde suplementar também se beneficia quando o SUS atende pacientes que são usuários de planos e seguros de saúde, de dois modos: (i) quando não há ressarcimento; (ii) quando há ressarcimento com base na Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos (TuneP). De acordo com o último *Caderno de Informação de Ressarcimento e Integração com o SUS* (ANS, 2009b), entre setembro de 1999 e junho de 2006 foram identificados 992.110 atendimentos hospitalares do SUS prestados aos beneficiários de planos e seguros de saúde.⁹ O valor desses atendimentos superou R\$ 1,4 bilhão. Contudo, quase 73% dos atendimentos identificados tiveram seu pedido de ressarcimento impugnado pelas operadoras. Assim, quando da elaboração do *Caderno*, apenas 473.540 atendimentos, no valor de aproximadamente R\$ 652 milhões, eram passíveis de ressarcimento e apenas 76.675, no valor de R\$ 97,3 milhões, haviam sido efetivamente ressarcidos. Os demais valores estavam pendentes de decisões administrativas ou judiciais.

O ressarcimento foi instituído pela Lei 9.656, de 3 de junho de 1998, mas sua implementação encontra resistência por parte das operadoras. Uma das alegações que têm sido utilizadas para não ressarcir o SUS é a garantia constitucional de acesso aos serviços públicos de saúde por todos os brasileiros. O ressarcimento também enfrenta a resistência de alguns críticos que consideram que os valores envolvidos e as dificuldades para o ressarcimento efetivo não superam os custos da estrutura necessária para sua cobrança. Quanto aos valores envolvidos, vale lembrar que dificuldades administrativas, assim como a falta de identificação do usuário na maioria dos procedimentos realizados pelo SUS, impedem a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) de incluir no ressarcimento os demais tipos de atendimento.

Financiamento e Gasto Público da Saúde

A Constituição de 1988, ao criar a Seguridade Social, estabeleceu que ela deveria ser financiada com recursos provenientes dos orçamentos da União, dos estados, do Distrito

9 Observe-se que esse registro de procedimentos com vistas ao ressarcimento envolve, até o momento, apenas as internações hospitalares. Não estão incluídos atendimentos ambulatoriais.

Federal (DF) e dos municípios e de contribuições sociais. Esses recursos, no âmbito do Governo Federal, seriam divididos entre a Previdência, a Assistência Social e a Saúde, e, no caso desta última, previu-se, conforme consta do artigo 55 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), uma vinculação de 30% dos recursos do Orçamento da Seguridade Social (OSS), excluído o seguro-desemprego, até que fosse aprovada a primeira Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO). Essa lei deveria definir a cada ano qual o percentual a ser destinado à Saúde.

Segundo Vianna (1992), o percentual de 30% não foi cumprido em 1990 e 1991. No ano seguinte, só foi possível cumpri-lo porque foram contabilizadas ações de saneamento básico, apoio nutricional, saúde do trabalhador, merenda, encargos com inativos e pensionistas do Ministério da Saúde (MS), entre outras, como parte do orçamento da Saúde.

Em 1993, as contribuições previdenciárias deixaram de ser consideradas solidárias ao financiamento da Saúde. Nesse ano, apesar da previsão de recursos para a Saúde, nada foi repassado com base na alegação de problemas de caixa na Previdência, o que agravou a situação de incerteza e instabilidade do financiamento da Saúde (MENDES e MARQUES, 2009).

Adicionalmente, ainda que a Constituição Federal de 1988 também estabelecesse que parte das receitas de estados e municípios devesse ser aplicada em saúde, ela não estabelecia um percentual mínimo de aplicação. Assim, nos primeiros anos após a promulgação da Constituição, estima-se que a maior parte dos recursos públicos destinados para o SUS estava concentrada no nível federal (BARROS, PIOLA e VIANNA, 1996).

Na busca por recursos, a Saúde recorreu inclusive a empréstimos do Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT). Essa situação emergencial levou à necessidade de se pensar em alternativa para a superação da crise de carência de recursos, a qual pareceu apresentar-se na forma da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), criada em 1996 (Lei 9.311, de 24 de outubro de 1996).¹⁰

A fundamentação para a criação da CPMF foi a necessidade de financiamento da Seguridade Social, mais especificamente da área da Saúde. A previsão legal era que o produto de sua arrecadação seria integralmente destinado ao Fundo Nacional de Saúde, para financiamento de ações e serviços de saúde (art. 18 da Lei 9.311, de 24 de outubro de 1996).

10 A CPMF surge como herdeira do antigo Imposto Provisório sobre Movimentação Financeira (IPMF), que foi instituído em 1993 com previsão para vigorar até 1994, quando foi extinto. Esse imposto não tinha vinculação com a Saúde, mas abriu espaço para a criação da CPMF.

Inicialmente vigorando como percentual de 0,20% sobre movimentações financeiras, em junho de 1999¹¹ a CPMF foi prorrogada até 2002, com alíquota de 0,38%. Tal elevação teve como justificativa prover recursos para a Previdência Social. Em 2002 a CPMF foi prorrogada, o que ocorreu novamente em 2004, tendo vigorado até dezembro de 2007.

Ao entrar em vigor, a CPMF passou a ser uma das principais fontes de financiamento do MS. Em 1997 já respondia por 27,8% do total de recursos, tendo alcançado 38,4% em 2002 e daí por diante, até 2007, mantendo-se em torno de 30%. Em média, no período entre 1997 e 2007, a CPMF respondeu por 1/3 do total dos recursos do MS (SERVO et al., 2011).

O caráter provisório da CPMF sempre preocupou os gestores da Saúde, que continuaram trabalhando por solução mais abrangente e definitiva. No Legislativo, diversas propostas foram apresentadas, as quais tinham como ponto comum a busca pela vinculação para a Saúde dos recursos orçamentários dos três níveis de governo.

Várias propostas de vinculação de recursos para a Saúde começaram a tramitar no Congresso Nacional, algumas delas anteriores à própria criação da CPMF, como a Proposta de Emenda à Constituição (PEC) 169-A, encaminhada ainda em 1993. Essa proposta foi sendo alterada e aglutinada a outras iniciativas de lei, o que redundou, em 2000, na aprovação da PEC 29.

A Emenda Constitucional n. 29 (EC 29/00) assegurou a participação das três esferas de governo no financiamento das ações e serviços públicos de saúde, a partir da definição de um aporte anual mínimo de recursos para o setor. No caso da União, os recursos a serem aplicados em 2000 seriam o montante empenhado no exercício de 1999 acrescido de, no mínimo, 5%. A partir daí, o valor mínimo seria apurado no ano anterior e corrigido pela variação nominal do PIB. Os estados e o DF deveriam aplicar, no mínimo, 12% da receita vinculada,¹² ao passo que os municípios deveriam aplicar 15%, e em 2000 o percentual mínimo a ser aplicado seria de 7% para esses entes da federação.

11 Os aumentos da CPMF também trouxeram o compartilhamento de recursos com outras áreas. O recurso, que inicialmente era destinado somente para a área da Saúde, em 1999 passou a ser destinado também à Previdência e, em 2001, ao Fundo de Combate à Pobreza. Particularmente a partir de 2001, manteve-se a arrecadação de 0,20% para a Saúde e os recursos adicionais foram destinados a outros setores sociais.

12 A receita vinculada refere-se à base de cálculo para aplicação mínima dos recursos em saúde. A base de cálculo dos estados compreende as receitas de impostos estaduais (ICMS, IPVA, ITCMD), as receitas de transferência da União (FPE, IPI, Lei Kandir), o Imposto de Renda Retido na Fonte (IRRF) e outras receitas correntes (receita da dívida tributária de impostos, multas, juros de mora e correção monetária) e exclui as transferências constitucionais e legais a municípios (ICMS, IPVA e IPI-exportação). A base de cálculo dos municípios abrange as receitas de impostos municipais (ISS, IPTU, ITBI), as receitas de transferências da União (FPM, ITR, Lei Kandir), o IRRF, as receitas de transferências do estado (ICMS, IPVA, IPI-exportação) e outras receitas correntes (receita da dívida tributária de impostos, multas, juros de mora e correção monetária).

Observa-se que o fim da CPMF, em 2007, não gerou uma crise nas mesmas proporções daquela observada em 1993, quando o MS foi buscar recursos de empréstimos via FAT. Aparentemente, a vinculação de recursos da EC 29/00 garantiu um mínimo de estabilidade no financiamento da Saúde e, pode-se dizer, trouxe aumento, sobretudo a partir de 2004, no aporte de recursos por parte da União. De qualquer forma, o maior aumento de recursos para o SUS, como decorrência da EC 29/00, veio da ampliação da participação de estados e municípios no financiamento do SUS (BIASOTO JR., 2003, entre outros), como será discutido a seguir.

Evolução do Gasto Público Total

Efeitos da EC 29/00

A aprovação da EC 29/00 teve impactos diferenciados em cada ente da federação. Foi mais bem-sucedida na busca do objetivo de elevar a participação de estados e municípios. Segundo estimativas de Piola e Vianna (1992, apud BARROS, PIOLA e VIANNA, 1995), durante a década de 80 a União participava, em média, com 75% dos recursos públicos alocados em Saúde. Outra estimativa do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) para o ano de 1996 indica que a União respondia por 63% do total, os estados, por 20,7%, e os municípios por 16,4% (FERNANDES et al., 1998).¹³ A EC 29/00 começou a vigorar em 2000, quando a União ainda respondia por quase 60% do recurso público total aplicado em saúde. Desde então sua participação foi decrescendo, para alcançar cerca de 45% em 2010. Nesse mesmo período, entre 2000 e 2010, a participação dos estados passou de 18,5% para 26,7%, enquanto a dos municípios saiu de 21,7% para 28,6%, de acordo com os dados do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops) (Tabela 2).

13 Há diferenças entre as metodologias e as bases de dados utilizadas pelo Ipea nos anos 1990 e pelo Siops a partir da EC 29/00. Entre outras, a análise feita pelo Ipea refere-se ao gasto funcional, ao passo que as análises feitas pelo Siops referem-se ao gasto com “ações e serviços públicos de saúde”, conforme definido na Resolução 322 do Conselho Nacional de Saúde, com respeito ao que deve ser considerado para efeitos de cumprimento da EC 29/00. As informações não são efetivamente comparáveis, porém isso não impossibilita que sejam utilizadas para se analisar tendências.

Tabela 2 — Gasto público das três esferas com ações e serviços públicos em saúde, 2000 a 2010 (em R\$ bilhões de 2010, deflacionados pela média anual do IPCA)

Ano	Esfera						Total
	Federal	% no total	Estadual	% no total	Municipal	% no total	
2000	38,74	59,8%	12,02	18,5%	14,03	21,7%	64,79
2001	40,04	56,1%	14,73	20,7%	16,55	23,2%	71,33
2002	40,64	52,8%	16,56	21,5%	19,76	25,7%	76,96
2003	38,93	51,1%	17,51	23,0%	19,71	25,9%	76,15
2004	43,94	50,2%	21,53	24,6%	22,05	25,2%	87,52
2005	46,70	49,7%	21,67	23,1%	25,50	27,2%	93,87
2006	49,17	48,4%	23,89	23,5%	28,48	28,0%	101,54
2007	51,58	47,5%	26,27	24,2%	30,77	28,3%	108,63
2008	53,62	44,7%	30,77	25,7%	35,55	29,6%	119,94
2009	61,21	45,9%	33,88	25,4%	38,35	28,7%	133,44
2010	61,97	44,7%	37,02	26,7%	39,72	28,6%	138,70

Fonte: SPO/MS (Esfera Federal) e Siops (Esferas Estadual e Municipal — extraídos em 13 de junho de 2011).

Notas: (1) O Gasto Federal ASPS (Ações e Serviços Públicos de Saúde) está de acordo com a definição das LDOs, que considera os gastos totais do MS, excetuando-se as despesas com Inativos e Pensionistas, Juros e Amortizações de Dívida, bem como as despesas financiadas pelo Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza. Vale lembrar que a SPO, para o cálculo do Gasto Federal ASPS, também considera os valores executados na UO 74202 — Recursos sob supervisão da ANS (2004 a 2008).

(2) O Gasto Estadual ASPS foi extraído de Notas Técnicas produzidas pelo Siops com a análise dos balanços estaduais. Foram utilizadas as informações sobre despesa própria da análise dos balanços estaduais efetuada pela equipe do Siops, em conformidade com as diretrizes da Resolução CNS 322/03 e da EC 29/00. Para o ano de 2009, foram considerados os dados transmitidos ao Siops pelas 27 UFs, uma vez que a análise de balanço ainda não foi realizada pela equipe. Em 2010, foram considerados os dados das 23 UFs que os haviam transmitido ao Siops. Para os quatro estados faltantes, utilizaram-se os valores de 2009. Aguardamos a análise de balanço dos respectivos anos para a atualização final deste gasto.

(3) O Gasto Municipal ASPS foi extraído da base do Siops em 13 de junho de 2011. Os dados referem-se apenas aos municípios que transmitiram em cada ano, que corresponde a uma média de 99% do total de municípios entre 2001 e 2009. Em 2000, 96% transmitiram os dados ao Siops e em 2010 este percentual, por enquanto, foi de 92%.

* Dados preliminares. Sujeitos a revisão após a análise de balanço.

Esse aumento da participação de estados e municípios implicou, na prática, um incremento real de recursos para a Saúde desses entes de 194% (ou R\$ 50,6 bilhões), passando de R\$ 26 bilhões em 2000 para R\$ 76,7 bilhões em 2010. Como resultado desse aporte de recursos, juntamente com o aumento de 23 bilhões de recursos da União no mesmo período, o gasto público com saúde saiu de R\$ 64,8 bilhões em 2000 para R\$ 138,7 bilhões em 2010, em termos reais. Ou seja, a EC 29/00, com o aumento da participação de estado e municípios, possibilitou o incremento real de 114% de recursos públicos para a Saúde, conforme demonstrado na Tabela 2.

Como desdobramento dessa situação, o gasto *per capita* das três esferas com o SUS passou de R\$ 378,27, em 2000, para R\$ 717,70 em 2010, apresentando crescimento real de 89,73% no período. Em relação ao PIB, o gasto do SUS passou de 2,89%, em 2000, para 3,77% em 2010 (Tabela 3).

Tabela 3 — Gasto público das três esferas com ações e serviços públicos em saúde como proporção do PIB e *per capita*

Ano	Participação (%) ASPS/PIB	Gasto ASPS <i>per capita</i> (reais de 2010)	Cresc. real anual do gasto ASPS <i>per capita</i>	Cresc. real do gasto ASPS <i>per capita</i> em relação a 2000
2000	2,89%	378,27		
2001	3,07%	410,40	8,49%	8,49%
2002	3,17%	436,54	6,37%	15,40%
2003	3,13%	426,04	-2,41%	12,63%
2004	3,36%	483,25	13,43%	27,75%
2005	3,48%	511,88	5,92%	35,32%
2006	3,55%	547,20	6,90%	44,66%
2007	3,51%	578,90	5,79%	53,04%
2008	3,59%	632,56	9,27%	67,22%
2009	3,99%	696,87	10,17%	84,22%
2010	3,77%	717,70	2,99%	89,73%

Fonte: SPO/MS (Esfera Federal) e Siops/MS (Esferas Estadual e Municipal - extraídos em 13 de junho de 2011) para gastos em ASPS. IBGE para população (revisão 2008) e PIB.

Notas: Dados de 2009 e 2010 sujeitos a revisão.

O gasto *per capita* foi atualizado para valores de 2010, segundo IPCA médio anual.

Contudo, o aporte de recursos poderia ter sido ainda maior, caso a União e os estados cumprissem a EC 29/00 de acordo com os critérios previstos na Resolução 322 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). O Governo Federal e os governos estaduais têm utilizado diversos expedientes para aplicar menos do que o previsto na emenda.¹⁴ Estudo apresentado à Câmara Técnica do Siops e documento do Ministério Público Federal (2009), seguindo a Resolução n. 322 do CNS, demonstram que, em determinados anos, a União e parte dos estados e municípios não teriam aplicado o mínimo exigido pela EC 29/00. No caso dos estados, as análises de balanço feitas pela equipe do Siops têm indicado que, em média, a aplicação alcançou 9,6% da receita vinculada, quando deveria ser de no mínimo 12%.

14 Essa questão já foi feita discutida à exaustão por vários autores como Ipea (2000 a 2003), Ribeiro, Piola e Servo (2006), Siops (2005), entre outros. Apesar de o CNS ter publicado, como dito, a Resolução 322, tentando normatizar o que se entende por ASPS, ainda há controvérsias sobre diversas questões.

A estimativa de déficit de aplicação dos estados — quando os valores empenhados em ações e serviços públicos de saúde (SUS) não alcançam os 12% da receita desses entes da federação — atinge cerca de R\$ 6 bilhões no período 2004 a 2008, conforme os dados declarados ao Siops (antes da verificação baseada na análise dos balanços). Depois da análise para verificar se as aplicações estão de acordo com o estabelecido na Resolução 322 do CNS, o déficit sobe para R\$ 16 bilhões, no período.

Em 2008, último ano com análise de balanço completa, o déficit de aplicação dos estados foi de aproximadamente R\$ 3,0 bilhões, de acordo com análise dos balanços dos estados e do DF realizada pela equipe do Siops. Treze estados apresentaram déficit de aplicação em 2008: MA, PI, CE, PB, AL, MG, ES, RJ, PR, SC, RS, MT e GO. Do total do déficit, R\$ 1,7 bilhão correspondia aos estados do RS e MG.

Com relação ao MS, no período 2000 a 2008 o déficit de aplicação estimado é de R\$ 3,08 bilhões, quando do total dos gastos desse órgão são retiradas as despesas com inativos e pensionistas e o pagamento de encargos da dívida, que não são, reconhecidamente, despesas com ações e serviços públicos de saúde. O chamado déficit de aplicação representa o somatório da diferença entre valor mínimo a ser aplicado a cada ano, de acordo com os critérios da EC 29/00, e valor empenhado pelo MS, ou seja, sem compensação dos valores aplicados acima do piso em alguns anos. Se a compensação for feita, o déficit fica em R\$ 1,8 bilhão. Mas ainda não há consenso na Câmara Técnica do Siops, por exemplo, sobre como deve ser feita a compensação dos anos em que os valores aplicados ficaram abaixo do piso.

Além dessa “perda” para o SUS, ainda existem outros vazamentos. Todo ano, parte dos valores empenhados é transferida para ser paga nos anos seguintes. São os chamados restos a pagar. Esses valores, que constaram como gasto realizado para fins de cumprimento da EC 29/00 podem, eventualmente, ser cancelados. Só o MS cancelou R\$ 2,6 bilhões dos restos a pagar do SUS de 2000 a 2008. O lançamento de despesas como restos a pagar e posterior cancelamento de parte também ocorrem nas contas do SUS de estados, DF e municípios, mas não há informação sobre os montantes de recursos envolvidos nesse procedimento. O lançamento de despesas como restos a pagar e seu posterior cancelamento por motivos justificados é um procedimento normal/legal da administração pública. A questão é acompanhar a utilização desse expediente e avaliar se não está sendo utilizado para mascarar o descumprimento do disposto na emenda.

Ao se examinar a aplicação da União mediante a mesma análise de compatibilidade com o conceito de ações e serviços públicos de saúde que está na Resolução 322 do CNS, de 3 de maio de 2003, também são encontradas despesas que não poderiam ser incluídas. Entre outros, deveriam ser retirados gastos com assistência médica a servidores (mais de R\$ 1,0 bi de 2000 a 2008), por não se tratar de serviços de acesso universal; com a bolsa

alimentação (R\$ 3,2 bi), transferência monetária que foi executada na conta do MS em 2001 e 2003; e com farmácia popular (R\$ 1,8 bi). Ou seja, mais de R\$ 6,0 bilhões.

Tais estimativas de “vazamentos” podem ser contestadas, mas a apresentação serve para estimular a discussão. Essas análises, que têm sido feitas com base na interpretação da legislação e dos instrumentos normativos existentes, foram apresentadas e discutidas na Câmara Técnica do Siops, mas não chegaram a ser publicadas.¹⁵ Resumindo, o importante é fazer uma regulamentação da EC 29/00 que evite entendimentos dúbios e impeça a continuidade dos vazamentos já detectados.

Cenários para o Financiamento Público da Saúde¹⁶

O financiamento público da Saúde é diretamente afetado por decisões políticas, macroeconômicas, pelo contexto de inserção internacional do país, pelos arranjos institucionais e pelas decisões sobre o modelo de proteção social brasileiro. As variações do gasto público em saúde nos próximos anos dependem, em um sentido mais estrito, da regulamentação da EC 29/00, de como se comportará a economia e de decisões políticas sobre o sistema público de saúde.

Primeiras aproximações de cenários para o financiamento público

No processo de regulamentação da EC 29/00 estão em discussão projetos com impactos distintos sobre o financiamento da Saúde. Há possibilidade, por meio de lei complementar, de se definir claramente o que são Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS). Em si, essa medida já teria impacto sobre o gasto público em saúde, pois há unidades da federação que ainda estariam incluindo como ASPS despesas com saneamento básico, recursos aplicados em benefícios a servidores públicos (clientela fechada), entre outros. Em todos os projetos que estão em discussão no Congresso, há previsão de correção dessa situação, de forma a impossibilitar a inclusão dessas e de outras ações no cômputo do valor mínimo a ser aplicado.

Outra possibilidade, que também está em discussão, é o aumento dos recursos federais para a Saúde, com ou sem mudança da regra de vinculação. Com esse objetivo, duas

15 As análises foram feitas em documento da Câmara Técnica de Orientação e Avaliação do Siops (CT/SIOPS). Minuta de Análise de Gastos da União em Ações e Serviços Públicos de Saúde, no período 2000-2010, elaborado por subgrupo da CT/SIOPS, outubro de 2011, Brasília (Mimeo.).

16 Quando estes cenários foram elaborados, a regulamentação da EC 29/00 ainda não havia sido aprovada.

propostas estão em jogo: uma delas vincula o mínimo a ser aplicado pela União a um percentual da Receita Corrente Bruta (RCB) e outra o vincula a um percentual da Receita Corrente Líquida (RCL). Havia, também, proposta de manutenção da regra de vinculação atual, baseada na variação nominal do PIB, e criação de contribuição, a Contribuição Social para a Saúde (CSS), cujos recursos passariam a integrar, adicionalmente, os recursos federais aplicados em saúde.¹⁷ Com relação à proposta de vinculação do mínimo a ser aplicado pela União a um percentual da receita corrente, no caso da RCB previa-se um aumento progressivo, começando em 8,5% até que se alcançassem 10%, num período de quatro anos, ou vinculação à RCL, com uma vinculação proposta de 18%.

Ainda sem se considerar os movimentos do setor privado, mas considerando-se possibilidades de regulamentação da EC 29/00, trabalhou-se com os seguintes cenários para o gasto em ações e serviços públicos de saúde: (i) Pessimista e Plausível: manutenção das condições atuais, com a não regulamentação da EC 29/00 — perspectiva de que o gasto federal continuará a ser corrigido pela variação do PIB,¹⁸ sem outros acréscimos de recursos, e de que o gasto estadual e municipal o será pela evolução das receitas vinculadas,¹⁹ estas últimas crescendo de acordo com diferentes elasticidades em relação ao PIB;²⁰ (ii) Inercial e Provável: regulamentação da EC 29/00 com definição do que deva ser considerado ASPS, mas sem mudança na regra de vinculação dos recursos federais e sem outros recursos adicionais; (iii) Otimista Desejável e Viável: regulamentação da EC 29/00 com mudança da regra de cálculo do mínimo a ser aplicado pela União.

Cenário pessimista e plausível: não há regulamentação da EC 29/00

Neste cenário não há regulamentação da EC 29/00, o volume dos recursos federais continua obedecendo à variação nominal do PIB, mas essa variação, ao invés de ser o piso,

-
- 17 A criação de nova contribuição social para a Saúde foi vetada na passagem da proposta de regulamentação da EC 29/00 pela Câmara de Deputados.
- 18 Em seu Anexo 3.5, que trata dos cenários para os regimes previdenciários, a LDO 2012 traz projeções de variações do PIB real e de inflação até 2050. Neste texto, os cenários serão construídos considerando-se as informações até 2030.
- 19 As LDOs estaduais apresentam cenários para a receita total para o ano da lei (no caso atual, 2012) e os dois anos subsequentes (2013 e 2014). Assim, não há nessas leis projeções até 2030. Contudo, nessas LDOs há informações sobre as variáveis que foram consideradas para o cálculo dessas projeções; as variações esperadas para o PIB e a elasticidade-PIB da receita (quanto varia a receita a partir de uma variação de 1% do PIB são as principais dessas variáveis).
- 20 Estudos tributários têm apresentado estimativas para as elasticidades-PIB da receita tributária que variam de 1,0 a 2,3, a depender da metodologia adotada e do período analisado (RODRIGUES, 1999; ABOP, 2006; ABOP, 2009; IPEA, 2009). Nessa estimativa foram utilizadas elasticidade unitária e de 1,1.

seria o teto²¹ para aplicação de recursos da União na Saúde. As mudanças na participação do gasto em saúde de estados e municípios dependem basicamente da elasticidade-PIB da receita dessas esferas de governo.

Nesta simulação a variação do gasto federal com saúde será dada pelo gasto no ano-base multiplicado pela variação nominal do PIB dos dois anos imediatamente anteriores, e assim por diante. Utilizando-se as projeções da LDO 2012 para o PIB até 2030, obtêm-se os valores para o gasto federal com saúde no período de 2012 a 2030. Neste cenário, o gasto federal com ASPS crescerá de 1,82%, em 2012, para 1,98% do PIB em 2030.

Os cenários para os gastos estadual e municipal com saúde dependem do comportamento esperado da receita vinculada. As parcelas mais importantes dessas receitas são os tributos arrecadados diretamente por cada nível de governo e a parcela de transferências obrigatórias. De forma bastante simplificada, considerou-se que ambas irão variar com o PIB. Foram feitos dois cálculos: (i) considerando-se uma elasticidade unitária — a receita vinculada cresce na mesma proporção do crescimento nominal do PIB; e (ii) considerando-se uma elasticidade-PIB da receita de 1,1 — um crescimento da receita 10% superior ao PIB a cada dez anos.²² Adotou-se uma hipótese forte de que os estados irão manter o percentual médio aplicado em saúde entre 2002 e 2008,²³ considerando-se o percentual que resulta da análise de balanços feita pela equipe do Siops. Isso implica que os estados aplicariam, em média, 10% dos seus recursos em saúde. Para os municípios, adotou-se a hipótese de aplicação média de 15% da receita vinculada.²⁴ No cenário de elasticidade unitária, como era de se esperar, a proporção dos gastos estadual e municipal com saúde como proporção do PIB mantém-se constante em 0,74% e 0,75% do PIB, respectivamente.

21 Na verdade a variação nominal, pela EC 29/00, deve ser o piso. Na construção do cenário foi, no entanto, considerado o teto.

22 Também foram feitas estimativas considerando-se uma elasticidade-PIB da receita de 1,5 a cada dez anos. Nesse cenário, o gasto público total em saúde alcançaria 5,3% do PIB, com participação federal inferior a 38%. Esse cenário é pouco provável, visto que projetaria uma carga tributária bruta de mais de 70% para 2030.

23 Adotou-se a média, porque há grande variação no valor mínimo aplicado ao longo desse período.

24 Comparando-se com 2010, haveria uma redução dos gastos estaduais e municipais. Isso se deve ao fato de, em 2010, em média, ter-se estimado uma aplicação estadual de 13% dos recursos próprios e uma aplicação municipal de 21% dos recursos próprios, considerando-se os estados e municípios que informaram o Siops até o momento e ainda sem se considerar a análise de balanços dos estados. Contudo, optou-se por construir o cenário inercial pela média da aplicação do período 2002 a 2008, considerando-se o efetivamente aplicado para estados e o fato de que pode haver dificuldades para os municípios, em média, manterem uma aplicação em ASPS superior ao mínimo constitucional. Como não há análise de balanço dos municípios, não é possível saber o grau de correção das informações prestadas. Seria importante fazer análises de sustentabilidade dos financiamentos municipais considerando-se o efetivamente aplicado por eles.

Neste cenário considerado pessimista e plausível, foi utilizada uma relação unitária entre receita e PIB. Nele, o gasto público total em saúde, como proporção do PIB, cresce devido ao aumento do gasto federal em saúde. Isso implica um aumento de participação do gasto federal em saúde sobre o gasto público total em saúde. O gasto total aumentaria 0,16 ponto percentual ao passar de 3,31% do PIB em 2012 para 3,47% em 2030 (Tabela 4).

Tabela 4 — Cenários para gasto público em ações e serviços públicos de saúde como proporção do PIB

Período/Ano	Federal	Estadual	Municipal	Total	Participação do gasto federal sobre total
2012	1,82%	0,74%	0,75%	3,31%	55,08%
2013	1,81%	0,74%	0,75%	3,30%	54,90%
2014	1,79%	0,74%	0,75%	3,28%	54,67%
2015	1,80%	0,74%	0,75%	3,29%	54,79%
2016	1,88%	0,74%	0,75%	3,37%	55,87%
2017	1,95%	0,74%	0,75%	3,44%	56,74%
2018	1,95%	0,74%	0,75%	3,44%	56,77%
2019	1,95%	0,74%	0,75%	3,44%	56,79%
2020	1,96%	0,74%	0,75%	3,44%	56,81%
2021	1,96%	0,74%	0,75%	3,44%	56,82%
2022	1,96%	0,74%	0,75%	3,44%	56,83%
2023	1,96%	0,74%	0,75%	3,45%	56,88%
2024	1,97%	0,74%	0,75%	3,45%	56,93%
2025	1,97%	0,74%	0,75%	3,45%	56,97%
2026	1,97%	0,74%	0,75%	3,46%	57,00%
2027	1,97%	0,74%	0,75%	3,46%	57,03%
2028	1,98%	0,74%	0,75%	3,46%	57,07%
2029	1,98%	0,74%	0,75%	3,47%	57,12%
2030	1,98%	0,74%	0,75%	3,47%	57,16%

Em um cenário em que as receitas vinculadas de estados e municípios aumentassem 10% acima da variação do PIB a cada dez anos, além do aumento do gasto federal com saúde também haveria um aumento do gasto de estados e municípios. Nesse caso, o gasto público em saúde passaria de 3,34% do PIB em 2012 para 3,78% do PIB em 2030, com variação de 0,44% do PIB.

Cenário inercial e provável: regulamentação da EC 29/00 sem aumento da participação de recursos federais

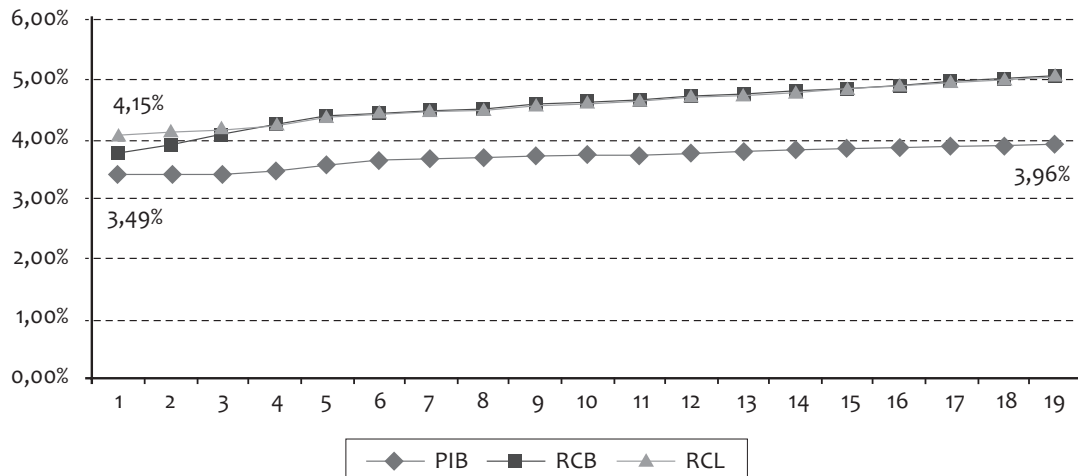
Um cenário possível é a regulamentação da EC 29/00, com clara definição do que são ASPS, mas sem alteração na regra de vinculação ou recursos novos na área federal. Nesta hipótese seria esperado um aumento da aplicação dos estados que hoje estariam aplicando menos de 12% de suas receitas vinculadas em saúde. Com isso, haveria um aumento de cerca de R\$ 3 bilhões na aplicação dos estados. Em um cenário de elasticidade-PIB da receita vinculada igual à unidade, os gastos públicos com saúde, de 3,47% em 2012, alcançariam 3,78% do PIB em 2030. Com elasticidade-PIB da receita de 1,1 (crescimento de 10% acima da variação do PIB a cada dez anos), os gastos públicos com saúde são estimados em 3,96% do PIB em 2030.

Cenário Otimista: mudança na regra de vinculação dos recursos federais

Em um cenário em que a regra de vinculação dos recursos da União para a Saúde passasse a ser um percentual da receita corrente (bruta ou líquida), devem-se considerar as expectativas sobre a variação dessa receita. Para este cenário, foram adotados para a receita da União os mesmos critérios estipulados para as variações das receitas de estados e municípios: (i) receita corrente com elasticidade unitária em relação ao PIB e (ii) um aumento de 10% da receita a cada dez anos em relação ao PIB.

Com relação aos cenários para o gasto público total em saúde, considerando-se as hipóteses acima, observa-se que o patamar da RCB, com elasticidade unitária, implicaria um crescimento de 0,60% no gasto total entre 2012 e 2030 (3,62% para 4,37%). Variações mais significativas nas expectativas para o gasto público dependeriam do comportamento da RCB ou da RCL e das receitas estaduais e municipais com relação ao PIB, ou seja, se adotada a elasticidade de 1,1 na relação receita/PIB. Nessa hipótese o gasto público total com saúde, como pode ser visto no Gráfico 1, é estimado em 5,10% do PIB para 2030, considerando-se o crescimento de 10% da RCB a cada dez anos ou 5,07% do PIB, considerando-se o mesmo ritmo de crescimento para a RCL e para as receitas estaduais e municipais.

Gráfico 1 — Comparação dos cenários para variação do gasto total, considerando-se o gasto federal vinculado à variação nominal do PIB (1), à Receita Corrente Bruta (RCB) (2) e à Receita Corrente Líquida (RCL) — 2012 a 2030 (3)



(1) Gasto federal vinculado à variação do PIB, mas com regulamentação do conceito de ASPS e com elasticidade receita/PIB de 1,1 para receitas de estados e municípios.

(2) Considerando uma vinculação com base na RCB de 8,5% até alcançar 10% e 18% da RCL desde 2012. Elasticidade receita/PIB de 1,1.

(3) Elasticidade receita/PIB de 1,1.

Fonte: Elaborado a partir das tabelas.

Em valores *per capita*, o cenário mais pessimista (sem regulamentação e elasticidade unitária para receitas) apresenta um crescimento no gasto do SUS de R\$ 750,16 em 2012 para R\$ 973,21 em 2030 (crescimento real de 30%). No cenário mais otimista (regulamentação com vinculação do gasto federal à RCB e todas as receitas crescendo com elasticidade receita/PIB de 1,1), o *per capita* crescerá de R\$ 861,60 em 2012 para R\$ 1.429,32 em 2030, com um aumento real de quase 66%. Mesmo assim esse valor seria um pouco inferior à receita *per capita* do segmento de planos e seguros privados de saúde, que em 2010 foi de R\$ 1.594,00. Os valores *per capita* no diferentes cenários são apresentados na Tabela 5.

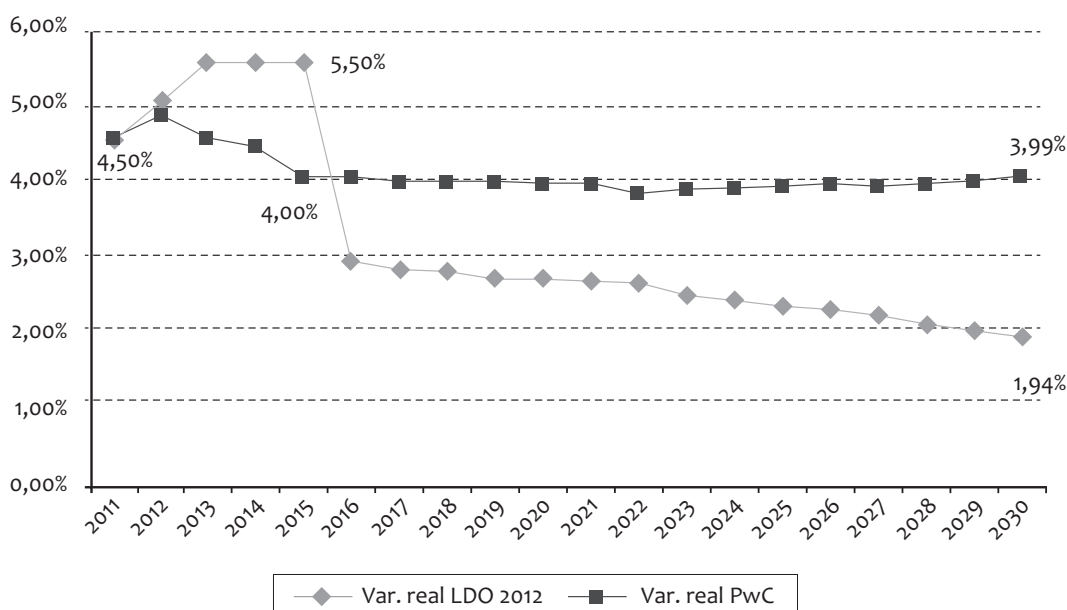
Tabela 5 — Gasto público com saúde per capita real (2012=100)

Período/ Ano	Sem regulamentação e elasticidade unitária	Sem regulamentação e crescimento receita vinculada 10% a cada dez anos	Com regulamentação e mantendo vinculação ao PIB, receita vinculada com elasticidade unitária	Com regulamentação e mantendo vinculação ao PIB, crescimento receita vinculada 10% a cada dez anos	Com regulamentação, vinculação à RCB e todas as receitas com elasticidade unitária	Com regulamentação, vinculação à RCB e todas as receitas com crescimento de 10% a cada 10 anos (em relação ao PIB)
2012	750,16	756,66	786,81	790,68	820,64	861,60
2017	907,17	934,32	959,75	975,88	1.119,48	1.182,26
2022	939,53	988,80	1.004,57	1.033,86	1.168,65	1.282,73
2030	973,21	1.061,00	1.058,81	1.110,99	1.225,02	1.429,32

Fonte: Oliveira (2011). Projeção populacional. MPOG.SOF. LDO 2012.
Nota: Gasto per capita corrigido pelo INPC Acumulado.

Todos esses cenários merecem algumas considerações e ressalvas. Conforme destacado anteriormente, as projeções de crescimento econômico foram feitas pela Secretaria de Políticas Econômicas do Ministério da Fazenda e estão apresentadas no Anexo 3.5 da LDO. Essas projeções, no entanto, poderiam, na época, ser consideradas conservadoras, pois apresentavam valores menores para o PIB do que aquelas que foram feitas, na mesma ocasião, por empresas como a Pricewaterhouse e Coopers (PwC), que projetavam uma variação real do PIB menor nos primeiros cinco anos (2011 a 2015), mas apresentam um resultado mais favorável para a economia brasileira no longo prazo (Gráfico 2).

Gráfico 2 — Projeções da variação real do PIB de 2011 a 2030



Fonte: SOF. PLDO 2012. Pricewater House Coopers (PwC).

Além dessas ressalvas, cabe observar que se adotou um critério único para expansão das receitas de União, estados e municípios e ao longo de todo o período. Contudo, estudos sobre tributação têm mostrado grandes diferenças nas variações das cargas tributárias ao longo do tempo e entre níveis de governo.²⁵ Na série de 1990 a 2008, a carga tributária federal aumentou três pontos percentuais do PIB. Contudo, esse aumento parece não ser linear. Há momentos de ampliação seguidos de momentos de redução da carga.

25 Agradecemos a José Aparecido Ribeiro, coordenador do Gasto Social Federal, por ter chamado nossa atenção para essas mudanças na carga tributária.

No mesmo período, se forem considerados os dois extremos da série, a carga tributária dos estados teria aumentado somente 0,6 ponto percentual do PIB. Contudo, essa série também apresenta vales e picos. A carga tributária municipal teria aumentado 1% do PIB, valendo a mesma ressalva para as flutuações na série.

Uma análise de uma série mais longa mostra que a carga tributária não tem crescido continuamente. Oliveira (2010) faz uma análise histórica da estrutura tributária brasileira de 1889 a 2009. Ele mostra que, no período entre 1966 e 1970, a carga tributária estimada era de 23,9% do PIB. No período entre 1971 e 1975, tal carga aumentou para 25,3% do PIB, tendo ficado próxima desse percentual até 1986, quando alcançou 26,5%. No ano de promulgação da Constituição Federal de 1988, a carga era de 23,4% do PIB. Ela cresce a partir de 1991, mas com alguns saltos no período, que aconteceram em 1994 (crescimento de 2,6% em relação ao ano anterior), em 1999 (crescimento de 1,7% em relação ao ano anterior) e em 2005 (crescimento de 1% em relação ao ano anterior). Esse autor analisa, também, as mudanças institucionais e macroeconômicas que levaram a esses aumentos de carga tributária, mostrando que, entre 1994 e 2009, o primeiro período está mais relacionado ao aumento das receitas por meio de mudanças institucionais, ao passo que os períodos mais recentes têm sido impactados por mudanças macroeconômicas.

O sistema de impostos após 1988 não logrou modernizar sua estrutura, uma vez que estava condicionado pelo papel conferido à política fiscal de garantir o equilíbrio das contas públicas e a sustentabilidade da dívida. Em contraste, a máquina arrecadadora modernizou-se, em todos os níveis de governo, e capacitou-se para desempenhar, com eficiência, sua função de cobrar impostos. Para que os caminhos da máquina arrecadadora e da estrutura do sistema tributário convirjam e os impostos possam ser recuperados como instrumentos efetivos de política econômica e social do Estado, resta vencer resistências e realizar uma verdadeira e abrangente reforma do sistema tributário, resgatando importantes princípios que devem cimentar suas estruturas, como a equidade e o equilíbrio macroeconômico e federativo (OLIVEIRA, 2010).

Parece ainda haver espaço para melhorar a estrutura de arrecadação, especialmente em estados e municípios. Resumindo, as expectativas sobre o gasto público em saúde dependem da regulamentação da EC 29/00, mas também, fortemente, dos cenários da economia brasileira.

As possibilidades de se ampliar o gasto público em saúde, para além da regulamentação da EC 29/00, dependem dos tributos que serão objeto de uma possível reforma tributária, de sua extensão e do comportamento de variáveis macroeconômicas. Dependem, também, das pressões sobre o orçamento público provenientes de outros setores.

Elementos para a Construção de Cenários para o Financiamento e Gasto Total em Saúde

Conforme analisado aqui, o sistema de saúde brasileiro é financiado por fontes públicas e privadas. Atualmente, mais da metade do gasto em saúde provém de recursos alocados pelas empresas e pelas famílias. Além disso, parte do consumo final de bens e serviços de saúde pelas famílias tem seu custo subsidiado pelo governo, parcela do gasto pode ser restituída por meio dos impostos de renda de pessoa física e jurídica e há ainda outras possibilidades de isenções tributárias e subsídios públicos. Assim, além de alocação de recursos privados, o consumo de bens e serviços pelo mercado conta com subsídios diretos e indiretos do setor público.

A construção de cenários relacionados à composição do financiamento e do gasto total (público e privado) e seu volume dependerá da atuação do governo, dos partidos políticos, da sociedade civil organizada e de outros segmentos sociais conforme esta se dê de forma mais ou menos favorável ao SUS. Dependerá do fato de tais setores se posicionarem em favor da estruturação de um sistema de saúde baseado majoritariamente em financiamento público ou em defesa do crescimento da oferta de serviços mediada pelo segmento de planos e seguros de saúde. Dependerá, também, da gestão e organização do sistema público de forma que a sociedade perceba que pode utilizar e contar com serviços públicos de qualidade, reduzindo o recurso aos serviços intermediados por planos e seguros de saúde.

O sistema de saúde do Brasil, baseado em direitos, incorpora conceitos dos modelos prevalentes na Europa Ocidental no final da década de 70 e ao longo dos anos 80. Esses modelos, além da prevalência do financiamento público aqui destacada, adotam, também, modelos determinados de organização de sistema de saúde (CEBES, 2010).

Assim, além da organização social e política brasileira, a estruturação de um sistema público universal depende das expectativas e possibilidades na repartição público-privada no financiamento do sistema e oferta de serviços de saúde, bem como da capacidade e interesse dos agentes do Estado para regular essa relação com vistas à priorização do sistema público.

Cenários para o Financiamento Público e Gasto Total em Saúde

Cenário pessimista e plausível

Financiamento e gasto público

No cenário pessimista plausível não há regulamentação da EC 29/00 e o volume de recursos federais continua obedecendo à variação nominal do PIB, mas essa variação, ao invés do piso, seria o teto para aplicação de recursos da União na Saúde. As mudanças na participação do gasto em saúde de estados e municípios dependeriam basicamente da elasticidade-PIB da receita dessas esferas de governo. Como não há regulamentação da EC 29/00, os estados continuariam a aplicar, em média, 10% de seus recursos em saúde e os municípios retrairiam sua participação para 15%, em média, de sua receita vinculada. Haveria, portanto, persistência de indefinições e instabilidade de fontes, com agravamento das restrições ao financiamento setorial. Mesmo em um cenário em que as receitas vinculadas de estados e municípios aumentassem 10% acima da variação do PIB a cada dez anos, o aumento do gasto público total seria pouco significativo: de 3,34% do PIB em 2012 para 3,78% do PIB em 2030, com variação de 0,44% do PIB.

Gasto total em saúde

Neste cenário, são mantidas, ou até mesmo mais favorecidas, as regras atuais de subsídio para o consumo privado de bens e serviços de saúde, amplia-se o número de operadoras de planos de saúde com rede de serviços pouco estruturada e são alcançados novos segmentos populacionais mediante a flexibilização de coberturas assistenciais. Não há perspectivas de regulamentação da EC 29/00, ou esta se limitará à definição do que são ações e serviços públicos de saúde, sem ampliação de recursos públicos.

Com isso, amplia-se ainda mais a participação privada no financiamento e na oferta de serviços de saúde e é reforçada a perspectiva de um sistema público de atenção à saúde direcionado para os segmentos mais pobres, mas com serviços de baixa qualidade e de escassa incorporação tecnológica. Os serviços mais caros e de maior complexidade são utilizados pelos segmentos de maior renda e, cada vez mais, como forma de subsídio ao funcionamento dos planos e seguros de saúde. O resultado final é a ampliação das dificuldades de acesso da população à assistência médica, com privilégios cada vez mais expressivos para determinados segmentos da população.

Cenário inercial e provável

Financiamento e gasto público

A EC 29/00 é regulamentada com clara definição do que são ações e serviços públicos de saúde, mas sem alteração na regra de vinculação ou recursos novos na área federal. Nesta hipótese seria esperado um aumento nos dispêndios dos estados que hoje estariam aplicando menos de 12% de suas receitas vinculadas em saúde. Em um cenário de elasticidade-PIB da receita vinculada igual à unidade, os gastos públicos com saúde, de 3,47% em 2012, alcançariam 3,78% do PIB em 2030. Com elasticidade-PIB da receita de 1,1 (crescimento de 10% acima da variação do PIB a cada dez anos), os gastos públicos com saúde são estimados em 3,96% do PIB em 2030.

Gasto total em saúde

Os subsídios diretos e indiretos do governo ao setor privado são mantidos nos níveis atuais ou crescem discretamente. Não são resolvidos os problemas decorrentes das situações de imbricamento entre o financiamento público e o privado da Saúde. O gasto total cresce e é mantida a relação percentual entre participação pública e privada no financiamento total. Os recursos públicos para o SUS, apesar de apresentarem crescimento não tão discreto, continuam não sendo suficientes para melhorar substantivamente a qualidade dos serviços prestados pelo sistema público.

Cenário otimista e desejável

Financiamento e gasto público

A regra de vinculação dos recursos da União para a Saúde passaria a ser um percentual da receita corrente (bruta ou líquida). Neste cenário, as expectativas para o gasto público dependeriam do comportamento da RCB ou da RCL e das receitas estaduais e municipais com relação ao PIB. Na hipótese de uma elasticidade de 1,1 na relação receita/PIB, o gasto público total com saúde alcançaria 5,10% do PIB em 2030, considerando-se um crescimento de 10% da RCB a cada dez anos, ou chegaria a 5,07% do PIB, considerando-se o mesmo ritmo de crescimento para a RCL e para as receitas estaduais e municipais. Em valores *per capita*, neste cenário mais otimista (regulamentação com vinculação do gasto federal à RCB e todas as receitas crescendo com elasticidade receita/PIB de 1,1) o *per capita* cresceria de R\$ 861,60 em 2012 para R\$ 1.429,32 em 2030, com um aumento real de quase 66%. Mesmo assim esse valor seria um pouco inferior à receita *per capita* do segmento de planos e seguros privados de saúde, que em 2010 foi de R\$ 1.594,00.

Gasto total em saúde

Neste cenário, os subsídios diretos e indiretos do governo ao setor privado são gradativamente reduzidos e amplia-se o financiamento público para a Saúde. Novas fontes de recursos são destinadas para o setor mediante revisão dos mecanismos tributários; ampliação da eficiência e equidade do sistema tributário nacional (União, estados e municípios) e repartição dos *royalties* do petróleo e dos fundos do pré-sal, visando à consolidação nacional de um sistema público de prestação de serviços, com clara e inequívoca priorização do SUS no financiamento público.

Para isso, seriam adotadas medidas reguladoras e de financiamento que, ao mesmo tempo que fossem reduzindo os subsídios diretos e indiretos para o setor privado, fossem tornando o SUS, em todos os seus níveis, mais atrativo para a classe média e os segmentos da população que se encontram no último quartil da distribuição pessoal da renda.

Considerações Finais

Os cenários apresentados representam uma primeira aproximação de diferentes perspectivas para o financiamento e gasto do sistema de saúde no Brasil. Para estimular a discussão sobre cenários futuros é necessário aprofundar o debate e desenvolver estudos sobre alguns temas, como, por exemplo: (i) o modelo de sistema de saúde que se quer para o Brasil; (ii) as tendências de investimento do setor privado, com claro conhecimento das inter-relações entre as diversas empresas que compõem esse segmento; (iii) as possibilidades e fontes de financiamento para o setor público; (iv) as necessidades de financiamento para o setor público, considerando-se as necessidades de investimento, recursos humanos e custeio para a estruturação de um modelo de sistema de saúde para o país; (v) medidas possíveis, viáveis e desejáveis de regulação da relação público-privada. Além disso, será necessário: (i) melhorar nossos sistemas de informação para que proporcionem conhecimento mais adequado do gasto funcional com saúde realizado por estados e municípios; (ii) dispor de informações e ampliar nossa capacidade analítica sobre os diversos mecanismos de financiamento do setor público direcionados ao setor privado; (iii) debater com pessoas que estejam acompanhando e analisando a atuação do Congresso na regulação do sistema brasileiro de saúde; (iv) analisar os cenários internacionais e as perspectivas que se colocam para a manutenção e estruturação de sistemas públicos universais.

A COMPOSIÇÃO PÚBLICO-PRIVADA NO FINANCIAMENTO DE UNIDADES ASSISTENCIAIS: REPERCUSSÕES SOBRE A OFERTA DE SERVIÇOS

Uma das características do sistema de saúde brasileiro diz respeito à prestação e produção de serviços por entes públicos e privados. O Sistema Único de Saúde (SUS) produz serviços em unidades de saúde, incluindo os hospitais públicos e os privados complementares, estes últimos podendo ser conveniados ou contratados. Aí ocorre uma primeira forma de imbricamento público-privado no campo da prestação dos serviços, quando a compra e a venda de serviços de saúde se dão entre o poder público e os prestadores privados de serviços.

Os seguros privados de saúde compram serviços de saúde produzidos por hospitais, clínicas e laboratórios privados e fornecem serviços pela rede própria das seguradoras. A maior parte dos prestadores privados de serviços de saúde que vendem serviços às seguradoras são os mesmos que vendem serviços ao SUS. E na superposição de diferentes naturezas de demandas aos mesmos prestadores privados reside uma segunda forma de imbricamento público-privado no campo da prestação dos serviços.

Empresas e indivíduos, mediante pagamento privado direto a prestadores privados de serviços de saúde, constituem outro grande segmento de consumo no mercado, aqui residindo uma terceira forma de *mix* público-privado no campo da prestação dos serviços.

Além disso, seja por meio dos seguros privados ou pelo pagamento privado direto, é possível comprar serviços médico-hospitalares de média e alta complexidade dos estabelecimentos públicos. Esse arranjo se dá porque, embora o SUS não permita o financiamento privado de seus serviços, existe um vácuo na legislação que faz com que, na prática, a venda dos serviços para o setor privado possa se dar por intermédio de fundações criadas ou contratadas para gerenciar serviços desses hospitais, as quais não têm impedimento para vender serviços para o setor privado, e aqui reside uma quarta forma de imbricamento público-privado neste campo da prestação de serviços.

A fonte de financiamento do SUS é pública e se compõe com recursos advindos de arrecadação tributária. A do setor privado pode se dar pelo desembolso direto (no momento

do uso do serviço) e por meio de pré-pagamento (por intermédio de seguros privados), mas também conta com recursos públicos nos casos expostos a seguir, conformando uma quinta forma de imbricamento público-privado na realidade brasileira: (i) pelas desonerações fiscais a prestadores privados e consumidores dos seus serviços; (ii) pelo gasto de órgãos públicos com prestadores privados de serviços e seguros de saúde para a assistência à saúde de seus trabalhadores e familiares; (iii) pelo uso de serviços do SUS por segurados de operadoras privadas, nos casos em que não ocorre o ressarcimento ao sistema público.

Devido a esses arranjos entre o público e o privado na estrutura do sistema de saúde brasileiro, parte-se da premissa de que ele é um sistema misto, em que o setor público e o privado coexistem no provimento, no financiamento, na demanda e na utilização dos serviços de saúde.

O SUS é responsável por uma produção de serviços de saúde de importância fundamental para o país (SANTOS, 2007), mas, ao mesmo tempo, tem pontos de estrangulamento, como a baixa oferta de Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêuticos (SADT); frequente impossibilidade de agendamento do serviço e de escolha do profissional e do prestador do serviço; hotelaria precária; dificuldade de acesso aos serviços e grande tempo em lista de espera para cirurgias eletivas, SADT e consultas a especialistas. São características diferentes daquelas do seguro privado e possivelmente contribuem para o largo uso de determinados serviços financiados por gasto privado direto e por intermédio de seguros privados entre 1998 e 2003, tais como internações para cirurgias e exames, cirurgias ambulatoriais, gesso e imobilizações, consulta a outros profissionais da saúde, conforme mostraram os resultados de pesquisa realizada por Porto e colaboradores (2006).

Os dados da Conta-Satélite de Saúde (CSS) e de publicação anterior do IBGE sobre o tema (IBGE, Macroeconomia da Saúde: 2000-2005; IBGE, Contas-satélites da Saúde 2007-2009, 2012) permitem dimensionar o mercado de serviços de saúde brasileiro e sua evolução entre 2005 e 2009. Tais dados mostram que a produção de serviços de saúde no Brasil (hospitalares e não hospitalares) por estabelecimentos públicos do SUS correspondeu, em valor, em 2009, a 48% da produção total de serviços no país e que a produção em estabelecimentos privados correspondeu a 52% do total. Houve um crescimento real da participação pública nesses dez anos. Serviços hospitalares compunham 40% das receitas totais do setor de serviços de saúde privados em 2000 (IBGE, Macroeconomia da Saúde: 2000-2005, 2008) e 37% em 2009 (Contas-satélites da Saúde 2007-2009, 2012). O faturamento a valores correntes dobrou no período, mas dados sobre o comportamento do volume de serviços mostram que o crescimento real do setor hospitalar privado na década foi inferior ao dos demais serviços de saúde (BORGES DOS SANTOS et al., 2012).

Os seguros privados de saúde intermediaram 54% do faturamento de prestadores de serviços de saúde privados em 2007 (IBGE, Contas-satélites da Saúde 2005-2007, 2009). Em 2009, ano que antecedeu o *boom* de adesões de 2010, 60% das receitas de serviços privados já eram intermediados por planos (ANS, Cadernos de Saúde Suplementar, 2011; IBGE, Contas-satélites da Saúde 2007-2009, 2012). Quanto ao financiamento do mercado privado pelo SUS, em 2007, este adquiria 16% dos serviços produzidos por prestadores privados, e em 2009 esse percentual se manteve. Entretanto, não estão incluídos nesses dados os serviços privados adquiridos pelo SUS por meio de compras de serviços, contratações, além de outras transferências financeiras do SUS para prestadores privados de serviços de saúde efetuadas no âmbito dos novos modelos de gestão, que não são adequadamente captadas pelos sistemas de informações existentes. Estima-se que a inclusão dessas novas formas de transferência de recursos do SUS para prestadores privados expandiria a parcela de serviços privados financiados pelo SUS para aproximadamente 20% nesses mesmos anos.

Portanto, segundo essas estimativas, o desembolso direto (inclusive copagamentos de seguro privado) das famílias residentes no país e, possivelmente, outras fontes ainda não mapeadas, tais como as empresas que pagam diretamente e o turismo médico, estariam financiando, em 2009, aproximadamente 20% dos serviços privados de saúde no país, tendo apresentado queda da participação como modalidade de pagamento de serviços de saúde no período analisado.

As CSSs mostram também uma produção de serviços por unidades do SUS para o mercado que variou, em valores correntes, entre R\$ 1,278 bilhão, em 2000, e R\$ 2,486 bilhões em 2009. Em princípio, essa produção mercantil indica a prestação de serviços por um fenômeno de dupla porta, como forma deliberada de aumentar as fontes de financiamento por parte das unidades públicas. O ressarcimento ao SUS também está computado nessa rubrica.

Desde 2009, último ano para o qual há dados disponíveis das CSSs, há indícios de aquecimento do mercado privado de serviços de saúde. Para 2011, o faturamento dos serviços privados de saúde pode ultrapassar a faixa de R\$ 100 bilhões. Acrescido ao crescimento projetado para serviços efetuados pelo SUS, é plausível imaginar que hoje a produção de serviços de saúde no Brasil movimente valores da ordem de R\$ 200 bilhões.

Os impactos decorrentes do forte investimento das empresas na ampliação das linhas de produtos e do *marketing* direcionado às classes C e D já começam a ser percebidos no aumento das receitas das seguradoras. Devido ao aumento da quantidade de segurados com cobertura para assistência médica-hospitalar no período, que passou de 36,7 milhões em 2006 para 45,5 milhões em 2010, a composição do *mix* público-privado é pressionada no sentido do crescimento do poder de mercado das operadoras de seguros

privados de saúde e da necessidade de ampliação de sua rede de prestadores (MS/ANS, 2011). Em 2011, segundo dados do *site* da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) atualizados até julho de 2011, diminuiu a velocidade de crescimento do número de beneficiários. Desde a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad/IBGE) de 1998 até a mais recente, a de 2008, a taxa de cobertura se manteve em torno de 25% da população. Entretanto, a magnitude da expansão do número de beneficiários após 2009 indica estarmos diante de um aumento real do número de segurados e do faturamento, com ampliação da parcela da população brasileira vinculada a planos e seguros privados de saúde.

A receita das operadoras por segurado cresceu de R\$ 1.158/ano, em 2007, para R\$ 1.594/ano em 2010. Em função desse substancial crescimento do mercado de seguros privados de assistência à saúde no período, com um salto das receitas da ordem de R\$ 20 bilhões, também é plausível imaginar que tenha aumentado a participação dos seguros de saúde no financiamento do mercado de serviços de saúde.

Além disso, o mercado de saúde suplementar no Brasil vem se tornando mais e mais concentrado nas grandes operadoras: entre as 1.041 operadoras que em dezembro de 2010 atuavam no ramo de assistência médico-hospitalar e tinham clientes (MS/ANS, 2011), as seis maiores detinham 21,8% dos segurados, enquanto que as 694 menores operadoras ficavam com 10% dos segurados. Tal concentração do mercado evidencia grande poder das maiores operadoras sobre o mercado. Mudar tal concentração é um grande desafio que a ANS não tem conseguido enfrentar: em 2008 as oito maiores operadoras detinham 21% dos clientes e agora essa clientela está concentrada em apenas seis operadoras (MS/ANS, 2009, 2011).

No Brasil, excluídos os consultórios particulares de profissionais da saúde não contabilizados na pesquisa Assistência Médico-Sanitária (AMS/IBGE) de 2009, 28,3% dos estabelecimentos privados são conveniados com o SUS e 83,3% com planos de terceiros. A região Sul é a que apresenta a maior proporção de estabelecimentos privados credenciados pelo SUS (40%) e por planos de terceiros (86%). Entretanto, 2.707 dos prestadores privados com internação (67%), entre os 4.036 identificados na AMS, referem convênio com o SUS, o que mostra a importância do financiamento público para esse segmento. Ainda assim, houve uma importante mudança de panorama nas últimas décadas, já que na década de 80 quase 100% dos hospitais privados brasileiros eram conveniados ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) (MÉDICI, 1990).

Entre os 1.329 prestadores de serviços com internação exclusivamente privados, 27,5% são hospitais gerais e 17,4% especializados. Para os estabelecimentos públicos esses percentuais são de 45,5% e 5,2%, e para os privados conveniados ao SUS, de 48,2% e 9,6%, respectivamente (IBGE, Estatísticas da saúde: assistência médico-sanitária 2009, 2010).

As sucessivas edições da AMS/IBGE apontam os prestadores privados de serviços como proprietários da maior parte dos leitos disponíveis no país. Ainda que venha crescendo o número de leitos públicos e caindo o de leitos privados ao longo das últimas duas décadas, os leitos públicos no Brasil correspondem a apenas 35,4% do total de leitos disponível no país, quando a média de leitos públicos nos países-membros da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico é de 72% (OCDE, 2010). Em termos de disponibilidade total de leitos públicos e privados por habitante, o Brasil também situa-se bem abaixo da média OCDE — 2,3 por 1.000 habitantes para o Brasil, com 3,8 por 1.000 habitantes na OCDE. Na OCDE, abaixo da média brasileira encontram-se apenas o México (1,0 leito/1.000 habitantes) e alguns países com médias próximas às brasileiras, como Espanha, Reino Unido e Estados Unidos.

A redução dos leitos verificada nos últimos anos tanto na OCDE quanto no Brasil é tradicionalmente atribuída à migração de procedimentos hospitalares para o ambiente ambulatorial (OECD, 2010; IBGE, 2010). No caso específico do Brasil, a queda de leitos concentra-se nos leitos privados, tendo havido aumento dos leitos públicos em todas as regiões do país, exceto na região Sul. Na prática, houve uma substituição parcial dos leitos privados SUS por leitos públicos, com saldo de queda de leitos. Uma terceira explicação para a redução de leitos seria uma transformação nas atividades de prestação de serviços hospitalares, no sentido de maior empresariamento e pressão por eficiência. Assim, observa-se não só uma redução dos leitos privados conveniados ao SUS, mas também uma redução de menor intensidade de leitos privados não credenciados pelo SUS (IBGE, Estatísticas da saúde: assistência médico-sanitária 2009, 2010).

Segundo a AMS/IBGE-2009, a expansão da disponibilidade de equipamentos de tecnologia mais avançada foi observada em quase todas as regiões do país, tendo ocorrido um aumento de 120% nos equipamentos de ressonância magnética. Os equipamentos de raios X, embora ainda tenham aumentado nas regiões Norte e Nordeste, diminuíram nas regiões Centro-Oeste e Sul, o que indica uma possível substituição da oferta e, consequentemente, do uso dessa tecnologia de imagem por outras mais sofisticadas e caras (IBGE, Estatísticas da saúde: assistência médico-sanitária 2009, 2010).

As taxas de internações no Brasil situam-se na faixa de 7% a 8% da população/ano, ou seja, de 70 a 80 saídas anuais por 1.000 habitantes. A média de países da OCDE para 2007 foi de 158 saídas por 1.000 habitantes (variação de 55 por 1.000 habitantes para o México a 278 por 1.000 habitantes para a Áustria) (OECD, 2010). Países com média de leitos por 1.000 habitantes próxima à média brasileira os usam de forma mais eficiente (Espanha com 107 altas por 1.000 habitantes, EUA e Reino Unido com 126). A grande diferença do número de internações em relação aos padrões médios da OCDE, aliada aos padrões de vida menos favoráveis da população brasileira, suscita a questão da suficiência da quantidade de internações no Brasil.

Na área ambulatorial confirmou-se a expansão da Estratégia Saúde da Família, responsável em grande parte pela ampliação do acesso e do número de estabelecimentos públicos de saúde no país na última década. A exemplo do que vemos nos estabelecimentos com internação, confirma-se entre os estabelecimentos sem internação do SUS uma tendência ao padrão mais generalista. Nesse segmento, os estabelecimentos privados conveniados ao SUS assemelham-se bastante aos privados exclusivos, com forte predomínio de estabelecimentos especializados.

Segundo a AMS/IBGE-2009, a expansão da disponibilidade de equipamentos de tecnologia mais avançada foi observada em quase todas as regiões do país, tendo ocorrido um aumento de 120% nos equipamentos de ressonância magnética. Os equipamentos de raios X, embora ainda tenham aumentado nas regiões Norte e Nordeste, diminuíram nas regiões Centro-Oeste e Sul, o que indica uma possível substituição da oferta e, consequentemente, do uso dessa tecnologia de imagem por outras mais sofisticadas e caras (IBGE, Estatísticas da saúde: assistência médico-sanitária 2009, 2010).

Evidências diretas dos distintos graus de incorporação tecnológica entre prestadores públicos e privados de serviços de saúde são fornecidas pelos levantamentos da AMS/IBGE sobre equipamentos segundo a natureza do estabelecimento. Estabelecimentos públicos com e sem internação dispõem de quantidade menor de equipamentos mais sofisticados. As menores diferenças entre estabelecimentos públicos e privados são observadas para tecnologias mais antigas, como eletrocardiografia e raios X.

Alguns recursos tecnológicos estão fortemente concentrados nos prestadores privados, sendo os principais exemplos os equipamentos de ressonância magnética e hemodiálise. Observa-se também que os recursos tecnológicos mais avançados no setor público estão concentrados em ambientes hospitalares. Destacam-se aí os casos da ultrassonografia e da tomografia, em que, entre os prestadores privados, os estabelecimentos sem internação concentram a maioria dos equipamentos.

Os dados sobre equipamentos corroboram a tese de maior sofisticação da rede privada, o que explica em parte o apelo dos seguros privados de saúde para a população. Ao mesmo tempo que as promessas de sofisticação tecnológica (resgate por helicópteros, ressonância magnética, PET-Scan) integram fortemente o *marketing* das seguradoras, o SUS fica simbolicamente relegado à condição de produto de consumo de circuitos sociais inferiores (BORGES DOS SANTOS e GERSCHMAN, 2004). Na alta complexidade, o acesso ao SUS pode ser vulnerável a distorções, seja pelo conhecimento de profissional da saúde que dê acesso diferenciado, seja pelo acesso via estabelecimento privado com dupla porta de entrada (CORDEIRO et al., 2010; SANTOS, 2009).

O mais importante para a análise do caso brasileiro é que o seguro privado suplementar será também duplicado sempre que o sistema público for de cobertura integral e acesso

universal (MOSSIALOS e THOMPSON, 2004; COLOMBO e TAPAY, 2004), o que ocorre nos países que adotam o modelo de sistema nacional de saúde, como Reino Unido, Irlanda, Finlândia, Portugal, Espanha, Itália, Grécia e no Brasil. Nos referidos países as taxas de cobertura são altas e crescentes, e estavam em torno de 12% em 2004. Entretanto, tais taxas não chegam aos 25% alcançados pelo seguro privado no Brasil (SANTOS, 2011).

Estudos sobre a repercussão da cobertura duplicada sobre as dimensões de equidade, financiamento, produção, uso e acesso aos serviços de saúde mostram que ela: (i) contribui para a iniquidade na oferta, no acesso e no uso dos serviços; (ii) incentiva o desenvolvimento do setor privado nos serviços em que a população tem dificuldade de acesso no sistema público, geralmente consultas a especialistas, cirurgias eletivas, SADT e medicamentos; (iii) não diminui a pressão da demanda por serviços do sistema público e, tampouco, no financiamento desse sistema; e (iv) não contribui para a preservação dos objetivos gerais do sistema de saúde — universalidade, integralidade e equidade, contribuição positiva para os resultados de saúde, o desenvolvimento do próprio sistema de saúde — e dos objetivos sociais, como a melhoria das condições de vida da população. Ao contrário, corrói esses objetivos.

No Brasil, as informações sobre a extensão dos serviços cobertos pelos seguros privados mostram que a cobertura é duplicada para uma ampla gama de serviços de saúde para a quase totalidade dos segurados. Deve-se ressaltar que, mesmo para os que não têm ambas as coberturas, ambulatorial e hospitalar, para aquilo que têm configura-se duplicação de cobertura, com seus possíveis efeitos perversos sobre a equidade do sistema de saúde como um todo.

Também de acordo com a Pnad/IBGE de 2003, naquela época 20,9% da população tinham seguro, que nessa pesquisa é denominado seguro público (SANTOS, 2009). Esse tipo de cobertura é financiado com recursos públicos, oferecido por instituições públicas para um grupo específico de pessoas, como funcionários públicos, membros das Forças Armadas, etc. Por meio desses recursos, um órgão público provê cobertura para assistência à saúde para seus funcionários e familiares diferenciada daquela oferecida no âmbito do SUS e que, da mesma forma como ocorre com os seguros privados, se caracteriza pelo caráter privado da elegibilidade ao plano. Esses seguros não são contemplados no escopo da regulação da ANS/MS, de modo que tal informação só pode ser acompanhada pela Pnad/IBGE. É importante acompanhar a evolução desse tipo de seguro, uma vez que ocorreu um ligeiro aumento da parcela da população com seguro público entre os segurados, que passou para 22,5% da população com dupla cobertura nas informações da Pnad/IBGE de 2008 (IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: acesso e utilização de serviços de saúde, 2008).

Uma forma de verificar a desigualdade na cobertura duplicada consiste em aferir relação dessa população com sua renda: verifica-se acentuada concentração de pessoas com seguro privado entre os mais ricos se comparada ao que ocorre entre grupos mais pobres.

Como ocorre também nos países desenvolvidos, além de estar associada à concentração da renda a distribuição da taxa de cobertura de seguro privado está também associada a regiões mais populosas e industrializadas, a municípios de grande e médio portes e a emprego formal. No Brasil, verifica-se que a desigualdade entre os que contam cobertura duplicada também é regional, pois a população coberta por seguro privado é maior no sudeste do país, entre os que moram nas grandes cidades e entre os que têm emprego formal, cujo vínculo com o seguro se dá por intermédio do emprego (planos coletivos) (ALBUQUERQUE et al., 2008; IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: acesso e utilização de serviços de saúde, 2008).

Como esperado, a população com dupla cobertura é mais rica que o restante dos brasileiros e também mais longeva e com perfil diferenciado de morbimortalidade, mas deve-se destacar que essa associação é também um ônus para as operadoras, devido aos reflexos no custo da assistência à saúde de seus segurados.

O peso do gasto privado direto é importante para indicar a distribuição dos gastos por nível de renda, pois embora as pessoas que têm menos renda gastem menos, o peso desse gasto sobre suas rendas é muito maior que entre aqueles com maior renda. A regressividade do gasto privado direto das famílias brasileiras é mostrada por diversos autores (MENEZES et al., 2006; DINIZ et al., 2006). A análise dos microdados da POF/IBGE-2003 por décimo de renda familiar *per capita* feita por Ugá e Santos (2006) mostra como as famílias do décimo mais rico gastaram proporcionalmente menos de sua renda com medicamentos (42% de suas rendas) que as mais pobres (83%) em 2002. E que, provavelmente, isso se deu pela maior disponibilidade que tais famílias têm para gastar com os demais itens, como tratamento dentário e hospitalizações/serviços cirúrgicos, cuja proporção é maior entre os 10% mais ricos do que entre os demais brasileiros.

SISTEMAS DE ALOCAÇÃO DE RECURSOS A PRESTADORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Esta temática é abordada na literatura internacional sob a denominação “modos de pagamento” ou “formas de remuneração de serviços médico-assistenciais”. Entretanto, nem todas as formas correspondem a um pagamento ou remuneração por serviços previamente prestados. Desse modo, optamos aqui por denominá-las “formas de alocação de recursos a prestadores de serviços médico-assistenciais, hospitalares e/ou ambulatoriais”.

Tais formas podem ser classificadas a partir do momento em que se dão essas transferências financeiras: se *antes* da efetiva produção de serviços (alocação *ex ante*) ou se *depois* e em função do volume e tipo da produção apresentada por cada prestador (alocação *ex post*). No primeiro grupo (alocação *ex ante*), encontram-se o orçamento global e a alocação de recursos por capitação (ou *per capita*); no segundo (alocação *ex post*), estão os sistemas que se constituem, estes sim, na remuneração por serviços previamente prestados, como é o caso do pagamento por ato médico, do pagamento por diária hospitalar e do pagamento prospectivo por procedimento.

A experiência internacional mostrou que nenhum desses modos de alocação de recursos, por si só, é satisfatório. Uma apreciação das tendências mais recentes revela que:

- a) os métodos tradicionais de alocação de recursos foram substituídos por sistemas mistos ou complementados pelo ajuste por desempenho;
- b) a alocação de recursos ajustada por desempenho requer, para ser mais eficaz, a adoção de indicadores de desempenho que, além de medirem processos assistenciais e de gestão (essencialmente, eficiência e qualidade), se refiram predominantemente a resultados sobre a saúde da população, ou seja, à efetividade da atuação dos serviços de saúde.

Nesse sentido, percebe-se uma tendência a adotar sistemas de alocação de recursos destinados a centros de atenção primária responsáveis pela saúde da população de um dado território que, se necessário, contratarão serviços de outros níveis de atenção. Em decorrência disso, concebe-se a alocação de recursos por linhas de cuidado, por gestão da

doença ou, nos termos utilizados em Portugal, por “preço compreensivo”, destinada aos responsáveis por essa gestão do cuidado, geralmente em mãos da atenção primária.

Dessa forma, propugnam-se modalidades distintas de alocação de recursos para a atenção primária (com base na capitação, ajustada por risco, por desempenho ou por algum outro critério) e para os hospitais, a serem remunerados por orçamento global ajustado por desempenho (qualitativo e quantitativo) ou por pagamento prospectivo por procedimento, dependendo do país de que se trate.

No que se refere ao setor público brasileiro, usava-se até o início dos anos 90 predominantemente o orçamento global para a alocação de recursos para os prestadores públicos de serviços de saúde. Até 1983, o antigo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) pagava a rede contratada de prestadores privados por ato médico (através das Guias de Internação Hospitalar, tão criticadas à época em função do superfaturamento que propiciaram mediante a apresentação de faturas que continham atos e procedimentos não necessariamente realizados). Nesse ano, o Inamps passou a adotar o sistema de pagamento prospectivo por procedimento para remunerar a rede privada por ele contratada.

Com o advento do Sistema Único de Saúde (SUS), manteve-se, para remunerar os prestadores privados de serviços, o sistema de pagamento prospectivo por procedimento, operacionalizado por meio das Autorizações para Internação Hospitalar (AIH). Até 1991, o Ministério da Saúde (MS) continuou a alocar recursos para os hospitais públicos mediante orçamento global. Uma grande mudança ocorre nesse ano, quando o sistema de pagamento prospectivo por procedimento passa a ser adotado pelo MS também para as unidades públicas: os hospitais passaram a ser remunerados segundo o volume e tipo de sua produção através das mesmas AIHs e as unidades ambulatoriais passaram a receber recursos de acordo com a produção por elas apresentada, classificada segundo o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS).

A partir da Norma Operacional Básica do SUS 01/96 (NOB-96) e, principalmente, da instituição do Pacto pela Saúde, são as secretarias estaduais e municipais de Saúde que passam progressivamente a alocar recursos para os prestadores de serviços de sua jurisdição. Desde então, passaram a coexistir no Brasil distintas modalidades de alocação de recursos para os prestadores de serviços hospitalares e ambulatoriais, que variam segundo a realidade estadual ou municipal.

No âmbito federal, as principais formas de alocação de recursos pelo MS para os prestadores de serviços são, atualmente, as seguintes:

- Hospitais próprios do MS: a alocação de recursos para os hospitais próprios do MS se dá com base em um orçamento global. Tais hospitais têm autonomia para rea-

lizar compras de materiais e de serviços. Ainda assim, são obrigados a alimentar o Sistema de Informações Hospitalares e o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIH-SUS e SIA-SUS).

- Hospitais de ensino próprios de instituição federal ou estadual de ensino superior: a situação varia segundo eles estejam ou não inseridos na política de contratualização do MS. Os contratualizados são remunerados conforme um sistema misto de alocação de recursos; os não contratualizados recebem recursos do SUS sob a forma de pagamento por procedimento, mediante o sistema SIH-SUS e SIA-SUS.
- Hospitais de pequeno porte (de até trinta leitos): a situação varia segundo eles estejam ou não inseridos na política de contratualização do MS: os contratualizados são remunerados conforme o previsto no orçamento global ajustado por desempenho; os não contratualizados recebem recursos do SUS sob a forma de pagamento por procedimento, mediante os sistemas SIH-SUS e SIA-SUS.
- Hospitais filantrópicos: a situação varia segundo eles estejam ou não inseridos na política de contratualização do MS: os contratualizados são remunerados conforme um sistema misto de alocação de recursos; os não contratualizados recebem recursos do SUS sob a forma de pagamento por procedimento, mediante os sistemas SIH-SUS e SIA-SUS.

A rede hospitalar privada com fins lucrativos contratada pelo SUS recebe recursos através do sistema de pagamento prospectivo por procedimento, operacionalizado através dos sistemas AIH e SIA-SUS.

Todas as experiências brasileiras de alocação de recursos com base no desempenho têm em comum a utilização de algum tipo de arranjo contratual, que se expressa em um instrumento formal assinado entre duas partes, o contratante o contratado, os quais, em negociação, estabelecem compromissos e responsabilidades em relação à prestação de serviços de saúde. O tripé de sustentação do arranjo contratual é constituído por três elementos: 1) um plano de atividades com recursos financeiros definidos para sua execução; 2) um sistema de monitoramento e avaliação das metas e indicadores relacionados às atividades contidas no referido plano; e 3) um sistema de incentivos que vincula o repasse de recursos financeiros ao alcance das referidas metas e indicadores.

O contratante, nos casos apresentados, é sempre um ente estatal pertencente à administração pública direta estadual ou municipal (Secretaria de Saúde estadual ou municipal) e o contratante (prestador de serviço hospitalar ou de atenção básica) pode ser um ente estatal, da mesma esfera de governo ou não, ou ainda um ente privado sem fins lucrativos.

Nessas experiências, os incentivos financeiros podem ser exclusivamente vinculados ao desempenho da unidade hospitalar ou de atenção básica ou, adicionalmente, condicio-

nados ao desempenho da equipe profissional. É importante ressaltar que todas as experiências mantêm outras modalidades de alocação de recursos (em geral, o orçamento global) para os prestadores de serviços, que representam a maior parte dos recursos de manutenção /custeio dos mesmos.

Em termos prospectivos, pode-se afirmar que a integralidade do cuidado à saúde é, sem dúvida, um dos principais desafios do SUS aos seus vinte anos de existência. Para a consecução desse objetivo, é imprescindível a estruturação e condução de uma rede integrada de serviços, o que implica repensar o modelo de municipalização levado a cabo no SUS até recentemente e requer o fortalecimento da esfera estadual, a quem compete o desenho e a estruturação de regiões sanitárias com redes intermunicipais integradas de serviços. Por sua vez, a capacidade de condução do sistema estadual de saúde regionalizado a partir de redes integradas de serviços requer, de um lado, fortalecer a capacidade técnica e política dos gestores do SUS e, por outro, adotar instrumentos de condução e regulação dos prestadores de serviços de saúde. Entre tais instrumentos, figuram:

- modelos de contratualização entre o gestor público e prestadores de serviços de saúde;
- um sistema de alocação de recursos aos prestadores de serviços que supere o mero pagamento por serviços previamente prestados (através dos sistemas SIH e SIA-SUS) ou o orçamento global sem nenhum ajuste ou condicionalidade no sentido da melhoria nos processos de atenção e nos resultados sobre a saúde da população.

É necessário pensar em sistemas de alocação de recursos que induzam e/ou fortaleçam a construção e implantação de linhas de cuidado integral. Nesse sentido, sugerem-se sistemas diferenciados, por nível de atenção: (i) aos prestadores de serviços da atenção primária, que deveriam se responsabilizar por essas linhas de cuidado integral, corresponderia uma alocação de recursos *per capita* ajustada pelo risco da população a eles adscrita; (ii) os hospitais, por sua vez, receberiam recursos através de orçamento global correspondente ao volume da produção programada para o período, levando-se em conta o seu perfil (*case-mix*).

Tanto no caso da atenção primária como no da atenção hospitalar, a alocação de recursos correspondente deve ser condicionada ou ajustada a uma avaliação de desempenho que contemple tanto aspectos relacionados a processos (eficiência e qualidade) como, principalmente, os resultados sobre a saúde da população (a efetividade das ações dos serviços de saúde).

O desempenho deve ser mensurado com base em indicadores que, portanto, pertençam a várias dimensões (qualidade/adequação do cuidado, eficiência da produção de serviços, efetividade das ações dos prestadores) e cujo *benchmark* se altere com o passar do

tempo. Os próprios indicadores devem ser revistos e, portanto, podem variar ao longo dos anos, em função de prioridades estabelecidas pelos gestores do sistema regional ou microrregional.

O processo de estabelecimento desses indicadores de desempenho e de seus padrões deve envolver os prestadores de serviços, tendo em vista a definição de padrões factíveis como o compromisso dos prestadores com o alcance das metas da política sanitária e seus respectivos indicadores.

Deve-se destacar que essa proposta geral só é implementável no contexto de um sistema regionalizado que, por um lado, se responsabilize pela população adscrita em seu território e, por outro, integre os diversos prestadores de serviços de saúde (de distintos níveis da atenção). Nesse modelo, os núcleos de atenção primária desempenham um papel central no sistema de saúde, responsabilizando-se pela atenção integral da população “adscrita” mediante linhas de cuidado definidas com base no perfil epidemiológico desta.

Por outro lado, não se pode atribuir ao sistema de alocação de recursos aos prestadores de serviços o poder de mudar drasticamente os resultados na saúde da população. São necessárias, também, ações intersectoriais que envolvam os poderes públicos que atuam sobre os determinantes sociais da saúde (educação, renda, saneamento, dentre outros).

VI

Desenvolvimento Produtivo e Complexo da Saúde

A DINÂMICA DE INOVAÇÃO E AS PERSPECTIVAS DO COMPLEXO ECONÔMICO-INDUSTRIAL DA SAÚDE PARA A SUSTENTABILIDADE DO SISTEMA DE SAÚDE

A sustentabilidade do sistema de saúde brasileiro remete à necessidade de pensar o padrão de desenvolvimento do país em função da maneira como ele se expressa e se reproduz no âmbito da saúde. Essa agenda se justifica não somente pela dimensão social da saúde, como direito garantido na Constituição Federal e elemento estruturante do Estado de Bem-Estar, como também pela sua dimensão econômica. Esta última se evidencia pelo fato de que a base produtiva da saúde responde por parcela significativa do Produto Interno Bruto (PIB) e da geração de empregos diretos e indiretos. Ademais, ressalta-se o papel da saúde como importante vetor de desenvolvimento, uma vez que articula um conjunto de tecnologias portadoras de futuro, em um contexto em que a inovação é um diferencial da competitividade de países e elemento potencial de melhoria do acesso a bens e serviços.

O impacto da tecnologia nos sistemas universais é um tema relevante, pois a área de serviços em saúde, base estruturante do Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS),¹ é profundamente influenciada pela inovação e produção. Nesse sentido, justifica-se a preocupação do ponto de vista brasileiro, com um processo precoce de incorporação de tecnologias nos serviços de saúde, ou seja, antes de se consolidar um parque industrial robusto.

Assim, deve-se atentar para o risco que representa a ausência de capacidade produtiva industrial nacional. A questão tecnológica é primordial para a sustentabilidade de um sistema de saúde universal, particularmente porque a pressão imposta pelo avanço da tecnologia, da maneira como vem acontecendo, é incompatível com a manutenção de um sistema universal. Assim, urge orientar esse desenvolvimento tecnológico para que tenha um caráter mais equitativo, de modo a reverter a dinâmica vigente de geração de

1 Gadelha e colaboradores (2009) adotam o termo Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS) ao invés de Complexo Industrial da Saúde (CIS) para demarcar que existe um verdadeiro sistema produtivo da saúde que mobiliza parte substantiva da economia nacional.

inovação não vinculada às necessidades sociais. A grande questão, nesse contexto, é saber como induzir a taxa de progresso técnico e como definir a sua direção, ou seja, como fazer com que as novas tecnologias sigam rumos socialmente desejáveis e sustentáveis.

A fragilidade da base produtiva e tecnológica – que pode ser notada no crescente déficit da balança comercial do CEIS – leva à vulnerabilidade da política de saúde, por dificultar a garantia da oferta universal de bens e serviços de saúde.

Desse modo, o CEIS, composto pelos subsistemas de base química e biotecnológica, de equipamentos e materiais e de serviços em saúde, mediante intenso processo de inovação, não apenas tem potencial para adensar o tecido produtivo como pode direcioná-lo de modo a compatibilizar a estrutura de oferta com a demanda social de saúde (GADELHA, 2007).

Nessa perspectiva, a inovação é vista como um processo político e social, o que a insere no contexto da economia política. E ganha, na área da saúde, um campo de estudo privilegiado, pois o setor mobiliza uma relevante infraestrutura em Ciência e Tecnologia (C&T), uma base industrial relativamente consolidada que envolve setores portadores de futuro e um arcabouço político-institucional favorável, já que prevê um sistema de saúde universal, entre outros.

Ressalta-se, assim, a existência de um parque industrial instalado no país, a relevante dimensão do mercado brasileiro, com tendência de crescimento sustentado, o fato de o país ser o 9º mercado farmacêutico mundial e a existência de uma base científica instalada, por mais que essa infraestrutura ainda se encontre isolada e precise avançar na articulação entre pesquisa, saúde e indústria.

O caráter sistêmico e dinâmico dos segmentos do CEIS lhe confere capacidade de gerar *spill overs* inovativos para demais áreas além da Saúde, podendo, portanto, contribuir para uma profunda mudança na estrutura produtiva, situando-o, crescentemente, no cerne da agenda nacional.

No que tange às características do modelo político-institucional vigente, a análise do financiamento da Saúde permite afirmar que há grave inconsistência entre este e a conformação de um sistema universal de saúde, uma vez que a proporção dos gastos públicos em relação aos gastos totais em saúde no país está em torno de 45% (WHO, 2011).

Esse quadro de subfinanciamento revela-se ainda mais grave quando se levam em conta as mudanças socio sanitárias. Verifica-se atualmente no país o aumento da demanda por serviços de saúde, devido, principalmente, à combinação da melhoria dos determinantes sociais, na última década, com o envelhecimento da população, acarretando mudanças no perfil socio sanitário brasileiro. Considerando-se a necessidade de desenvolvimento da base produtiva, esse aumento de demanda representa grandes oportunidades, já

que há indicação não só de um crescimento substantivo desta, não reversível e de longo prazo, como também da criação de novos segmentos de mercado ainda não explorados nacionalmente.

Também se deve considerar que o cenário global atual, ainda que marcado por uma dinâmica de competição cada vez mais acirrada, apresenta janelas de oportunidade que permitem às economias emergentes assumirem melhores posições na geração de riqueza e produção do conhecimento. Como consequência, oportuniza-se que países como o Brasil consigam se reposicionar na divisão internacional do trabalho.

Por outro lado, essa demanda crescente impõe riscos relevantes, uma vez que as mudanças epidemiológicas, demográficas e socioeconômicas não têm sido acompanhadas do desenvolvimento de uma base produtiva nacional sólida de bens e serviços de saúde. Esse descompasso entre aumento da demanda e desenvolvimento da base produtiva nacional pode comprometer o desempenho do sistema de saúde brasileiro.

Desse modo, para que o país aproveite a oportunidade atual de desenvolvimento do CEIS, é preciso que se planejem de maneira proativa estratégias de produção e inovação, com base nas análises dos diagnósticos existentes e em estudos prospectivos como os que se propõem no âmbito desse projeto, para a superação de suas fragilidades estruturais. Nesse processo, um grande desafio para o CEIS consiste em vincular a consolidação e ampliação da capacidade produtiva com estratégias ativas de inovação e capacitação, sempre pautadas pela lógica social.

Diante desse quadro de oportunidades e desafios, surge a necessidade de superação de fragilidades históricas que impedem o país de consolidar o sistema de proteção social universal pretendido e alcançar a competitividade de seu sistema produtivo. Entre as fragilidades que mais diretamente guardam relação com o CEIS, destacam-se aquelas decorrentes do padrão de inserção produtiva no cenário mundial e na divisão internacional do trabalho, baseado em uma especialização em bens de baixo teor tecnológico e pouco valor agregado. O Brasil ainda não se fortaleceu diante da sociedade de conhecimento mundial, permanecendo, neste aspecto, pouco desenvolvido em uma perspectiva internacional.

O contexto interno de baixa geração de conhecimento com pouca densidade de pesquisa e desenvolvimento é, em grande parte, influenciado pelo arcabouço normativo, que por sua reduzida adequação configura entraves ao aumento dos investimentos no desenvolvimento de novos produtos. Na Saúde, essa fragilidade se evidencia claramente pelo déficit de quase US\$ 10 bilhões na balança comercial do CEIS em 2010 (GIS/ENSP/FIOCRUZ, 2011).

A superação dessa fragilidade ajudará o setor Saúde a enfrentar fatores significantes que estabelecem um círculo vicioso entre dependência, atraso, iniquidade e uma estrutura produtiva pouco dinâmica. O não tratamento dessas questões prejudicará a inserção es-

tratégica da Saúde na agenda política do desenvolvimento brasileiro, colocando em risco o fortalecimento de sua base produtiva e inovativa pautada pelas necessidades sociais, e, consequentemente, a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Algumas iniciativas para que a saúde permaneça estrategicamente na agenda nacional já estão em curso, como as Parcerias Público-Privadas (PPPs), voltadas para internalizar a produção de fármacos no país; a Lei 12.401/2011, que permite o uso do poder de compra do Estado de forma mais sistêmica; o apoio à inovação pelos produtores públicos e à rede de laboratórios oficiais; a crescente articulação da política de assistência farmacêutica para a transformação da base produtiva nacional de medicamentos; e a realização de investimento de grande importância para fortalecer a base nacional de conhecimento em saúde, para citar principais iniciativas setoriais. Ainda assim, é preciso que algumas ações sejam aprofundadas, dentre as quais se destacam:

- a) A consolidação da presença de C&T na agenda da reforma sanitária e institucional.
- b) O uso estratégico, do ponto de vista do desenvolvimento nacional, do poder de compra do Estado, e não apenas de forma racionalmente econômica.
- c) A regulação dos aspectos normativos da Saúde de maneira que o marco regulatório consiga articular produção, inovação e acesso de maneira virtuosa.
- d) A modernização dos laboratórios públicos, por meio de alterações na estrutura de gerenciamento, tendo o Estado como alavanca da inovação e do desenvolvimento da produção brasileira.
- e) O equilíbrio entre as empresas nacionais, privadas e públicas, e empresas estrangeiras no mercado nacional. Deve-se substituir a dependência pela cooperação, de modo que o mercado brasileiro não se desnacionalize.
- f) A regulação da incorporação tecnológica no sistema de saúde, por meio da convergência de uma agenda de pesquisa com as necessidades coletivas em saúde.

Esta breve análise da configuração do sistema de saúde no Brasil, de sua inserção no sistema nacional de inovação e de sua relação com a estratégia de desenvolvimento nacional é crucial para se pensar o cenário futuro da Saúde, tarefa que será aprofundada pelos estudos do CEIS no âmbito deste trabalho.

Para aprofundar a análise, serão considerados três cenários possíveis para o ano de 2030. O primeiro deles é um cenário regressivo, que consiste na perda de posição na corrida tecnológica e na falta de base adequada de financiamento da Saúde, ou seja, uma perda na demanda e na estrutura de oferta de saúde no país.

O segundo cenário, mais provável, é inercial: diz respeito à manutenção do desenvolvimento do padrão tecnológico brasileiro, marcado pela lenta geração de inovação e pela baixa

densidade tecnológica da indústria brasileira. Neste cenário, o país não alcança os demais na corrida tecnológica, o que acaba por torná-lo, de forma análoga ao primeiro, regressivo.

Por fim, o cenário mais favorável representa uma ruptura e salto de qualidade no que se refere às assimetrias tecnológicas observadas no Brasil em relação aos países mais desenvolvidos, o que só é possível a partir de uma reforma mais ampla do Estado e de sua base fiscal. Este terceiro cenário, ainda que desejável, é pouco provável, dado que a questão tecnológica ainda não está no cerne da política social e a estratégia tecnológica e o desenvolvimento inclusivo também não ocupam posição central nas políticas públicas nacionais.

A recomendação é que as estratégias e políticas futuras devem assumir, de fato, a perspectiva de articulação da proteção social universal em saúde com seu potencial como vetor de desenvolvimento socioeconômico. Esse potencial é fundamental, na medida em que estimula o progresso técnico, o investimento e a competitividade, elementos que podem reduzir a vulnerabilidade econômica, tecnológica e social, consolidando o papel da Saúde na nova estratégia nacional de desenvolvimento.

Em termos da presença estratégica do CEIS na agenda nacional, apesar de ainda ser necessário um avanço substancial, vale ressaltar a importante conquista da Saúde referente ao seu crescente reconhecimento como área de atuação prioritária no âmbito das políticas nacionais de desenvolvimento. Com o objetivo de contribuir para a construção de uma nova agenda que permita consolidar o sistema produtivo da saúde de forma articulada com o padrão de desenvolvimento nacional pretendido, deve-se partir das dimensões essenciais apresentadas: a inovação, a base produtiva e o bem-estar, sendo esta última dimensão aquela pela qual se deve pautar a dinâmica das duas primeiras.

Recentemente, o país assistiu à retomada de uma estratégia de desenvolvimento com a formulação de política industrial, entendida como necessária para se enfrentar os desafios da globalização e da inserção competitiva brasileira. O marco dessa nova perspectiva foi o lançamento, em março de 2004, da nova Política Industrial, Tecnológica e de Comércio Exterior (PITCE, 2003), envolvendo diversas instâncias decisórias no âmbito federal, o que atesta que se tratava de uma orientação de governo, e não de uma política insulada e específica de um ministério ou agência. A PITCE propõe que a política industrial privilegie um conjunto de ações que são essenciais para toda a estrutura produtiva, em uma perspectiva de inserção competitiva da indústria, e relevantes para a indústria de equipamentos e materiais médico-hospitalares e odontológicos, a saber: inovação e desenvolvimento tecnológico, inserção externa, modernização industrial e capacidade e escala produtiva (PITCE, 2003).

Vale mencionar também o lançamento, em maio de 2008, da Política de Desenvolvimento Produtivo (PDP), com o objetivo central de sustentar o ciclo de expansão atual dos seto-

res da economia brasileira. A PDP está estruturada em torno de programas com metas específicas que têm macrometas em comum: ampliação do investimento fixo, elevação do gasto privado em pesquisa e desenvolvimento, ampliação das exportações e dinamização das pequenas e médias empresas. Entre os programas mobilizadores em áreas estratégicas, insere-se o Complexo Industrial da Saúde por seu potencial competitivo, que precisa ser desenvolvido por meio do aumento na capacitação e na competitividade dos atores envolvidos (PDP, 2008).

Em 2011, foi lançado o Plano Brasil Maior (BRASIL, 2011), que dá continuidade tanto à PDP quanto à Política Industrial, Tecnológica e de Comércio Exterior (PITCE). De forma análoga, o Brasil Maior também insere o Complexo da Saúde em um de seus cinco blocos produtivos de dimensões setoriais relevantes.

Um papel ativo do Estado na definição e implementação de políticas públicas de reforço e ampliação das vantagens competitivas da indústria nacional de saúde é condição essencial ao desempenho futuro tanto da política nacional de saúde quanto da inserção competitiva internacional brasileira.

SUBSISTEMA DE BASE QUÍMICA E BIOTECNOLÓGICA

O subsistema de base química e biotecnológica congrega um conjunto de atividades de grande peso no Complexo Econômico Industrial da Saúde (CEIS), tanto por sua capacidade de geração de emprego qualificado e renda quanto por sua relevância no domínio de novas tecnologias em áreas estratégicas para o país (GADELHA et al., 2009).

No Brasil, a consolidação do segmento de produção de medicamentos genéricos no decorrer da última década proporcionou um aumento significativo da participação de empresas nacionais no mercado farmacêutico e representou um importante ponto de inflexão na trajetória de crescimento da indústria nacional. Entretanto, as crescentes pressões competitivas no mercado farmacêutico global apontam para a necessidade de uma mudança estrutural ainda mais profunda na indústria nacional, que envolve não somente a adoção de estratégias de inovação mais robustas no segmento produtivo como também um esforço de adensamento da cadeia produtiva e a consolidação patrimonial das empresas que atuam na produção de fármacos e medicamentos.

Uma análise mais profunda da trajetória recente do subsistema de base química e biotecnológica no Brasil revela o seguinte quadro de referência (GADELHA et al., 2009):

- O subsistema de base química e biotecnológica apresenta elevada participação relativa no Produto Interno Bruto (PIB), no valor agregado e no emprego qualificado, mas também elevada participação no déficit da balança comercial.
- A análise da estrutura produtiva ainda revela a existência de importantes gargalos estruturais na cadeia produtiva, particularmente na produção de insumos farmacêuticos.
- A retomada recente no crescimento do setor farmacêutico, fomentada pela expansão do mercado de medicamentos genéricos, viabilizou o fortalecimento das empresas farmacêuticas nacionais, mas também tem constituído um forte estímulo à entrada dos grandes laboratórios farmacêuticos multinacionais no mercado brasileiro por meio de aquisição de empresas locais.

- As empresas do setor farmacêutico no Brasil apresentam investimentos reduzidos em atividades inovativas e de Pesquisa e Desenvolvimento (P&D), em relação tanto ao padrão internacional da indústria farmacêutica como aos setores mais dinâmicos da indústria brasileira.
- O Brasil ainda responde por uma parcela mínima dos gastos em P&D efetuados pelas grandes empresas farmacêuticas globais. Assim, a despeito da presença marcante de empresas americanas no mercado brasileiro, que representa 2% do mercado mundial, o país responde por 0,2% dos gastos em P&D dessas empresas.
- A estrutura produtiva em saúde no Brasil conta com o papel destacado desempenhado pelos laboratórios oficiais na Política Nacional de Saúde, na produção de medicamentos para o Sistema Único de Saúde (SUS), no suporte à regulação ou no processo de ampliação da capacitação tecnológica nacional.
- Verifica-se elevada concentração da estrutura produtiva de saúde nas regiões Sul e Sudeste, particularmente nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais.
- Associada à concentração da estrutura industrial observa-se forte assimetria na distribuição da infraestrutura científica e tecnológica ligada ao esforço de pesquisa, desenvolvimento e inovação em saúde, que serve de base para os avanços no setor produtivo.

Assim, ainda que o aumento sustentado nos gastos públicos com saúde no Brasil no decorrer dos últimos anos tenha representado um importante fator de estímulo à expansão dos investimentos nos diferentes segmentos que integram a indústria de base química e biotecnológica, notam-se gargalos significativos a serem superados, particularmente, no tocante ao aumento da intensidade tecnológica da produção nacional.

Diante desse quadro, verificam-se as principais tendências no que diz respeito ao desenvolvimento da estrutura produtiva em 2030, exemplificadas a partir de dois possíveis cenários: o inercial e o de ruptura.

A aposta em um cenário inercial tem como premissa principal a manutenção do crescimento do mercado farmacêutico nacional e a manutenção dos gastos públicos em saúde. Por outro lado, traz também incertezas quanto à capacidade de articulação da política macroeconômica e industrial com os requerimentos críticos do CEIS e, particularmente, dos segmentos que integram a base química e biotecnológica. Nesse contexto assume-se o seguinte cenário inercial:

- Provável manutenção de gargalos na estrutura produtiva, particularmente na produção de fármacos.
- Intensificação no processo de fusões e aquisições na indústria farmacêutica brasileira contrapondo grandes grupos farmacêuticos globais e grandes empresas farmacêuticas nacionais.

- Consolidação patrimonial de empresas nacionais estimulada pelo aumento das pressões competitivas no mercado de genéricos.
- Manutenção do déficit na balança comercial em patamares elevados.
- Ampliação do mercado de medicamentos genéricos, que passará a responder por uma parcela crescente do volume de vendas de medicamentos.

A ocorrência de um cenário de ruptura, por sua vez, está associada a um conjunto de premissas sobre a evolução da política industrial e de saúde que incluem, entre outras, as seguintes variáveis de contexto: (i) manutenção do crescimento do mercado farmacêutico nacional e dos gastos públicos em saúde; (ii) uso estratégico do poder de compra do Estado; (iii) aprimoramento do marco regulatório e do sistema de propriedade intelectual com vistas ao apoio à inovação; (iv) ampliação considerável do mercado de medicamentos genéricos mediante a expiração de patentes de medicamentos. Nesse contexto, pressupõem-se:

- Aumento da participação de empresas nacionais no mercado farmacêutico brasileiro associado com a progressiva consolidação patrimonial de empresas farmacêuticas nacionais.
- Expansão da produção na indústria farmacêutica nacional associada com o adensamento da cadeia produtiva e redução significativa dos gargalos relativos à produção de insumos farmoquímicos.
- Ampliação e fortalecimento da rede de laboratórios públicos a partir de novos mecanismos de articulação com a iniciativa privada (Parceria Público-Privada).
- Redução no déficit na balança comercial em todos os segmentos que integram o subsistema de base química e biotecnológica da CEIS.
- Mudança significativa no padrão de esforço inovativo da indústria farmacêutica no Brasil associada ao aumento nos dispêndios privados em P&D.
- Ampliação e desconcentração regional da infraestrutura científica e tecnológica na área da saúde.

Quanto às perspectivas de crescimento do mercado farmacêutico brasileiro, cabe ainda destacar dois fatores que podem contribuir para a configuração de um cenário de ruptura pautado pela consolidação do Sistema Nacional de Inovação em Saúde, na medida em que contribuem para a trajetória de crescimento do CEIS.

O primeiro fator está relacionado com o fim da vigência de patentes para um volume crescente de medicamentos, que tem se constituído numa janela de oportunidade importante para empresas farmacêuticas nacionais. Entretanto, embora ainda represente um momento propício para empresas farmacêuticas nacionais, a estratégia de cresci-

mento através da comercialização de medicamentos genéricos já enfrenta limitações na medida em que foi assimilada pelas grandes multinacionais farmacêuticas que passaram a investir no lançamento de seus próprios genéricos antes mesmo do vencimento da patente de seus medicamentos de marca.

O segundo fator importante para a perspectiva de crescimento do mercado farmacêutico brasileiro é o próprio dinamismo do crescimento dos mercados emergentes, entre os quais, como foi demonstrado, inclui-se o brasileiro.

Quanto à dinâmica tecnológica, cabe ressaltar o potencial transformador inerente à convergência e integração entre plataformas tecnológicas ligadas à biologia molecular (genômica, proteômica etc.), à bioinformática, à nanobiotecnologia, às ciências de materiais e aos sistemas de informação de alto desempenho. A convergência entre essas diferentes plataformas é uma tendência global e deve servir de parâmetro para a promoção da mudança estrutural nos diversos segmentos da indústria de base química e biotecnológica no Brasil. As aplicações da biotecnologia na área da saúde envolvem, por exemplo, o uso da engenharia genética para a produção de biofármacos, de vacinas, e a terapia gênica e farmacogênica.

Espera-se que até 2015 a biotecnologia aplicada à área da saúde represente o surgimento de dez a 14 biofármacos por ano. Da mesma forma, a biotecnologia deverá estar presente em praticamente todos os novos medicamentos e terapias desenvolvidas. Dentre os avanços na referida área com elevada probabilidade de atingir estágio de comercialização até 2030, é possível citar (OECD, 2009: 195):

- a) Diversos produtos farmacêuticos e vacinas baseadas, em parte, em conhecimentos da biotecnologia que passarão a receber aprovação para comercialização anualmente. Uso extensivo da farmacogenética em testes clínicos e prescrições, associado a uma redução no percentual de pacientes elegíveis para tratamento a partir de determinadas terapias.
- b) Aumento na segurança e eficácia de tratamentos terapêuticos devido à crescente interação entre informações oriundas da farmacogenética, de registros médicos e de avaliação dos impactos de longo prazo na saúde.
- c) Avaliação extensiva de múltiplos fatores de risco genético para diversas enfermidades comuns (como artrite) que têm na predisposição genética uma causa importante.
- d) Sistemas de direcionamento de medicamentos (*drug delivery*) mais eficientes decorrentes da convergência entre a biotecnologia e a nanotecnologia.
- e) Novos alimentos funcionais, muitos dos quais produzidos a partir de microorganismos geneticamente modificados.

- f) Redução significativa nos custos de testes genéticos de fatores de risco para doenças crônicas como artrites, diabetes do tipo 2, doenças cardíacas e determinados tipos de câncer.
- g) Novas terapias regenerativas para tratamento do diabetes e substituição ou regeneração de tecidos danificados.

Os avanços decorrentes das novas plataformas tecnológicas no segmento de vacinas devem se refletir, entre outras tendências, na introdução de vacinas vivas e vacinas DNA; no desenvolvimento de novos adjuvantes em substituição ao hidróxido de alumínio; no esforço de introdução de novas vias de administração (intranasais, orais, sem agulha etc.); ou no desenvolvimento de vacinas personalizadas para grupos populacionais específicos. Já no campo dos biofármacos, as principais tendências residem no desenvolvimento de proteínas terapêuticas com amplo espectro de aplicação, bem como no desenvolvimento de novas proteínas terapêuticas para doenças do sistema metabólico, imunológico, neurológico e outras que ainda não contam com tratamento.

O Brasil já possui ampla gama de instituições, na sua maior parte institutos públicos de pesquisa, que contam com grupos consolidados de pesquisa na área da saúde e, particularmente, em áreas de fronteira da biotecnologia aplicada à saúde (como no caso de Bio-Manguinhos/Fiocruz). A importância dessa infraestrutura científica se revela também na participação crescente e relevante do Brasil na produção científica em termos de publicações internacionais. Entretanto, na medida em que se busca explorar as oportunidades para a inserção brasileira em nichos estratégicos da biotecnologia na área de saúde humana, torna-se necessário equacionar o descompasso verificado entre o grau de capacitação científica em diferentes áreas da biotecnologia e a atualmente limitada capacitação produtiva e inovativa na base produtiva da saúde.

No caso brasileiro, pode-se enfrentar o risco de que eventuais avanços na base científica e tecnológica no âmbito de institutos de pesquisa (principalmente públicos) não sejam devidamente acompanhados pela consolidação da base industrial devido à ausência de um arcabouço regulatório e de instrumentos de financiamento adequados.

De todo modo, é importante destacar a importância da ação reguladora do Estado para a superação desses gargalos e para o aproveitamento de novas janelas de oportunidade que permitam articular o desenvolvimento da indústria farmacêutica (e do CEIS de maneira geral) com a política de saúde e com a demanda de bem-estar social. Apesar das dificuldades de implementação e de coordenação das políticas, instrumentos e ações para a área farmacêutica, assiste-se, atualmente, a um movimento bastante promissor e único de convergência da política industrial e tecnológica com a política de saúde. Essa articulação é absolutamente vital para o sucesso das estratégias de desenvolvimento do setor e permite aliar a inovação com a demanda social.

SUBSISTEMA DE BASE MECÂNICA, ELETRÔNICA E DE MATERIAIS

A indústria brasileira de equipamentos e materiais médico-hospitares e odontológicos tem passado por significativa expansão, sobretudo a partir da segunda metade da década de 1990. Seu dinamismo recente pode ser constatado pelo crescimento de 37% no número de empresas da indústria de 1999 a 2009 e de 307% nas vendas nominais no mesmo período, o que, descontada a inflação, representa uma evolução real de 114,3% (IEMI, 2010). De acordo com a Associação Brasileira da Indústria de Artigos e Equipamentos Médicos, Odontológicos, Hospitalares e de Laboratórios (Abimo), a indústria respondeu em 2009 por um faturamento de cerca de US\$ 4,28 bilhões, exportações de US\$ 541 milhões e foi responsável pela geração de cerca de 105.000 empregos diretos e indiretos (ABIMO, 2010).

Entretanto, essa indústria apresenta estrutura bastante segmentada, com predominância de empresas de porte médio, com 62% do total da indústria, especializadas, em sua maioria, nos segmentos de baixa e média densidade tecnológica (ABIMO, 2010). Muitas delas têm formatos gerenciais inadequados para a competitividade, como estrutura familiar e baixo grau de profissionalização da gestão. Esses fatores explicam o afastamento da indústria da fronteira tecnológica no período recente, em termos dos grupos de produtos, a despeito do processo de expansão observado.

A fragilidade da base produtiva dessa indústria pode ser conferida por dois indicadores. A relação de gastos com atividades inovativas sobre vendas da indústria, que, embora acima da média nacional, se situa bem aquém do verificado em âmbito mundial, o que faz com que a indústria local não seja competitiva internacionalmente. E o déficit crescente da balança comercial da indústria, que sinaliza a dependência brasileira em importações de produtos de maior complexidade tecnológica.

O atual dinamismo econômico do país em função de suas taxas de crescimento, associado à ampliação de seu sistema nacional de saúde e da extensão da cobertura das redes de assistência, entre outros aspectos, pautam cenários oportunos para este mercado. Entretanto, a baixa densidade tecnológica e, em termos gerais, a fragilidade da base

produtiva brasileira podem obstaculizar o fortalecimento da indústria nacional, mesmo no cenário descrito.

Na realidade, o crescimento do mercado brasileiro de equipamentos médico-hospitalares associado à ampliação do sistema de saúde suplementar, à taxa de câmbio, à ampliação do crédito para aquisição de equipamentos e ao lançamento do PAC Saúde, entre outros aspectos, vem atraindo a atenção das grandes multinacionais da indústria. A Siemens foi a primeira a instalar uma fábrica de raios X no Brasil; a GE inaugurou em 2010 sua fábrica de aparelhos de raios X e mamografia em Contagem, Minas Gerais; e a Toshiba, por sua vez, ainda avalia o mercado (POLONI, 2010). Os investimentos externos na indústria apresentaram um crescimento de 435% de 2003 a 2006, tendo a indústria de equipamentos propriamente dita respondido por mais de 80% desses recursos, em detrimento da indústria de materiais. Países Baixos, Suíça, Espanha, Suécia e EUA responderam por 87% desses recursos (LEÃO et al., 2008).

Além de investimentos externos, a indústria vem sendo objeto de aquisições por parte das grandes multinacionais. Em 2006, a 3M adquiriu a divisão de segurança da POMP Produtos Hospitalares e Segurança do Trabalho Ltda, fornecedora de produtos para a proteção individual do trabalhador, o que reforça a posição da adquirente no mercado hospitalar nacional (GELLERMANN e LEONARDO, 2006). Em 2007, a Philips adquiriu a VMI, empresa que tinha forte presença no mercado de raios X e nos segmentos de cateterismos, mamografia e ultrassonografia (CECOTOSTI, 2007), e em 2008 adquiriu a Dixtal, o maior fabricante brasileiro de monitores de leitos de hospital e aparelhos médicos para respiração e anestesia (SOUZA, 2008). Em 2010, a empresa adquiriu a Tecso, empresa focada em *Radiology Information System*, visando a fortalecer sua posição competitiva na indústria (MARTINS, 2010). Também em 2010, a Philips adquiriu a Wheb Sistemas, empresa especializada em sistema de gestão hospitalar. Essas aquisições sinalizam o seu novo modelo de negócios no país, que deixa de se voltar exclusivamente para a comercialização de equipamentos e passa a visar à oferta de projetos integrados (SOUZA, 2010).

Outra tendência que tem promovido impactos nessa indústria é a crescente incorporação das tecnologias de informação e comunicação. Em busca de redução de custos, rapidez no atendimento e aumento da qualidade do diagnóstico, os grandes hospitais e instituições médicas têm investido em programas e sistemas de informação.

Ademais, nota-se que o contexto político favorável, investimentos externos diretos, aquisições e impacto das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) no sistema produtivo da saúde deverão promover impactos significativos no *modus operandi* da indústria nacional. O crescente interesse das multinacionais pelo mercado brasileiro, seja sob a forma de investimentos externos diretos, seja via aquisições de empresas locais, deverá se intensificar no futuro próximo. A busca por vantagens competitivas específicas — me-

lhor adaptação do produto à demanda local, melhor qualidade, custos mais baixos aos clientes, capacidade de atendimento às exigências dos consumidores, entre outros aspectos — de alguns *players* internacionais no mercado brasileiro, a exemplo da Siemens, GE e Philips, deverá induzir, no âmbito da mútua interdependência oligopolista, movimentos similares de outros competidores mundiais.

A crescente presença de multinacionais no mercado brasileiro e o enfoque das estratégias de comercialização das grandes empresas, seguramente, promoverão maior concentração, acirramento da concorrência e aumento das barreiras à entrada nos segmentos nos quais elas se instalarem, impedindo ou mesmo excluindo as empresas de menor porte que dispõem de menos recursos.

Outro aspecto a ser salientado sobre a indústria nacional diz respeito aos impactos na balança comercial. A presença física de empresas globais produzindo no país equipamentos similares nacionais não terá, de imediato, maiores impactos na balança comercial. De acordo com a legislação brasileira, a isenção de impostos beneficia apenas o equipamento que não tiver similar nacional, sendo este definido como o produto fabricado no país capaz de substituir os importados. Além disso, a existência de similares nacionais impede as importações de produtos remanufaturados para aquela modalidade.

A situação será muito diferente, porém, se essas empresas globais decidirem investir em plantas locais para a produção, por exemplo, de aparelhos de ressonância magnética ou tomografia computadorizada, conforme prevê a Philips. Nesse caso, a categoria de produto remanufaturado será extinta e o equipamento importado sofrerá tributação, beneficiando o fabricante local e promovendo impactos na balança comercial (MITO, 2008).

Em um cenário de médio prazo para o Brasil, avalia-se que as mudanças, sobretudo as de cunho tecnológico, se processem de modo incremental. A entrada de subsidiárias de grandes multinacionais na fabricação de produtos que não têm correspondente nacional significará um processo de substituição de importações e, concomitantemente, um adensamento do perfil tecnológico e industrial da indústria nacional, e não uma aproximação efetiva da fronteira tecnológica em termos mundiais.

A definição de prioridades do ponto de vista brasileiro que promova o reforço das vantagens competitivas das empresas nacionais e as conduza a patamares de maior densidade tecnológica em termos dos produtos oferecidos torna-se crucial. A despeito de se constituir em um oligopólio diferenciado, a indústria comporta, por sua característica de heterogeneidade tecnológica, diversos nichos competitivos que se configuram em oportunidades para empresas de diversas especialidades e porte (GUTIERREZ e ALEXANDRE, 2004). Assim, do ponto de vista da política de desenvolvimento industrial e de inovação, mostram-se factíveis a entrada de países menos desenvolvidos em certos nichos de mer-

cado e a concepção de estratégias empresariais e nacionais de desenvolvimento focalizadas em alguns segmentos, sejam máquinas, instrumentos ou bens de consumo de menor complexidade (GADELHA, 2007).

A parcela dinâmica da indústria, em termos das taxas de crescimento e da inovação, adesão às práticas regulatórias, atendimento da demanda interna, exportações sustentáveis e maior conteúdo tecnológico relativo, se situa nos segmentos de equipamentos médico-hospitalares, próteses e implantes e odontológico. Tais segmentos representam os nichos de mercado para um pleno desenvolvimento competitivo da indústria nacional. Impõe-se, entretanto, a definição e implementação de políticas públicas de promoção de estratégias de especialização em conjunção com o uso do poder de compra do Estado.

Em termos tecnológicos, os principais elementos no campo da saúde que terão influência no comportamento da indústria de equipamentos e materiais médico-hospitalares e odontológicos no Brasil a longo prazo referem-se a pressões por reduções de custos, medicina preventiva, telemedicina, atenção domiciliar e crescente incorporação de novas tecnologias (EXPORTMED BRAZIL, 2004; ABDI, 2009a).

Estima-se que os equipamentos médicos utilizados na atenção domiciliar representavam um mercado mundial de US\$ 41 bilhões em 2009; as projeções apontam para um crescimento anual deste segmento de 7% a.a., atingindo um patamar de US\$ 67 bilhões em 2016. Essa mudança na direção da atenção domiciliar forçará as empresas a buscarem alternativas que resultem em equipamentos dotados de portabilidade, conectividade e segurança para que possam ser operados por não especialistas. Monitores de glicose, dispositivos para aplicação de insulina, nebulizadores e concentradores de oxigênio são exemplos de equipamentos que se enquadram nessa categoria (PARTNERING NEWS, 2011).

Especificamente no campo das TIC aplicadas à saúde humana e que representarão oportunidades para a indústria de equipamentos e materiais médico-hospitalares e odontológicos, as principais tendências tecnológicas envolvem a informática em saúde, a biomédica e a engenharia biomédica.

Destaquem-se, ainda, a nanotecnologia e os novos materiais como as principais perspectivas para os próximos anos. Prevê-se que medicamentos nanotecnológicos atuarão como minúsculos dispositivos guiados para a liberação progressiva do fármaco a alvos específicos e com diminuição de efeitos indesejados por ele causados (POLLETO et al., 2008). Em termos de tecnologias de monitoração, por exemplo, o desenvolvimento de moléculas com capacidade de se reconhecerem mutuamente pode viabilizar novos sensores químicos e biossensores para uso em equipamentos como capnógrafos (para monitoramento do dióxido de carbono), oxímetros (para medição do nível de oxigênio no

sangue), detectores de nível de glicose e pressão sanguínea. A grande vantagem dessas tecnologias será a de disponibilizar a monitoração em tempo real de parâmetros biológicos e bioquímicos do paciente (ABDI, 2009a).

Outra área em que se preveem grandes desenvolvimentos é a de materiais e suas tecnologias de processamento que combinem características mecânicas, funcionais, biológicas, farmacêuticas ou mesmo terapêuticas dos materiais. Por exemplo, prevê-se o desenvolvimento de polímeros com memória para clínicas médicas — materiais se transformam em uma forma predeterminada quando ativados por luz, calor ou campo magnético e podem ser implantados e ativados em qualquer lugar no corpo humano. A primeira dessas tecnologias aparecerá na forma de autossuturas e aparelhos ortodônticos que se ajustam rapidamente. O desenvolvimento de pinos de titânio para osseointegração é outra área promissora. Inicialmente utilizada em implantes odontológicos, a técnica começou a ser usada em próteses faciais e há indicações de que o seu grande potencial de aplicação está na utilização de parafusos de titânio em próteses ortopédicas (MARTINS, 2008).

Ainda no âmbito das novas tecnologias crescentemente incorporadas em equipamentos médicos, saliente-se a automação. Cada vez mais os novos desenvolvimentos focalizam equipamentos projetados para operações automatizadas, complexas e de precisão. Esses equipamentos podem executar uma variedade de aplicações, incluindo a montagem de dispositivos médicos e de preparação de receitas, automação de laboratórios, maquinário de monitoração, manuseio de materiais, embalagem e montagem eletrônica (MEDICAL EQUIPMENT INDUSTRY, 2011).

Em um cenário de longo prazo (para o ano de 2030), desejável e viável, a expectativa é de que os investimentos na indústria promovam impactos mais profundos, comparativamente a um horizonte de médio prazo. Será observada ampliação de sua competitividade, com adensamento tecnológico dos produtos e processos e, concomitantemente, aumento do dispêndio em atividades inovativas em equipamentos e materiais estratégicos, com efeitos positivos em termos de sua participação no PIB, de ampliação do emprego e da renda, ampliação e diversificação das exportações e de redução do déficit comercial.

Tal cenário leva em conta a manutenção das taxas de crescimento do país, com a ampliação dos gastos públicos em saúde, a redução do “custo Brasil”, o aprofundamento de estratégias de desenvolvimento nacionais, o uso estratégico do poder de compra do Estado, o fortalecimento do Sistema Nacional de Inovação em Saúde e o aprimoramento do marco regulatório associando qualidade com inovação. Nesse contexto, destacam-se as seguintes tendências para a indústria de equipamentos e materiais médico-hospitalares e odontológicos:

- a) Consolidação do Brasil como principal polo da indústria de equipamentos e materiais na América Latina.
- b) Especialização competitiva de empresas brasileiras em determinados nichos de mercado (equipamentos médico-hospitalares, odontológico e implantes e próteses, por exemplo), apesar da crescente presença de empresas multinacionais na economia nacional.
- c) Aumento da participação de empresas nacionais em determinados nichos de mercado associado, quer com a progressiva consolidação patrimonial de empresas nacionais, quer com a adoção de novos modelos de gestão.
- d) Expansão da capacidade produtiva associada com aumento na escala de produção e diversificação em produtos de maior valor agregado.
- e) Ampliação e diversificação das exportações brasileiras.
- f) Redução no déficit na balança comercial do subsistema de base mecânica, eletrônica e de materiais.
- g) Mudança significativa no padrão de esforço inovativo da indústria de equipamentos e materiais nacional associada ao aumento nos dispêndios privados em pesquisa e desenvolvimento.
- h) Desenvolvimento tecnológico e industrial/capacitação inovativa de equipamentos e materiais prioritários no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
- i) Desenvolvimentos tecnológicos em: (i) tecnologias mais efetivas e rápidas; (ii) tecnologias que favoreçam o diagnóstico precoce; (iii) crescente incorporação das tecnologias de informação e comunicação (TICs) e desenvolvimento de equipamentos dotados de conectividade; (iv) equipamentos dotados de portabilidade, conectividade e segurança; (v) equipamentos menos invasivos e cuja tônica seja a convergência tecnológica.

No que se refere à identificação de equipamentos prioritários do ponto de vista de seu desenvolvimento nacional, destacam-se exemplos de equipamentos para os quais é preciso construir competências, quais sejam:¹

- a) *Chips* dedicados à indústria de equipamentos hospitalares, que podem ser utilizados em inúmeros equipamentos eletromédicos.
- b) Hemodialisadores: filtros utilizados em hemodiálise.
- c) Artigos e instrumentos cirúrgicos (instrumental) fabricados com plásticos de engenharia, e não pelo método tradicional de indústrias metalúrgicas.

1 A relação de equipamentos prioritários foi definida a partir de discussões realizadas com a Abimo.

- d) Equipamentos automatizados para diagnóstico.
- e) Imagens médicas: receptores, aparelhos de ultrassonografia, radiologia digital.
- f) Tecnologia de materiais.

Essa aposta leva em conta tanto o perfil tecnológico e industrial atual das empresas que compõem a indústria de equipamentos e materiais médico-hospitalares e odontológicos no Brasil como o caráter cumulativo do aprendizado, isto é, o aspecto *path dependent* das trajetórias tecnológicas. Leva também em consideração que as iniciativas governamentais de apoio ao seu desenvolvimento, desenhadas a partir de agora, gerarão frutos efetivos a longo prazo. É justamente a promoção da adoção de trajetórias tecnológicas cada vez mais densas por parte das empresas que as conduzirá à construção de vantagens competitivas em determinados nichos de mercado, em um futuro desejável a longo prazo.

A aposta em um cenário inercial e provável para 2030 tem como premissa principal um crescimento errático da indústria nacional de equipamentos e materiais médico-hospitalares e odontológicos, associado a um desempenho similar quer da economia internacional, quer da brasileira, com manutenção dos gastos públicos em saúde nos níveis atuais. Por outro lado, traz também a incerteza quanto à capacidade de articulação da política macroeconômica e industrial com os requerimentos críticos do Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS) e, particularmente, do segmento de base mecânica, eletrônica e de materiais. Nesse contexto, destacam-se as seguintes tendências para a indústria de equipamentos e materiais médico-hospitalares e odontológicos:

- Ampliação dos investimentos externos e concomitante entrada de novos *players* no mercado nacional significando acirramento da concorrência, aumento de barreiras à entrada e concentração industrial.
- Intensificação no processo de fusões e aquisições na indústria brasileira contrapondo grandes grupos globais com empresas nacionais.
- Especialização produtiva de empresas nacionais em produtos de menor intensidade tecnológica.
- Processo tímido de consolidação patrimonial e de novos modelos gerenciais de empresas nacionais estimulado pelo aumento das pressões competitivas do mercado.
- Manutenção do déficit na balança comercial em patamares elevados.
- Ampliação tímida na capacitação de empresas para a inovação incremental.
- Desenvolvimento tecnológico limitado de equipamentos e materiais prioritários no âmbito do SUS.

Em um cenário pessimista e plausível para 2030, ocorre uma total desarticulação entre as políticas macroeconômica; industrial; de ciência, tecnologia e informação e de saúde.

Na medida em que a evolução do segmento de base mecânica, eletrônica e de materiais do CEIS no Brasil passe a estar subordinada às estratégias de reestruturação da indústria internacional, é possível sintetizar as seguintes tendências para a indústria de equipamentos e materiais médico-hospitalares e odontológicos:

- Os investimentos externos e fusões e aquisições por parte das multinacionais se ampliam consideravelmente até 2030, levando a uma redução progressiva da participação de empresas brasileiras no mercado nacional.
- Agravamento do desequilíbrio estrutural da balança comercial.
- Manutenção do baixo envolvimento das empresas nacionais em atividades inovativas.
- Especialização produtiva de empresas nacionais em produtos de menor intensidade tecnológica.

SUBSISTEMA DE SERVIÇOS EM SAÚDE

A dinâmica entre os segmentos produtivos e os serviços relacionados à prestação de cuidados com a saúde implica uma relação sistêmica entre determinados setores industriais e serviços sociais, estabelecendo o que atualmente é conhecido como Complexo da Saúde ou Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS).

O segmento de serviços é aquele de maior peso econômico no CEIS. Sua importância é enfatizada tanto por seu papel no Sistema Nacional de Inovação em Saúde quanto por ser responsável pela demanda dos produtos dos demais segmentos do complexo produtivo da saúde e por parcela significativa de renda e emprego nacionais e do setor terciário especializado.

Assim, é da interação entre setores com objetivos às vezes não consonantes que têm surgido algumas soluções para atender aos desafios postos pela conjugação do novo perfil epidemiológico e da necessidade de redução dos crescentes custos com saúde.

O subsistema de serviços em saúde é aquele que dinamiza a relação entre os subsistemas diversos, estabelecendo o caráter sistêmico do CEIS, em especial por sua função de consumidor e demandante, muitas vezes influenciando a produção de equipamentos médico-hospitalares, produtos farmacêuticos, imunoderivados, soros e demais insumos.

Diferenciações na orientação dos serviços em saúde e na própria estrutura produtiva do CEIS normalmente levam a adaptações nos componentes dos sistemas nacionais de saúde, o que torna relevante adequar o arcabouço institucional e tratar de forma sistêmica os setores que compõem o complexo da saúde.

Note-se que não é trivial acomodar os interesses públicos e privados situados nessa agenda, não somente por sua importância social e econômica, como também por seu caráter estratégico, dado que os serviços em saúde articulam uma gama de tecnologias portadoras de futuro. A assimetria da força dos interesses sanitários e econômicos envolvidos tem sido responsável, no Brasil, pelo estabelecimento de uma relação hierárquica entre eles, favorável aos últimos. Assim, têm sido incorporadas tecnologias que, em sua maioria, não são as mais adequadas ao perfil epidemiológico brasileiro, considerado o modelo institucional do Sistema Único de Saúde (SUS).

A crescente incorporação tecnológica por parte dos sistemas de saúde tem ocasionado um aumento insustentável dos custos da prestação dos serviços, levando, no Brasil e no mundo, a tentativas sucessivas de reformar tais sistemas. Assim, reafirma-se o caráter estratégico da tecnologia no SUS, visto que a prestação de serviços em saúde é profundamente influenciada pela inovação e produção, como se observa pela crescente interdependência entre nanotecnologia, biotecnologia, genômica, medicina regenerativa e Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) e os formatos de prestação de serviços e organização dos sistemas de saúde.

A reestruturação dos sistemas de saúde tem sido potencializada pela incorporação do uso das TIC, apresentando resultados expressivos para a efetividade do sistema, sobretudo, no que tange ao acesso e à redução de custos. É o caso do recurso à telemedicina, a diagnósticos remotos e a cirurgias ambulatoriais, assim como de novos modelos de prestação de serviços, como os hospitais-dia e a assistência domiciliar.

Essa gama de atores e interesses envolvidos na prestação dos serviços em saúde torna relevante considerar o modelo de desenvolvimento que será implementado no país como instrumental para o detalhamento do cenário futuro de tais serviços. Deve-se considerar, ademais, o protagonismo da saúde nesse modelo e principalmente se o Sistema Nacional de Inovação se articulará ao modelo de Bem-Estar Social.

A aposta, de toda forma, é que, em busca de atender à orientação de integração da rede de saúde e de deslocamento da porta de entrada do sistema para a atenção primária, haverá, até 2030, uma profunda reformulação da infraestrutura física instalada e da distribuição e qualificação dos profissionais da saúde.

Observar-se-á relevante economia de escopo na atenção hospitalar fazendo com que os grandes hospitais se configurem como centros de excelência, o que contribuirá para o fortalecimento da sua atuação na formação de especialistas, na educação permanente e, possivelmente, no desenvolvimento de projetos de investigação clínica. Desse modo, no futuro, esses hospitais devem responder por parcela significativa dos recursos da prestação dos serviços e o ambiente hospitalar permanecerá como importante protagonista na geração de inovação.

Além disso, observar-se-á crescente papel do atendimento personalizado, domiciliar e/ou remoto, que potencializa a expansão do acesso aos serviços em saúde, sobretudo porque aproximadamente 60% das atividades relativas aos serviços de saúde envolvem trocas de informações passíveis de automação (GALLOUJ, 2002 apud BARBOSA, 2009).

Um estudo da IBM (2006) apontou que em 2015 os pacientes crônicos aumentarão seu protagonismo no controle de suas enfermidades, por meio da utilização de TIC, o que facilitará o controle dessas doenças de forma mais efetiva e com menos recursos. Entretanto,

to, tal protagonismo não beneficiará com a mesma intensidade pessoas e lugares mais pobres, que não dispõem de infraestrutura mínima para iniciar e/ou continuar o cuidado especializado fora do ambiente hospitalar ou análogo.

Em 2015, essa reformulação no modelo assistencial ainda estará restrita a grupos e regiões mais privilegiados; porém, em 2030 é provável que já esteja distribuída de forma mais equânime, chegando a áreas de difícil acesso, a depender, naturalmente, do modelo de desenvolvimento adotado no país nos próximos vinte anos.

Acredita-se, ademais, que diversos serviços, atualmente prestados dentro de unidades de saúde, estarão mais desconcentrados no território brasileiro, ocasionando a diminuição do custo relativo de sua prestação (o que não se traduz na diminuição dos custos totais com a prestação dos serviços em saúde).

Diante desse quadro, verificam-se as principais tendências no tocante aos serviços em saúde para o ano de 2030, conforme três cenários possíveis.

Em um cenário inercial, e mais provável, para o ano de 2030 seriam mantidas as políticas atuais que, embora reconheçam a importância do CEIS, não fortalecem a infraestrutura de ciência e tecnologia em saúde e não conseguem avançar substancialmente em uma atuação intersetorial. Além disso, a Saúde permaneceria sem apoio político suficiente para rever de forma significativa o montante e a composição do financiamento setorial. Neste cenário, a tendência é que o Sistema Nacional de Saúde permaneça pouco eficiente e que sua rede de prestação de serviços continue indesejavelmente fragmentada. E, apesar de se observar a reestruturação física do sistema de saúde e os avanços referentes aos novos formatos de prestação de cuidados, que possibilitariam atendimento mais individualizado, o modelo de atenção à saúde seria incapaz de corresponder à mudança do perfil epidemiológico (marcado por crescente participação das doenças crônicas, agravos decorrentes de estilo de vida e doenças não transmissíveis). Essa mudança de perfil justamente ressalta a necessidade de um modelo com maior ênfase na prevenção e com estruturação de redes integradas para dar conta de garantir a integralidade da atenção à saúde.

Vale enfatizar, ademais, que a reestruturação do sistema de saúde, de acordo com as mudanças sociodemográficas, pressuporia o adensamento tecnológico da infraestrutura hospitalar. Entretanto, um cenário inercial sugere que o movimento de concentração do segmento suplementar, aliado à municipalização dos hospitais públicos, não propiciaria uma economia de escala condizente com os custos desse adensamento, colocando em risco a integralidade da atenção. De acordo com Barbosa (2009), o adensamento do parque hospitalar nacional é um importante desafio nesse processo de reestruturação do sistema da saúde brasileiro.

No cenário inercial, continuaria a redução do número de operadoras de planos de saúde e, como consequência, hospitais e leitos, assim como serviços de diagnose privados, tenderiam a ser bastante reduzidos. Manter-se-ia, assim, a tendência à oligopolização e à verticalização desse mercado (envolvendo operadoras de planos, hospitais e serviços de diagnose) e associação do subsistema de serviços com a indústria de equipamentos e reagentes para diagnóstico (BARBOSA, 2009).

Note-se que a efetiva integração da rede em 2030 dependeria de maior protagonismo por parte do Estado, assim como do equilíbrio entre os interesses públicos e privados da saúde. Entretanto, no cenário inercial, manter-se-ia o caráter dual do sistema de saúde brasileiro, marcado por relevante expansão da saúde suplementar, que impacta, sobremaneira, as características gerais da atenção à saúde.

Em resumo, nesse cenário, o Sistema Nacional de Saúde seria inadequado para atender à crescente demanda por atenção a doenças crônicas e decorrentes do estilo de vida. Ademais, observar-se-ia um acirramento insustentável das pressões de custo da atenção; a desarticulação da infraestrutura instalada de saúde com as necessidades da população; a expansão do segmento privado da saúde de forma desarticulada com o público; e a manutenção da composição do financiamento incompatível com um modelo universal de saúde. Assim, apesar dos avanços que seriam observados neste cenário inercial, referentes à personalização do atendimento e à expansão do acesso, as melhorias não seriam sistêmicas e a atenção permaneceria fragmentada. Este cenário, diante da mudança esperada do perfil epidemiológico, tenderia a manter e acentuar a inadequação da prestação de serviços de saúde ao modelo institucional do SUS.

Há a hipótese também de que se observe, em 2030, um cenário regressivo (e não desejável), que refletiria uma reversão na institucionalização do caráter estratégico da Saúde nos próximos vinte anos. Nesse cenário, haveria diminuição da participação do orçamento público no total dos recursos da Saúde e a desindustrialização nacional, representando um empecilho mais determinante à universalização e integralização dos serviços em saúde, assim como um claro retrocesso no modelo de Bem-Estar social adotado na Constituição Federal de 1988. Vale enfatizar que a orientação macropolítica nacional e a institucionalização do SUS sugerem que esse cenário não deverá se concretizar.

Por fim, em um cenário de ruptura, e desejável, observar-se-ia maior aporte de recursos públicos para a Saúde, levando, entre outras coisas, ao aumento da capacidade do Estado para protagonizar a indução do equilíbrio entre os interesses públicos e privados do setor, que precisam ser articulados, permitindo a integração das redes de saúde até 2030.

Nesse cenário — de realização pouco provável, visto que demandaria reformas estruturais na sociedade brasileira — a reestruturação da rede de saúde se potencializaria por meio da introdução de novas tecnologias que permitiriam variações no formato da pres-

tação de cuidados. Tal reestruturação possibilitaria a multiplicação dos pontos de acesso de interação qualificada entre o sistema e o paciente, em especial nas regiões mais remotas, com consequências para a prestação dos serviços para a geração de inovação. Nesse cenário, diferentemente do que se daria no inercial, essa reestruturação ocorreria de forma coordenada e articulada entre os diversos níveis de atenção.

Além da expansão do acesso, essa alteração no formato de prestação de cuidados de saúde ocasionaria maior dinamização na geração de inovação no âmbito dos serviços médicos em ambientes outros que não essencialmente o hospitalar. A tendência em 2030 apontaria para um atendimento bem mais individualizado, a exemplo do que ocorreria no cenário inercial, com o diferencial de que o fluxo em direção aos centros de saúde e hospitais seria bem mais organizado, o que afetaria também o perfil da infraestrutura hospitalar.

Note-se que em um cenário de ruptura, em que se configuraria maior adensamento tecnológico na infraestrutura hospitalar, o planejamento da reestruturação do porte do hospital (que afetaria o número de leitos tanto *per capita* quanto por instituição) teria que considerar elementos outros além da necessária economia de escala. No Brasil, importa evitar que a concentração de leitos por hospital seja excessiva, o que dificultaria o acesso da população ao serviço (MCKEE e HEALLY, 2000).

Em resumo, nesse cenário o impacto da reestruturação do modelo de atenção potencializaria a integração das redes de serviços em saúde, a partir de integrações verticais e horizontais e de diferenciações internas, segundo tecnologias e demandas específicas, garantindo a efetividade e racionalidade da prestação dos cuidados (BARBOSA, 2009).

Vale ressaltar, entretanto, que para a efetiva integração dos serviços em saúde pressupõe-se também um debate sobre o papel que o sistema privado deve desempenhar e sobre a continuidade de subsídios públicos para este sistema, que beneficia parcela reduzida e privilegiada da população. O enfrentamento de tais questões representa alto custo político e, em decorrência, ainda não é realizado de forma sistemática.

Diante desse quadro, o principal desafio do segmento de serviços em saúde será o de protagonizar — dado que exerce função particular no Complexo, ao articular os demais segmentos e representar a função de consumidor de toda a produção industrial do CEIS — a orientação dessas inovações que só devem ser incorporadas quando atenderem aos preceitos e princípios do SUS.

A incorporação dessas tecnologias e as transformações que elas têm causado no âmbito dos sistemas de saúde precisam vir ao encontro da necessidade de expandir o acesso e reduzir os custos da atenção, com enfoque na prevenção e na integração da atenção. Somente assim em 2030 o Sistema Nacional de Inovação em Saúde poderá de fato se orientar essencialmente pelas necessidades coletivas de saúde.

INFRAESTRUTURA CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA PARA APOIO AO COMPLEXO ECONÔMICO-INDUSTRIAL DA SAÚDE

A infraestrutura científica e tecnológica é elemento fundamental para a inovação no Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS). No Brasil, essa infraestrutura é fraca, uma vez que não é demandada pelas empresas do Complexo, que quase não realizam Pesquisa e Desenvolvimento (P&D). Embora o investimento dos agentes produtivos do CEIS em P&D e a infraestrutura científica e tecnológica que o apoia venham progredindo, o avanço é lento, apontando, em um cenário inercial, para a ampliação da distância absoluta em relação aos países desenvolvidos e aos demais países emergentes até 2022-2030 no exercício da inovação.

A pesquisa científica vem avançando e, em 2022-2030, o Brasil poderá estar entre os dez países cientificamente mais desenvolvidos do mundo, desde que não ocorram limitações da sistemática de fomento à Ciência e Tecnologia (C&T) e que o ritmo atual de crescimento da produção científica brasileira seja mantido. No entanto, será necessário investir mais na capacitação e qualificação de novos pesquisadores, pois o ritmo de crescimento dessa atividade é insuficiente para a competição tanto com os países mais desenvolvidos quanto com aqueles em situação semelhante à do Brasil, mas que têm apresentado desempenho superior ao brasileiro, assim como para suprir as necessidades nacionais, que são enormes (GUIMARÃES, 2004).

Os resultados dessas pesquisas, entretanto, não se transformam em inovação, não beneficiando a saúde da população, em grande parte em função da falta de interesse do setor produtivo em investir em P&D.

Para enfrentar essa situação, e com a retomada da ideia de que é necessária uma política industrial no país, a política de C&T está mudando, encarando como desafios não apenas a manutenção do crescimento quantitativo e qualitativo da produção científica, mas também o aumento da taxa de incorporação do conhecimento científico e tecnológico a novos processos e produtos colocados à disposição da sociedade (GUIMARÃES, 2006). Nesse sentido, têm se estabelecido políticas, avanços no marco regulatório e disponibilização de financiamento para todas as etapas do processo de inovação.

As novas políticas estão perfeitamente articuladas em um corpo integrado que inclui a Política Industrial, Tecnológica e de Comércio Exterior, PITCE (BRASIL, 2003), a qual marca o relançamento da ideia de política industrial no Brasil; a Política de Desenvolvimento Produtivo, PDP (BRASIL, 2008), que a atualiza e aprofunda; e as políticas setoriais que atingem o CEIS, notadamente a Política Nacional de Biotecnologia (BRASIL, 2007), o Programa Mais Saúde 2008-2011 (MS, 2007) e o Plano de Ação 2007-2010 do Ministério da Ciência e Tecnologia (MCT, 2007). Todas elas buscam aumentar a competitividade das empresas brasileiras reforçando sua capacidade de inovação, elevando os gastos com P&D das empresas nacionais e a internalização de atividades de pesquisa de empresas estrangeiras, buscando sua maior integração com universidades e institutos de pesquisa e reforçando a infraestrutura de apoio científico e tecnológico às empresas. Em todas elas o Complexo Industrial da Saúde é priorizado, tanto por sua importância intrínseca quanto por seu potencial de alavancar conhecimentos e tecnologias estratégicas na matriz produtiva brasileira. Um ponto a se destacar é a integração e cooperação interinstitucional entre órgãos federais e entre estes e órgãos estaduais de fomento à ciência, tecnologia e inovação e com responsabilidades em políticas setoriais. Outro é a existência de comitês gestores para todas essas políticas e programas, reunindo os atores interessados, públicos e privados.

O marco regulatório também evoluiu muito nos últimos anos para acompanhar a política de inovação — com destaque para a Lei da Inovação (BRASIL, 2004) e a Lei do Bem (BRASIL, 2005). Trabalha-se, atualmente, na operacionalização do poder de compra do governo para alavancar o desenvolvimento tecnológico no setor.

Especificamente com relação ao segmento de base química e biotecnológica do Complexo, destaca-se a importância da Lei n. 9.787/99, que criou a categoria dos medicamentos genéricos — medicamentos comprovadamente equivalentes a um medicamento de referência (BRASIL, 1999). As empresas farmacêuticas nacionais lideraram a competição nesse mercado, do qual ganharam parcela significativa, gerando o caixa necessário para começarem a investir em P&D. A recente aprovação da regulamentação dos medicamentos biossimilares (ANVISA, 2010) abre para as empresas nacionais um campo de oportunidades semelhante, uma vez que importantes biofármacos que ganharam proteção patentária durante a década de 1980 estão ou estarão, em breve, desprotegidos. O lançamento de cópias desses produtos de alto valor agregado introduziria competição no mercado e permitiria a redução nos preços. Os estudos exigidos para a comparabilidade entre biossimilares e o produto de referência, de modo a evitar a aprovação de produtos sem suficiente prova de eficácia e segurança, são mais complexos do que no caso dos genéricos: os biofármacos são consideravelmente mais complexos do que as drogas farmacológicas, e a necessidade de dados clínicos e não clínicos adicionais pode elevar o gasto empresarial com P&D, repercutindo na infraestrutura científica e tecnológica.

No que diz respeito ao financiamento, os orçamentos para a inovação no setor Saúde cresceram muito nos últimos anos, com importante participação do Ministério da Saúde em sua provisão e direcionamento. Além disso, os instrumentos de financiamento passaram a se alinhar com as propostas da nova política, buscando a indução das atividades priorizadas na política e em estreita ligação com a política de saúde. Agências federais (CNPq, Finep e BNDES, principalmente) e fundações estaduais de amparo à pesquisa disponibilizam um amplo escopo de instrumentos, para cobrir toda a cadeia de inovação, incluindo financiamentos reembolsáveis, não reembolsáveis e capital de risco.

Destaca-se aqui o mecanismo do Fundo Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, FNDCT (MCT, 2008), mais diretamente relacionado ao financiamento da infraestrutura de apoio ao CEIS: os fundos setoriais. Os fundos setoriais são o principal instrumento do Governo Federal para implementar a política de C&T. Sua implementação, a partir de 1999, estabeleceu um novo padrão de financiamento do setor, garantindo estabilidade dos recursos para a área. Seus recursos vêm de um fundo, o FNDCT, formado por contribuições incidentes sobre o resultado da exploração de recursos naturais pertencentes à União, por parcelas do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) de alguns setores e pela arrecadação da Contribuição de Intervenção no Domínio Econômico (Cide) incidente sobre valores que remuneram o uso ou aquisição de conhecimentos tecnológicos/transfêrencia de tecnologia do exterior.

Os resultados alcançados, entretanto, ainda são modestos. O investimento em P&D por parte das empresas do setor tem crescido, mas muito pouco. O maior interesse no investimento em P&D fez com que algumas empresas começassem a procurar a universidade em busca de projetos, mas esse movimento causa certa frustração nas empresas quando verificam a falta de Boas Práticas de Laboratório (BPLs) no processo de desenvolvimento realizado, sendo especialmente crítica a falta de rastreabilidade dos projetos. Problemas com propriedade intelectual também são relatados.

Além disso, projetos inovadores encontram sérias barreiras à sua continuidade em direção a um produto pela falta de laboratórios credenciados para a realização dos ensaios pré-clínicos. Devido à falta de demanda, há muito poucas empresas prestando esse tipo de serviço no Brasil — diferentemente do que ocorre nos países desenvolvidos. Seria importante não só incentivar as empresas existentes a se consolidar e expandir suas atividades, como também subsidiar a criação de novas empresas voltadas para este fim. Pelo protagonismo do setor público nessa área, entretanto, seria desejável que institutos de pesquisa públicos, como Fiocruz e Butantan, e os novos Institutos Nacionais de Ciência e Tecnologia (INCTs) desenvolvessem as estruturas e competências para o desempenho dessa atividade.

O Relatório da Agência Brasileira de Desenvolvimento Industrial (ABDI, 2009b) sobre o Complexo Industrial da Saúde sugere que sejam montados institutos públicos voltados para a transformação da “tecnologia de bancada” em tecnologia industrial e sua transferência ao setor produtivo. É importante, entretanto, que esses institutos se organizem em rede, para que possam se especializar e ganhar escala. O Relatório da ABDI sugere que uma agência de P&D em saúde teria melhores condições de orquestrar todos os setores envolvidos.

Para gerar a demanda necessária à operação dos centros de pré-clínicos, entretanto, seria necessário abri-los ao mercado global de prestação de serviços na área, pois parece improvável que a demanda nacional, de empresas públicas e privadas, os sustente. Foi esse o caminho trilhado pelos centros de pesquisa do segmento de ensaios clínicos, com grande sucesso.

Entretanto, como as empresas brasileiras têm como estratégia principal de inovação o desenvolvimento de novas formulações ou combinações de moléculas já no mercado, baseando-se intensivamente em ensaios clínicos, seria necessário também desenvolver esse setor, consolidar a capacitação já existente (execução de ensaios fase III) e desenvolver novas (fase I, por exemplo). Vale lembrar que a competência existente foi desenvolvida com base no atendimento de demanda estrangeira, a qual poderia ser utilizada para alavancar o setor. A criação do sistema de revisão ética no país foi fundamental para esse movimento, mas este precisa ser consolidado e ter sua eficiência operacional trabalhada. Segundo participantes do segmento, se esse aspecto fosse bem equacionado, os centros brasileiros de pesquisa clínica seriam mais competitivos internacionalmente.

A cooperação universidade-indústria, por si só conflituosa, tanto em termos de tempo de maturação dos projetos como no modo de operação, é dificultada pelo modelo jurídico e de gestão das instituições públicas, que torna difícil a celebração de contratos e fazer com que recursos cheguem às equipes que executam os projetos. A solução das fundações de apoio atende apenas a uma parcela muito pequena das necessidades e é uma solução precária, que não dá segurança aos pesquisadores. Nesse sentido, no Relatório da ABDI (2009b) propõe-se não só um ajuste no modelo jurídico e de gestão de algumas dessas instituições, mas também que se desenvolva um modelo básico de contratualização que dê suporte às negociações.

Alguns gargalos regulatórios dificultam o exercício da P&D no Brasil: dificuldades com a importação de insumos e materiais para a pesquisa; retenção dos recursos humanos formados; regulação ética e sanitária. Sua minimização poderia permitir melhor desempenho na atividade e maior competitividade internacional (BAETAS et al., 2008).

Em um cenário inercial para 2022-2030, o investimento em P&D das empresas do CEIS continuaria a crescer lentamente, prevendo-se um cenário parecido com o atual: produção científica relativamente mais forte, porém insuficiente ainda para atender plenamente às necessidades do país; infraestrutura de desenvolvimento tecnológico mais completa, porém ainda insuficiente para ser considerada um incentivo ao desenvolvimento da P&D empresarial.

O cenário pessimista a ser considerado corresponderia a um retrocesso na direção política de incentivo à inovação e ao CEIS. É pouco provável, mas não impossível. Nesse caso, o investimento empresarial em P&D se manteria nos patamares atuais, assim como a infraestrutura de apoio. As perspectivas para o segmento em 2022-2030 seriam de um *gap* muito maior entre os países desenvolvidos e os demais países emergentes.

Mas sair da trajetória inercial em direção a um cenário desejável e viável pode requerer diferentes tipos de ação voltados para a transformação da infraestrutura científica e tecnológica em um fator de incentivo ao investimento da indústria em P&D.

Como a indústria não tem capacitação e infraestrutura em P&D, seu movimento de entrada na atividade passa pelo auxílio da universidade ou de empresas prestadoras de serviços de P&D no fornecimento de projetos, na assistência técnica, no uso de equipamentos e na prestação de serviços. Tornar essa infraestrutura uma facilidade que incentive as empresas a desenvolver projetos de novos produtos/processos requer:

- a) Dotar os institutos públicos da infraestrutura para atender à indústria e realizar parcerias público-privadas para a criação de empresas prestadoras de serviços de P&D e fornecedoras de insumos para P&D na composição dessa infraestrutura (laboratórios de ensaios pré-clínicos certificados em BPLs, suprimento de animais de qualidade, plantas piloto para escalonamento de produção, marco regulatório que permita a prestação de serviços e manutenção de pessoal qualificado).
- b) Tornar essas atividades competitivas internacionalmente para que atendam à demanda de empresas estrangeiras — que terceirizam crescentemente essas atividades —, uma vez que a demanda nacional não as sustentaria. Esta opção só seria possível, entretanto, com mudanças no ambiente regulatório e, principalmente, com uma transformação profunda na forma de encarar o setor de P&D de forma a que este passe a ser visto como um setor econômico em si, a atividade mais nobre do CEIS no sentido de promover o desenvolvimento. Entretanto, até agora não houve indícios de que isso vai acontecer.

Vale a pena ressaltar dois nichos de competências a serem explorados: a pesquisa translacional e os fitomedicamentos. A pesquisa translacional ou de tradução une diretamente cientistas e médicos que realizam pesquisa clínica, permitindo levar à pesquisa básica

informações sobre doenças e terapias observadas pelos médicos da pesquisa clínica, e vice-versa. Esse modelo, que se contrapõe àquele em que os projetos nascem nos laboratórios de biociências e têm a pesquisa clínica apenas como lócus de teste para os produtos gerados, é a base de novas tecnologias como células-tronco e outras, além de base para o desenvolvimento de uma classe de produtos — os biomarcadores — cada vez mais importantes no desenvolvimento de novos tratamentos. No caso brasileiro, esse modelo seria interessante também porque permite capturar resultados não previstos que algumas moléculas possam apresentar quando inseridas na prática clínica, constituindo oportunidades para que as empresas nacionais trabalhem com moléculas que já estão no mercado, em um processo de desenvolvimento de menor risco e custo. Assim, o Brasil poderia ter vantagens por sua capacitação em medicina e em pesquisa clínica.

No caso dos fitomedicamentos, as vantagens seriam a grande diversidade da flora brasileira e o grande número de grupos de pesquisa voltados para seu estudo, em um segmento com grande potencial de mercado no mundo e que pode contribuir para ampliar o acesso da população aos medicamentos, se forem obtidos a um custo menor de P&D e disponibilizados a um preço também menor. A pesquisa com plantas medicinais esbarra, porém, na regulamentação do acesso aos recursos naturais; o fato de a concessão de uma licença para a pesquisa de uma planta demorar dois anos constitui um sério gargalo para o segmento.

Visto que a inovação é sistêmica, medidas terão maior impacto quanto maior abrangência tiverem sobre o sistema de inovação, como tem sido o caso da entrada da China no segmento da medicina regenerativa.

Outras medidas, de caráter operacional, podem ser consideradas, já que removem obstáculos à condução da P&D e na relação universidade-empresa, ainda que não mudem a organização atual do sistema: a importação de insumos; a retenção dos recursos humanos formados; a regulamentação ética e sanitária (BAETAS, 2008).

As mencionadas medidas, voltadas para a redução dos obstáculos à relação universidade-empresa, passariam por aspectos como: qualidade da pesquisa, confidencialidade das informações e discussões sobre propriedade intelectual; mudanças na forma jurídica e na gestão das universidades e institutos de pesquisa para facilitar a cooperação; definição de modelo básico de contratualização que dê suporte às negociações; promoção do entendimento das expectativas e necessidades das partes envolvidas; criação de estruturas intermediárias para transferência das tecnologias da bancada para o setor industrial (ABDI, 2009b).

Para o investimento das empresas em P&D de forma mais sistemática, lembramos que a indústria reclama o aprofundamento da Lei de Inovação e maior agilidade no sistema de patentes.



CENÁRIOS PROSPECTIVOS

I

Cenários Macroeconômicos no Horizonte 2022-2030

É possível conhecer o futuro?

As pitonisas do Oráculo de Delfos diriam que sim. E não apenas elas, mas todos os que reclamam para si os poderes da arte divinatória — das cartas de tarô aos búzios; da mitologia escandinava, em que Odin leva a cabeça do deus Mimir para Asgard nela consultar o futuro, ao I Ching, que na dinastia Shang foi usado para a adivinhação. Tudo isso revela a complexa relação que o homem mantém com seu destino.

Mais precisamente: é possível prever o cenário em que estará vivendo a economia brasileira em um horizonte de vinte anos?

Embora as duas perguntas se pareçam, há uma sutileza que as distingue. Se a primeira está contida naquilo que podemos considerar como o domínio dos deuses ou da sorte e pode ser visto como a monótona repetição dos ciclos da natureza ou o resultado de fenômenos que fogem ao controle dos homens, a segunda merece uma reflexão mais rigorosa.

Com o presente texto, não se pretende responder a essa pergunta. Ele é uma versão introdutória a um estudo que visa a desenhar os cenários macroeconômicos possíveis em um horizonte de vinte anos. Integra um trabalho mais amplo, destinado à discussão das condições que o sistema de saúde brasileiro viverá na quarta década do século XXI. E propõe uma moldura descritiva do desempenho das variáveis macroeconômicas, de modo a permitir a visualização das alternativas que estarão colocadas para o sistema nacional de saúde, em termos de limites e possibilidades, e que condicionarão tanto seu desenvolvimento quanto a elaboração de políticas públicas para o setor.

Cenário Macroeconômico Atual: breve descrição

A história econômica brasileira do século XX reúne diversos exemplos de como a condução da política macroeconômica pode condicionar a trajetória de desenvolvimento, bem como as flutuações do produto, da renda e dos preços. Por isso, uma breve descrição do cenário macroeconômico vigente no país nos dias de hoje torna-se necessária: ela constitui o ponto de partida para o desenho dos cenários futuros.

Para dar conta dessa descrição e ainda que de modo extremamente simplificado, a evolução da economia brasileira será dividida em dois períodos: o que vai de 1930 a 1980, de acelerado crescimento; o que transcorre entre 1980 e 2009, de lento crescimento (ou mesmo semiestagnação).

Cinquenta anos de intenso crescimento econômico

A economia brasileira percorreu, no meio século compreendido entre 1930 e 1980, uma trajetória de crescimento econômico singular no conjunto dos países da periferia do capitalismo mundial. Ao fim desse longo período, a renda por habitante havia aumentado cerca de sete vezes em relação ao nível prevalecente em 1930.

Evidentemente, tal trajetória não se deu de maneira linear; também aqui de modo simplificado, três grandes etapas podem ser identificadas:

- Os anos que transcorrem entre 1930 e 1950 representaram a fase inicial da criação das forças produtivas especificamente capitalistas e da constituição do modo de produção especificamente capitalista no país; é um período de “industrialização restringida”, pois os segmentos que compõem o setor de bens de capital ainda não se faziam presentes. Corresponde, na linguagem convencional, a uma etapa de transição entre um modelo “primário-exportador” e outro, cujo centro dinâmico passou a ser a indústria.

- A segunda etapa, de 1950 a 1963, se caracterizou pela implantação da indústria de bens de consumo duráveis e de bens de capital a ela acoplados, sob liderança das grandes corporações multinacionais e forte presença do Estado na produção de insumos básicos e no planejamento econômico.
- A terceira etapa, inscrita entre 1964 e 1980, foi marcada pelo chamado “milagre econômico”¹ e pela implantação de importantes setores industriais e de insumos básicos, com a execução do Segundo Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND).

Para além das altas taxas de crescimento desses cinquenta anos, há importantes diferenças, no que tange à política macroeconômica, entre os processos de desenvolvimento verificados na segunda e na terceira etapas. *Grosso modo*, pode-se dizer que o início da década de 1960 marcou o esgotamento de um processo de crescimento econômico, no qual não foi necessária a ação de instrumentos efetivos de gestão macroeconômica. Até então, a única política macroeconômica efetivamente mobilizada em prol do desenvolvimento havia sido a cambial; outras políticas, como a monetária e a fiscal, desempenhavam papel praticamente irrelevante. Isso era reflexo, fundamentalmente, do atraso do capitalismo brasileiro, do qual estavam ausentes algumas instituições-chave, como banco central e mercados de capitais efetivamente constituídos, bem como da fragilidade fiscal do Estado brasileiro, manifesta nos impostos de má qualidade e em uma carga tributária baixíssima, *vis-à-vis* as necessidades existentes; tais características eram uma herança do modelo anterior, usualmente chamado “primário-exportador”. As resultantes macroeconômicas desse modelo de crescimento foram os fortes desequilíbrios associados a problemas inflacionários e de balanço de pagamentos, característicos do final dos anos 1950.

Já a terceira etapa se deu, em contrapartida, sob a égide de profundas reformas macro e microeconômicas levadas a termo nos primeiros anos do regime militar instaurado em 1964, na esteira do Plano de Ação Econômica do Governo (Paeg), implementado no período 1964-1966. As reformas financeira, fiscal e tributária, entre outras, concretizadas em tão curto espaço de tempo graças ao contexto autoritário então vigente, dotaram o Estado brasileiro de um vasto e até então inédito instrumental de gestão macroeconômica, que foi mobilizado para promover o crescimento acelerado.

O esgotamento desse modelo se deu em função das sucessivas crises internacionais (choques do petróleo e dos juros norte-americanos) que, ao final da década de 1970, solaparam a economia brasileira — dada sua exposição excessiva ao endividamento externo, aprofundada no governo Geisel, no âmbito do II PND — e afastaram da rota da periferia o investimento das corporações multinacionais, que exerciam a liderança dinâmica na

1 Em 1973, registrou-se a mais alta taxa de variação real do PIB brasileiro, 13,9%, e a média de crescimento anual, entre 1967 e 1973, foi da ordem de 10%.

estrutura produtiva do país. Essas são as raízes da severa crise por que passaria o país em sua década perdida, na qual ocorreram duas moratórias, estagnação econômica e um processo de alta inflação crônica.

Não se pode deixar de formular, nesta altura, a seguinte conjectura: das três etapas consideradas, e descartando-se a primeira (1930-1950), identificada como de transição para o desenvolvimento do capitalismo industrial no Brasil, em uma delas, qual seja, 1950-1963, prevaleceu uma estratégia de desenvolvimento baseada em crescimento acelerado e transformação da estrutura produtiva, sem gestão macroeconômica, mas com democracia política; na outra, entre 1964 e 1980, a estratégia anterior aprofundou-se com a criação dos instrumentos de política macroeconômica, porém num contexto autoritário.

Três décadas de lento crescimento: 1980-2009

Finda essa longa trajetória de crescimento, inicia-se uma fase que, em oposição à anterior, correspondeu a trinta anos de lento crescimento (ou mesmo, em alguns momentos, de semiestagnação). Para fins de análise, serão considerados, nessa trajetória recente, dois subperíodos:

- 1980-1994, marcado pela transição democrática e pela estagnação econômica associada à crise do modelo anterior;
- pós-1994, caracterizado pela implementação de novo regime macroeconômico e por baixo crescimento econômico.

Em mais detalhes, o primeiro período caracterizou-se pela recondução, lenta e gradual, do Brasil à democracia e por graves desequilíbrios macroeconômicos — como elevada aceleração inflacionária e crescente fragilização do Estado brasileiro, do ponto de vista externo (endividamento) e interno (fiscal e financeiro) — decorrentes do esgotamento do modelo anterior.

O segundo período — cujo marco zero é a implementação do Plano Real, em 1994, quando já havia sido concluída a bem-sucedida recondução política do país para a democracia — caracteriza-se pela ampliação do alcance dos instrumentos de política macroeconômica, permitida pelas condições de “normalidade”, decorrentes do sucesso da estratégia de estabilização de preços. Desde então, esse instrumental passa a ser mobilizado na busca quase exclusiva pela estabilidade de preços, identificada como condição primordial para o desenvolvimento.

A estabilização dos preços pós-1994, contudo, embora importante, não foi suficiente para devolver ao país o ritmo de crescimento característico do período 1950-1980. Em mais

detalhes, pode-se constatar que o período 1950-1980 caracterizou-se por um crescimento médio da ordem de 7,4% a.a., enquanto no período 1981-2009 a taxa média de crescimento do Produto Interno Bruto (PIB) atinge somente pouco mais de um terço desse valor (2,4% a.a.). Mesmo considerando-se o subperíodo 2004-2009, a taxa média de crescimento econômico (4,0% a.a.) ainda é baixa para um país que aspira a atingir a condição de nação desenvolvida.

Essas constatações expressam um fato fundamental por suas implicações quanto aos limites da atual política econômica: a economia brasileira evoluiu sob um regime de alto crescimento entre 1950 e 1980, abrangendo os períodos do Plano de Metas (1951-1961), do “milagre econômico” (1967-1973) e do II PND (1975-1979), e a partir dos anos 1980 desviou-se dessa trajetória de expansão acelerada, passando a operar sob um regime de baixo crescimento, mesmo após controlar a inflação.

Embora as causas para o ingresso nessa trajetória de baixo crescimento não possam ser atribuídas apenas ao atual modelo econômico, não há como escapar à conclusão de que este vem se mostrando incapaz de elevar a taxa média de crescimento da economia brasileira. Em outros termos, apesar de determinadas restrições estruturais terem sido equacionadas e superadas no período pós-estabilização de preços, a economia brasileira atual mostra-se ainda incapaz de gerar elevadas e sustentadas taxas de crescimento econômico, condição necessária para a promoção do desenvolvimento.

A Política Econômica e o Debate Atual

O regime da política econômica atualmente vigente no Brasil alicerça-se em três pressupostos básicos:

- regime de metas de inflação (RMI);
- sistema de câmbio flutuante;
- política fiscal baseada na obtenção de metas de superávit primário.

Esse regime, que vigora desde o ano de 1999, distingue-se pela proeminência concedida à estabilidade de preços. Consequentemente, a obtenção de elevadas taxas de crescimento econômico e de expansão do emprego tem sido relegada a segundo plano, uma vez que não integra os objetivos explícitos da política monetária. Sempre que há conflito entre o controle da inflação e o crescimento econômico, opta-se pela estabilidade de preços em detrimento do crescimento, sob a alegação, jamais confirmada, de que o produto potencial ou de longo prazo não será comprometido por essa decisão. Em oposição a essa crença, avança-se aqui a hipótese de que o atual regime de política econômica

constitui um entrave ao desenvolvimento socioeconômico do país. As principais características e implicações desse regime para a economia brasileira devem, portanto, ser discutidas, uma vez que se constituem em ponto essencial para o desenho dos cenários futuros.

Uma ideia-chave, implícita no regime de política econômica vigente, é que, uma vez alcançada a estabilidade de preços, o crescimento econômico sustentado será necessariamente sua resultante macroeconômica. Pressupõe-se que políticas monetárias restritivas, com taxas elevadas de juros, teriam efeitos reais significativos apenas em curto prazo, não afetando a trajetória de crescimento em longo prazo do produto potencial. Os proponentes da atual política econômica justificam a ênfase concedida à estabilidade de preços com base em um suposto consenso, contrário ao uso discricionário dos instrumentos de política econômica — particularmente a política monetária — com o intuito de reduzir o desemprego, como propõe a tradição macroeconômica keynesiana.

De fato, é amplamente difundida a crença de que reduzidos níveis de inflação são precondição para a sustentabilidade do crescimento econômico. De acordo com essa crença, a estabilidade de preços é promotora do bem-estar social e deve, por isso, ser perseguida. No caso brasileiro, o fato de o país ter experimentado um longo período de alta inflação crônica contribui para a aceitação, quase que incondicional, dessa concepção por boa parte da academia, dos formadores de opinião e do público em geral. Em consequência, pouca atenção tem sido dada aos custos derivados da manutenção da estabilidade de preços decorrentes de uma política monetária conservadora. São, no entanto, exatamente as consequências dessa política que devem ser discutidas.

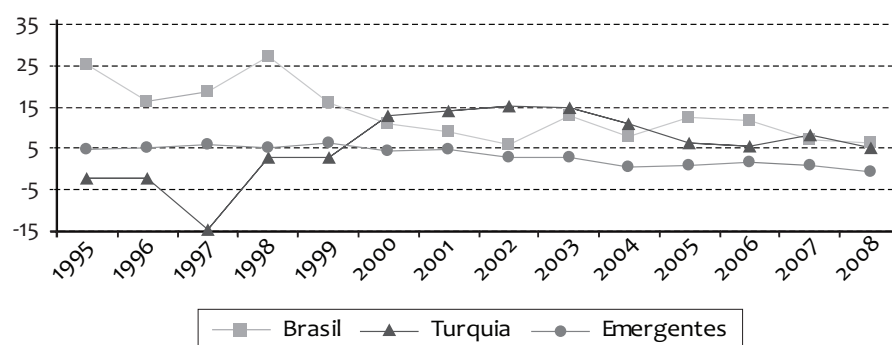
De fato, a política monetária tem se caracterizado por um excesso de rigidez. No Gráfico 1, encontram-se as taxas básicas de juros reais observadas no país, nas economias emergentes e na Turquia, que disputa com o Brasil o primeiro lugar no *ranking* das maiores taxas de juros. No período de 1995 a 2008, a taxa de juros real no Brasil foi, sistemática e consideravelmente, superior à prevalecente nos países emergentes (incluindo o Brasil). À exceção do verificado anos de 2001 e 2002, os juros no país foram absurdamente maiores do que os registrados no grupo dos emergentes. Entre os anos de 1995 e 2008, a taxa de juros média no Brasil foi bastante superior à taxa média da Turquia.

Considerando suas consequências negativas, pode-se afirmar que a rigidez monetária é uma das razões — ainda que não a única — para o fraco desempenho da economia brasileira entre 1995 e 2008. O PIB real cresceu abaixo de 6% em todos esses anos, ficando acima de 5% em apenas três ocasiões: 2004, 2007 e 2008. Tal resultado revela-se ainda pior quando comparado com o dos demais países emergentes, que têm crescido a taxas superiores e de forma sustentável (Gráfico 2).

A taxa de câmbio, por sua vez, também tende a se reduzir, em resposta a um aumento na taxa Selic (Sistema Especial de Liquidação e de Custódia). O elevado diferencial entre a taxa de juros doméstica e a praticada no exterior contribui para o expressivo processo de valorização do real, verificado a partir de 2003. Assim, o real é uma das moedas que mais se valorizaram recentemente: no ano de 2008, a taxa de câmbio média aproximou-se do valor verificado em 1999 (Gráfico 3).

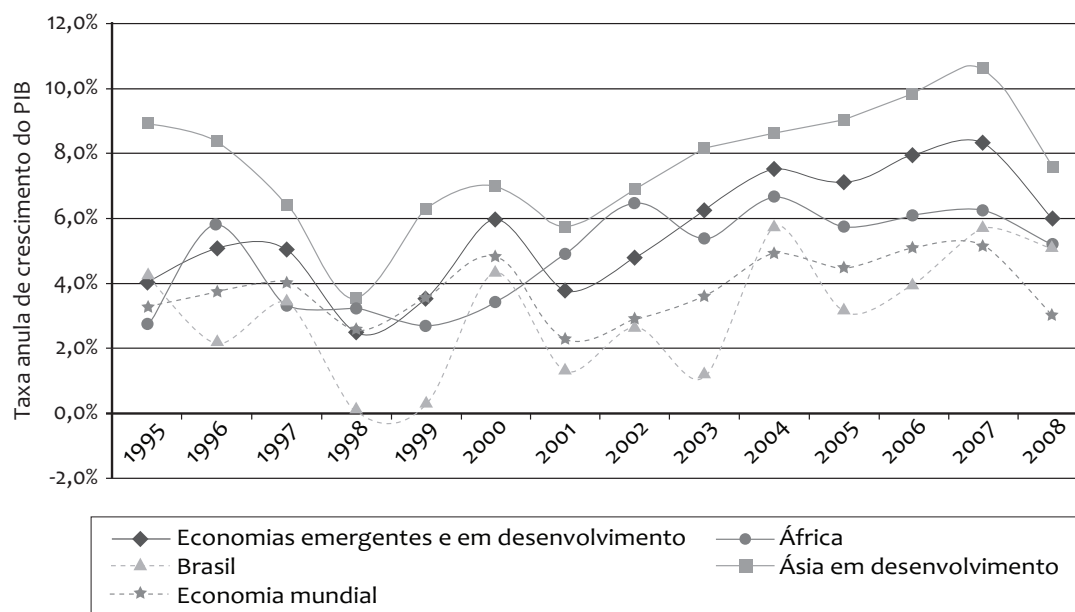
Essa valorização cambial é temerária por desestimular exportações e estimular importações — o que, de um lado, contribui para limitar o crescimento do PIB e, de outro, torna o financiamento do balanço de pagamentos dependente da entrada de capitais, sempre em curto prazo, de caráter especulativo e essencialmente voláteis.

Gráfico 1 — Taxa básica de juros real (% a.a.). Brasil, Turquia e países emergentes, 1995-2008



Fonte: World Economic Outlook e International Financial Statistics.

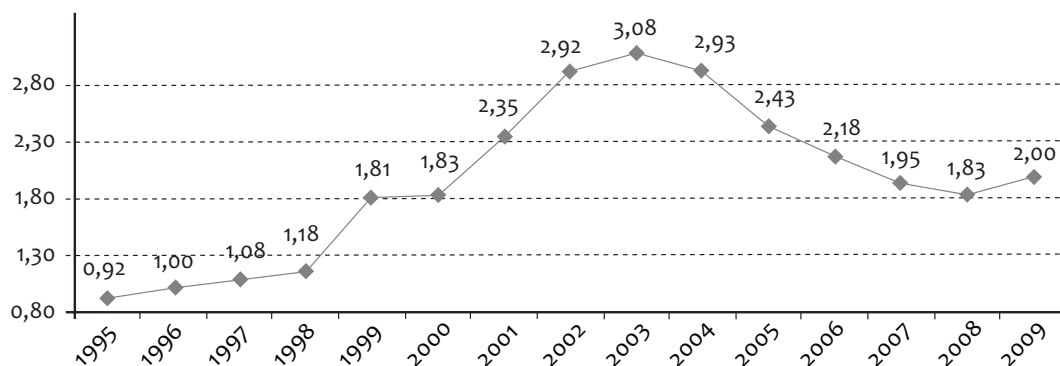
Gráfico 2 — Taxas comparadas de crescimento econômico, 1995-2008



Nota: Séries suavizadas.

Fonte: World Economic Outlook — FMI (2009).

Gráfico 3 — Taxa de câmbio média. Brasil, 1995-2009



Fonte: Banco Central do Brasil.

Finalmente, a evolução das contas públicas tem sido fortemente influenciada pela política monetária. É inequívoco o impacto negativo da política monetária sobre as contas públicas: a despeito da obtenção de superávits primários robustos, da ordem de 4,0% do

PIB em média, verificaram-se déficits nominais entre 1,5% e 5,8% do PIB, entre os anos de 1999 e 2009. Ou seja, a despesa com o pagamento de juros da dívida pública foi, sistemática e consideravelmente, superior aos superávits verificados nas contas primárias do setor público. É nesse sentido que tem ocorrido uma dominância monetária: a política monetária tem impactado fortemente e de maneira negativa as contas públicas.

A dominância monetária é exacerbada por uma peculiaridade da dívida pública brasileira: a existência de títulos indexados à taxa básica de juros. As Letras Financeiras do Tesouro Nacional (LFT) são títulos pós-fixados que evoluem de acordo com a Selic. Como as LFT constituem parcela relevante do estoque da dívida pública mobiliária federal interna — até ultrapassando a metade do total, como, por exemplo, em dezembro de 2005, quando alcançou 52,0% —, a manutenção da Selic em níveis muitos elevados resulta em um custo financeiro igualmente alto: a despesa com o pagamento de juros da dívida pública foi, em média, superior a 7% do PIB, no período de 1995 a 2008, tendo alcançado o pico de 9,4%, em 2003 (Tabela 1).

Os desdobramentos desse regime macroeconômico para o dinamismo da economia brasileira podem ser apreendidos, para o período 1995-2008, pelo baixo desempenho relativo da economia brasileira *vis-à-vis* a economia mundial. Ilustrativamente, as taxas de crescimento do país superaram a mundial somente em 2004 e 2008. Além disso, quando comparada com a africana, por exemplo, a economia brasileira também apresentou baixo desempenho econômico, superando o crescimento desse grupo de países apenas no ano de 2000. O cenário torna-se mais grave quando o Brasil é comparado com o conjunto das economias em desenvolvimento e, em especial, com a Ásia em desenvolvimento: ao longo de todo o período, o país cresceu a taxas sistematicamente menores que aquelas verificadas para os dois conjuntos de economias. Do exposto, não há como recusar a afirmativa anterior quanto ao papel desempenhado pelo atual regime de política econômica: ele é um dos principais fatores do fraco desempenho macroeconômico apresentado pelo país.

Tabela 1 — Indicadores selecionados das contas públicas (% do PIB). Brasil, 1995-2008

Ano	Superávit primário	Despesa de juros	Déficit nominal
1995	-0,3	6,8	6,5
1996	-0,1	5,7	5,8
1997	-0,9	5,0	5,9
1998	0,0	7,5	7,5
1999	3,3	9,1	5,8
2000	3,5	7,1	3,6
2001	3,7	7,2	3,5

Tabela 1 — Indicadores selecionados das contas públicas (% do PIB). Brasil, 1995-2008 (cont.)

Ano	Superávit primário	Despesa de juros	Déficit nominal
2002	4,0	8,3	4,3
2003	4,3	9,4	5,1
2004	4,2	6,6	2,4
2005	4,4	7,3	3,0
2006	3,9	6,9	3,0
2007	4,0	6,2	2,2
2008	4,1	5,6	1,5

Fonte: Banco Central do Brasil.

Cabe, no entanto, um reparo: para um observador atento, houve nuances na condução da política econômica, que permitem identificar novos elementos na gestão macroeconômica, em particular após o espocar da grande crise econômica internacional cujos efeitos se fizeram sentir de maneira mais aguda em 2008. A observação desses elementos está a sugerir o fato de que uma tentativa de reorientação do regime, em moldes mais compatíveis com uma perspectiva de crescimento econômico e promoção do emprego, está em curso. O exemplo mais claro foi o uso da política fiscal — tanto pela manutenção e ampliação dos níveis de gasto público quanto pela utilização de incentivos tributários na produção e consumo de bens de consumo duráveis — como ferramenta anticíclica para atenuar os efeitos da crise. Vale também destacar que, ainda no governo anterior, tentou-se (com pouco êxito) impor algum controle à saída de capitais mediante a majoração da alíquota do Imposto sobre Operações Financeiras (IOF), com o objetivo de se reduzir a volatilidade cambial.

Já no atual governo, há pelo menos três novos aspectos que confirmam a ideia de que está em curso uma inflexão na política macroeconômica, em particular em relação à política monetária implementada pelo Banco Central: melhor coordenação entre as autoridades monetárias e outros ministérios econômicos, especialmente o Ministério da Fazenda; o uso de outros mecanismos de controle monetário, como as chamadas “medidas macroprudenciais”, concernentes ao controle do crédito e do compulsório bancário; e o fato, evidenciado nas últimas decisões e nas atas das reuniões do Comitê de Política Monetária (Compom), de que objetivos vinculados à economia real, como sustentação dos níveis de produto e emprego, vêm sendo levados em conta, paralelamente ao controle da inflação.

Sem embargo, é preciso ter claro que uma readequação nos rumos da política macroeconômica deve necessariamente ser pactuada e implementada de maneira gradual, além de permanentemente discutida pela sociedade, que não aceitará aventuras que ponham em risco a estabilidade de preços, considerada uma das mais relevantes conquistas recentes da sociedade brasileira.

É inegável que o Plano Real, lançado em 1994, foi bem-sucedido no combate ao regime de inflação alta e crônica. Falta, porém, uma etapa do processo de estabilização, que incorpore uma flexibilização *responsável* da política monetária, que não ameace a estabilidade de preços e que se valha de instrumentos auxiliares de controle da inflação. Poderemos, assim, caminhar para patamares de taxa básica de juros mais próximos aos verificados no resto do mundo — sem o que a economia brasileira continuará a depender de ventos internacionais favoráveis para aliviar sua restrição externa.

É fundamental, portanto, que se aprofundem a reflexão e o debate em torno de uma agenda de pesquisa que dê subsídios à definição de um regime macroeconômico comprometido com mudanças estruturais. Esse regime deve contemplar uma efetiva coordenação entre as políticas monetária, financeira, cambial e fiscal, e fazer parte de uma estratégia de desenvolvimento que priorize o pleno emprego e a obtenção de elevadas taxas de crescimento, consistentes com a robustez do balanço de pagamentos e com a estabilidade de preços.

Estudos Prospectivos

Estudos prospectivos voltados para a construção de cenários têm sido uma ferramenta largamente utilizada para o planejamento estratégico, tanto por empresas quanto por governos, na tentativa de prever riscos e dotar o processo decisório de bases conceituais mais sólidas.

As condições em que o mundo emergiu da Segunda Guerra Mundial, com a derrota do nazifascismo e o papel desempenhado pela União Soviética, levaram vários países capitalistas do Ocidente a adotar modelos de planejamento (global ou setorial), o mais conspícuo exemplo sendo o da França. Ao mesmo tempo, nos Estados Unidos, a Rand Corporation desenvolveu, desde então, técnicas para aplicação desse instrumento em empresas, elaborando a primeira metodologia de construção de cenários.

Foi, no entanto, em 1967, com a publicação de **The year 2000**, de Hermann Kahn² e Anthony J. Wiener, que os estudos prospectivos ganharam notoriedade, ainda que associados à ideia de futurologia. Em seu livro, Kahn e Wiener fazem previsões de como seria o mundo na virada para o século XXI.³ Alguns exemplos das estimativas ali apresentadas

2 Kahn trabalhou, após a Segunda Guerra Mundial, na Rand Corporation, de onde saiu em 1961 para fundar o Hudson Institute, que dirigiu até sua morte, em 1983.

3 A edição brasileira foi prefaciada por Roberto Campos, que afirmou ter ficado deprimido com as previsões ali apresentadas. KAHN, H e WIENER, A. J. **O ano 2000: uma estrutura para especulação sobre os próximos trinta e três anos**. São Paulo: Melhoramentos/USP, 1968.

são significativos: em dólares de 1965, os Estados Unidos deveriam ter chegado ao ano 2000 com um Produto Nacional Bruto (PNB) *per capita* variando entre US\$ 4.760 e US\$ 12.420; e o PNB *per capita* do Brasil deveria estar situado entre US\$ 117 e US\$ 950, dependendo, em cada caso, da taxa de crescimento econômico. Para os leitores brasileiros, o ponto mais crítico dessas previsões era a afirmação de que o Brasil levaria 130 anos para atingir o patamar de PNB *per capita* da população norte-americana.⁴

O exemplo é curioso porque essas previsões foram feitas em período anterior à década de 1970, quando se sucederam os choques do petróleo, a crise monetária internacional e a ruptura do sistema de Bretton Woods — e também anterior à imensa turbulência que o sistema mundial enfrentou nos anos 80 e 90 do século passado. Pois bem: mesmo assim, o PIB *per capita* do Brasil, em 2001, era de US\$ 3.186,10 (em dólares correntes) e atingiu a marca de US\$ 10.813,98 em 2010. Também os Estados Unidos chegaram à virada do século com um PNB *per capita* da ordem de US\$ 34.000.⁵

Vale lembrar ainda que, pouco depois, em 1972, foi divulgado pelo Clube de Roma o estudo intitulado **Os limites do crescimento**, que apresentava cenários para a economia mundial e o meio ambiente, concluindo que o planeta não suportaria a pressão gerada pelo crescimento sobre os recursos naturais e o meio ambiente.⁶

O aparente fracasso dos modelos de previsão, no entanto, não desanimou os construtores de cenários. Ao contrário, eles refinaram suas técnicas e diversificaram sua metodologia. Apenas à guisa de exemplo, poderíamos listar alguns dos principais modelos de construção de cenários atualmente em uso:

- Global Link Network (GBN) e Peter Schwartz⁷ (1988), que desenvolvem seu modelo em oito etapas:
 - identificação da questão principal;
 - identificação dos fatores-chave (microambiente);
 - identificação das forças motrizes (macroambiente);

4 Os autores consideravam constante a taxa de crescimento populacional do país, que era, na ocasião, superior a 3% ao ano.

5 Mesmo levando em conta a diferença entre PIB e PNB (este último inclui a renda líquida do exterior) e a evolução do valor do dólar no período, as previsões do Hudson Institute ficaram muito aquém da realidade.

6 Esse estudo foi elaborado por uma equipe do Massachusetts Institute of Technology (MIT), coordenada por Dana Meadows, por encomenda do Clube de Roma, o qual, fundado em 1968 pelo empresário italiano Aurélio Peccei e pelo cientista escocês Alexandre King, existe até hoje.

7 Peter Schwartz, especialista em estudos prospectivos e construção de cenários, é um dos fundadores da Global Business Network (GNT).

- *ranking* das incertezas críticas;
 - definição da lógica dos cenários;
 - descrição dos cenários;
 - seleção de indicadores e sinalizadores principais;
 - análise das implicações e opções.
- ➔ Porter (1992),⁸ que organiza seu modelo em sete etapas:
- estabelecimento dos propósitos do estudo, amplitude e ambiente temporal;
 - análise da estrutura industrial;
 - definição das fontes de incertezas;
 - determinação dos cenários;
 - consistência dos cenários;
 - análise das estratégias dos concorrentes;
 - elaboração de estratégias competitivas.
- ➔ Michel Godet⁹ (1993), que estrutura seu modelo em seis etapas:
- delimitação do sistema e do ambiente;
 - análise estrutural do sistema e do ambiente e análise retrospectiva do ambiente e da situação existente;
 - seleção dos condicionantes do futuro;
 - geração de cenários alternativos;
 - testes de consistência;
 - estabelecimento de planos e estratégias e de mecanismos de monitoramento.
- ➔ Grumbach¹⁰ (1997), que divide o seu modelo em três fases:
- conhecimento do problema;
 - construção e identificação de variáveis alternativas;
 - avaliação e interpretação das variáveis alternativas para a tomada de decisão.

8 Michael Porter é professor na Harvard Business School.

9 Michel Godet é professor do Conservatoire National des Arts et Métiers de Paris.

10 Raul Grumbach é brasileiro, consultor de empresas e especialista em cenários prospectivos.

Estudos prospectivos recentes

Também no Brasil o impacto causado pelo livro de Kahn e Wiener foi grande; o professor Mario Henrique Simonsen foi o primeiro a publicar, em 1969, uma resposta em que apontava para cenários mais otimistas, baseados na adoção de taxas de crescimento mais vigorosas e de menores taxas de crescimento populacional (SIMONSEN, 1975).

Ainda que não se possa dizer que a iniciativa do professor Mario Henrique tenha inaugurado uma tendência de estudos prospectivos e construção de cenários, o fato é que inúmeros são os trabalhos produzidos desde então, voltados seja para o ambiente macroeconômico, seja para estudos setoriais ou regionais, seja para o planejamento estratégico de empresas. O próprio Simonsen retornou ao tema, pouco depois, publicando novo estudo (SIMONSEN, 1975).

Considerando apenas os que foram publicados em período recente, podem-se destacar o Plano Plurianual (PPA) do Governo Federal 2012-2015 (MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO, 2011) e trabalhos de autores como Giambiagi e Porto (2011), Guimarães (2010), Cardoso Júnior (2010), Werneck Vianna (2009), Giambiagi e Barros (2009), Giambiagi e Pinheiro (2006), Porto (2005) e Velloso (2005).

Deve-se observar que não apenas esses trabalhos adotam metodologias diversas, como poucos deles apresentam uma visão crítica dos limites e das possibilidades da técnica de construção de cenários prospectivos; alguns apresentam projeções numéricas sem detalhar o método que seguiram para alcançá-las e outros não apresentam nenhuma projeção numérica, limitando-se a realizar uma discussão mais conceitual sobre o desenvolvimento em longo prazo.

Preliminarmente, pode-se afirmar que a discussão mais interessante sobre os limites e possibilidades da técnica de cenários prospectivos é feita pelo professor Mário Henrique Simonsen; em seu livro, ademais, ele faz estimativas com números e defende seus pontos de vista relacionados a questões de ajuste fiscal, eficiência de gastos etc.

Fabio Giambiagi, Octávio de Barros, Claudio Porto e Antonio Palocci (este último em sua intervenção no XVII Fórum Nacional) também consideram as restrições à técnica de cenários, mas defendem sua importância; todos eles apresentam estimativas com números concretos, vinculadas à defesa de políticas econômicas ortodoxas. Porto e Giambiagi constroem cenários baseados em diferentes hipóteses para o desempenho da economia em longo prazo (cenário otimista, cenário pessimista e cenário intermediário). O Plano Plurianual e o Plano Brasil 2022 da Secretaria de Assuntos Estratégicos apresentam uma visão otimista do futuro, mas não há neles nenhum detalhamento da metodologia adotada nem dos limites dessas estimativas. Quanto aos trabalhos do Instituto de Pesquisa

Econômica Aplicada (Ipea) consultados, pode-se observar que não visam à construção de cenários prospectivos nem apresentam estimativas numéricas para o desempenho futuro da economia; a discussão que realizam é sobre os limites e desafios estruturais ao desenvolvimento econômico do país.

Algumas observações adicionais podem ser feitas, com base na leitura desses textos. Há algumas questões recorrentes, relacionadas a temas das políticas macroeconômicas em curso. Grande parte da literatura reconhece os avanços em termos de estabilidade de preços, redução da desigualdade de renda, fortalecimento do mercado interno e redução da vulnerabilidade externa como fatores favoráveis às possibilidades futuras de desenvolvimento. Por outro lado, há uma “agenda inconclusa”, frequentemente sugerida, que gira em torno da necessidade do equilíbrio fiscal e do aumento da poupança doméstica como elementos fundamentais para que uma trajetória de desenvolvimento seja de fato alcançada.

Delfim Netto, por exemplo, ao intervir no XVII Fórum Nacional, afirma que “a única fórmula possível para que a ‘agenda fiscal’ dê sua contribuição decisiva para a política econômica de aceleração do desenvolvimento econômico e social e atinja (digamos em 2018) uma relação carga tributária/PIB de 30% será o compromisso do poder incumbente eleito em 2010 de realizar um longo, paciente, responsável e cuidadoso programa de controle do aumento das despesas do seu custeio propriamente dito; aumento do controle e da eficácia das políticas sociais financiadas com as transferências e rápida melhoria qualitativa de toda a administração pública” (DELFIN NETO, 2009, p. 35).

Assim, apesar da contínua geração de superávits primários durante a última década, alguns autores consideram que o país não poupou como deveria, mesmo durante o chamado “ciclo dourado”. A má qualidade e o excesso do gasto público seriam, então, os grandes responsáveis pela baixa poupança doméstica, que por sua vez aparece como o grande entrave para o crescimento.

Sobre esse ponto, Octávio de Barros e Fabio Giambiagi argumentam que “a baixa taxa de poupança doméstica (cerca de 17% do PIB) segue sendo o maior entrave ao crescimento sustentado brasileiro, criando limites à expansão da taxa de investimento. Este é o grande desafio macroeconômico do país: como viabilizar a ampliação da taxa de investimento para algo entre 22% e 24% do PIB, idealmente, nos próximos anos” (BARROS e GIAMBIAGI, 2009).

Seguindo a mesma argumentação, Antonio Palocci, em sua intervenção no XVII Fórum Nacional, defende que um ajuste fiscal limitado a um governo de quatro anos é estratégia insuficiente para se construir um cenário de longo prazo mais favorável em termos de desenvolvimento econômico. Para tanto, o esforço fiscal seria necessário por, pelo menos, mais uma década (VELLOSO, 2005).

Giambiagi e Pinheiro (2006), por sua vez, recorrendo à simulação de mudanças consideradas prioritárias nas contas públicas, traçam um cenário para 2015 centrado na diminuição da razão dívida/PIB para um patamar consistente com padrões internacionais, afirmando que é viável adotar um esquema fiscal de médio e longo prazos que atinja os objetivos propostos.

Ao contrário dessa visão, no entanto, parte da literatura assinala a importância de um novo paradigma fiscal que reverta em definitivo a política de geração de superávit fiscal e recupere o papel do Estado como indutor do desenvolvimento. Os trabalhos do Ipea consultados, por exemplo, questionam o recurso aos juros elevados como instrumento único de combate à inflação e advogam a necessidade de uma articulação entre as políticas macroeconômicas que as vincule, também, ao objetivo do desenvolvimento econômico e não apenas ao de estabilidade de preços. Apesar de não construírem cenários prospectivos com estimações numéricas, esses trabalhos enfrentam a discussão em torno dos limites e desafios estruturais ao desenvolvimento (IPEA, 2010a, 2010b).

Com relação a projeções econômicas com estimativas numéricas em longo prazo, alguns autores trabalham com a técnica de construção de cenários alternativos diversos, em geral um cenário otimista, um pessimista e um ou mais cenários intermediários (PORTO, 2007; GIAMBIAGI e PORTO 2011). Os limites dessas estimativas, em termos de subjetivismo, risco e incerteza, não são ignorados, mas considera-se que, apesar deles, é possível reduzir a percepção a respeito do futuro e melhorar a qualidade de decisões estratégicas, tornando-as mais controláveis ou avaliáveis. Segundo esses autores, busca-se escapar do determinismo e “estabelecer uma sucessão lógica de eventos, de sorte que, partindo-se do presente (ou de uma dada situação), se visualize como se poderá chegar passo a passo a uma situação futura” (PORTO, 2007).

Seguindo essa técnica, Giambiagi e Porto (2011) constroem quatro cenários de longo prazo para o Brasil, incluindo estimativas para o crescimento e para as taxas de poupança e de investimento. As diferenças entre os cenários envolvem distintas condições sobre a inserção econômica do país no contexto global e sobre o peso do Estado na economia, por serem considerados os dois fatores mais relevantes na definição dos rumos possíveis para o país.

A necessidade de planejamento econômico no âmbito do Governo Federal também coloca a análise prospectiva como tema de documentos oficiais do governo, como o Plano Plurianual (PPA) e estudos da Secretaria de Planejamento Estratégico (SAE). Pode-se considerar que o ar otimista em torno de seus cenários futuros está ligado ao comprometimento com as políticas de desenvolvimento econômico que estão sendo levadas a cabo. A “visão de futuro” do PPA, por exemplo, é embasada nas “decisões soberanas que hoje podemos tomar” e na existência de um governo comprometido com o “desenvolvimento

econômico e social, orientado, antes de tudo, pela inclusão social” (PPA, 2011). O estudo da SAE sobre projeções para o Brasil em 2022, por sua vez, indica “um país em acelerado desenvolvimento sustentável” e afirma que “o Brasil será um Estado ainda mais soberano e cada vez mais democrático; uma sociedade mais justa e progressista” (SAE, 2010). São definidas metas para o centenário, associadas a estimativas para algumas variáveis econômicas. A metodologia e os limites dessas estimações não são explorados, tampouco os caminhos pelos quais as metas serão atingidas.

De acordo com o estudo da SAE, “até 2022, estará plenamente consolidado o crescimento sustentável, com estabilidade da moeda e solidez das contas do Estado. A dívida pública estará próxima de 25% do PIB, a dívida externa líquida será negativa, como já é hoje, e um grande desafio será aumentar a formação de capital, diversificar nossas exportações e ampliar nossa participação no comércio mundial. Haverá, em 2022, um número expressivo de empresas brasileiras com ação internacional, tanto exportadoras como investidoras, em todos os continentes e o Brasil terá alcançado a posição de quinta maior economia do mundo” (SAE, 2011).

De modo geral, pode-se dizer que a literatura sobre cenários prospectivos converge para um ponto importante: uma sociedade pode escolher seu futuro entre diversas alternativas, e essa construção não é tarefa fácil. Qualquer previsão econômica de longo prazo está sujeita a considerável margem de erro e é permeada por incerteza fundamental. Mas esse exercício não é inútil. Sua utilidade reside na indicação das condições necessárias à obtenção dos objetivos da sociedade, sempre se levando em conta que história econômica é resultado da ação dos homens, de circunstâncias políticas e de estrangimentos estruturais.

Cenários no Horizonte 2022-2030

Considerações iniciais

As técnicas de construção de cenários, mencionadas anteriormente e usualmente adotadas em estudos prospectivos, desenvolvem-se através de etapas em que os cenários aparecem como resultado. As metodologias podem variar, conforme a orientação e a percepção teórica do autor, mas é sempre de uma determinada combinação de fatores que resulta a construção do cenário.

As limitações dessas técnicas são evidentes e já foram destacadas por muitos autores. Simonsen (1972), quatro décadas atrás, já mostrava o erro em que incorrem os economistas quando formulam projeções para o comportamento da economia em longo prazo,

baseadas em evidências típicas em curto prazo. Rigorosamente falando, e considerando o que os economistas chamam de curto e de longo prazo, tal como os concebeu Alfred Marshall em seu **Principles of economics**, não se pode cometer o equívoco de imaginar que uma tendência em longo prazo seja uma sequência de tendências a curto prazo; nem que, portanto, conhecendo-se as tendências que configuram uma dada conjuntura, seja possível estabelecer uma trajetória para o futuro a longo prazo.

O futuro é rigorosamente marcado pela incerteza — que não pode ser definida em termos probabilísticos. E essa incerteza é vivida pelos agentes econômicos de forma não necessariamente convergente e coordenada. Ao contrário, os agentes econômicos formam suas expectativas de modo diferenciado e agem de acordo com essas expectativas. Só que suas decisões (ou indecisões) acarretam custos e, caso tais expectativas se frustrem, não haverá como corrigi-las em curto prazo. O comportamento dos agentes econômicos não se coaduna, portanto, com modelos de “expectativas adaptativas”, nem, muito menos, com os de “expectativas racionais”. A incerteza, de acordo com Keynes, é uma força endógena no funcionamento do sistema capitalista e é a responsável pela instabilidade própria à evolução da economia.

Se observarmos a situação por que passa a economia mundial hoje — e, dentro dela, o estado em que se encontram os países centrais —, poderemos facilmente concluir que os fatores de instabilidade são múltiplos, variados e de difícil previsão. Mais do que isso, é difícil prever o impacto que cada um desses fatores terá nas economias da periferia, mesmo em um país com sólidos fundamentos macroeconômicos como o Brasil.

Exatamente por isso, e porque estudos prospectivos e construção de cenários devem ser utilizados como ferramentas para o planejamento e não como exercício de futurologia, foi adotado aqui o caminho inverso. O ponto de partida é a definição dos cenários — ou, mais precisamente, do cenário otimista — com o dimensionamento das variáveis relevantes; só depois é que foi estabelecida a trajetória que a economia brasileira deve percorrer para alcançá-los, em termos de decisões de política econômica e de fatos estruturais impactantes. Alternativamente ao cenário otimista, foram interpostos obstáculos (inclusive pela não adoção de políticas adequadas) que impediriam a economia brasileira de atingir o cenário mais favorável.

A literatura consultada frisa a necessidade de mecanismos de acompanhamento e monitoramento, como instrumento indispensável para o bom uso das técnicas de estudos prospectivos e construção de cenários. Com a metodologia aqui adotada (que parte do cenário para a trajetória), mais importante ainda será o acompanhamento do desempenho das variáveis. Só assim se poderá garantir que fatos imprevistos, novos desenhos no quadro internacional ou fatores ligados à incerteza e à instabilidade inerentes ao capitalismo serão levados em conta e inseridos na prospecção do futuro. Só assim essas ferramentas se tornarão de fato úteis para o planejamento econômico.

Variáveis relevantes

São utilizadas as seguintes variáveis:

- ➔ PIB: valor e taxa de crescimento
- ➔ Emprego e desemprego
- ➔ Renda *per capita*
- ➔ Salário mínimo e rendimento médio do pessoal ocupado
- ➔ Distribuição de renda: funcional e pessoal
- ➔ Orçamento público e desempenho fiscal
- ➔ Taxa de juros
- ➔ Taxa de câmbio e balanço de pagamentos
- ➔ Taxa de inflação

Tais variáveis compõem o que se poderia denominar a estrutura principal de um sistema macroeconômico de um país. Representam, ainda que de maneira incompleta, as dimensões fundamentais de uma economia moderna: moeda, câmbio, salários, tributos, gasto público.

No entanto, para quase todas essas variáveis há uma distinção, que não é irrelevante, entre suas dimensões quantitativas e qualitativas. No que diz respeito à variável produto (PIB), por exemplo, tal distinção é crucial: ainda que o crescimento econômico (dimensão quantitativa) seja algo intrinsecamente positivo e constitua, portanto, um objetivo a ser buscado, sua mera consecução não garante à sociedade a realização de um objetivo maior, qual seja, tornar-se desenvolvida (dimensão qualitativa). O exemplo brasileiro é paradigmático nesse sentido: não obstante ter crescido a uma taxa anual média superior a 7% entre 1950 e 1980, ao fim daquele período a economia brasileira, ainda que dramaticamente transformada, era ainda inegavelmente marcada por forte heterogeneidade estrutural, que impedia a inclusão do Brasil no rol dos países desenvolvidos.

A política macroeconômica em um país ainda em desenvolvimento, como o Brasil, deve, então, ser conduzida de maneira a se atingir dois objetivos. O primeiro é promover o crescimento econômico e fornecer condições para que este seja sustentado. Isso envolve a adoção de políticas anticíclicas para atenuar os efeitos das flutuações econômicas na produção e no emprego, sem descuidar de outros aspectos igualmente importantes, como a estabilidade de preços e a ampliação da capacidade produtiva do país.

Tão importante ou mais, no entanto, é o objetivo de se buscar o desenvolvimento. E, para atingi-lo, são necessários investimentos maciços (públicos e privados) ao longo do tempo em saúde, educação e infraestrutura, com vistas a garantir o bem-estar de toda a popula-

ção e a igualdade de oportunidades. Além de investimentos, também de grande vulto, em ciência e tecnologia, que possam, associados a políticas industriais e agrícolas, se converter em fatores de impulso e dinamismo para os setores produtivos. O mais importante desafio que se apresenta é, portanto, o de conciliar esses dois objetivos de tal forma que a gestão da política macroeconômica não cerceie as possibilidades de desenvolvimento econômico e social.

Dito isso, cabe uma breve exposição sobre as principais variáveis consideradas. O PIB representa a soma (em valores monetários) de todos os bens e serviços finais produzidos em uma determinada região (países, estados, cidades), durante um período determinado (mês, trimestre, ano etc.). É um dos indicadores mais utilizados em macroeconomia para se mensurar a atividade econômica.

Na contagem do PIB, consideram-se apenas bens e serviços finais, excluindo-se da conta todos os bens de consumo intermediário. Isso é feito com o intuito de evitar o problema da dupla contagem, em que valores gerados na cadeia de produção aparecem contados duas vezes na soma do PIB.

Há três maneiras de se efetuar a mensuração do PIB: pela ótica da demanda, da oferta e do rendimento.

➤ Ótica da demanda

Sob a ótica da demanda, o valor do PIB é calculado com base nas despesas efetuadas pelos diversos agentes econômicos em bens e serviços para utilização final (isto é, aqueles bens e serviços que não vão servir de consumo intermediário na produção de outros bens e serviços). Sob esta ótica, o PIB corresponde à demanda interna, que inclui a despesa das famílias em bens de consumo (consumo privado, C); a despesa do governo em bens de consumo (consumo público, G); a despesa das empresas em investimento (I), tanto em bens de capital (formação bruta de capital fixo, FBCF) quanto na aquisição de matérias-primas e produtos. A demanda interna inclui tanto os bens que foram produzidos no país quanto os produzidos externamente (bens importados, M), e que, portanto não devem ser incluídos no PIB. Por outro lado, há bens que devem ser incluídos no PIB mas são demandados externamente (as exportações, X), e que por isso não estão incluídos na procura interna. Assim, sob a ótica da demanda o PIB é calculado com a soma de todas essas componentes:

$$\text{PIB} = C + I + G + X - M$$

(sendo I igual à formação bruta de capital fixo [FBCF] mais a variação nos estoques [ΔEST]).

➤ Ótica da oferta

Sob a ótica da oferta, o valor do PIB é calculado com base no valor gerado em cada uma das empresas que operam na economia. Esse valor gerado é o VAB (Valor Adicionado Bruto), a diferença entre o valor da produção e os consumos intermédios de cada empresa. Conhecendo-se o VAB de cada empresa, pode-se calcular o PIB como a soma de todos os VABs das empresas dessa economia. Para se obter o valor do PIB a preços de mercado (PIBpm), o único ajustamento necessário é somar impostos, líquidos de subsídios, que incidem sobre os bens e serviços entre o fim da produção e a venda, isto é, os impostos sobre o consumo:

$$\text{PIB} = \sum \text{VAB}_i + (\text{Impostos} - \text{Subsídios}) \text{ sobre o consumo}$$

(sendo i cada uma das empresas da economia).

➤ Ótica do rendimento

Sob esta ótica, o valor do PIB é calculado com base nos rendimentos de fatores produtivos distribuídos pelas empresas. O PIB corresponde à soma dos rendimentos do fator trabalho com os rendimentos dos outros fatores produtivos, que nas contas nacionais brasileiras aparecem agrupados em uma única rubrica designada Excedente Operacional Bruto (EOB). São também incluídos os rendimentos distribuídos ao Estado sob a forma de impostos. Assim, sob a ótica do rendimento,

$$\text{PIB} = \text{Remunerações do trabalho} + \text{Excedente Operacional Bruto} + \text{Impostos}$$

Os indicadores econômicos agregados (produto, renda, despesa) indicam os mesmos valores para a economia como um todo. Dividindo-se esse valor pela população de um país, obtém-se um valor médio por habitante (ou *per capita*). Assim, o PIB (isto é, a renda) *per capita* de um país em determinado período nada mais é do que a razão entre o PIB e sua população.

A variável taxa de desemprego informa o percentual de trabalhadores sem ocupação no mercado de trabalho. O que se denomina força de trabalho diz respeito aos trabalhadores que efetivamente estão à procura de empregos; assim, indivíduos aposentados, estudantes e aqueles que por algum motivo não procuram trabalho não estão incluídos.

Considerando-se as dimensões quantitativa e qualitativa dessa variável, importa observar que não basta que o nível de emprego cresça; em uma estratégia de desenvolvimento, é crucial que se elevem a oferta e a demanda de postos de trabalho de maior qualificação e que se reduzam a rotatividade no mercado de trabalho e a distância entre os maiores e menores salários. Tais fatores, ademais, devem ser associados a políticas de aumento da produtividade do trabalho e do capital, que possibilitam a elevação do rendimento médio

dos trabalhadores (definido pela razão entre o total de salários efetivamente pagos e a população economicamente ativa, isto é, a força de trabalho), concomitantemente à redução das disparidades (variância) dos rendimentos do trabalho.

Essa questão, por sua vez, nos leva a uma variável-chave do desenvolvimento, a distribuição da renda na sociedade. A distribuição mais homogênea e equânime da renda é condição necessária, mas não suficiente, para que uma nação possa ser qualificada como desenvolvida. Isso vale tanto para a dimensão individual da apropriação da renda (distribuição pessoal) quanto para a distribuição funcional, que avalia o modo como a renda se distribui entre os fatores de produção (trabalho e capital).

Algumas observações devem ser feitas desde já. A primeira refere-se ao crescimento do PIB. Nos últimos dez anos, a taxa média de crescimento desse indicador foi de 3,6%, o que pode ser considerado uma taxa elevada. A simples manutenção dessa taxa, no quadro de turbulência internacional que prevalece atualmente, já pode ser considerada uma projeção otimista.

Outra observação, indispensável para o exame do comportamento da renda *per capita*, diz respeito aos indicadores demográficos. A taxa de crescimento populacional do país tem caído nos últimos anos e todos os estudos mostram que esse processo continuará nas próximas décadas. Assumimos, assim, em consonância com o que está sendo adotado no conjunto do presente estudo, a estimativa feita pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) que indica uma população de 216.410.030 habitantes em 2030. A população brasileira em 2010 era de 190.755.799, o que significa que a taxa de crescimento demográfico, nesse horizonte de vinte anos, terá sido de 0,63% a.a.

Deve-se, no entanto, ponderar que a trajetória provável de crescimento populacional — que mostra uma tendência ao envelhecimento — não eliminará o crescimento da parcela que compõe a População Economicamente Ativa (PEA). Essa observação tem importância para o exame do desempenho do rendimento médio do pessoal ocupado.

Para o Salário Mínimo (SM), adotou-se a hipótese de permanência do acordo em vigor pelo qual ele aumenta, a cada ano, em um percentual correspondente à variação do PIB, acrescido da inflação. Como se trabalha aqui com preços constantes de 2010, a variação do SM acompanhará o crescimento do PIB.¹¹

11 Essa regra, decorrente de acordo firmado entre o governo e os sindicatos, foi adotada na Lei n. 2.382, de 25/02/2011, que fixou, em seu art. 2º, as diretrizes para a política de valorização do salário mínimo a vigorar entre 2012 e 2015. O segundo parágrafo daquele artigo estabelece que “os reajustes para a preservação do poder aquisitivo do salário mínimo corresponderão à variação do INPC, calculado e divulgado pelo IBGE, acumulada nos doze meses anteriores ao mês do reajuste”. Já o parágrafo quarto determina que, a título de aumento real, será aplicado o percentual correspondente à taxa de crescimento real do PIB.

Para os indicadores de distribuição de renda, seguiu-se aquilo que as boas práticas sugerem: o coeficiente de Gini para a distribuição pessoal e a participação dos rendimentos do trabalho no PIB para a distribuição funcional. Cabe, no entanto, observar que, como se faz usualmente, o coeficiente de Gini aqui utilizado toma por base os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad). Nessa pesquisa, mais de 96% das rendas declaradas correspondem a rendas do trabalho e a transferências públicas, o que acarreta uma limitação: os valores assim obtidos não permitem uma visão mais ampla da distribuição de renda, que leve em conta a desigualdade entre rendimentos do trabalho e do capital.

As variáveis relacionadas ao desempenho das contas públicas, taxa de juros, taxa de câmbio e balanço de pagamentos são, junto com os indicadores de variação do nível de preços, as que sempre ocupam o centro das atenções dos estrategistas e planejadores. Cabem aqui, por isso mesmo, algumas reflexões sobre as políticas que afetam essas variáveis:¹²

- ➔ A gestão da política monetária tem sido pautada pelo controle das pressões inflacionárias quase exclusivamente via contenção da demanda agregada, utilizando-se a taxa básica de juros (Selic) como principal instrumento. Assim, independentemente das origens ou das causas das pressões inflacionárias (que podem advir, por exemplo, de aumentos temporários de custos derivados de elevações das cotações internacionais de *commodities*, como ocorreu no início de 2008),¹³ a resposta tem sido a mesma: aumento dos juros básicos. Isso tem gerado elevada taxa de sacrifício para a sociedade brasileira, na medida em que têm sido necessárias doses elevadas de taxas de juros para se obter modestas reduções da inflação. Essa taxa de sacrifício manifesta-se no crescimento da economia abaixo da sua capacidade e na quase persistente apreciação da taxa de câmbio, com efeitos deletérios tanto sobre o setor privado (perda de competitividade do produtor doméstico) quanto sobre o setor público (custos fiscais associados às despesas líquidas de juros).
- ➔ Quanto ao câmbio, há quase um consenso em relação ao patamar problemático em que se encontra, tanto pelas consequências indesejáveis para o comércio exterior quanto para a configuração da estrutura produtiva. *Grosso modo*, o nível de sobrevalorização da taxa de câmbio exerce impacto negativo sobre a competitividade das exportações brasileiras, sobretudo as manufaturadas de maior valor agregado. Com isso, consolida-se uma tendência à “primarização” da pauta de exportações que compromete o desempenho da economia brasileira, agravando sua restrição externa. As formas de correção desse desequilíbrio ainda estão em aberto. A imposição

12 Os autores advertem desde já que, em sua opinião, a taxa de inflação não é uma variável relevante para o desempenho econômico em longo prazo. Adotou-se por isso a hipótese de que permanecerá no centro da meta, ao longo do período.

13 Ver Vianna, Modenesi e Bruno (2008).

de controles, em particular sobre a entrada de capitais, constitui uma possibilidade; mas a necessidade de um marco regulatório mais adequado para o mercado futuro de câmbio e derivativos deve compor a agenda de discussão sobre o tema.

- No caso da política fiscal, há diversas razões para se contestar o senso comum sobre o “inchaço” das despesas governamentais e o descontrole do gasto público. Sem dúvida, há evidências suficientes para corroborar a visão de que a estrutura tributária é pouco funcional, prejudicando o setor produtivo e contribuindo para uma concentração maior da renda. Uma alternativa que se apresenta viável, ainda que precise ser aprofundada e validada por pesquisas futuras, consiste em um redirecionamento da política fiscal, que possa contemplar a ampliação das despesas públicas de investimento e a queda da carga tributária nos setores produtivos. Nessa perspectiva, o avanço dos investimentos públicos poderia vir a constituir o cerne de uma política macroeconômica para o desenvolvimento, sobretudo porque são autofinanciáveis, já que elevam o estoque de riqueza real e as capacidades produtiva e contributiva da sociedade. É importante destacar os efeitos positivos que uma inflexão dessa natureza na política fiscal teria sobre as expectativas empresariais: os investimentos público e privado são complementares, e não substitutos, como postula a teoria convencional.

Tais constatações reforçam a importância e fundamentam a necessidade de uma articulação entre as políticas macroeconômicas, vinculando-as, também, ao objetivo do desenvolvimento, entendido na sua forma multidimensional e complexa: politicamente soberano, socialmente inclusivo e ambientalmente sustentável. Para tanto, é preciso identificar a estrutura institucional que condiciona esse processo, assim como promover uma convergência em torno de uma convenção de desenvolvimento discutida e articulada pelos diferentes atores sociais.

Essa articulação da política econômica revela-se ainda mais necessária quando se considera a transição demográfica por que o país está passando, que durará até as próximas décadas. Entre outros efeitos, a mudança na estrutura etária da população está elevando rapidamente a participação da População em Idade Ativa (PIA) — que é uma *proxy* da oferta potencial de força de trabalho — na população total do país. A consequência dessa tendência será fazer com que o potencial produtivo tenda a crescer ao mesmo tempo que a razão de dependência econômica (número de crianças e idosos por família) está a cair. Se a transição demográfica constituirá uma “janela de oportunidade” — ou se será (mais) uma oportunidade desperdiçada —, dependerá da estratégia de desenvolvimento escolhida pela sociedade e de sua política econômica subjacente. Em outros termos, a economia brasileira precisa fazer a sua parte a fim de que o bônus demográfico não se converta em ônus demográfico, pela escassez de oportunidades de trabalho para o conjunto da sociedade.

O Brasil ainda tem uma condição privilegiada para executar sua política de desenvolvimento, pois conta com um conjunto de bancos públicos capazes de estimular o investimento privado e financiar o investimento público em setores estratégicos. As limitações do sistema financeiro, por seu turno, demandam uma reforma com vistas a torná-lo funcional às necessidades da economia brasileira e, assim, apoiar as mudanças estruturais intrínsecas ao processo de desenvolvimento.

O quadro apresentado adiante permite visualizar o comportamento das variáveis macroeconômicas relevantes nos três cenários diferentes, tendo como ponto de partida o desempenho dessas mesmas variáveis no ano de 2010.

Cenário otimista e possível

- O PIB crescerá a uma taxa de 4% a.a. — taxa superior à verificada nos últimos dez anos, que foi de 3,6%. Isso implica um crescimento vigoroso do nível de atividades econômicas e, portanto, um enfrentamento virtuoso dos obstáculos e restrições decorrentes da crise internacional, bem como a introdução de correções na implementação dos instrumentos de política econômica.¹⁴
- O PIB alcançará em 2030 o expressivo valor de R\$ 8.260 bilhões, a preços constantes de 2010.
- A renda *per capita* chegará a R\$ 38.240,00, a preços constantes de 2010, com uma população pouco superior a 216 milhões de habitantes. Esse valor corresponde (a preços constantes de 2010, em dólares e em reais) a cerca de U\$ 22.000 anuais e poderá significar para a população brasileira a possibilidade de desfrutar de níveis de vida significativamente superiores aos de hoje. A condição para que isso ocorra é que a distribuição de renda também melhore, tanto no concernente à distribuição pessoal quanto no que diz respeito à distribuição funcional.
- O coeficiente de Gini, utilizado normalmente para a distribuição pessoal da renda, deverá chegar a 0.40, um patamar mais favorável do que o de países da América Latina como Argentina (0.522), Venezuela (49,1) e Uruguai (0.446) e próximo aos observados em países de maior desenvolvimento como França (0.327), Inglaterra (0.36) e Estados Unidos (0.408).
- A participação dos rendimentos do trabalho no PIB — que serve como *proxy* para a distribuição funcional da renda — poderá chegar a 50%, o que significa um crescimento expressivo, mas possível.

14 Na seção “A política econômica e o debate atual”, mencionamos que 4% a.a., que foi o patamar médio alcançado no período 2004-2009, poderia ser considerado baixo. Pesa, na proposição ora apresentada, o impacto da situação internacional, que em nenhum caso será totalmente favorável.

- A hipótese adotada para a projeção do SM — a da continuidade do acordo firmado com os sindicatos — o levará ao valor de R\$ 1.118,00 em 2030.
- O rendimento médio do pessoal ocupado apresentará em 2030 um desempenho positivo, com crescimento superior ao da renda *per capita*.
- Níveis de emprego e taxas de desemprego apresentarão resultados favoráveis em 2030, com aumento substancial do primeiro — principalmente no segmento de trabalhadores com carteira assinada — e redução significativa do segundo indicador.
- A taxa básica de juros convergirá para a taxa média praticada nos países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico, OCDE (1,65%),¹⁵ o que indicará ter havido uma alteração radical nas condições fiscais e financeiras do Estado brasileiro: o serviço da dívida pública terá experimentado uma redução significativa e as contas públicas apresentarão um resultado primário próximo de zero.
- O Estado, em consequência, terá readquirido sua capacidade de endividamento e de utilização do gasto como instrumento de promoção do crescimento e do emprego.
- A taxa de câmbio terá sofrido pronunciada desvalorização, condizente com as políticas macroeconômicas centradas no crescimento econômico e na promoção do emprego; seu valor oscilará em torno de R\$ 2,50 por dólar.
- O comportamento do balanço comercial é de difícil previsão, não apenas em virtude da instabilidade do comércio mundial em tempos de crise, mas principalmente porque se o desenvolvimento experimentado pelo país fará crescer as exportações (principalmente de manufaturados e serviços de maior valor agregado), fará crescer também as importações, principalmente de bens de capital e bens intermediários, indispensáveis à sustentação do crescimento.
- O resultado da conta corrente do balanço de pagamentos apontará para uma situação de maior conforto para a gestão das políticas macroeconômicas.
- A inflação, controlada não apenas pelos instrumentos convencionais de política monetária, mas por políticas adequadas à consolidação das tendências de crescimento da economia, ocupará o centro da meta.

Cenário pessimista e plausível

- O PIB crescerá a uma taxa de 0,63%, que é exatamente a taxa de crescimento populacional. Isso significa que as vicissitudes do quadro internacional não serão adequadamente enfrentadas e que recrudescerá o viés conservador e monetarista da política econômica.
- O valor do PIB no horizonte considerado será de R\$ 4.277 bilhões, a preços de 2010.

15 Fontes: OCDE (Dataset MEI) e FMI (IFS Novembro 2011).

- A renda *per capita* permanecerá a mesma de 2010: R\$ 19.763,50, o que significa um empobrecimento relativo da população brasileira e acarretará impactos negativos na distribuição de renda.
- A tendência à melhoria da distribuição pessoal da renda, medida pelo coeficiente de Gini, será, portanto, detida e esse indicador se estabilizará no patamar de 0.60.
- Igual tendência experimentará a distribuição funcional da renda, medida pela participação dos rendimentos do trabalho no PIB, que, se não cair, deverá na melhor das hipóteses permanecer no mesmo nível de 2010.
- O SM, nos marcos da hipótese anteriormente mencionada, relativa à continuidade do acordo com os sindicatos, não ultrapassará R\$ 578,00, o que pode ser um fator a alimentar tensões sociais e disputas trabalhistas.
- O rendimento médio do pessoal ocupado tenderá a crescer a uma taxa inferior à da renda por habitante, tanto em função do baixo valor do SM, que baliza e serve como piso salarial no mercado de trabalho, quanto pelas pressões oriundas da transição demográfica que se encontrará em fase avançada; em 2030, no cenário mais provável (o que os demógrafos denominam variante média populacional), a estrutura etária da população brasileira estará fortemente concentrada nas faixas adultas (grupos etários entre 15-19 e 50-54 anos); com o baixo crescimento, não será possível evitar as implicações da dinâmica demográfica em termos de perda de poder de barganha dos trabalhadores nas negociações salariais e de aumento do grau de informalização e da precarização no mercado de trabalho.
- Nível de emprego e taxa de desemprego refletirão as condições negativas do desempenho da economia brasileira, reduzindo-se o primeiro e elevando-se a segunda; a ausência de crescimento do emprego estará relacionada com as tendências negativas dos indicadores de distribuição de renda e do rendimento médio do pessoal ocupado.
- A taxa básica de juros permanecerá nos níveis atuais (10% a.a.), em decorrência da continuidade de políticas conservadoras que priorizam o controle inflacionário e a atração de capitais externos para o fechamento do balanço de pagamentos.
- As contas públicas continuarão a sofrer progressiva deterioração, em virtude tanto do baixo crescimento quanto da permanência das taxas de juros em patamares elevados; superávits primários crescentes continuarão a ser a meta da política econômica para permitir o pagamento das despesas financeiras relacionadas ao serviço da dívida pública.
- A taxa de câmbio permanecerá sobrevalorizada, mantendo-se em níveis semelhantes aos de hoje (R\$ 1,80 por dólar).
- As contas externas (balanço comercial e balanço das transações correntes) não sofrerão grande alteração.
- A inflação ocupará o centro da meta.

Cenário conservador e provável

- O PIB crescerá a uma taxa inferior à da média dos últimos dez anos — 2,0% a.a. — mas superior à taxa de crescimento demográfico. O impacto da crise internacional sobre a economia brasileira será, assim, significativo e a adoção de instrumentos de política econômica voltados para o crescimento e a promoção do emprego será tímida.
- O PIB registrará, em 2030, o montante de R\$ 5.602 bilhões.
- A renda *per capita* crescerá, mantendo a tendência dos últimos anos, e alcançará o valor de R\$ 25.935,00.
- A distribuição de renda, em ambos os conceitos, continuará a melhorar: o coeficiente de Gini, tal como no cenário anterior, se estabilizará em 0.60 e a participação dos rendimentos do trabalho no PIB experimentará moderada melhoria.
- O SM vigente em 2030 será de R\$ 758,00, respeitada a hipótese adotada nos demais cenários.
- O rendimento médio do pessoal ocupado tenderá a acompanhar, em maior ou menor grau, a evolução da renda por habitante; ainda que menos intensos do que no cenário pessimista, os efeitos da transição demográfica também se farão sentir, e o mercado de trabalho dificilmente será capaz de absorver a população em idade laboral (e particularmente as camadas mais jovens), que constituirá a larga maioria da população total; as pressões daí advindas implicarão também aumento da informalidade e da precarização nas relações de trabalho.
- O nível de emprego e a taxa de desemprego permanecerão nos mesmos patamares em que se encontram na atualidade.
- A taxa básica de juros convergirá para a média das que são praticadas pelos países emergentes,¹⁶ chegando a 4,35% a.a.; esse nível é consistente com as projeções de crescimento moderado da economia.
- A taxa de câmbio oscilará em torno de R\$ 2,00 por dólar, o que significa uma leve desvalorização.
- As contas externas (balanço comercial e balanço das transações correntes) não sofrerão grande alteração.

16 Fontes: OCDE (Dataset MEI) e FMI (IFS novembro 2011). Foram considerados, para cálculo da média, os seguintes países: Argentina, Chile, China, Colômbia, República Tcheca, Egito, Hungria, Índia, Indonésia, Israel, Jordânia, Coreia do Sul, Malásia, Marrocos, México, Paquistão, Peru, Filipinas, Polônia, Rússia, África do Sul, Tailândia, Taiwan e Turquia. O Brasil foi excluído do cálculo da média.

Quadro 1 — Cenários macroeconômicos para 2030

Variável relevante	Situação atual	Cenário possível e otimista	Cenário plausível e pessimista	Cenário provável e conservador
PIB	R\$ 3.770 bilhões	R\$ 8.260 bilhões	R\$ 4.277 bilhões	R\$ 5.602 bilhões
População	190.755.799	216.410.030		
Renda per capita	R\$ 19.763,50	R\$ 38.240,00	R\$ 19.763,50	R\$ 25.935,00
Taxa de crescimento	7,5 % a.a.	4,0% a.a	0,63% a.a.	2,0% a.a.
Taxa de desemprego	6,7 %	Cai	Aumenta	Permanece no mesmo nível
Salário mínimo	R\$ 510,00	R\$ 1.118,00	R\$ 578,00	R\$ 758,00
Rendimento médio do pessoal ocupado	R\$ 1.527,00	Crescimento superior ao da renda per capita	Crescimento inferior ao da renda per capita	Crescimento semelhante ao da renda per capita
Índice de Gini	0.543	0.40	0.60	0.60
Rendimentos do trabalho (participação no PIB)	34%	Melhoria pronunciada	Permanece no mesmo nível	Melhoria moderada
Resultado primário (governo central)	R\$ 101.696 milhões	Cai significativamente	Aumenta	Permanece no mesmo nível
Resultado primário (% PIB)	2,70%	Cai significativamente	Aumenta	Cai moderadamente
Serviço da dívida pública	R\$ 195.696 milhões	Cai significativamente	Aumenta	Cai moderadamente
Taxa de juros (Selic)	10,67%	1,65%	10,67%	4,35%
Taxa de câmbio	R\$ 1,6654 / US\$ 1,00	R\$ 2,50	R\$ 1,80	R\$ 2,00
Saldo do balanço comercial	US \$ 20,27 bilhões	Sobe	Permanece no mesmo nível	Permanece no mesmo nível
Déficit em transações correntes	US\$ 47,518 bilhões	Cai	Permanece no mesmo nível	Permanece no mesmo nível
Inflação (IPCA)	6,5% (IPCA)	4,5% (PCA)		

Fontes: IBGE, BCB e IPEA; para alguns itens, elaboração própria a partir dessas fontes.

CENÁRIO OTIMISTA E POSSÍVEL

Desenvolvimento Econômico e Social e Inserção Internacional

Em 2030, o Brasil terá atravessado a crise financeira da década de 10 e retomado padrões sustentados de crescimento econômico, confirmando as previsões mais otimistas de um Produto Interno Bruto (PIB) de R\$ 8.260 bilhões, a preços constantes de 2010. Terá aprofundado suas estratégias de desenvolvimento nacional mediante a formulação de políticas macroeconômicas voltadas para enfrentar os desafios da globalização e da inserção competitiva brasileira.

O PIB crescerá a uma taxa de 4% a.a. — superior à verificada nos últimos dez anos, que foi de 3,6%. Isso implica um crescimento vigoroso do nível de atividades econômicas e, portanto, um enfrentamento virtuoso dos obstáculos e restrições decorrentes da crise internacional, bem como a introdução de correções na implementação dos instrumentos de política econômica.¹

A renda *per capita* chegará a R\$ 38.240,00, a preços constantes de 2010. Esse valor corresponde (a preços constantes de 2010, em dólares e em reais) a cerca de U\$ 22.000 anuais e poderá significar para a população brasileira a possibilidade de desfrutar de níveis de vida significativamente superiores aos de hoje.

O coeficiente de Gini deverá chegar a 0.40 e estará, com isso, situado em patamar mais favorável do que o de vários países da América Latina.

A participação dos rendimentos do trabalho no PIB poderá chegar a 50%, o que significa um crescimento expressivo, mas possível. O rendimento médio do pessoal ocupado apresentará em 2030 desempenho positivo, com um crescimento superior ao da renda *per capita*.

1 A taxa de 4% a.a., que foi o patamar médio alcançado no período 2004-2009, poderia ser considerada baixa. Pesa, na proposição avançada nesse parágrafo, o impacto da situação internacional que, em nenhum caso, será totalmente favorável.

Níveis de emprego e taxas de desemprego apresentarão resultados favoráveis em 2030, com aumento substancial do primeiro — principalmente no segmento de trabalhadores com carteira assinada — e redução significativa do segundo indicador.

O país estará bem situado no contexto mundial, com um modelo de desenvolvimento que articulará as dimensões econômica (crescimento sustentado, mesmo que gradual); ambiental; social (orientada para o bem-estar social, com consolidação dos direitos universais, redução da pobreza e das desigualdades sociais) e política (consolidação da democracia, aumento da participação da população por via representativa e direta).

Haverá avanços na conformação de um Estado de Bem-Estar Social brasileiro, orientado para o pleno emprego (com condições dignas), alicerçado em políticas universais abrangentes e inclusivas (Previdência, Saúde, Educação) e em políticas de infraestrutura social (Saneamento, Habitação), articuladas a políticas de combate à pobreza direcionadas para grupos específicos. Ademais, a dimensão territorial será fortalecida nas políticas públicas, considerando-se a heterogeneidade e as desigualdades observadas no país.

O país afirma-se com potência sub-regional e integração sul-americana bem-sucedida, caminhando para o mercado comum. Os mecanismos de articulação multilateral com parceiros estratégicos serão fortalecidos e estruturas de governança específica serão desenvolvidas nos espaços da União de Nações Sul-Americanas (Unasul), do Brics (Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul), do Ibas (Fórum Índia, Brasil e África do Sul) e de Países em Desenvolvimento Inovadores (IDCs). Haverá prioridade para a continuidade da cooperação Sul-Sul em saúde, particularmente com a África, e a integração da América do Sul se afirmará, independentemente das mudanças governamentais, assegurando o bom término dos projetos de cooperação em curso e a formulação de novos, incrementais, com recursos financeiros específicos e suficientes e pessoal adequadamente capacitado.

Sociodemografia

Em 2030, a população brasileira deverá ser de 216 milhões de pessoas,² apresentando contínua tendência ao envelhecimento, com 40,5 milhões de idosos (60 anos e mais), enquanto serão esperados 36,7 milhões de jovens. A razão de dependência total continuará aumentando, chegando a 2030 com 100 pessoas em idade ativa respondendo por 55,5 da faixa etária não ativa. Nesse momento, a contribuição dos mais idosos neste indicador sociodemográfico já terá superado aquela do segmento de 0 a 14 anos de idade, 29,1 idosos contra 24,5 jovens.

2 Número relativo à hipótese média de projeção, com convergência entre previsões do Ipea e do IBGE.

A taxa de fecundidade total será de 1,5 filho por mulher, que se manteria constante até 2050, alcançando cerca de 2,4 milhões de nascidos vivos. Poderá haver diferenciais na região Norte, a única que seguirá com nível acima do de reposição; além disso, é possível que em alguns segmentos a fecundidade até aumente, sobretudo entre aquelas mulheres de escolaridade mais alta e que estarão mais bem posicionadas no mercado trabalho.

Com relação à migração e à distribuição espacial da população, haverá intensificação da tendência do sentido dos fluxos migratórios, direcionados, sobretudo, para as cidades médias, redistribuindo, gradativamente, a população pelo território nacional.

Esse cenário também poderá contribuir para atração de um volume maior de migrantes internacionais, principalmente no caso do crescimento econômico assimétrico em relação aos países latino-americanos.

Morbimortalidade

No que tange à mortalidade, a permanência ou a intensificação dos programas de distribuição de renda e a melhoria das condições de vida poderão redundar em ligeira queda da mortalidade e em aumento da esperança de vida ao nascer. A mortalidade infantil acelerará sua tendência de declínio, atingindo níveis residuais no componente pós-neonatal e redução significativa no componente neonatal. A taxa de mortalidade materna se reduzirá à metade.³ Os diferenciais regionais e sociais observados tanto na esperança de vida quanto na mortalidade infantil apresentarão redução expressiva.

A mortalidade por doenças cardiovasculares também apresentará uma aceleração na sua tendência declinante, particularmente graças à redução da letalidade das doenças isquêmicas do coração. Essa redução acarretará um aumento de sua prevalência, que, no entanto, se concentrará em grupos populacionais de idade mais avançada. A incidência e a mortalidade por câncer seguem estáveis, com mudança nos tipos de tumor e aumento da sobrevida de pacientes em acompanhamento continuado.

Acentuar-se-á a redução dos acidentes de trânsito e das agressões e de suas consequências de danos e mortes.

Os transtornos mentais poderão ver sua incidência e prevalência aumentadas, particularmente os transtornos depressivos e os quadros demenciais associados ao envelhecimento.

O maior número de idosos levará ao incremento na quantidade de pessoas portadoras de incapacidades múltiplas e necessitadas de cuidados prolongados. Também se prevê um

3 Razão de mortalidade materna — 68,7 por 100.000 nascidos vivos, 2008.

aumento da prevalência de pessoas portadoras de deficiência, por conta do aumento de sua sobrevivência.

Todas as doenças preveníveis por vacinação, que já vêm em declínio, continuarão na tendência em curso, chegando à eliminação no país, e talvez mesmo à erradicação, se, como ocorreu com a poliomielite e o sarampo, forem também alvo de ações em nível internacional.

Aumentará o controle da hepatite B, e a incidência de rubéola, caxumba e infecções pelo *Haemophilus influenzae* tipo B permanecerá em níveis mínimos. A incidência de infecções por rotavírus, pela *Neisseria meningitidis* sorogrupo C e pela *Streptococcus pneumoniae* cairá.

Haverá redução da incidência de malária na Região Amazônica. Permanece a tendência declinante da tuberculose, que verá sua incidência reduzir-se em 30%. Ainda assim o país conviverá com mais de 50.000 casos novos de tuberculose ao ano. A taxa de detecção de hanseníase poderá chegar a valores inferiores a 10 por 100.000.

Haverá melhorias no controle da dengue e a vacina poderá vir a ser a alternativa do país para o controle desta doença emergente.

Espera-se que o programa de acesso universal ao controle e tratamento leve à diminuição da incidência de novas infecções pelo HIV. As infecções secundárias deverão estar sob controle, em função do aprimoramento da vigilância epidemiológica dos agentes oportunistas que cursam com a Aids, acometendo os grupos de imunodeficientes.

A incorporação de novas tecnologias permitirá a disponibilidade de novas vacinas. As vacinas contra hepatite A e varicela serão incorporadas e haverá redução em sua incidência. A vacina tetravalente contra doença meningocócica reduzirá ainda mais a incidência da doença no Brasil.

No entanto, o Brasil continuará a conviver com outras enfermidades, ainda endêmicas, como o tracoma, as micoses sistêmicas, a sífilis e outras doenças sexualmente transmissíveis, hepatite C, leptospirose, leishmanioses, infecções hospitalares, doenças de transmissão alimentar, e as hantavirose e a febre maculosa deverão seguir ocorrendo no país, de maneira semelhante à atual. Novos vírus de ocorrência em outros países poderão ser detectados no Brasil.

Estado e Capacidade de Gestão

Haverá coordenação e integração das políticas sociais, do orçamento social, e carreiras de Estado estarão reorganizadas.

A burocracia estatal será fortalecida, com estruturação de carreiras de Estado estendidas à gestão das políticas sociais. A qualificação da ação pública orientará toda a administração, mediante o desenvolvimento de uma política de recursos humanos pautada pela democratização das relações de trabalho, pela profissionalização do serviço público e pela valorização do funcionalismo.

O poder de regulação do Estado se consolidará, pautando a inovação pelas necessidades sociais.

A transparência da ação pública orientará a ampliação do acesso da população às informações e a promoção de espaços de participação da sociedade na formulação e implementação das políticas públicas.

No Ministério da Saúde e entidades vinculadas existirá uma burocracia sólida, qualificada e estável (80% dos trabalhadores atuantes no núcleo estratégico do Estado), com formação técnico-política na área de planejamento e gestão pública da Saúde e capacidade de diálogo e articulação com outros atores setoriais e extrasetoriais (outras áreas do Governo Federal, esferas de governo, outros poderes de Estado, universidades, movimentos sociais, entidades profissionais, indústrias da saúde, prestadores de serviços, entre outros).

Modelos Assistenciais, Gestão Federal, Coordenação Federativa e Redes Assistenciais

O Sistema Único de Saúde (SUS) terá ampla legitimidade social e a imensa maioria dos brasileiros — incluindo camadas médias urbanas — terá confiança nos serviços públicos de saúde ou mesmo preferência por utilizá-los.

Haverá diminuição da taxa de cobertura da população com seguro privado (segundo extensão da cobertura de serviços) e, sobretudo, da proporção daqueles com seguro público (funcionários públicos, Forças Armadas etc.).

O modelo de atenção à saúde predominante no país se orientará pelos princípios da universalidade e integralidade, articulando promoção, prevenção, assistência e reabilitação e integrando vários níveis de complexidade e tipos de serviços, assim como a participação da família e da comunidade.

Haverá diversificação crescente dos serviços assistenciais, com ampliação do acesso. Estratégias de integração com os serviços sociais locais se solidificarão.

O futuro verá progressos significativos na integração de redes com avanços nos critérios de desconcentração e descentralização (com importante protagonismo das Tecnologias

de Informação e Comunicação, TICs). A reestruturação da rede de saúde se potencializaria por meio da introdução de novas tecnologias que permitiriam variações no formato da prestação de cuidados. Tal reestruturação possibilitaria a multiplicação dos pontos de acesso de interação qualificada entre o sistema e o paciente, em especial nas regiões mais remotas, com consequências para a prestação e para a geração de inovação, e ocorreria de forma coordenada e articulada entre os diversos níveis de atenção.

Haverá redes de atenção estruturadas para agravos específicos, com mecanismos de gestão da clínica e uso de novas tecnologias custo-efetivas e com processo de incorporação intensivo e protocolos de prática disseminados e de uso corrente.

Em resumo, o impacto da reestruturação do modelo de atenção potencializaria a integração das redes de serviços em saúde, a partir de integrações verticais e horizontais, garantindo um *continuum* de assistência, e de diferenciações internas, segundo tecnologias e demandas específicas, assegurando a efetividade e racionalidade da prestação dos cuidados. Novas modalidades de cuidados que deem conta das necessidades decorrentes do aumento da população de idosos estarão sendo implementadas. A integração com os serviços de assistência social de base territorial se verá fortalecida.

A capacidade institucional do Estado para conduzir as políticas de saúde estará fortalecida nas três esferas de governo, visando aos princípios do SUS. O pacto federativo brasileiro se consolidará com reforço na atuação compartilhada e cooperativa entre os governos. Nesse contexto, as disputas e os conflitos se tornarão menos acirrados na federação. As funções entre os entes serão repartidas nas políticas públicas considerando-se a diversidade territorial e a capacidade político-institucional dos governos.

Com a priorização de políticas de desenvolvimento regional, as desigualdades territoriais do ponto de vista da infraestrutura e do dinamismo econômico serão reduzidas, ainda que mantidas e respeitadas as particularidades regionais. Haverá ampliação da visão dos governos para além dos seus limites político-administrativos, com reforço das parcerias intergovernamentais em âmbito regional.

O planejamento será forte em curto, médio e longo prazos; integrado entre campos da saúde e com outras políticas, considerando a dimensão territorial (heterogeneidade das dinâmicas territoriais e do sistema) e voltado para o fortalecimento do SUS e para a redução das desigualdades; articulado (porém não subordinado) à gestão orçamentária e expresso em instrumentos consistentes e divulgados.

Haverá forte regulação do Estado, orientada para a garantia da saúde como direito de cidadania, em vários âmbitos e sobre os mercados em saúde. A atuação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) se subordinará aos propósitos de fortalecimento do SUS e favorecerá a contenção dos mercados privados em saúde. Haverá mecanismos de

regulação estatal sobre os prestadores privados de serviços ao SUS (contratualização, monitoramento) que assegurarão a finalidade pública da prestação e evitarão a apropriação privada de recursos públicos.

A regulação estatal das atividades econômicas e comerciais se orientará pela lógica da vigilância sanitária, promoção da saúde e interesses da saúde coletiva. As prioridades da saúde serão consideradas nas decisões de desenvolvimento industrial nos segmentos relevantes, com combinação virtuosa entre políticas de fomento à indústria nacional e necessidades de saúde da população.

A regulação federal sobre os sistemas estaduais e municipais de saúde envolverá mecanismos de coordenação federativa, ancorados em relações intergovernamentais equilibradas e cooperativas.

Produtores federais de insumos estarão consolidados como polos de inovação, desenvolvimento e produção de insumos estratégicos para o sistema público de saúde e servirão como referência para o fortalecimento de outros produtores públicos no país.

A vigilância epidemiológica terá escopo amplo, abrangendo doenças infecciosas e crônico-degenerativas e violências, articulando políticas de promoção e de atenção à saúde; haverá sistemas de informações consistentes que apoiarão a intervenção; investimentos federais substantivos favorecerão a redução da incidência e prevalência de agravos específicos (p. ex., tuberculose, hanseníase).

A atuação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) estará fortalecida, voltada para os interesses da saúde coletiva, com atividades de pesquisa e regulação dos riscos sanitários, de forma articulada com as políticas de atenção à saúde, vigilância epidemiológica e provisão de insumos à saúde.

Ver-se-á a consolidação do Brasil como principal polo de serviços de saúde na América Latina.

Os conselhos de Saúde estarão fortalecidos e seus integrantes participarão das decisões sobre as políticas de saúde seja em nível local, seja no plano nacional. Novos instrumentos de interlocução e controle social estarão disponíveis, incrementando o diálogo entre o Estado e a sociedade civil e alinhando as ações de governo e as aspirações de toda a sociedade.

Financiamento e Gasto Setorial

Financiamento e gasto público

A regra de vinculação dos recursos da União para a Saúde passaria a ser um percentual da receita corrente (bruta ou líquida).

Neste cenário, as expectativas para o gasto público dependeriam do comportamento da Receita Corrente Bruta (RCB) ou da Receita Corrente Líquida (RCL) e das receitas estaduais e municipais com relação ao PIB. No caso foi adotada a elasticidade de 1,1 na relação receita/PIB. Nessa hipótese o gasto público total com saúde alcançaria 5,10% do PIB em 2030, considerando-se um crescimento de 10% da RCB a cada dez anos, ou chegaria a 5,07% do PIB, considerando-se o mesmo ritmo de crescimento para a RCL e para as receitas estaduais e municipais.

Em valores *per capita*, neste cenário mais otimista (regulamentação com vinculação do gasto federal à RCB e todas as receitas crescendo com elasticidade receita/PIB de 1,1) o *per capita* cresceria de R\$ 861,60 em 2012 para R\$ 1.429,32 em 2030, com um aumento real de quase 66%. Mesmo assim esse valor seria um pouco inferior à receita *per capita* do segmento de planos e seguros privados de saúde, que em 2010 foi de R\$ 1.594,00.

Gasto total em saúde

Os subsídios diretos e indiretos do governo ao setor privado serão gradativamente reduzidos e se ampliará o financiamento público para a saúde. Novas fontes de recursos serão destinadas para a Saúde mediante revisão dos mecanismos tributários e ampliação da eficiência e equidade do sistema tributário nacional (União, estados e municípios) e repartição dos *royalties* do petróleo e dos fundos do pré-sal, visando à consolidação nacional de um sistema público de prestação de serviços, com inequívoca priorização do SUS no financiamento público.

Para isso, seriam adotadas medidas reguladoras e de financiamento que, ao mesmo tempo que fossem reduzindo os subsídios diretos e indiretos para o setor privado, fossem tornando o SUS, em todos os seus níveis, mais atrativo para a classe média e para os segmentos da população que se encontram no último quartil da distribuição pessoal da renda.

Respostas da Estrutura da Oferta

Considerando-se a configuração demográfica e epidemiológica da sociedade brasileira, em 2030 será necessário um rearranjo da oferta para a organização das redes integradas de saúde, com preenchimento dos vazios assistenciais, por meio dos investimentos em ampliação ou readequação da infraestrutura e de aquisição de equipamentos, principalmente nas áreas amazônica, nordestina, metropolitanas e de fronteiras, entre outras.

A atenção primária será fortalecida e a Estratégia Saúde da Família (ESF) abrangerá ao menos 80% da população brasileira, atuando de forma articulada com os demais serviços e níveis de atenção, em uma perspectiva regionalizada.

Haverá maior dinamização na geração de inovação no âmbito dos serviços não hospitalares (ainda que mantido importante protagonismo dos hospitais). Com esse adensamento tecnológico extra-hospitalar será possível priorizar o acesso, garantir um atendimento bem mais individualizado e diminuir os custos da atenção, sem comprometer sua qualidade e ganhos de escala na prestação dos serviços. O fluxo em direção aos centros de saúde e hospitais será bem mais organizado, o que afetará também o perfil da infraestrutura hospitalar.

Haverá aumento do número de leitos hospitalares de tecnologia intensiva, ajustado ao novo perfil demográfico e epidemiológico. As estruturas para cuidados prolongados e cuidados paliativos se expandirão.

Os institutos e hospitais federais se consolidarão como referências nacionais/regionais de excelência, com quadros técnicos sólidos, inseridos na rede e articulando atividades de assistência, ensino e pesquisa e apoio à formulação de políticas em suas áreas específicas.

Os polos de alta complexidade serão reestruturados em função da organização das redes. Os hospitais de referência atuarão como polos de referência das indústrias do Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS).

Haverá regulação dos pontos de interface do SUS com os prestadores privados de serviços e com os seguros privados, como a criação de regras nos estabelecimentos com dupla porta de entrada (evitando prejuízos para clientes SUS) e regras para induzir o profissional da saúde a não privilegiar pacientes que lhes proporcionem maior remuneração. Nesse sentido, estará aumentada a capacidade de gestão do sistema público para regulação da dupla porta de entrada dos estabelecimentos privados conveniados com o SUS. Isso ocasionará diminuição da desproporcionalidade do uso dos serviços públicos por segurados, especialmente nos serviços que são gargalo no sistema, além da alta complexidade para serviços em geral.

A capacidade instalada de equipamentos de média e alta complexidades será revisada segundo a oferta de equipamentos e por regiões, com grande aumento daquela destinada ao SUS, extinguindo-se a dupla porta de entrada que acaba privilegiando os detentores de planos e seguros privados de saúde.

Os processos de trabalho em saúde estarão orientados para um novo modelo de atenção. O Ministério da Saúde se articulará com o do Trabalho em políticas que garantam as condições adequadas de trabalho em saúde e ao Ministério da Educação e às universidades na reformulação dos currículos e em programas de educação permanente para os profissionais que atuam no SUS, em parceria com estados e municípios.

Haverá mudanças na formação que favoreçam a fixação e o desenvolvimento profissional dos médicos no SUS, associados a condições adequadas de vínculo, trabalho e remuneração. As políticas de incentivos e reforma da graduação e da residência médica permitirão atender à demanda atual e futura de profissionais tanto da estratégia ESF como das demais áreas de atenção básica, incluindo pediatria, geriatria e clínica médica.

Haverá a possibilidade de redução de alguns desequilíbrios no mercado de trabalho em saúde no que diz respeito às especialidades básicas no âmbito da atenção primária. Terão sido estabelecidos incentivos suficientes para localização de equipes de saúde em áreas remotas e de pobreza.

Respostas do CEIS

Será observada ampliação da competitividade, com adensamento tecnológico dos produtos e processos e, concomitantemente, aumento do dispêndio em atividades inovadoras em equipamentos e materiais estratégicos, com efeitos positivos em termos de sua participação no PIB, de ampliação do emprego e da renda, de ampliação e diversificação das exportações e de redução do déficit comercial. Haverá redução no déficit na balança comercial em todos os segmentos que integram o CEIS. Observar-se-á a ampliação e desconcentração regional da infraestrutura científica e tecnológica na área da saúde e utilização sistemática do uso do poder de compra do Estado.

Ver-se-á aumento da participação de empresas nacionais no mercado farmacêutico brasileiro associado com a progressiva consolidação patrimonial de empresas farmacêuticas nacionais; expansão da produção na indústria farmacêutica nacional associada com o adensamento da cadeia produtiva e redução significativa dos gargalos relativos à produção de insumos farmoquímicos.

Haverá mudança significativa no padrão de esforço inovador da indústria farmacêutica no Brasil associada ao aumento nos dispêndios privados com Pesquisa e Desenvolvimento (P&D), chegando-se a um patamar de 8% a 10% do faturamento líquido das empresas.

Observar-se-á aumento da participação de empresas nacionais de base mecânica, eletrônica e de materiais em determinados nichos de mercado associado quer com a progressiva consolidação patrimonial de empresas nacionais, quer com a adoção de novos modelos de gestão. Essas empresas sofrerão expansão na capacidade produtiva associada com aumento na escala de produção e diversificação em produtos de maior valor agregado.

Haverá desenvolvimento tecnológico e industrial e capacitação inovativa de equipamentos e materiais prioritários no âmbito do SUS. Os desenvolvimentos tecnológicos ocorrerão em: (i) tecnologias mais efetivas e rápidas; (ii) tecnologias que favoreçam o diagnóstico precoce; (iii) tecnologias de informação e comunicação (TICs) e equipamentos dotados de conectividade; (iv) equipamentos dotados de portabilidade, conectividade e segurança; (v) equipamentos menos invasivos em que a tônica seja a convergência tecnológica.

Quanto à infraestrutura científica e tecnológica para apoio ao CEIS, haverá a ampliação e o fortalecimento da rede de laboratórios públicos em função de novos mecanismos de articulação com a iniciativa privada. As Parcerias Público-Privadas (PPPs) estarão voltadas para a criação de empresas prestadoras de serviços de P&D e de insumos para P&D na composição dessa infraestrutura (laboratórios de ensaios pré-clínicos certificados em Boas Práticas de Laboratório, suprimento de animais de qualidade, plantas piloto para escalonamento de produção, com marco regulatório que permita a prestação de serviços e manutenção de pessoal qualificado).

Ocorrerá intensificação da articulação dos três subsegmentos do CEIS (serviços e segmentos industriais), visando a orientar a inovação para a saúde coletiva, e adequação da política de incorporação tecnológica do SUS. Haverá compatibilização dos instrumentos de apoio com o desenvolvimento de inovação no âmbito das políticas de saúde e de C&T, de modo que os interesses sociais possam orientar as inovações, bem como o fortalecimento do Sistema Nacional de Inovação em Saúde e sua maior articulação com o Sistema de Saúde. Observar-se-á aumento do dispêndio de P&D com atividades inovadoras do setor privado.

Espaços Competitivos do CEIS

O Brasil estará consolidado como principal polo da indústria de equipamentos e materiais na América Latina, com ampliação e diversificação das exportações nacionais.

As atividades em P&D serão internacionalmente competitivas para que atendam à demanda de empresas estrangeiras (que terceirizam crescentemente essas atividades), uma vez que a demanda nacional não as sustentaria. Haverá mudanças no ambiente regulatório e, principalmente, uma mudança profunda na forma de encarar o setor — como um setor econômico capaz de promover o desenvolvimento.

Serão explorados alguns de nichos de competências, como:

- Fitomedicamentos.
- Pesquisa translacional como base de novas tecnologias como células-tronco, biomarcadores, entre outros. O Brasil terá vantagens por sua capacitação em medicina e em pesquisa clínica.
- Produção de vacinas: desenvolvimento de novos adjuvantes, esforço de introdução de novas vias de administração e desenvolvimento de vacinas personalizadas para grupos populacionais específicos.

CENÁRIO PESSIMISTA E PLAUSÍVEL

Desenvolvimento Econômico e Social e Inserção Internacional

Em 2030, o Brasil terá atravessado a crise financeira da década de 10 com grandes dificuldades e não terá retomado padrões sustentados de crescimento econômico,

O Produto Interno Bruto (PIB) crescerá a uma taxa de 0,63%, que é exatamente a taxa de crescimento populacional. Isso significa que as vicissitudes do quadro internacional não terão sido adequadamente enfrentadas e que recrudescerá o viés conservador e monetarista da política econômica. O valor do PIB, no horizonte considerado, será de R\$ 4.277 bilhões, a preços de 2010.

A renda *per capita* permanecerá a mesma de 2010: R\$ 19.763,50, o que significa um empobrecimento relativo da população brasileira e acarretará impactos negativos na distribuição de renda.

A tendência à melhoria da distribuição pessoal da renda, medida pelo coeficiente de Gini, será, portanto, detida, e esse indicador se estabilizará no patamar de 0.60.

Igual tendência experimentará a distribuição funcional da renda, medida pela participação dos rendimentos do trabalho no PIB, que, se não cair, deverá na melhor das hipóteses permanecer no mesmo nível de 2010.

O rendimento médio do pessoal ocupado tenderá a crescer a uma taxa inferior à da renda por habitante, tanto em função do baixo valor do salário mínimo, que baliza e serve como piso salarial no mercado de trabalho, quanto pelas pressões oriundas da transição demográfica que se encontrará em fase avançada.

O nível de emprego e a taxa de desemprego refletirão as condições negativas do desempenho da economia brasileira, reduzindo-se o primeiro e elevando-se a segunda; a ausência de crescimento do emprego estará relacionada com as tendências negativas dos indicadores de distribuição de renda e do rendimento médio do pessoal ocupado.

O Brasil verá fragilizadas suas estratégias de desenvolvimento nacional, com comprometimento das políticas macroeconômicas voltadas para enfrentar os desafios da globalização. A crise financeira mundial terá reduzido a capacidade nacional de inserção competitiva. O contexto mundial acentuará o papel de exportador de *commodities* e a concorrência internacional, sobretudo asiática, poderá comprometer o potencial de desenvolvimento industrial.

Serão privilegiadas as políticas macroeconômicas de corte neoliberal, limitando a ação do Estado em relação aos desafios identificados na esfera da proteção social, com restrições às políticas universais e predomínio das políticas de combate à pobreza. As taxas de desemprego serão elevadas. Reduzir-se-á a capacidade de intervenção sobre a dimensão territorial, acentuando-se a heterogeneidade e as desigualdades observadas no país.

Apesar de o país permanecer como potência sub-regional, a integração sul-americana terá dificuldades de avançar e a competição entre os países do continente se verá exacerbada. No âmbito da cooperação internacional em saúde, em função da crise econômica instalada nos países receptores e nos doadores, haverá frustração de expectativas e falta de recursos para dar continuidade aos projetos de cooperação em curso. Ocorrerá a paralisação dos projetos de cooperação, com críticas intensas de governantes, parceiros, mídia e arena internacional, com alto custo político para os países envolvidos.

Sociodemografia

Em 2030, a população brasileira deverá ser de 216 milhões de pessoas,¹ apresentando contínua tendência ao envelhecimento, com 40,5 milhões de idosos, enquanto serão esperados 36,7 milhões de jovens.

Num cenário de crise econômica ou alternância política, a velocidade de crescimento populacional não deve se alterar de modo substancial, dado que a principal variável na evolução demográfica é a fecundidade.

A taxa de fecundidade total será de 1,5 filho por mulher e se manterá constante até 2050. Essa tendência produzirá cerca de 2,4 milhões de nascimentos. Poderá haver diferenciais na região Norte, a única que seguirá com nível acima do de reposição.

Em um cenário de crise haverá um impacto mais imediato no comportamento das migrações, visto que, majoritariamente, os deslocamentos ocorrem em função da busca, pelos trabalhadores, de espaços em que possam ganhar a vida. Como o mercado de trabalho

1 Número relativo à hipótese média de projeção, com convergência entre previsões do Ipea e do IBGE.

também será afetado diretamente, a demanda por trabalho estará contraída. Assim, a tendência é à diminuição no volume de migrantes internos. No plano internacional, poder-se á assistir ao recrudescimento da emigração.

Morbimortalidade

No que tange à mortalidade, a diminuição no ritmo de crescimento econômico e na distribuição de renda poderão reduzir a velocidade de queda da mortalidade infantil e do aumento da esperança de vida ao nascer. A taxa de mortalidade materna poderá sofrer uma redução pouco significativa.

A mortalidade por doenças cardiovasculares verá sua curva de tendência estabilizada e sua prevalência continuará aumentando. A incidência e mortalidade por câncer seguem estáveis.

Os acidentes de trânsito e as agressões e suas consequências de danos e mortes poderão aumentar.

Os transtornos mentais verão sua incidência e prevalência aumentadas, particularmente os transtornos depressivos e os quadros demenciais associados ao envelhecimento.

O maior número de idosos levará ao incremento na quantidade de pessoas portadoras de incapacidades múltiplas e necessitadas de cuidados prolongados. Também se prevê um aumento da prevalência de pessoas portadoras de deficiência, por conta do aumento de sua sobrevida.

Todas as doenças preveníveis por vacinação, que já vêm em declínio, continuarão na tendência em curso. Talvez se alcance a eliminação da poliomielite e do sarampo no país.

Haverá dificuldades no controle da hepatite B, e a incidência de rubéola, caxumba e infecções pelo *Haemophylus influenzae* tipo B permanecerá nos níveis atuais. A incidência de infecções por rotavírus, pela *Neisseria meningitidis* sorogrupo C e pela *Streptococcus pneumoniae* estará mantida.

Não haverá redução da incidência de malária na Região Amazônica, podendo até ocorrer um aumento. A tendência declinante da tuberculose será interrompida. O país conviverá com mais de 50.000 casos novos de tuberculose ao ano. A taxa de detecção de hanseníase não se alterará. E a dengue continuará a ser um grande problema.

Teme-se que o programa de acesso universal ao controle e tratamento da Aids não leve à diminuição da incidência de novas infecções pelo HIV. As infecções secundárias poderão fugir ao controle.

O Brasil continuará a conviver com outras enfermidades, ainda endêmicas, como o tracoma, as micoses sistêmicas, a sífilis e outras doenças sexualmente transmissíveis, hepatite C, leptospirose, leishmanioses, infecções hospitalares, doenças de transmissão alimentar, e as hantavirose e a febre maculosa deverão continuar ocorrendo no país, de maneira semelhante à atual. Novos vírus de ocorrência em outros países poderão ser detectados no Brasil.

Estado e Capacidade de Gestão

A capacidade institucional do Estado para conduzir as políticas de saúde para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) se verá fragilizada por restrições político-econômicas e diversidade de interesses e projetos expressos na atuação do Estado.

O funcionamento do Ministério da Saúde e entidades vinculadas será prejudicado por fragilidades da força de trabalho, com alta dependência de cargos, consultores e terceirizados (mais de 60-70% dos postos estratégicos).

Órgãos/entidades federais da Saúde serão permeáveis a interesses diversos, o que se expressará na ocupação de cargos por grupos políticos ou de interesse avessos aos princípios do SUS.

Modelos Assistenciais, Gestão Federal, Coordenação Federativa e Redes Assistenciais

Ver-se-á o aumento das restrições às políticas públicas de saúde e ao crescimento dos serviços e ações públicos de saúde, com expansão do setor privado no financiamento e prestação de serviços e manutenção ou acirramento das desigualdades em saúde (ainda que com possibilidade de melhoria na média de alguns indicadores).

O SUS funcionará sob restrições políticas e financeiras, voltado para a população pobre do país e com limitações de qualidade. O setor privado verá aumentada a sua participação relativa no gasto total em saúde, acompanhada de subsegmentação dos mercados de planos e prestadores de serviços.

A taxa de cobertura da população com seguro privado aumentará devido a um grande aumento da proporção do seguro privado de servidores públicos (funcionários públicos, das Forças Armadas etc.).

As desigualdades regionais estarão acentuadas com a concentração territorial de novos investimentos.

Persistirão distorções no modelo de atenção à saúde, fragilidades na atenção primária, limites no acesso da população e na integração dos serviços de vários níveis de complexidade, bem como forte peso da prestação de serviços e dos gastos privados em saúde. A Estratégia Saúde da Família abrangerá cerca de 50 a 60% da população, principalmente a de baixa renda, com limitações na qualidade e na articulação com os demais serviços e níveis de atenção. Haverá fragilidades na regionalização da atenção e na operacionalização de redes de atenção para agravos específicos. O país continuará carente de alternativas de cuidados para a sua população idosa, sobretudo para as camadas mais pobres.

Os conflitos federativos se acentuarão com o aumento da competição entre os níveis de governo e os sistemas de políticas sociais permanecerão fragmentados entre múltiplos entes, instituições e equipamentos que pouco se articulam entre si.

Haverá debilidades no planejamento federal e ênfase no planejamento local; predomínio importante na esfera federal de projetos e acompanhamento de metas por programas específicos, com baixa integração entre áreas e escassa consideração da dimensão territorial; predomínio de submissão da programação à contenção orçamentária.

Observar-se-á agravamento das fragilidades de regulação sobre mercados em saúde. A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) estará capturada por interesses do segmento de assistência suplementar. A regulação dos efeitos do mix público-privado estará voltada para a melhoria dos seguros privados e haverá maior concentração das operadoras.

A regulação sanitária sofrerá dificuldades, com limitações à atuação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) pelo predomínio de interesses econômicos e comerciais. A atuação da Anvisa perderá espaço para outras áreas do governo e/ou interesses econômicos, bem como apresentará limitada articulação com políticas de atenção à saúde, vigilância epidemiológica e provisão de insumos à saúde.

O apoio e regulação do Estado no âmbito da indústria de insumos será limitado, seguindo a lógica dos mercados, com oligopolização, fortalecimento das indústrias transnacionais, aumento de preços e limitada articulação com as necessidades de atenção à saúde.

A vigilância epidemiológica estará voltada para as doenças infecciosas, com baixos investimentos federais e limitações na articulação com as demais políticas de atenção à saúde. Os sistemas de informações serão fragmentados e suas limitações em termos de cobertura e consistência persistirão. A limitação dos investimentos e baixa cobertura de atividades de controle levará à persistência de taxas relativamente elevadas de agravos específicos.

Os conselhos de Saúde serão capturados pelas corporações profissionais ou por interesses políticos paroquiais. As conferências de Saúde tenderão ao esvaziamento e a Conferência Nacional a uma radicalização programática. O diálogo entre o Estado e a sociedade civil se verá dificultado e tensões radicais serão frequentes.

Financiamento e Gasto Setorial

Haverá persistência de indefinições e instabilidade de fontes, com agravamento das restrições ao financiamento setorial. A participação do gasto total em saúde será em torno de 8% do PIB ou menos, com elevação da participação privada no gasto total (mais de 55%).

Observar-se-á grande aumento dos valores e permissões para desonerações implícitas e a manutenção do desconhecimento técnico dos efeitos das desonerações explícitas (filantropia, indústria etc.).

Diminuirá a participação federal no gasto público (cerca de 35 a 40%) e os recursos federais seguirão, predominantemente, a lógica da oferta. Serão mantidos ou intensificados os subsídios ao setor privado, com persistência ou agravamento das desigualdades no financiamento e oferta em saúde. Serão incrementados outros financiamentos públicos para o setor privado, sem discussão com a sociedade e estudos das consequências para a estrutura do sistema de saúde e para a universalidade do SUS.

Respostas da Estrutura da Oferta

As iniquidades na distribuição da infraestrutura de serviços em saúde estarão mantidas, com intensificação da fragmentação dos serviços assistenciais, comprometendo a universalidade e integralidade. A orientação de integração de redes não alterará a crescente tendência à fragmentação da prestação de serviços em saúde.

Haverá diversificação crescente dos serviços assistenciais, porém sem um sistema de informações e interface humana que garantam a efetividade da atenção.

O aumento do número de hospitais públicos conviverá com escala de produção ineficiente e baixo adensamento tecnológico.

Na prestação direta de serviços pelo nível federal, os institutos e hospitais sofrerão com restrições políticas e orçamentárias da administração pública federal, com escassez de quadros técnicos, de recursos e investimentos, o que os impedirá de se manterem e afir-

marem como serviços de referência e de excelência na área assistencial; as atividades de ensino e pesquisa serão restritas.

Ocorrerá adensamento tecnológico extra-hospitalar, porém sem impacto relevante de acesso à população mais pobre ou residente em locais mais remotos. Haverá diminuição da disponibilidade da capacidade instalada de equipamentos de média e alta complexidade para uso por intermédio do SUS.

Aumentará muito a participação percentual da produção de serviços adquiridos de forma privada. O aumento da concentração das prestadoras de serviços trará impactos de restrição de acesso (efeitos deletérios para a universalização).

A limitada regulação dos prestadores privados de serviços ao SUS, que atendem diversas clientela, provocará acirramento da competitividade em função da dupla porta de entrada dos estabelecimentos privados conveniados com o SUS. Haverá aumento da desproporcionalidade no uso dos serviços entre usuários do SUS e beneficiários de planos e seguros privados de saúde.

No âmbito dos processos de trabalho e formação em saúde, serão implementados programas isolados, com baixa articulação com outras políticas e alcance limitado.

As condições inadequadas de vínculo, trabalho e remuneração dos profissionais no SUS persistirão. E o modelo de formação médica continuará muito orientado para as especialidades e para o mercado privado.

Considerando-se a tendência entre a demanda por empregos formais e a oferta futura de graduados medida pelo número total de matriculados no sistema de formação, pode-se projetar que até 2022-2030 os graduados em Enfermagem passem a encontrar dificuldades no mercado de trabalho, enquanto os graduados em Medicina terão uma demanda por emprego muito superior à capacidade atual de oferta de postos de trabalho. Em Odontologia a tendência é de equilíbrio, até por ser uma área em que o número de empregos formais ainda é menos significativo que o exercício da prática privada individual.

Persistirão ou se agravarão os problemas de fixação e desenvolvimento profissional dos médicos no SUS, em face de condições de trabalho e de remuneração mais atraentes no setor privado.

Ocorrerá total desarticulação entre as políticas de saúde, de ciência e tecnologia, macroeconômica e industrial. Os produtores federais de insumos terão baixíssima capacidade de inovação e desenvolvimento tecnológico, atuação de forma muito limitada e pouco estratégica, em face das restrições macroeconômicas e de restrito apoio do Governo Federal. O Estado não atuará como fomentador nem da produção nacional pública nem da privada,

deixando que os mercados funcionem nessa área a seu bel-prazer. Tecnologias intensivas serão incorporadas sem custo-efetividade comprovado.

Ver-se-á intensificação da internacionalização das empresas prestadoras de serviços em saúde, aumentando a importância relativa do capital privado e internacional no mercado de serviços em saúde.

Respostas do CEIS

Em um cenário regressivo, haverá perda de posição do país na corrida tecnológica e falta de base adequada de financiamento da Saúde, ou seja, uma perda na demanda e na estrutura de oferta de saúde no país. Nesse cenário, ocorrerá total desarticulação entre as políticas macroeconômica, industrial, de ciência e tecnologia e de saúde, mantendo-se os interesses sociais subordinados aos econômicos.

Ocorrerá agravamento do desequilíbrio estrutural da balança comercial.

Não será estabelecido novo marco regulatório de incorporação tecnológica, e tampouco majoração ou reorientação para inovações na estrutura organizacional dos serviços, consideradas as demandas da rede de atenção integrada.

Haverá manutenção do baixo envolvimento das empresas nacionais em atividades inovadoras, com especialização produtiva em produtos de menor intensidade tecnológica.

Os investimentos em fusões e aquisições por parte das multinacionais farmacêuticas e do segmento de base mecânica, eletrônica e de materiais se ampliarão consideravelmente até 2030, levando a uma redução progressiva da participação de empresas brasileiras de tais segmentos no mercado nacional.

As perspectivas em pesquisa e desenvolvimento em 2022-2030 apresentarão um diferencial negativo muito maior com relação aos países desenvolvidos e demais países emergentes. Ocorrerá um aumento considerável da defasagem entre a infraestrutura científico-tecnológica de apoio ao Complexo Econômico-Industrial da Saúde e as necessidades da indústria.

CENÁRIO INERCIAL E PROVÁVEL

Desenvolvimento Econômico e Social e Inserção Internacional

Em 2030, o Brasil terá atravessado a crise financeira da década de 10, atingindo um Produto Interno Bruto (PIB) de cerca de R\$ 5.602 bilhões, a preços de 2010.

O PIB crescerá a uma taxa inferior à da média dos últimos dez anos — 2,0% a.a. —, mas superior à taxa de crescimento demográfico. O impacto da crise internacional sobre a economia brasileira será, assim, significativo e a adoção de instrumentos de política econômica voltados para o crescimento e a promoção do emprego será tímida.

A renda *per capita* crescerá, mantendo a tendência dos últimos anos, e alcançará o valor de R\$ 25.935,00.

A distribuição de renda, em ambos os conceitos, continuará a melhorar: o coeficiente de Gini, tal como no cenário anterior, se estabilizará em 0.60 e a participação dos rendimentos do trabalho no PIB experimentará moderada melhoria.

O rendimento médio do pessoal ocupado tenderá a acompanhar, em maior ou menor grau, a evolução da renda por habitante; ainda que menos intensos, os efeitos da transição demográfica também se farão sentir, e o mercado de trabalho dificilmente será capaz de absorver a população em idade laboral (e particularmente as camadas mais jovens), que constituirá a larga maioria da população total; as pressões daí advindas implicarão também aumento da informalidade e da precarização nas relações de trabalho. O nível de emprego e a taxa de desemprego permanecerão nos mesmos patamares em que se encontram na atualidade.

O país manterá estratégias de desenvolvimento nacional voltadas para enfrentar os desafios da globalização e da inserção competitiva brasileira. Preservará sua situação no contexto mundial, com um modelo de desenvolvimento que articula as dimensões econômica (crescimento sustentado, ainda que reduzido); ambiental; social (orientado para o bem-estar social, persistindo dificuldades na consolidação dos direitos universais, re-

dução da pobreza e das desigualdades sociais) e política (consolidação da democracia, aumento da participação da população por via representativa e direta).

As políticas voltadas para a inclusão social com redução das desigualdades e da pobreza e dinamização do mercado interno terão prosseguimento. Também se manterão no ritmo atual as políticas de infraestrutura social (saneamento, habitação), associadas às políticas de combate à pobreza direcionadas para grupos específicos.

A opção da política externa brasileira em meio às turbulências internacionais continuará sendo a busca pelo multilateralismo nos níveis de governança regional e global. O Brasil aprofundará as relações com os polos emergentes, países africanos e asiáticos, e avançará na integração latino-americana. No caso da integração com os países vizinhos, haverá progressos na busca do desenvolvimento equilibrado da região, com ações de ampliação de mecanismos de financiamento do bloco, integração das infraestruturas e fortalecimento de uma identidade comum.

Persistirão tensões oriundas da possibilidade de a crise econômica atingir o Brasil, com a contenção de gastos públicos e incertezas em relação às prioridades da política externa para a cooperação Sul-Sul em saúde, principalmente com a África. Do mesmo modo manter-se-ão as dificuldades de apoio efetivo, no Brasil, aos projetos de cooperação em saúde em curso, exigindo gestões nacionais complexas e busca permanente de recursos (nacionais e internacionais) que possibilitem sua continuidade, atrasando os cronogramas de desenvolvimento e obrigando a permanentes reformulações dos projetos.

Sociodemografia

Em 2030, a população brasileira deverá ser de 216 milhões¹ de pessoas, apresentando contínua tendência ao envelhecimento, com 40,5 milhões de idosos (60 anos e mais), enquanto serão esperados 36,7 milhões de jovens. A razão de dependência total continuará aumentando, chegando a 2030 com 100 pessoas em idade ativa respondendo por 55,5 da faixa etária não ativa. Nesse momento, a contribuição dos mais idosos neste indicador já terá superado aquela do segmento de 0 a 14 anos de idade, com 29,1 idosos contra 24,5 jovens.

A taxa de fecundidade total será de 1,5 filho por mulher, que se manterá constante até 2050, alcançando cerca de 2,4 milhões de nascidos vivos. Poderá haver diferenciais na região Norte, a única que seguirá com nível acima do de reposição.

1 Número relativo à hipótese média de projeção, com convergência entre previsões do Ipea e do IBGE.

Com relação à migração e à distribuição espacial da população, haverá intensificação da tendência do sentido dos fluxos migratórios, direcionados, sobretudo, para as cidades médias, redistribuindo, gradativamente, a população pelo território nacional.

Morbimortalidade

No que tange à mortalidade, a permanência dos programas de distribuição de renda e a melhoria das condições de vida poderão redundar em uma ligeira queda da mortalidade e no aumento da esperança de vida ao nascer. A mortalidade infantil manterá sua tendência de declínio, atingindo níveis baixos no componente pós-neonatal e redução no componente neonatal. A taxa de mortalidade materna se reduzirá no ritmo atual.² Os diferenciais regionais e sociais observados tanto na esperança de vida quanto na mortalidade infantil continuarão no atual ritmo de redução.

A mortalidade por doenças cardiovasculares também manterá sua tendência declinante, com redução da letalidade das doenças isquêmicas do coração. Esse declínio acarretará um aumento de sua prevalência, que, no entanto, se concentrará em grupos populacionais de idade mais avançada. A incidência e mortalidade por câncer seguirá estável, com mudança nos tipos de tumor e aumento da sobrevida de pacientes em acompanhamento continuado.

Haverá redistribuição territorial dos acidentes de trânsito e das agressões, assim como de suas consequências de danos e mortes. O aumento desses eventos nas regiões Nordeste e Centro-Oeste não compensará o declínio nas regiões Sul e Sudeste.

Os transtornos mentais poderão ver sua incidência e prevalência aumentadas, particularmente os transtornos depressivos e os quadros demenciais associados ao envelhecimento.

O maior número de idosos levará ao incremento na quantidade de pessoas portadoras de incapacidades múltiplas e necessitadas de cuidados prolongados. Também se prevê um aumento da prevalência de pessoas portadoras de deficiência, por conta do aumento de sua sobrevida.

Todas as doenças preveníveis por vacinação, que já vêm em declínio, continuarão a tendência em curso. Aumentarão o controle da hepatite B e a incidência de rubéola, caxumba e infecções pelo *Haemophilus influenzae* tipo B. A incidência de infecções por rotavírus, pela *Neisseria meningitidis* sorogrupo C e pela *Streptococcus pneumoniae* cairá.

2 Razão de mortalidade materna — 68,7 por 100.000 nascidos vivos, 2008.

Haverá redução da incidência de malária na Região Amazônica. Permanecerá a tendência declinante da tuberculose e da taxa de detecção de hanseníase. Haverá melhorias no controle da dengue e a vacina poderá vir a ser a alternativa do país para o controle desta doença emergente. Espera-se que o programa de acesso universal ao controle e tratamento leve à diminuição da incidência de novas infecções pelo HIV.

A incorporação de novas tecnologias permitirá a disponibilidade de novas vacinas. As vacinas contra hepatite A e varicela serão incorporadas e haverá redução em sua incidência. A vacina tetravalente contra doença meningocócica reduzirá ainda mais a incidência da doença no Brasil.

No entanto, o Brasil continuará a conviver com outras enfermidades, ainda endêmicas, como o tracoma, as micoses sistêmicas, a sífilis e outras doenças sexualmente transmissíveis, hepatite C, leptospirose, leishmanioses, infecções hospitalares, doenças de transmissão alimentar, e as hantavirose e a febre maculosa deverão seguir ocorrendo no país, de maneira semelhante à atual. Novos vírus de ocorrência em outros países poderão ser detectados no Brasil.

Estado e Capacidade de Gestão

Será aperfeiçoada a gestão de pessoas na administração pública federal, orientada por competências e pela democratização das relações de trabalho, visando a aumentar a capacidade do governo na implementação de políticas públicas.

Serão ampliados o diálogo, a transparência e a participação social no âmbito da administração pública, promovendo maior interação entre o Estado e a sociedade.

O funcionamento do nível central do Ministério da Saúde e de entidades vinculadas continuará dependente da ocupação de cargos comissionados, de consultores e de terceirizados (cerca de 50 a 70% dos trabalhadores do núcleo estratégico).

A capacidade institucional do Estado para conduzir as políticas de saúde apresentará a persistência de fragilidades em relação às exigências do Sistema Único de Saúde (SUS) e será heterogênea entre órgãos/entidades federais e entre as três esferas de governo.

Modelos Assistenciais, Gestão Federal, Coordenação Federativa e Redes Assistenciais

O SUS terá magnitude importante e será utilizado por parcela expressiva da população, porém mais de 30% desta, incluindo parte da “nova classe média” que sairá da pobreza, terão planos privados de saúde ou pagarão diretamente por serviços privados. Aumentará a proporção de funcionários públicos cobertos por planos e seguros de saúde.

Haverá mudanças incrementais no modelo de atenção à saúde, porém com limites na integração dos vários níveis de complexidade e tipos de serviços de saúde e limitações em alguns deles (como apoio diagnóstico e terapêutico e assistência farmacêutica), em que permanece forte o peso da prestação de serviços e/ou dos gastos privados.

Haverá avanços na reorganização do Sistema de Saúde, com incorporação de tecnologia e de novas modalidades assistenciais (considerando-se as diferenças territoriais e de renda brasileiras), entretanto este se manterá fragmentado e com eficiência reduzida (comprometendo a universalidade e integralidade). O processo de regionalização da atenção e na operacionalização de redes de atenção para agravos específicos terá prosseguimento.

As disputas entre os entes federativos ainda serão importantes, particularmente no que tange aos recursos financeiros, e os avanços nas políticas serão condicionados pelas características prévias locais. As parcerias intergovernamentais se localizarão de modo disperso, predominando em regiões mais dinâmicas e com menor conflito.

Na relação com estados e municípios, em que pese a expansão de instrumentos de coordenação federativa, predominará um modelo regulatório federal por meio de normas e incentivos financeiros, com efetividade limitada pela queda na participação federal no financiamento e fragilidades do modelo regulatório.

Nas atividades de planejamento governamental haverá predomínio de estratégias e instrumentos de curto e médio prazos, com planos nacionais, embora com dificuldades de integração entre os campos e órgãos federais; esforços de integração entre planejamento e gestão orçamentária; escassa consideração da dimensão territorial e predomínio da programação por várias políticas/programas específicos, de acordo com os incentivos federais; multiplicidade de planos e programas, com ênfase na definição de metas.

A regulação do Estado sobre mercados em saúde se expandirá um pouco, mas com fragilidades. A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) atuará na consolidação de informações do segmento de assistência suplementar, no apoio à organização desse mercado e na regulação do cumprimento de contratos. A regulação dos prestadores privados de serviços ao SUS apresentará debilidades, apesar de alguma expansão dos instrumentos de controle.

No âmbito da vigilância epidemiológica, haverá maior ênfase na vigilância de doenças infecciosas, com alguma atuação em relação às crônico-degenerativas; limitações na articulação com as demais políticas de atenção à saúde; sistemas de informações apresentarão avanços, porém persistirão limitações em termos de cobertura, consistência e integração.

A atuação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) se expandirá, porém haverá frequentes tensões com outras áreas do governo e/ou com interesses econômicos, bem como limitada articulação com políticas de atenção à saúde, vigilância epidemiológica e provisão de insumos à saúde.

A indústria e a produção nacional de insumos para a saúde se expandirão de forma associada a momentos de crescimento econômico, porém com limitada capacidade de inovação e dificuldades de submissão/articulação com as necessidades sanitárias.

Ver-se-á a consolidação do Brasil como principal polo de serviços de saúde na América Latina.

Prosseguirá a ampliação da participação e do controle social na formulação e implementação das políticas públicas, com avanços na consolidação de instâncias plurais de diálogo entre o Estado e a sociedade civil em conjunto com atual estrutura de conselhos e conferências de Saúde.

Financiamento e Gasto Setorial

Financiamento e gasto público

A Emenda Constitucional n. 29 será regulamentada com clara definição do que são ações e serviços públicos de saúde, mas sem alteração na regra de vinculação ou recursos novos na área federal. Nessa hipótese, será esperado um aumento nos dispêndios dos estados que hoje estariam aplicando menos de 12% de suas receitas vinculadas em saúde. Em um cenário de elasticidade-PIB da receita vinculada igual à unidade, os gastos públicos com saúde, de 3,47% em 2012, alcançarão 3,78% do PIB em 2030. Com elasticidade-PIB da receita de 1,1 (crescimento de 10% acima da variação do PIB a cada dez anos), os gastos públicos com saúde serão estimados em 3,96% do PIB em 2030.

Gasto total em saúde

Os subsídios diretos e indiretos do governo ao setor privado serão mantidos nos níveis atuais ou crescerão discretamente. Não serão resolvidos os problemas decorrentes das situações de imbricação entre os financiamentos público e privado da Saúde. O gasto to-

tal cresce e será mantida a relação percentual entre participação pública e privada no financiamento total. Os recursos públicos para o SUS, apesar de apresentarem crescimento, continuarão insuficientes para melhorar substantivamente a qualidade dos serviços prestados pelo sistema público.

Respostas da Estrutura da Oferta

Considerando-se a configuração demográfica e epidemiológica da sociedade brasileira, em 2030 estará ocorrendo um rearranjo da oferta para a organização das redes integradas de saúde, com preenchimento de algumas lacunas na assistência, por meio dos investimentos em ampliação ou readequação da infraestrutura e aquisição de equipamentos, principalmente nas áreas amazônica, nordestina, metropolitanas e de fronteiras, entre outras.

A atenção primária apresentará alguma expansão e a Estratégia Saúde da Família abrangerá cerca de 60 a 70% da população brasileira, com algumas limitações na articulação com os demais serviços e níveis de atenção.

Haverá maior dinamização na geração de inovação no âmbito dos serviços não hospitalares, mantido importante protagonismo dos hospitais. Ocorrerá aumento do número de leitos hospitalares de tecnologia intensiva, porém excessivamente concentrados nas regiões mais ricas, mantendo-se as iniquidades de acesso. Começarão a se desenvolver estruturas para cuidados prolongados e cuidados paliativos.

Os institutos e hospitais federais funcionarão como serviços assistenciais de referência nacional/regional ou local, porém apresentarão dificuldades por escassez de quadros técnicos ou de investimentos e limitada articulação à rede de serviços. Predominarão atividades assistenciais, com alguma atuação no ensino e na pesquisa.

Haverá ampliação do uso de tecnologias de alto custo no âmbito dos serviços, porém de forma não orientada pelas necessidades de saúde coletiva, o que acarretará aumento de pressão dos custos, sem necessariamente resultar na melhoria da situação de saúde. A incorporação de tecnologias intensivas ainda se mostrará pouco articulada com as necessidades do SUS. Hospitais de referência pouco integrados com o resto dos segmentos do Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS); tais subsegmentos permanecerão sistemicamente desarticulados.

Os produtores federais de insumos terão capacidade de inovação limitada e oscilarão entre produção em escala de insumos simples e esforços de desenvolvimento de insumos estratégicos de maior complexidade e custo.

Ocorrerá mudança da composição atual na produção de serviços de saúde no país, com ligeiro aumento da participação percentual da produção de serviços adquiridos e prestados de forma privada.

Ver-se-á, ainda, maior disponibilidade para uso da capacidade instalada de equipamentos de média e alta complexidades por meio de seguro privado do que para utilização pelos usuários do SUS, com manutenção da discrepância entre a disponibilidade para segurados e aquela para o sistema público.

No âmbito do trabalho em saúde, manter-se-á o ritmo de integração de programas específicos e parcerias eventuais entre o Ministério do Trabalho e o da Educação. Persistirão no SUS condições inadequadas de vínculo, trabalho e remuneração em saúde.

Haverá reformulação de currículos em algumas universidades e expansão da educação permanente em alguns estados e municípios, porém o modelo de formação continuará muito orientado para as especialidades e para o mercado privado.

Haverá tendência ao acirramento de desequilíbrios no mercado de trabalho em saúde e de desigualdades tanto nas especialidades básicas no âmbito da atenção primária em saúde quanto nas especialidades clínicas, cirúrgicas e nas especialidades de apoio diagnóstico e terapêutico, até porque sua distribuição deverá ser mesmo diferenciada, considerando-se o tamanho e o grau de desenvolvimento dos municípios e regiões.

Persistirão limites de inserção e envolvimento dos médicos no SUS, em face de condições de trabalho e de remuneração mais atraentes no setor privado.

Respostas do CEIS

Estará mantido o atual desenvolvimento do padrão tecnológico brasileiro, marcado pela lenta geração de inovação e pela baixa densidade tecnológica da indústria brasileira. Neste cenário, o país correrá o risco de não alcançar os demais na corrida tecnológica.

Persistirá a baixa articulação dos três subsegmentos do CEIS, mantendo-se a dicotomia entre interesses públicos e privados relativos à geração de inovação.

As parcerias público-privadas continuarão a ser estabelecidas, embora com dificuldades para orientação da produção no âmbito do setor Saúde.

Haverá intensificação no processo de fusões e aquisições na indústria farmacêutica brasileira, contrapondo grandes grupos globais a empresas nacionais.

O país verá um aumento residual do dispêndio em Pesquisa e Desenvolvimento (P&D) com atividades inovativas do setor privado, persistindo baixa articulação dos interesses produtivos com as necessidades coletivas sociais.

Não terão sido superados os elevados patamares do déficit na balança comercial.

Será estabelecido um marco regulatório de incorporação tecnológica e haverá majoração ou reorientação de investimentos, porém não serão consideradas, de forma sistêmica, as tendências demográficas e epidemiológicas e os gargalos da rede de atenção integrada.

Continuará tímido o processo de consolidação patrimonial e de novos modelos gerenciais de empresas nacionais, estimulado pelo aumento das pressões competitivas do mercado.

Haverá débil ampliação na capacitação de empresas para a inovação incremental. O desenvolvimento tecnológico de equipamentos e materiais prioritários no âmbito do SUS será limitado.

Provavelmente será observada manutenção de gargalos na estrutura produtiva, particularmente na produção de fármacos. Haverá ampliação do mercado de medicamentos genéricos, que passará a responder por uma parcela crescente do volume de vendas de medicamentos. A consolidação patrimonial de empresas nacionais será estimulada pelo aumento das pressões competitivas no mercado de genéricos.

Ocorrerá ampliação dos investimentos externos e concomitante ingresso de novos *players* no mercado nacional de produtos de base mecânica, eletrônica e de materiais, significando acirramento da concorrência, aumento de barreiras à entrada e concentração industrial. Observar-se-á especialização produtiva de empresas nacionais de produtos de base mecânica, eletrônica e de materiais em produtos de menor intensidade tecnológica.

Haverá lento crescimento do investimento empresarial em P&D.

Serão mantidos a sistemática de fomento à área de ciência e tecnologia e o baixo investimento governamental no desenvolvimento da infraestrutura necessária em instituições públicas de pesquisa.

A produção científica será relativamente mais forte, posicionando o país entre os dez primeiros do mundo neste tipo de atividade, porém ainda insuficiente para atender às necessidades do país.

Espaços Competitivos do CEIS

O Brasil continuará seu esforço para se consolidar como principal polo da indústria de equipamentos e materiais na América Latina, com ampliação e diversificação das exportações nacionais.

Terá prosseguimento moderado a exploração de alguns de nichos de competências, como:

- Fitomedicamentos.
- Pesquisa translacional como base de novas tecnologias como células-tronco, biomarcadores, entre outros. O Brasil terá vantagens por sua capacitação em medicina e em pesquisa clínica.
- Produção de vacinas: desenvolvimento de novos adjuvantes, esforço de introdução de novas vias de administração e desenvolvimento de vacinas personalizadas para grupos populacionais específicos.

REFERÊNCIAS

- ABIMO. Associação Brasileira da Indústria de Artigos e Equipamentos Médicos, Odontológicos e Hospitalares e de Laboratório. Disponível em: <www.abimo.org.br/default_interno.asp>. Acesso em: 20 out. 2010.
- ABRUCIO, F. L. A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, n. 24, p. 41-67, 2005.
- AGÊNCIA BRASILEIRA DE DESENVOLVIMENTO INDUSTRIAL (ABDI). **Estudo prospectivo: cadeia de equipamentos médicos, hospitalares e odontológicos**. Série Cadernos da Indústria ABDI. Disponível em: <www.abdi.com.br/?q=system/files/Estudo+prospectivo+Equipamento+Medico-hospitalar+e+Odontologico_0.pdf>. Acesso em: 20 out. 2010.
- AGÊNCIA BRASILEIRA DE DESENVOLVIMENTO INDUSTRIAL (ABDI). **Relatório de acompanhamento setorial – Complexo da Saúde: equipamentos médicos, hospitalares e odontológicos**. Volume IV. Disponível em: <www.abdi.com.br/Estudo/Equipamentos%20M%C3%A9dicos%20-%20%20dez2009.pdf>. Acesso em: 20 out. 2011.
- AGUILAR, A. Inovação é o calcanhar de Aquiles. **Valor Econômico**. Valor Setorial, p. 22-24, 2009. Suplemento Especial.
- ALBUQUERQUE, C. et al. A situação atual do mercado da saúde suplementar no Brasil e apontamentos para o futuro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1421-1430, 2008.
- ALMEIDA, C. International perspectives on the public health implications of 9/11– Health and foreign policy: the threat from health securitization. **Australian and New Zealand Journal of Public Health**, Canberra, v. 35, n. 4, p. 312, 2011.
- ALMEIDA, C. et al. A concepção brasileira de ‘cooperação Sul-Sul estruturante em saúde’. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 25-35, 2010.
- ALMEIDA, M. H. T. de. Federalismo, democracia e governo no Brasil: ideias, hipóteses e evidências. **Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais BiB**, São Paulo, n. 51, p. 13-34, 2001.
- AMADOR, E. A. El nuevo rostro de la cooperación técnica entre países en desarrollo (CTPD) y las nuevas tendencias internacionales. **Ciencias Sociales**, Costa Rica, v. 4, n. 94, p. 169-188, 2001.
- ARRETCHE, M. Federalismo e relações intergovernamentais no Brasil: a reforma dos programas sociais. **Dados: Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 3, p. 431-457, 2002.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ORÇAMENTOS PÚBLICOS (ABOP). **Análise de alguns dados financeiros agregados dos orçamentos fiscal, da seguridade social e de investimento da União de 2006**. Informe n. 69. Disponível em: <www.abop.org.br/info69.php>. Acesso em: 20 out. 2010.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ORÇAMENTOS PÚBLICOS (ABOP). **Análise de alguns dados financeiros agregados dos orçamentos fiscal, da seguridade social e de investimento da união de 2009**. Informe n. 75. Disponível em: <www.abop.org.br/75.pdf>. Acesso em: 20 out. 2010.
- ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS. **Observatório ANAHP**. 2. ed. São Paulo: ANAHP, 2010. 144 p.
- ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS AUDITORES FISCAIS DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL; FUNDAÇÃO ANFIP DE ESTUDOS DA SEGURIDADE SOCIAL. **Análise da Seguridade Social em 2010**. Brasília: Anfip, 2011. 79 p.

BAETAS, R.; QUENTAL, C.; BOMTEMPO, J. V. **Acelerando a P&D de uma vacina para a Aids no Brasil**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2008.

BAHIA, L. O sistema de saúde brasileiro entre normas e fatos: universalização mitigada e estratificação subsidiada. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 753-762, 2009.

BARBOSA, P. R. Documento setorial: serviços em saúde. In: GADELHA, C. A. G. (Coord.). **Perspectivas do investimento no Brasil**. Bloco: Economia do conhecimento. Sistema produtivo: complexo industrial da Saúde. Rio de Janeiro: IE-UFRJ/ IE-Unicamp, 2009. Disponível em: <www.projetopib.org/?p=documentos>. Acesso em: 01 jul. 2011.

BARBOSA, P. R. Perspectivas do investimento em serviços de atenção terciária à saúde. In: CASSIOLATO, J. E. **Perspectivas do investimento na economia do conhecimento**. Rio de Janeiro: Synergia: UFRJ, Instituto de Economia; Campinas: Unicamp, Instituto de Economia, 2010. p. 2-344. (Projeto PIB - Perspectiva de investimento no Brasil, v. 3).

BARRENECHEA, J. J.; TRUJILLO, E.; CHORNY, A. **Salud para Todos en el Año 2000: implicaciones para la planificación y administración de los sistemas de salud**. Medellín: Universidad de Antioquia/OPS/OMS, 1990. 323 p.

BARRETO, M. L.; CARMO, E. H. Situação de saúde da população brasileira: tendências históricas, determinantes e implicações para as políticas de saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, ano III, n. 3-4, p. 5-34, 1994.

BARRETO, M. L.; CARMO, E. H. Tendências recentes das doenças crônicas no Brasil. In: LESSA, I. **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis**. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Abrasco, 1998. p. 15-27.

BARRETO, M. L.; CARMO, E. H. Determinante das condições de saúde e problemas prioritários no país. In: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Caderno da 11ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. p. 235-259.

BARRETO, M. L.; CARMO, E. H. Padrões de adoecimento e de morte da população brasileira: os renovados desafios para o Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, p. 1779-1790, 2007. Suplemento.

BARRETO, M. L. et al. Effect of city-wide sanitation program on reduction in rate of childhood diarrhoea in northeast Brazil: assessment by to cohort studies. **The Lancet**, New York, v. 370, n. 9599, p. 1622-1628, 2007.

BARRETO, M. L. et al. Successes and failures in the control of infectious diseases in Brazil: social and environmental context, policies, interventions, and research needs. **The Lancet**, New York, v. 377, n. 9780, p. 1877-1889, 2011.

BARROS, M. E.; PIOLA, S. F.; VIANNA, S. M. **Política de saúde no Brasil: diagnóstico e perspectivas**. Brasília: Ipea, 1996. 123 p. Texto para discussão n. 401.

BIASOTO JUNIOR, G. **Setor Saúde: constituição do SUS, financiamento federal, transferências e questões federativas**. Campinas: IE/Unicamp, 2003. Mimeo.

BORGES, M. A. et al. Participação das atividades de saúde na economia brasileira: informações da Conta de Saúde 2000-2007. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 31, n. 2, p. 153-160, 2012.

BOURGON, J. Finalidade pública, autoridade governamental e poder coletivo. **Revista do Serviço Público**, Brasília, v. 61, n. 1, p. 5-34, 2010.

BRANDÃO, C. **Território e desenvolvimento: as múltiplas escalas entre o local e o global**. Campinas: Editora Unicamp, 2007. 238 p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA CIÊNCIA E TECNOLOGIA E INOVAÇÃO (MCTI). **Fundo Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico**. Brasília, 2008. Disponível em: <www.mct.gov.br>. Acesso em: 18 jun. 2008.

BRASIL. MINISTÉRIO DA CIÊNCIA E TECNOLOGIA E INOVAÇÃO (MCTI). **Ciência, tecnologia e inovação para o desenvolvimento nacional: plano de ação 2007-2010**. Brasília: Senado Federal, 2008. 33 p. Disponível em: <www.senado.gov.br/sf/comissoes/cct/ap/AP20080417_MCTMinSergioRezendes_PlanoAcao.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2008.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde Brasil 2004: uma análise da situação de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde Brasil 2005: uma análise da situação de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 194 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios)

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde Brasil 2006**: uma análise da situação de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 605 p. (Série G. Estatísticas e informação em saúde)

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Mais Saúde**: direito de todos – 2008-2011. 5. ed. Brasília, 2007. 128 p. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/pacsauade/programa.php>>. Acesso em: 20 out. 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)**. Informação, ano 4, 2009.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Caderno de informação de ressarcimento e integração com o SUS**. Rio de Janeiro: ANS, v. 5, 2009.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Caderno de informação da Saúde Suplementar**: beneficiários, operadoras e planos. Rio de Janeiro: ANS, 2010.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Caderno de informação da Saúde Suplementar**: beneficiários, operadoras e planos. Rio de Janeiro: ANS, 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Resolução RDC n. 55, de 16 de dezembro de 2010**: dispõe sobre o registro de produtos biológicos novos e produtos biológicos e dá outras providências. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0055_16_12_2010.html>. Acesso em: 20 out. 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA/DAB. **Números da Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php#numeros>>. Acesso em: 05 jun. 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS. **Informações de Saúde. Assistência à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0202>. Acesso em: 05 jun. 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. GABINETE DO MINISTRO. **Norma Operacional da Assistência à Saúde**: Portaria GM / MS 373* (27 de fevereiro de 2002). Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. GABINETE DO MINISTRO. **Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010**: estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Saúde da Família no Brasil**: uma análise de indicadores selecionados: 1998-2005/2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. MINISTÉRIO DAS RELAÇÕES EXTERIORES. AGÊNCIA BRASILEIRA DE COOPERAÇÃO. **Diretrizes para o desenvolvimento da cooperação técnica internacional multilateral e bilateral**. 2. ed. Brasília: Agência Brasileira de Cooperação, 2004. 64 p. Disponível em: <www.abc.gov.br/download/Diretrizes-CTI.pdf>. Acesso em: 06 jun. 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DAS RELAÇÕES EXTERIORES. AGÊNCIA BRASILEIRA DE COOPERAÇÃO. **Cooperação técnica brasileira em saúde**: via ABC, boletim eletrônico da Agência Brasileira de Cooperação (ABC/MRE). Brasília: Agência Brasileira de Cooperação, 2007. 23 p. Disponível em: <www.abc.gov.br/documentos/viaABC-baixa.pdf>. Acesso em: 01 ago. 2009.

BRASIL. MINISTÉRIO DAS RELAÇÕES EXTERIORES. AGÊNCIA BRASILEIRA DE COOPERAÇÃO. **Projetos**: cooperação Sul-Sul. Cooperação triangular. Brasília: Agência Brasileira de Cooperação. Disponível em: <www.abc.gov.br/projetos/cooperacao-PrestadaTriangular.asp>. Acesso em: 28 jul. 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA. **CNPq**: cenários socioeconômicos e científico-tecnológicos para o Brasil. Brasília, 1989. Mimeo.

BRASIL. MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO, INDÚSTRIA E COMÉRCIO EXTERIOR. **Inovar e investir para sustentar o crescimento**. Disponível em: <www.mdic.gov.br/pdp/arquivos/destswf1224095287>. Acesso em: 20 out. 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO. SECRETARIA DE PLANEJAMENTO E INVESTIMENTOS ESTRATÉGICOS. **Plano Plurianual 2012-2015 (PPA)**: projeto de lei. Brasília: MPOG; Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos, 2011. 278 p.

BRASIL. PLANO DE INOVAÇÃO DO BRASIL. **Plano Brasil Maior. Inovar para competir. Competir para**

crescer: plano 2011/2014. Disponível em: <www.brasilmaior.mdic.gov.br/wp-content/uploads/car-tilha_brasilmaior.pdf>. Acesso em: 20 out. 2011.

BRASIL. POLÍTICA INDUSTRIAL, TECNOLÓGICA E DE COMÉRCIO EXTERIOR. **Diretrizes de política industrial, tecnológica e de comércio exterior, 2003.** Brasília: PITCE, 2003. 22 p.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Constituição da República Federativa do Brasil:** promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990:** dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Lei n. 9.787, de 10 de fevereiro de 1999:** altera a Lei no 6.360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências. Brasília, 1999.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Lei n. 10.973, de 2 de dezembro de 2004:** dispõe sobre incentivos à inovação e à pesquisa científica e tecnológica no ambiente produtivo e dá outras providências. Brasília, 2004. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/l10.973.htm>. Acesso em: 21 jun. 2008.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Lei n. 11.196, de 21 de novembro de 2005:** Brasília, 2008. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11196.htm>. Acesso em: 21 jun. 2008.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Decreto n. 6.041, de 08 de fevereiro de 2007:** institui a política de desenvolvimento da biotecnologia, cria o Comitê Nacional de Biotecnologia e dá outras providências. Brasília, 2007. Disponível em: <<http://acessibilidade.mct.gov.br/index.php/content/view/46880.html>>. Acesso em: 19 jun. 2008.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011:** regulamenta a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à

saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, 2011.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. CONSELHO DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL. **Indicadores de iniquidade do sistema tributário nacional:** relatório de observação n. 2. 2. ed. Brasília: CDES, 2011.

BRASIL. SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL. **Imposto de Renda Pessoa Física:** manual de preenchimento. Declaração de Ajuste Anual Modelo Completo. Ano-calendário 2008. Brasília, 2008. 57 p.

BRASIL. SECRETARIA DE ASSUNTOS ESTRATÉGICOS (SAE). **Cenários exploratórios do Brasil 2020:** texto para discussão. Brasília: SAE, 1997.

BRASIL. SECRETARIA DE ASSUNTOS ESTRATÉGICOS (SAE). **As metas do centenário.** Disponível em: <www.sae.gov.br/brasil2022/?p=341>. Acesso em: 15 jan. 2012.

BREMAEKER, F. E. J. **Evolução do quadro municipal brasileiro no período entre 1980 e 2001.** Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Administração Municipal, 2001. 11 p. (Série Estudos Especiais n. 20)

BRITO, F. **A transição demográfica no Brasil:** as possibilidades e os desafios para a economia e a sociedade. Belo Horizonte: UFMG; Cedeplar, 2007. 28 p. Texto para discussão n. 318.

BRITO, F. Transição demográfica e desigualdades sociais no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos de População**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 5-26, 2008.

BROWN, T. M.; CUETO, M.; FEE, E. A transição de saúde pública 'internacional' para 'global' e a Organização Mundial da Saúde. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 623-647, 2006.

BUARQUE, S. **Metodologia e técnicas de construção de cenários globais e regionais.** Brasília: Ipea, 2003. 71 p. Texto para discussão n. 939.

BUSS, P. M.; FERREIRA, J. R. Diplomacia da saúde e cooperação Sul-Sul: as experiências da Unasul Saúde e do Plano Estratégico de Cooperação em Saúde da Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP). **Reciis – Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 106-118, 2010.

BUSS, P. M.; FERREIRA, J. R. Ensaio crítico sobre a cooperação internacional em saúde. **Reciis – Re-**

- vista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 93-105, 2010.
- CAMPOS, F. E. et al. Programa de apoio à formação de médicos especialistas no Brasil - Pró-Residência: indução para a formação de especialistas segundo a necessidade do SUS. In: PIERANTONI, Célia Regina et al. **O trabalho em saúde: abordagens quantitativas e qualitativas**. Rio de Janeiro: Cepesc; IMS/Uerj; ObservaRH, 2011. p. 151-160.
- CAMPOS, G. W. S. Efeitos paradoxais da descentralização do Sistema Único de Saúde do Brasil. In: FLEURY, Sonia. **Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil & Espanha**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006. p. 417-442.
- CARDOSO JUNIOR, J. C. Autonomia versus interesses: considerações sobre a natureza do Estado capitalista e suas possibilidades de ação. Campinas: **Leituras de economia política: revista dos estudantes de pós-graduação do Instituto de Economia da Unicamp**, n. 12, 2006.
- CARDOSO JUNIOR, J. C.; SIQUEIRA, C. H. R. Introdução: a história como método e a centralidade do Estado para o desenvolvimento das nações. In: CARDOSO JUNIOR, J. C. (Org.). **Desafios ao desenvolvimento brasileiro: contribuições do Conselho de Orientação do Ipea**. Brasília: Ipea, 2009.
- CARMO, E. H.; BARRETO, M. L.; SILVA JUNIOR, J. B. Mudanças nos padrões de morbimortalidade da população brasileira: os desafios para um novo século. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 12, n. 2, p. 63-75, 2003.
- CARVALHO JUNIOR, P. H. B. **IPTU no Brasil: progressividade, arrecadação e aspectos extrafiscais**. Brasília: Ipea, 2006. 48 p. Texto para discussão n. 1251.
- CASTRO, J. A. et al. (Org.). **Gasto social e política macroeconômica: trajetórias e tensões no período 1995-2005**. Brasília: Ipea, 2008. 43 p. Texto para discussão n. 1324.
- CECOTOSTI, K. **Negócios: Philips adquire VMI Sistemas Médicos e reforça posicionamento no mercado de raios X**. Disponível em: <<http://saudeweb.com.br/3959/negocios-philips-adquire-vmi-sistemas-medicos-e-reforca-posicionamento-no-mercado-de-raio-x/>>. Acesso em: 05 jun. 2007.
- CESCONETTO, A.; LAPA, J.; CALVO, M. C. M. Avaliação da eficiência produtiva de hospitais do SUS de Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 10, p. 2407-2417, 2008.
- COLOMBO, F.; TAPAY, N. **Private health insurance in OECD countries: the benefits and costs for individuals and health systems**. Paris: OECD Health Working Paper n.15, 2004. 60 p.
- CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **O Financiamento da Saúde**. Brasília: Conass, 2011. 124 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 2).
- CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. **The integration of health care: dimensions and implementation**. Canada: Université de Montréal, 2003. 27 p. n. 04-01.
- CORDEIRO, H. A. et al. Por uma redução nas desigualdades em saúde no Brasil: qualidade e regulação num sistema com utilização combinada e desigual. In: SANTOS, N. R.; AMARANTE, P. D. C. (Org.). **Gestão pública e relação público-privado na saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. p. 129-151. (Coleção Pensar em Saúde)
- CRIMMINS, E. M.; BELTRÁN-SÁNCHEZ, H. Mortality and morbidity trends: is there compression of morbidity? **Journal of Gerontology: Social Sciences**, St. Louis, v. 66, n. 1, p. 75-86, 2011.
- DAIN, S. Dilemas do Estado diante da nova ordem econômica e social. In: VALLADARES, L.; COELHO, M. P. (Org.). **Governabilidade e pobreza no Brasil**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1995. p. 65-104.
- DANIEL, C.; SOMEKH, N. Gestão compartilhada, limites e possibilidades: a experiência do Grande ABC. In: CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS DE ADMINISTRAÇÃO MUNICIPAL. (Org.). **Consórcio: uma forma de cooperação intermunicipal**. São Paulo: Cepam, 2001. p. 159-170. Informativo Cepam, ano I, n. 2.
- DELFIN NETTO, A. A agenda fiscal. In: BARROS, O.; GIAMBIAGI, F. (Orgs.). **Brasil pós-crise: agenda para a próxima década**. Rio de Janeiro: Campus Elsevier, 2009.
- DINIZ, B. P. C. et al. Gasto das famílias com saúde no Brasil: evolução e debate sobre gasto catastrófico. In: SILVEIRA, F. G. et al. (Org.). **Gasto e consumo das famílias brasileiras contemporâneas**. Brasília: Ipea, 2006. p. 143-166.

- DRAIBE, S. Estado de Bem-Estar, desenvolvimento econômico e cidadania: algumas lições da literatura contemporânea. In: HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M.; MARQUES, E. (Org.). **Políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007. p. 27-64.
- EDGREN, L. The meaning of integrated care: a systems approach. **International Journal of Integrated Care**, Netherlands, v. 8, n. 23, p. 1-6, 2008.
- ELAZAR, D. J. **Exploring federalism**. Tuscaloosa: University Of Alabama Press, 1987. 335 p.
- EVANS, P. Além da 'monocultura institucional': instituições, capacidades e o desenvolvimento deliberativo. **Sociologias**, Porto Alegre, n. 9, p. 20-63, 2003.
- EVANS, P. B. **In search of the 21st century developmental State**. Brighton: Centre for Global Political Economy; University of Sussex, 2008. 22 p. Working Paper n. 4.
- EXPORTMED BRAZIL. **Medical devices market opportunities for U.S. small and medium-sized enterprises**. Washington: U.S. Department Of Commerce; International Trade Administration, 2004. 63 p.
- FERNANDES, M. A. C. et al. (Org.). **Gasto social das três esferas de governo**. Brasília: Ipea, 1998. 63 p. Texto para discussão n. 598.
- FIDLER, D. The globalization of public health: the first 100 years of international health diplomacy. **Bulletin of the World Health Organization**, Geneva, v. 79, n. 9, p. 842-849, 2001.
- FIDLER, D. Health and Foreign Policy: between principle and power. **The Whitehead Journal of Diplomacy and International Relations**, New Jersey, v. 6, n. 2, p. 179-194, 2005.
- FIDLER, D. Health in foreign policy: an analytical overview. **Canadian Foreign Policy Journal**, London, v. 15, n. 3, p. 11-29, 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1080/11926422.2009.9673489>>. Acesso em: 05 ago. 2011.
- FIORI, J. L. Sistema mundial, América do Sul, África e 'potências emergentes'. **Reciis – Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 3-18, 2010.
- FLEURY, S. A reforma sanitária e o SUS: questões de sustentabilidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 307-309, 2007.
- FLEURY, S. **Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007. 204 p.
- FÓRUM DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA. **O SUS pra valer: universal, humanizado e de qualidade**. Rio de Janeiro: Abrasco; Cebes; Abres; Rede Unida; Ampasa, 2006. 8 p.
- FRIES, J. F. Aging, natural death, and the compression of morbidity. **The New England Journal of Medicine**, Boston, v. 303, n. 3, p. 130-135, 1980.
- FURTADO, C. **Desenvolvimento e subdesenvolvimento**. Rio de Janeiro: Fundo de Cultura, 1961.
- FURTADO, C. **O capitalismo global**. São Paulo: Paz e Terra, 1998.
- GADELHA, C. A. G. Desenvolvimento e saúde: em busca de uma nova utopia. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 71, p. 326-337, 2005.
- GADELHA, C. A. G.; COSTA, L. Integração de fronteiras: a saúde no contexto de uma política nacional de desenvolvimento. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, supl. 2, p. S214-S226, 2007.
- GADELHA, C. A. G.; COSTA, L. **Trajetória Brasil 2003-2009: a saúde na perspectiva da proposta de desenvolvimento do governo federal**. Brasília: CGEE, 2010.
- GADELHA, C. A. G.; COSTA, L. S. Saúde e desenvolvimento. In: VIEIRA, C. et al. (Org.). **Política de saúde no Brasil: continuidades e mudanças nos anos 2000**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, no prelo.
- GADELHA, C. A. G. et al. Saúde e desenvolvimento: uma perspectiva territorial. In: VIANA, A. L.; IBAÑEZ, N.; ELIAS, P. E. M. (Org.). **Saúde, desenvolvimento e território**. São Paulo: Hucitec, 2009. p. 97-123.
- GADELHA, C. A. G. et al. **Complexo Econômico-Industrial da Saúde. Relatório final do Projeto PIB: perspectiva do investimento no Brasil**. Rio de Janeiro: IE-UFRJ/IE-Unicamp; BNDES, 2009. Disponível em <www.projetopib.org/?p=documentos>. Acesso em: 2 jun. 2011.
- GALLUJ, F. L'innovation interactionnelle: um modele neoschumpeterien. In: DJELLAL, Faridah; GALLOUJ, F. **Nouvelle économie des services et innovation**. Paris: L'Harmattan, 2002. p. 255-283.
- GARCIA, L. P.; MONTENEGRO, M. M. S.; RAMALHO, W. M. Mortalidade no Brasil: situação de 2008 e

- evolução segundo principais grupos de causas no período 1980 a 2008. In: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. **Saúde Brasil 2009: uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. p. 45-72.
- GARRIDO, J. Perfil de consumo muda e altera a produção. **Valor Econômico**. Valor Setorial. Suplemento especial, p. 33-35, 2009.
- GELLMANN, L.; LEONARDO, F. **3M adquire divisão de negócios da POMP**. [S.l.]: Companhia de Notícias, 2006. 2 p. Disponível em: <www.3m.com/intl/br/sala_de_imprensa/download/OHES_aquisicaoPOMP.pdf>. Acesso em: 09 jun. 2006.
- GERSHMAN, S. **Democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995. 189 p.
- GIAMBIAGI, F.; BARROS, O. (Org.). **Brasil pós-crise: agenda para a próxima década**. Rio de Janeiro: Campus-Elsevier, 2009. 384 p.
- GIAMBIAGI, F.; PORTO, C. (Org.). **2022: proposta para um Brasil melhor. No ano do bicentenário**. Rio de Janeiro: Campus-Elsevier, 2011.
- GIL, A. C.; LICHT, R. H. G.; YAMAUCHI, N. Y. Regionalização da Saúde e consciência regional. **Higieia – Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, Uberlândia, v. 2, n. 3, p. 35-46, 2006.
- GILLIES, R. R. et al. Conceptualizing and measuring integration: findings from the health systems integration study. **Hospital & Health Services Administration**, Chicago, v. 38, n. 4, p. 467-489, 1993.
- GIOVANELLA, L. A atenção primária à saúde nos países da União Europeia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 951-963, 2006.
- GIRARDI, S. N. Aspectos do(s) mercado(s) de trabalho em saúde no Brasil: estrutura, dinâmica, conexões. In: SANTANA, J. P. de; CASTRO, J. L. de (Org.). **Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos de saúde: CADRH**. Natal: EDU-FRN, 1999. p. 125-150.
- GIRARDI, S. N. Dilemas da regulamentação profissional na área da saúde: questões para um governo democrático e inclusionista. **Revista Latinoamericana de Estudios del Trabajo**, Venezuela, v. 8, n. 15, p. 67-85, 2002.
- GIRARDI, S. N. (Org.). **Avaliação nacional da demanda de médicos especialistas percebida pelos gestores de saúde**. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina, Núcleo de Educação em Saúde Coletiva - Nescon, 2009. 83 p.
- GLOBAL BUSINESS NETWORK GNB. **GBN scenarios book: search for vision 2000**. 1991.
- GODET, M. **Manual de prospectiva estratégica: da antecipação à acção**. Lisboa: Dom Quixote, 1993. 406 p. (Gestão & Inovação)
- GUIMARÃES, L.; GIOVANELLA, L. Entre a cooperação e a competição: percursos da descentralização do setor saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 16, n. 4, p. 283-288, 2004.
- GUIMARÃES, R. Ciência, tecnologia e inovação: um paradoxo na reforma sanitária. In: LIMA, Nísia Trindade et al (Org.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 235-256.
- GUIMARÃES, R. Pesquisa em saúde no Brasil: contexto e desafios. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, p. 3-10, 2006.
- GUIMARÃES, S. P. (Org.). **Brasil 2022**. Brasília: Secretaria de Planejamento Estratégico (SAE), 2010.
- GUTIERREZ, R. M. V.; ALEXANDRE, P. V. M. Complexo industrial da saúde: uma introdução ao setor de insumos e equipamentos de uso médico. **BNDES Setorial**, Rio de Janeiro, n. 19, p. 119-155, 2004.
- HADDAD, A. E. Undergraduate programs for health professionals in Brazil: an analysis from 1991 to 2008. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 383-389, 2010.
- HAM, C. **Clinically integrated systems: the next step in English health reform?** London: The Nuffield Trust, 2007. 11 p.
- HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. S331-S336, 2004.
- HERMAN, K.; WIENER, A. **The year 2000: a framework for speculation on the next thirty-three years**. New York: Macmillan, 1967. 432 p.
- HIRST, M. América Latina y la Cooperación Sur-Sur: reflexiones conceptuales y políticas. In:

AYLLÓN, B.; SURASKY, J. (Coord.). **La cooperación Sur-Sur en Latinoamérica: utopía y realidad**. Madrid: Los Libros de La Catarata, 2010. p. 17-39. (Série Desarrollo y Cooperación)

HIRST, M.; LIMA, M. R. S.; PINHEIRO, L. A política externa brasileira em tempos de novos horizontes e desafios. **Nueva Sociedad**, Buenos Aires, p. 23-41, 2010. Especial em português. Disponível em: <http://library.fes.de/pdf-files/nuso/es_2010.pdf>. Acesso em: 09 jul. 2011.

HSIAO, W. Why is a systemic view of health financing necessary? **Health Affairs**, Millwood, v. 26, n. 4, p. 950-961, 2007.

INGELSTAM, L. La planificación del desarrollo a largo plazo: notas sobre su esencia y metodología. **Revista de la Cepal**, Santiago del Chile, n. 31, p. 69-76, 1987.

INGRAM, A. R. The new geopolitics of disease: between global health and global security. **Geopolitics**, v. 10, n. 3, p. 522-545, 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**: acesso e utilização de serviços de saúde. Rio de Janeiro: IBGE, 1998.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 1980-2050**: revisão 2000. Rio de Janeiro: IBGE, 2000.

INSTITUTO BRASILEIRO DE ESTATÍSTICA E GEOGRAFIA (IBGE). **Indicadores sociodemográficos prospectivos para o Brasil 1991-2030**. São Paulo: Arbeit Editora e Comunicação, 2006. 129 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa de informações básicas municipais**: perfil dos municípios brasileiros. Rio de Janeiro: Ministério da Cultura; IBGE, 2006. Disponível em: <www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/perfilmunic/cultura2006/cultura2006.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Economia da Saúde**: uma perspectiva macroeconômica 2000-2005. Rio de Janeiro: IBGE, 2008. (Estudos e Pesquisas - Informação Econômica, n. 9).

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**: acesso e utilização de serviços de saúde. Rio de Janeiro: IBGE, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 1980-2050**: revisão 2008. Rio de Janeiro: IBGE, 2008. (Estudos e Pesquisas, n. 24). Disponível em: <www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2008/projecao.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Contas-satélites da Saúde 2005-2007**. Rio de Janeiro: Coordenação de Contas Nacionais; Diretoria de Pesquisas; IBGE; Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2009. n. 29.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Síntese de indicadores sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE, 2009. (Estudos e Pesquisas, n. 26)

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Conta-satélite de saúde**: Brasil 2007-2009. Rio de Janeiro: IBGE, 2012. 104 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Um panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde 2008**. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. (IBGE). **Estatísticas da saúde**: assistência médico-sanitária 2009. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003**. Disponível em: <www.sidra.ibge.gov.br/bda/orcfam/default.asp>. Acesso em: 2 fev. 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Sistemas de indicadores sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira. Disponível em: <www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicais2010/SIS_2010.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo demográfico 2010**. Disponível em: <www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>. Acesso em: 21 jan. 2011.

- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Características dos domicílios in **Séries Estatísticas & Séries Históricas**. Disponível em <<http://seriesestatisticas.ibge.gov.br/series.aspx?vcodigo=PD268&sv=12&t=esgotamento-sanitario>>. Acesso em 17 dez. 2011.
- INSTITUTO DE ESTUDOS E MARKETING INDUSTRIAL (IEMI). **Estudo setorial da indústria de equipamentos odonto-médico-hospitalar e laboratorial no Brasil**. São Paulo: Instituto de Estudos e Marketing Industrial (IEMI); Associação Brasileira da Indústria de Artigos e Equipamentos Médicos, Odontológicos (Abimo), 2010.
- INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **O Brasil na virada do século**: trajetória do crescimento e desafios do desenvolvimento. Brasília: Ipea, 1997.
- INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Políticas sociais**: acompanhamento e análise - vinte anos da Constituição Federal. Ipea, Brasília, v.1, n. 17, 2007.
- INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Políticas sociais**: acompanhamento e análise. Ipea, Brasília, n. 13, 2007. Edição especial.
- INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Brasil em desenvolvimento**: Estado, planejamento e políticas públicas; sumário analítico. Brasília: Ipea, 2009. 98 p.
- INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Brasil em desenvolvimento**: Estado, planejamento e políticas públicas (Introdução). Brasília: Ipea, 2009. p. XIX-XXV.
- INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **O que explica a recente queda da receita tributária federal?** Brasília: Ipea, 2009. 18 p. Nota técnica da Dimac n. 14.
- INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Brasil em desenvolvimento 2010**: Estado, planejamento e políticas públicas. Brasília: Ipea, 2010. 210 p.
- INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **O uso dos instrumentos de financiamento para a política urbana no Brasil**. Brasília: Ipea, 2011. Comunicado n. 112.
- INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Políticas sociais**: acompanhamento e análise. Ipea, Brasília, n. 19, 2011.
- INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Base de dados social**. Disponível em: <www.ipeadata.gov.br/>. Acesso em: 10 jan. 2012.
- INTERNATIONAL BUSINESS MACHINES (IBM). **A saúde em 2015: 'ganha-ganha' ou 'todos perdem'?** Um retrato e um caminho para uma transformação de sucesso. Disponível em: <www.ibm.com/expressadvantage/br/downloads/saude_2015_todos_perdem.pdf> Acesso em: 05 nov. 2010.
- JAGUARIBE, H. **Brasil 2000**: para um novo pacto social. São Paulo: Paz e Terra, 1986. 200 p.
- JAGUARIBE, H. et al. **Brasil**: reforma ou caos. São Paulo: Paz e Terra, 1989. 308 p.
- JOUVENEL, H. Sobre la práctica prospectiva: una breve guía metodológica. In: VÁSQUEZ, J. M.; ORTEGÓN, E. **Prospectiva**: construcción social del futuro. Santiago de Cali: Ilpes; Univesidad del Valle, 1997. p. 180-197.
- KODNER, D. L.; SPREEUWENBER, C. Integrated care: meaning, logic, applications and implications: a discussion paper. **International Journal of Integrated Care**, Netherlands, v. 14, n. 2, p. 1- 6, 2002.
- KUSCHNIR, R. **A construção da regionalização**: nota técnica sobre o Pacto pela Saúde. Versão preliminar. Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz, 2007.
- KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2307-2316, 2010.
- KUTZIN, J.; JAKAB, M.; CASHIN, C. Lessons from health financing reform in central and Eastern Europe and former Soviet Union. **Health Economics, Policy and Law**, Cambridge, v. 5, n. 2, p. 135-147, 2010.
- LAFORTUNE, G.; BALESTAT, G. **Trends in severe disability among elderly people**: assessing the evidence in 12 OECD countries and the future implications. Paris: OECD Health Technical Papers, n. 26, 2007. 79 p.
- LEÃO, R.; OLIVEIRA, E.; ALBORNOZ, L. **Estudo setorial**: setor de equipamentos e materiais de uso em saúde. Brasília: Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos; Departamento de Economia da Saúde; Coordenação Geral de Economia da Saúde, 2008.

- LEAT, P.; PINK, G. H.; GUERIERE, M. Towards a Canadian model of integrated healthcare. **Health Care Papers**, Toronto, v. 1, n. 2, p. 13-35, 2000.
- LEAVELL, H. R.; CLARK, E. G. **Preventive medicine for the doctor in his community**. New York: McGraw-Hill, 1965. 684 p.
- LEAVELL, H.; CLARK, G. **Medicina preventiva**. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil; Rio de Janeiro: Fename, 1976. 744 p.
- LEE, K.; SRIHAR D.; PATEL, M. Bridging the divide: global governance of trade and health. **The Lancet**, New York, v. 373, n. 9661, p. 416- 422, 2009.
- LERNER, M. **Modernization and health**: a model of the health transition. Documento apresentado na Reunião Anual da American Public Health Association. São Francisco, 1973.
- LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D. de; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das normas operacionais básicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001.
- LIJPHART, A. **Modelos de democracia**: desempenho e padrões de governo em 36 países. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003. 389 p.
- LIMA, L. D. **Federalismo, relações físicas e financiamento do Sistema Único de Saúde**: a distribuição de receitas vinculadas à saúde nos orçamentos municipais e estaduais. 2006. 408 f. Tese (Doutorado) - Departamento de Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.
- LIMA, L. D. Federalismo fiscal e financiamento descentralizado do SUS: balanço de uma década expandida. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 3, n. 6, p. 573-597, 2009.
- LIMA, L. D. et al. O pacto federativo brasileiro e o papel do gestor estadual no SUS. In: UGÁ, M. A. D. et al. (Org.). **A gestão do SUS no âmbito estadual**: o caso do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010. p. 27-58.
- LIMA, M. R. S.; IUPERJ. Brasil e polos emergentes do poder mundial: Rússia, Índia, China e África do Sul. In: BAUMAN, R. (Org.). **O Brasil e os demais BRICs**: comércio e política. Brasília: Cepal; Ipea, 2010. p. 155 – 176. Disponível em: <http://eclac.org/publicaciones/xml/7/39967/O_Brasil_e_os_demais_BRICS.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2011.
- LIMA, N. T. O Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde: uma história em três dimensões. In: FRINKELMAN, J. (Org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. p. 25-116.
- LLOYD, J.; WAIT, S. **Integrated care**: a guide for policymakers. London: Alliance for Health and the Future, 2005. 22 p.
- LUCCHESI, G. **Globalização e regulação sanitária**: os rumos da vigilância sanitária no Brasil. 2001. 245 f. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.
- MACHADO, C. V. **Direito universal, política nacional**: o papel do Ministério da Saúde na política de saúde brasileira de 1990 a 2002. Rio de Janeiro: Editora do Museu da República, 2007.
- MACHADO, C. V. O modelo de intervenção do Ministério da Saúde nos anos 90. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 23, p. 2113-2126, 2007.
- MACROPLAN. **PROSPECTIVA ESTRATÉGIA & GESTÃO. Prospectiva e estratégia**: construção de cenários e prospecção de futuros – material didático para treinamento. Rio de Janeiro, 1996. Mimeo.
- MARCIAL, E. C.; GRUMBACH, R. J. S. **Cenários prospectivos**: como construir um futuro melhor. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2002.
- MARTINS, A. **Philips Brasil anuncia aquisição de empresa de TI em saúde**. Disponível em: <www.saudebusinessweb.com.br/noticias/index.asp?cod=66613>. Acesso em: 25 mar. 2010.
- MARTINS, R. **Dos aviões para o corpo humano**. São Paulo: Carta Capital, 2008.
- MATOS, C. A.; POMPEU, J. C. Onde estão os contratos? Análise da relação entre os prestadores privados de serviços de saúde e o SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 629-643, 2003.
- MAYNARD, A. Common challenges in healthcare markets. In: Maynard, A. (Ed.). **The public-private mix for health**. Oxon: United Kingdom; London: The Nuffield Trust, Milton Keynes: Radcliffe publishing, 2005. p. 279-292.
- MCKEE, M.; HEALY, J. The role of the hospital in a changing environment. **Bulletin of the World Health Organization**, Geneva, v. 78, n. 6, p. 803-810, 2000.

- MCRAE, H. **O mundo em 2020: poder, cultura e prosperidade, uma visão do futuro**. São Paulo: Record, 1998.
- MÉDICI, A. C. **O setor privado prestador de serviços de saúde no Brasil: dimensão, estrutura e funcionamento**. Relatórios Técnicos n. 2. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Ciências Estatísticas; IBGE, 1990.
- MÉDICI, A. C. **Economia e financiamento do setor Saúde no Brasil: balanços e perspectivas do processo de descentralização**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; Universidade de São Paulo, 1994. 216 p. (AdSAUDE - Série Temática, 3)
- MENDES, A. N.; MARQUES, R. M. A saúde pública sob a batuta da nova ordem. In: MARQUES, R. M.; FERREIRA, M. R. J. (Org.). **O Brasil sob a nova ordem: a economia brasileira contemporânea**. Uma análise dos governos Collor a Lula. São Paulo: Saraiva, 2009. 374 p.
- MENDES, E. V. **Sistemas integrados de serviços de saúde: a reforma microeconômica dos sistemas de serviços de saúde**. Mimeo., 2000.
- MENDES, E. V. **Revisão bibliográfica sobre redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2007. 154 p. Mimeo.
- MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 15, p. 2297-2305, 2010.
- MENEZES, T. et al. O gasto e a demanda das famílias em saúde: uma análise a partir da POF 2002-2003. In: SILVEIRA, F. G. et al. (Org.). **Gasto e consumo das famílias brasileiras contemporâneas**. Brasília: Ipea, 2006.
- MESA-LAGO, C. **Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de la seguridad social**. Santiago de Chile: Cepal, 2005.
- MILANI, C. R. S. **A importância das relações Brasil-Estados Unidos na política externa**. Brasília: Ipea, 2011. Boletim de Economia e Política Internacional n. 6.
- MITO, T. **Opinião: mercado brasileiro de diagnóstico por imagem**. Disponível em: <www.saudebusinessweb.com.br/noticias/index.asp?cod=49072>. Acesso em: 24 jun. 2008.
- MONTGOMERY, C.; PORTER, M. (Orgs.). **Estratégia: a busca da vantagem competitiva**. Rio de Janeiro: Campus, 1998. 528 p.
- MORITZ, G. O.; PEREIRA, M. F. Planejamento de cenários: a evolução do pensamento prospectivo. **Revista de Ciência da Administração**, Santa Catarina, v. 7, n. 13, 2005.
- MOSSIALOS, E; THOMPSON, S. M. S. **Voluntary health insurance in Europe Union**. Copenhagen: World Health Organization; European Observatory on Health Systems and Policies, 2004.
- MUR-VEEMAN, I. et al. **Comparison and reflection: integrated care in Europe**. Maarssen: Elsevier, 2003.
- MUR-VEEMAN, I.; VAN RAAK, A.; PAULUS, A. Comparing integrated care policy in Europe: does policy matter? **Health Policy**, v. 85, n. 2, p. 172-183, 2008.
- NASH, D. et al. **Practicing medicine in the 21st Century**. Florida: American College of Physicians Executives, 2006. 414 p.
- NAVARRETE, L. V. et al. Organizaciones sanitarias integradas: una guía para el análisis. **Revista Española de Salud Pública**, Madrid, v. 79, n. 6, p. 633-643, 2005.
- NICOLETTO, S. C. F.; CORDONI JUNIOR, L.; COSTA, N. R. Consórcios intermunicipais de saúde: o caso do Paraná, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 29-38, 2005.
- NOLTE, E.; MCKEE, M. (Ed.). **Caring for people with chronic conditions: a health system perspective**. Maidenhead: Open University Press, 2008. 214 p.
- NORONHA, J. C.; SANTOS, I. S.; PEREIRA, T. R. Relações entre o SUS e a saúde suplementar: problemas e alternativas para o futuro do sistema universal. In: SANTOS, N.; AMARANTE, P. D. C. (Org.). **Gestão pública e relação público-privado na saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010.
- NORONHA, J. C.; SOARES, L. T. A política de saúde no Brasil nos anos 90. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 6, p. 445-450, 2001.
- NORONHA, J. C. et al. Avaliação da relação entre volume de procedimentos e qualidade do cuidado: o caso da cirurgia coronariana no SUS. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1781-1789, 2003.

- NUOVO, J. (Ed.). **Chronic disease management**. New York: Springer Science, 2007. 384 p.
- OLIVEIRA, E. X. G.; CARVALHO, M. S.; TRAVASSOS, C. Territórios do Sistema Único de Saúde: mapeamento das redes de atenção hospitalar. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 386-402, 2004.
- OLIVEIRA, E. X. G. et al. Mapeamento dos fluxos origem-destino das internações e dos atendimentos ambulatoriais: o caso do câncer de mama. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 317-326, 2011.
- OLIVEIRA, F. **A economia brasileira: crítica à razão dualista**. Rio de Janeiro: Vozes, 1981.
- OLIVEIRA, F. A. Fundef e SUS: duas experiências (virtuosas?) de descentralização. In: REZENDE, F.; OLIVEIRA, F. A. (Org.). **Descentralização e federalismo fiscal no Brasil: desafios da reforma tributária**. Rio de Janeiro: Konrad Adenauer, 2003. p. 203-269.
- OMRAM, A. R. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. **Bulletin of the World Health Organization**, Geneva, v. 79, n. 2, p. 161-170, 2001.
- ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. **Health at a glance 2009: OECD Indicators**. Paris: OECD, 2010. 200 p.
- ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. **OECD health data 2009: statistics and indicators for 30 countries**. Paris: OECD, 2009.
- ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT: OECD INTERNATIONAL FUTURES PROGRAMME (OECD). **The bioeconomy to 2030: designing a policy agenda**. Paris: OECD Publishing, 2009.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação**. Brasília: Organização Mundial da Saúde, 2002. 105 p.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Declaração política do Rio sobre determinantes sociais da saúde**. Rio de Janeiro, Brasil - 21 de outubro de 2011. Disponível em: <www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_portuguese.pdf>. Acesso em: 07 jan. 2012.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Diminuindo diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde**. Genebra: OMS, 2011. Disponível em: <www.who.int/sdhconference/discussion_paper/Discussion_Paper_PT.pdf>. Acesso em: 07 jan. 2012.
- ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Health in the Americas 2007**. Washington: Opas, 2007.
- ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Sistemas integrados de servicios de salud. Documento de trabajo**. VII Foro Regional – Fortalecimiento dos Sistemas de Salud Basados em APS. Quito: 2007.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Informe sobre la salud en el mundo 2000: mejorar el desempeño de los sistemas de salud**. Genebra: OMS, 2000.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS); ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). **Redes Integradas de Servicios de Salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas**. Washington: OMS/OPS, 2008. Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Informe de estadísticas sanitarias mundiales**. Genebra: OMS, 2008. 117 p.
- ORTEGON, E.; VASQUEZ, J. E. M. (Org.). **Prospectiva: construcción del futuro**. Colombia: Ilpes; Universidad del Valle, 1997.
- PAIM, J. **Modelos assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde**. Notas para discussão nos Seminários Temáticos Permanentes. Brasília: Anvisa, ISC/UFBA, 2001. Disponível em: <www.anvisa.gov.br/institucional/snvs/coprh/relatorios/gestao_2000_2002/plano_trabalho_anexos.htm/mo-delos_assistenciais.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2008.
- PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, número especial, p. 73-78, 2006.
- PARTNERING NEWS. **Emerging trends in the medical equipment industry**. Disponível em: <<http://ebdgroup.com/partneringnews/2010/05/emerging-trends-in-the-medical-equipment-industry>>. Acesso em: 20 out. 2011.

- PHARMACEUTICAL DRUG MANUFACTURERS. Medical equipment industry: the new trends and focuses. Disponível em: <www.pharmaceutical-drug-manufacturers.com/articles/medical-equipment-trends.html>. Acesso em: 20 out. 2011.
- PIERANTONI, C.; VIANNA, A. 2010. **Educação e saúde**. São Paulo: Hucitec, 2010.
- PIERANTONI, C.; VARELLA, T.; FRANÇA, T. A. A formação médica: capacidade regulatória de estados nacionais e demanda dos sistemas de saúde. **Cadernos RH Saúde**, Brasília, v. 1, n. 3, p. 91-102, 2006.
- PIERONI, J. P.; REIS, C.; SOUZA, J. O. B. **A indústria de equipamentos e materiais médicos, hospitalares e odontológicos: uma proposta de atuação do BNDES**. Rio de Janeiro: BNDES Setorial, 2010. p. 185-226.
- PIERSON, P.; LEIBFRIED, S. The dynamics of social policy integration. In: LEIBFRIED, S.; PIERSON, P. (Ed.). **European social policy: between fragmentation and integration**. Washington: The Brookings Institution, 1995.
- PINHEIRO, A. C.; GIAMBIAGI, F. **Rompendo o marasmo: a retomada do desenvolvimento no Brasil**. Rio de Janeiro: Campus-Elsevier, 2006. 344 p.
- PIOLA, S. F.; BIASOTO JÚNIOR, G. Financiamento do SUS nos anos 90. In: NEGRI, Barjas; GIOVANNI, G. (Org.). **Brasil: radiografia da saúde**. Campinas: Unicamp, Instituto de Economia, 2001. p. 219-232.
- PIOLA, S. F.; VIANNA, S. M. (Org.). **Saúde no Brasil: algumas questões sobre o Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Cepal, 2009.
- PIOLA, S. F. et al. **Estado de uma nação: textos de apoio**. Saúde no Brasil: algumas questões sobre o Sistema Único de Saúde. Brasília: Ipea, 2008. Texto para Discussão n. 1391.
- PITCE. **Política industrial, tecnológica e de comércio exterior**. Disponível em: <www.camara-e.net/_upload/20031126Diretrizes.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2011.
- PIZZARO DÍAZ, V. **Organizaciones sanitarias integradas en países con distintos sistemas de salud**. 2004. 86 f. Dissertação (Mestrado) - Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, 2004. Disponível em: <www.consorcio.org/publicacions/catalog-de-publicacions/tesi-doctorals-i-tesines/pizarro-diaz-v.-organizaciones-sanitarias-integradas-en-paises-con-distintos-sistemas-de-salud-tesina-.barcelona-2004/?searchterm=DIAZ>. Acesso em: 15 dez. 2008.
- POLETO, F.; POHLMANN, A. R.; GUTERRES, S. S. Uma pequena grande revolução. **Ciência Hoje**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 255, 2008.
- POLONI, G. (2010). GE inaugura em MG primeira fábrica de equipamentos médicos na AL. **Economia**. Disponível em: <economia.ig.com.br/empresas/industria/ge+inaugura+em+mg+primeira+fabrica+de+equipamentos+medicos+na+al/n1237724722104.html>. Acesso em: 21 jul. 2010.
- PORTER, M. (Org.). **Estratégia: a busca da vantagem competitiva**. Rio de Janeiro: Campus, 1998.
- PORTER, M. **Vantagem competitiva: criando e sustentando um desempenho superior**. Rio de Janeiro: Campus, 1989.
- PORTO, C. A. **Quatro cenários para o Brasil 2005-2007**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.
- PORTO, C. A.; SOUZA, N. M.; BUARQUE, S. C. **Construção de cenários e prospecção de futuros**. Recife: Litteris, 1991.
- PORTO, S. M.; SANTOS, I. S.; UGÁ, M. A. D. A utilização de serviços de saúde por sistema de financiamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 11, p. 895-910, 2006.
- PRADHAN, M.; PRESCOTT, N. Social risk management options for medical care in Indonesia. **Health Economics**, New York, v. 11, n. 5, p. 431-46, 2002.
- PRADO, S.; CAVALCANTI, C. E. G. **A guerra fiscal no Brasil**. São Paulo: Fundap/ Fapesp; Brasília: Ipea, 2000.
- PRADO, S.; QUADROS, W.; CAVALCANTI, C. E. **Partilha de recursos na federação brasileira**. São Paulo: Fapesp/FundaP; Brasília: Ipea, 2003.
- PRZEWORSKY, A. **Estado e economia no capitalismo**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1995.
- RATTNER, H. **Estudos do futuro: introdução à antecipação tecnológica e social**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 1979.
- RATTNER, H. Considerações sobre tendências da futurologia contemporânea. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 89-103, 1973.

- RAVISHANKAR, N. et al. Financing of global health: tracking development assistance for health from 1990 to 2007. *The Lancet*, New York, v. 373, n. 20, p. 2113-2124, 2009.
- REICHENHEIM M. E. et al. Violence and injuries in Brazil: the effect, progress made, and challenges ahead. *The Lancet*, New York, v. 377, n. 9781, p. 1962-1975, 2011.
- RIBEIRO, J. M. Desenvolvimento do SUS e racionalização de serviços hospitalares. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p. 771-782, 2009.
- RIBEIRO, J. A.; PIOLA, S. F.; SERVO, L. M. As novas configurações de antigos problemas: financiamento e gasto com ações e serviços públicos de saúde no Brasil. *Divulgação em Saúde para Debate*, Londrina, v. 37, p. 21-43, 2007.
- RIBEIRO, M. B. Uma análise da carga tributária bruta e das transferências de assistência e previdência no Brasil, no período 1995-2009: evolução, composição e suas relações com a regressividade e a distribuição da renda. Brasília: Ipea, 2010. Texto de Discussão n. 1464.
- RIBEIRO, P. T. A descentralização da ação governamental no Brasil dos anos noventa: desafios do ambiente político-institucional. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 819-828, 2009.
- ROBINE, J. M.; CHEAUNG, S. L. K. Nouvelles observations sur la longévité humaine. *Revue Économique*, Paris, v. 59, n. 5, p. 941-953, 2008.
- RODRIGUES, J. J. Elasticidade-PIB de longo prazo da receita tributária no Brasil: abordagem do índice Divisia e evidências empíricas no período 1975-1997. 1999. 81 f. Dissertação (Mestrado) - Departamento de Economia, Universidade de Brasília, Brasília, 1999.
- RUSSO, G. et al. *Brazilian cooperation's health projects in Portuguese speaking African countries*. Draft Report of 31/05/2011. WHO/Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa. Mimeo.
- SALLUM JUNIOR, B. Crise, democratização e liberalização no Brasil. In: SALLUM JUNIOR, B. (Org.). *Brasil e Argentina hoje: política e economia*. Bauru: Edusc, 2004. p. 47-77.
- SALTMAN, R. B.; FIGUERAS J. Analyzing the evidence on European health care reforms. *Health Affairs*, Millwood, v. 17, n. 2, p. 85-108, 1998.
- SANTOS, I. S. *O mix público-privado no sistema de saúde brasileiro: elementos para a regulação da cobertura duplicada*. 2009. 186 f. Tese (Doutorado) - Departamento de Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2009.
- SANTOS, I. S. Evidência sobre o mix público-privado em países com cobertura duplicada: agravamento das iniquidades e da segmentação em sistemas nacionais de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2734-2752, 2011.
- SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. *SUS: o espaço da gestão inovadora e dos consensos interfederativos*. Aspectos jurídicos, administrativos e financeiros. Campinas: Instituto de Direito Sanitário Aplicado, 2007.
- SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 16, p. 1671-1680, 2011.
- SANTOS, M. A. B.; GERSCHMAN, S. As segmentações da oferta de serviços de saúde no Brasil: arranjos institucionais, credores, pagadores e provedores. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 795-806, 2004.
- SANTOS, N. R. Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 12, p. 429-436, 2007.
- SANTOS, N. R. *Política pública de saúde: qual o rumo?* Rio de Janeiro: Cebes, 2010. 19 p.
- SANTOS-PRECIADO, J. I. et al. La transición epidemiológica y los adolescentes en México. *Salud Pública de México*, v. 45, supl. 1, p. S140-S152, 2003.
- SARDENBERG, R. M. *A política brasileira para os cenários da globalização: conferência no curso de aperfeiçoamento em políticas públicas*. Rio de Janeiro: Escola de Políticas Públicas e de Governo (UFRJ), 1996. p. 6-8.
- SCHIEBER, G. J. et al. Financing global health: mission unaccomplished. *Health Affairs*, Millwood, v. 25, n. 4, p. 921-934, 2007.
- SCHMIDT, M. I. et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *The Lancet*, New York, v. 377, n. 9781, p. 1949-61, 2011.

- SCHRAMM, J. M. A. et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 897-908, 2004.
- SCHWARTZ, P. **A arte da previsão**. São Paulo: Scritta, 1995.
- SCHWARTZ, P. **A arte da visão de longo prazo: planejando o futuro em um mundo de incertezas**. São Paulo: Best Seller, 2000.
- SCHWARTZ, P.; LEYDEN, P. **The long boom: a history of the future 1980-2020**. San Francisco: Wired Magazine, 1997.
- SEIXAS, P. H. D. A.; CORREA, A. N.; MORAES, J. C. D. MigraMed - Migração médica no Brasil: tendências e motivações. In: PIERANTONI, C. R.; DAL POZ, M. R.; FRANÇA, T. **O trabalho em saúde: abordagens quantitativas e qualitativas**. Rio de Janeiro: Cepesc: IMS/Uerj: ObservaRH, 2011. p. 133-150.
- SEN, A. The possibility of social choice. **American Economic Review**. Menasha, v. 89, n.3, p. 349-378, 1999.
- SEN, A. What development is about. In: MEIER, G.; STIGLITZ, J. (Ed.). **Frontiers of development economics**. New York: Oxford University Press, 2001.
- SHORTELL, S. M. et al. **Remaking health care in America: building organized delivery systems**. San Francisco: Jossey-Bass, 1996.
- SILVA, S. F.(Org.). **Redes de Atenção à Saúde no SUS: o Pacto pela Saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde**. Campinas: Idisa; Conasems, 2008.
- SILVA, S. F.; MAGALHÃES, E. Redes de atenção à saúde na agenda de prioridades do SUS. **Revista do Conasems**, Brasília, 2008.
- SILVA JUNIOR, J. B. **Epidemiologia em serviço: uma avaliação de desempenho do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde**. 2004. 318 f. Tese (Doutorado) - Departamento de Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.
- SIMÕES, C. C. S.; OLIVEIRA, L. A. P. O processo demográfico brasileiro. In: Diretoria de Geociências (DGC). **Atlas nacional do Brasil Milton Santos**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.
- SIMONSEN, M. H. **Brasil 2001**. 5.ed. Rio de Janeiro: Apec Editora, 1975.
- SMITH, G.; CLARKE, D. Assessing the effectiveness of integrated interventions: terminology and approach. **Medical Clinics of North America**, v. 90, n. 4, p. 533-548, 2006.
- SMITH, R. D.; CORREA, C.; OH, C. Trade, trips and pharmaceuticals. **The Lancet**, New York, v. 373, n. 9664, p. 684-691, 2009.
- SOARES, S. et al. **O potencial distributivo do Imposto de Renda de Pessoa Física (IRPF)**. Brasília: Ipea, 2009. Texto de Discussão n. 1433.
- SOLAR, O.; IRWIN, A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. **Social Determinants of Health Discussion Paper 2**. Genebra: OMS, 2010. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500852_eng.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2012.
- SOUZA, C. Governos e sociedades locais em contextos de desigualdades e de descentralização. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n.3, p. 431-442, 2002.
- SOUZA, C. Federalismo, desenho constitucional e instituições federativas no Brasil pós-1988. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, n. 24, p. 105-121, 2005.
- SOUZA, C. **Philips anuncia a aquisição da Dixtal**. Disponível em: <www.saudebusinessweb.com.br/noticias/index.asp?cod=47895>. Acesso em: 13 maio 2008.
- SOUZA, V. **Philips compra Wweb sistemas**. **Saúde Web**. Notícias em destaque. 13 set. 2010. Disponível em: <<http://saudeweb.com.br/15879/philips-compra-wweb-sistemas>>. Acesso em: 20 out. 2011.
- TAVARES, M. C. **Da substituição de importações ao capitalismo financeiro**. Rio de Janeiro: Zahar, 1972.
- THE HERITAGE FOUNDATION. **Explore the data: index of economic freedom 2011**. Disponível em: <www.heritage.org/index/Explore.aspx?view=by-variables>. Acesso em: 07 set. 2011.
- TODD, W. Strategic alliances. In: TODD, W.; NASH, D. (Ed.). **Disease management: a systems approach to improving patient outcomes**. Chicago: American Hospital Publishing; San Francisco: Jossey-Bass, 1996. p. 281-304.

- TODD, W.; NASH, D. (Ed.). **Disease management: a systems approach to improving patient outcomes**. Chicago: American Hospital Publishing; San Francisco: Jossey-Bass, 1997.
- TOSCANO, C. M.; OLIVEIRA, W. K.; CARMO, E. H. Morbidade e mortalidade por doenças transmissíveis no Brasil. In: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde Brasil 2009: uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. p. 73-110.
- UGÁ, M. A. D.; SANTOS, I. S. **Uma análise da equidade do financiamento do sistema de saúde brasileiro**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. 92 p. (Projeto Economia da Saúde. Cooperação técnica Brasil-Reino Unido)
- UGÁ, M. A. D.; SANTOS, I. S. Uma análise da progressividade do financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1597-1610, 2006.
- UNITED NATIONS ECONOMIC AND SOCIAL COUNCIL (ECOSOC). **Background study for the Development Cooperation Forum: trends in South-South triangular development cooperation**. Ecosoc, 2008. 58 p.
- UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS (UNICAMP); NÚCLEO DE ESTUDOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS (NEPP). **O setor Saúde e o Complexo da Saúde no Brasil**. Campinas: Unicamp, 2000. Caderno n. 46.
- VAN DER HEIJDEN, K. **Scenarios: the art of strategic conversation**. Chichester, New York, Brisbane, Toronto, Singapura: John Wiley & Sons, 1996.
- VELLOSO, J. P. R. (Coord.). **O desafio da China e da Índia: a resposta do Brasil**. Rio de Janeiro: José Olympio, 2005.
- VIANA, A. L.; ELIAS, P. E. Saúde e desenvolvimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, p. 1765-1776, 2007.
- VIANA, A. L.; LIMA, L. D. (Org.). **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011. 216 p.
- VIANA, A. L.; MACHADO, C. V. Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 807-817, 2009.
- VIANA, A. L.; LIMA, L. D.; OLIVEIRA, R. G. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto – lições do caso brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 493-507, 2002.
- VIANA, A. L. et al. Mudanças significativas no processo de descentralização do Sistema Único de Saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, supl. 12, p. 139-151, 2002.
- VIANA, A. L. et al. Sistema de saúde universal e território: desafios de uma política regional para a Amazônia Legal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, supl. 2, p. S117-S131, 2007.
- VIANA, A. L. et al. Novas perspectivas para a regionalização da saúde. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 92-106, 2008.
- VIANNA, S. M. A Seguridade Social, o Sistema Único de Saúde e a partilha dos recursos. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 43-58, 1992.
- VIANNA, S. T. W. V.; BRUNO, M. A. P.; MODENESI, A. de M. (Org.). **Macroeconomia para o desenvolvimento: crescimento, estabilidade e emprego**. Brasília: Ipea, 2010. (Projeto Perspectivas para o Desenvolvimento Brasileiro).
- VIANNA, S. W.; MODENESI, A. M.; BRUNO, M. **Reversão preventiva na política monetária**. Rio de Janeiro: Ipea, 2008. Nota técnica.
- VICTORA, C. G. et al. Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward. **The Lancet**, New York, v. 377, n. 9.782, p. 2.042-53, 2011.
- WACK, P. Cenários: águas desconhecidas à frente. In: MONTGOMERY, C. A. **Estratégia: a busca da vantagem competitiva**. 2. ed. Rio de Janeiro: Campus, p. 363-394, 1998.
- WAGSTAFF, A. et al. Equity in the finance of health care: further international comparisons. **Journal of Health Economics**, Amsterdam, v. 18, n. 3, p. 263-290, 1999.
- WAGSTAFF, A.; DOORSLAER, E. V. Catastrophe and impoverishment in paying for health care: with applications to Vietnam 1993-1998. **Health Economics**, Chichester, v. 12, n. 11, p. 921-933, 2003.
- WILKINSON, L. **The logics of change**. California: Global Business Network; GBN Scenario Book, 1995. 69 p.

- WORLD BANK. **Global economic prospects and the developing countries**. Washington, 1997.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Making decisions on public health: a review of eight countries**. Brussels: Open University Press; Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies, 2004.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Decentralization in health care**. Brussels: Open University Press; Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies, 2006.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Integrated health services: what and why?** Geneva: WHO, 2008. Technical Brief n. 1
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **International health regulations (2005)**. 2. ed. Geneva: WHO, 2008, 82 p.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION MAXIMIZING POSITIVE SYNERGIES COLLABORATIVE GROU. **An assessment of interactions between global health initiatives and country health systems**. *The Lancet*, New York, v. 373, n. 20, p. 2137- 2169, 2009.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Working to overcome the global impact of neglected tropical diseases**. Geneva: WHO, 2010. 172 p.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World health statistics 2010**. Geneva: WHO, 2010. 177 p.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The world health statistics 2010**. Geneva: WHO, 2010.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World health statistics 2011**. Disponível em: <www.who.int/research/en/>. Acesso em: 20 out. 2011.
- XU, K. **Distribution of health payments and catastrophic expenditures: methodology**. Geneva: WHO, 2005. Discussion Paper, n. 2.
- ZUCCH, I. P.; NERO, C. D.; MALIK, A. M. Gastos em saúde: os fatores que agem na demanda e na oferta dos serviços de saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 9, n. 1/2, p. 127-150, 2000.

Formato
21 x 26 cm

Tipologia
Caecilia (miolo)
Candara (capa)

Papel
Off-set 90g/m² (miolo)
Cartão supremo 250g/m² (capa)

CTP, impressão e acabamento
Imos Gráfica e Editora Ltda

Rio de Janeiro, maio de 2012