

## Formação e desafios do sistema de saúde no Brasil: uma análise de investimentos realizados para ampliação da oferta de serviços

Training and challenges for the health care system in Brazil: an analysis of investments to expand health care service delivery

Adilson Soares <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Coordenadoria de Controle de Doenças, Secretaria Estadual da Saúde de São Paulo, São Paulo, Brasil.

### Correspondência

A. Soares  
Coordenadoria de Controle de Doenças, Secretaria Estadual da Saúde de São Paulo.  
Av. Dr. Arnaldo 351, 1<sup>a</sup> andar, São Paulo, SP  
01246-903, Brasil.  
adilsonsoares63@hotmail.com

### Abstract

*The goal of this study is to discuss the investments made by the Brazilian government to expand health care service delivery in the Unified National Health System (SUS) from 1995 to 2001. The data indicate a mismatch between investments to increase service delivery and maintenance and optimization of the health service network's capacity. The paper concludes that there is a need to guarantee financial maintenance of the system and conduct new investments based on an analysis of the installed capacity and the financial possibilities to guarantee resources for continuous delivery of this additional services supply.*

*National Health System (BR); Health Systems; Investments*

### Introdução

A estrutura e a conformação do sistema de saúde brasileiro, desde a sua formação, foram marcadas pelas reformas ocorridas nos sistemas de saúde, dos países da Europa Ocidental, como Alemanha, Inglaterra, França, Espanha entre outros.

O “sistema” de saúde brasileiro em seu período inicial de formação, entre as décadas de 1920 e 1960, apresentou aspectos e características que se assemelharam aos sistemas de saúde com conteúdo e orientação Bismarkiana, cuja expressão maior foi o sistema de saúde alemão do final do século XIX. O sistema alemão, estruturado neste período por Otto von Bismarck, teve suas raízes no conceito de polícia médica. Dentro deste conceito, por razões de Estado ou razões paternalistas havia o interesse de que os cidadãos fossem saudáveis, o que poderia ser conseguido através da organização da saúde pública. Bismarck então não só estruturou o sistema de saúde, como planejou um esquema detalhado de seguridade social, através de reformas administrativas. Este sistema foi estruturado através de uma base contributória de afiliação profissional obrigatória, e de uma base de financiamento através de cotizações de empregados e empregadores. É deste período, décadas de 20 a 60, a formação no Brasil da previdência social, com a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP) e posteriormente os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP).

O principal marco de mudanças deste período, em relação ao período anterior denominado de sanitarismo campanhista do início da saúde pública no Brasil, foi o surgimento da previdência social <sup>1</sup>.

As décadas de 1970 e 1980 são marcadas pela transformação desse sistema e pelo início da presença do Estado, de forma mais articulada, na prestação de serviços, bem como no controle e “avaliação” da prestação de serviços pelo setor privado. A industrialização acelerada verificada a partir da década de 60 até o final da década de 70 criou uma massa operária nos centros urbanos que necessitavam de serviços de saúde. O capitalismo tardio brasileiro imputa ao Estado, neste momento, a presença neste setor que tão vital para o seu desenvolvimento capitalista e que exige grandes inversões financeiras para a criação de um complexo médico-industrial. O arcabouço legal para a sua criação foi dado pela combinação dos pressupostos das Constituições de 1967 e 1969, pela *Lei nº. 6.229/75* que organizou o Sistema Nacional de Saúde, e pela *Lei nº. 6.439/77* que criou o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social. Foi nestas décadas que ocorreu a reestruturação do sistema de previdência e assistência social e da assistência médica. É deste período a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS) [1976]; do Sistema Nacional de Controle e Pagamento de Contas (SNCPCCH) [1977]; e do Sistema de Atendimento Médico e Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS) [1983]. O grande marco deste período foi a rápida criação do complexo médico-industrial. Este modelo propiciou, segundo afirma Braga & Silva <sup>2</sup>, a criação do período da capitalização da medicina. As principais características desse modelo, para Oliveira & Teixeira (1989, *apud* Andrade <sup>1</sup>, p. 21), são as seguintes: (a) “*Uma pretendida extensão da cobertura previdenciária para quase a totalidade da população urbana e rural*”; (b) “*O privilégio da prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, em detrimento da saúde pública*”; (c) “*A criação, mediante intervenção estatal, de um complexo médico-industrial*”; e (d) “*O desenvolvimento de um padrão de organização da prática médica orientado em termos de lucratividade do setor saúde, propiciando a capitalização da medicina e o privilégio da produção privada desses serviços*”.

A promulgação da *Constituição da República*, no final da década de 1980, marca o início da reforma do estado brasileiro. Ao introduzir fortemente, no seio da sociedade, a noção de direito à saúde de forma universal e integral, deixa

explícita e latente a herança do sistema de saúde brasileiro, acumulada nos anos 1980.

A partir da *Constituição* de 1988 o sistema de saúde no Brasil segue uma orientação do tipo Beveridgiana, cujo exemplo pode ser encontrado no modelo de organização do sistema de saúde inglês da década de 1940, que é marcado pela noção de direito à assistência à saúde, pela cobertura universal, pelo financiamento através de tributos, prestação mista dos serviços e o controle e regulação do sistema pelo Estado. A contribuição do economista William Beveridge, para a construção das bases da seguridade social e especialmente os sistemas de saúde em vários países, consubstanciada no que se convencionou de chamar de *Relatório Beveridge* de 1942, permanece até hoje.

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), com as características descritas, trouxe uma rápida e elevada expansão da cobertura dos serviços de saúde, o volume de internações hospitalares, segundo dados do Departamento de Informação e Informática do SUS (DATASUS; <http://www.datasus.gov.br>, acessado em 09/Mai/2005), cresceu 46% (7.874.350/11.492.885) no período de 1985 a 2004 e as consultas médicas, segundo dados da *Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária* do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE; <http://www.ibge.gov.br>, acessado em 09/Mai/2005), cresceram 105% no período de 1989 a 2002 (287.965.550/589.956.458). Essa elevação da cobertura se deu em função do processo de estadualização e municipalização trazido pelo Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDES) <sup>3</sup>, pelo processo de descentralização e organização do SUS, delegando para os Estados e municípios as responsabilidades de gestão dos sistemas loco-regionais com a implantação das *Normas Operacionais Básicas* (NOB) 01/91 <sup>4</sup>, 01/93 <sup>5</sup> e fortalecido pela NOB 01/96 <sup>6</sup>, pelo processo de regionalização que busca promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção, trazido pela *Norma Operacional de Assistência a Saúde* (NOAS) 01/01 <sup>7</sup> e pelo processo de regulação do sistema com o advento da NOAS 01/02 <sup>8</sup>. Outro fator que contribuiu para a elevação da cobertura foi a pressão da demanda, em função da abertura democrática e do crescimento dos movimentos de direitos do consumidor.

A implantação dessas reformas no sistema de saúde brasileiro, apesar de ter propiciado ampliação no acesso aos serviços e aumento da cobertura e atenção à saúde, foi acompanhada, até meados da década de 1990, por uma crise de recursos financeiros. Barros <sup>9</sup>, analisando esse período, afirma: “*A primeira metade da década*

de 1990 foi marcada pelo desfinanciamento setorial, com grandes oscilações no volume dos recursos destinados ao setor e com intensa irregularidade no fluxo financeiro durante a execução do orçamento anual. O ápice da crise ocorreu em 1993 (...) As conseqüências foram gravíssimas. O congelamento das tabelas e a sub-remuneração dos serviços, no quadro de elevada inflação que marcava o período, bem como a ausência de investimentos requeridos para a expansão da rede pública, de modo a torná-la capaz de promover a ampliação da oferta necessária ao cumprimento dos dispositivos constitucionais, foram os mais graves efeitos”.

As bases para a estruturação do SUS dadas na Constituição de 1988 e nas Leis nº. 8.080<sup>10</sup> e nº. 8.142<sup>11</sup> encontram, a partir da 1993, uma estratégia para descentralização com a definição de competências das três esferas de governo trazidas pela NOB 01/93, e se consolidam a partir de 1995, com o avanço do processo de descentralização. A partir desse período o governo federal reforça a sua capacidade de investimentos e de indução de políticas. A presença do Estado, a noção de direito à saúde e estabelecimento de princípios e diretrizes para o setor saúde, são os marcos deste período.

O objetivo deste artigo é descrever e discutir a realização de investimentos para ampliação da oferta de serviços no SUS, realizados pelo governo central brasileiro no período de 1995 a

2001. As discussões devem apontar para algumas questões importantes e que devem ser levadas em conta no processo de tomada de decisão de investimentos.

## Métodos

Como o objetivo principal do artigo é a descrição, discussão e aprimoramento de idéias, foi realizado um estudo exploratório. A principal fonte de coleta de dados foi de dados quantitativos secundários, colhidos na página de Internet do DATASUS (<http://www.datasus.gov.br>) e de levantamento bibliográfico. O objeto de estudo é o investimento realizado pelo governo federal para ampliação da rede do SUS, no período de 1995 a 2001, e sua articulação com a capacidade instalada, a taxa de ocupação de leitos hospitalares e a estabilidade no volume de recursos para a prestação continuada de serviços.

O critério utilizado para a escolha desse período justifica-se em função do volume considerável de recursos de investimentos realizados no setor, principalmente com os realizados por meio do projeto Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde (REFORSUS) (Tabela 1).

A partir desses critérios, foram estudados os aspectos relativos ao volume de investimentos, recursos aplicados no setor saúde, número de internações e consultas médicas, e taxa de ocupa-

Tabela 1

Evolução dos investimentos do Ministério da Saúde.

Item	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	Total
1. Projeto REFORSUS	-	-	57,2	251,6	260,6	238,3	225,7	1.033,4
2. Projeto de Reequipamento Hospitalar	-	-	-	-	-	168,8	43,8	212,6
3. Convênios diretos com o Ministério da Saúde	180,7	19,7	18,5	93,6	195,2	118,6	102,6	728,9
4. Emendas parlamentares	-	70,2	156,7	176,8	192,7	285,2	332,6	1.214,2
5. Projetos Nordeste I e II	93,4	56,5	18,1	1,2	-	-	-	169,2
6. Sangue e hemoderivados	19,1	-	1,0	21,8	42,9	45,6	25,2	155,6
7. Combate ao câncer	16,1	3,0	46,0	22,3	21,3	18,8	27,8	155,3
8. Combate a AIDS	1,9	5,7	1,3	1,0	16,4	15,2	12,7	54,2
9. Vigilância sanitária	0,3	0,4	12,4	13,2	35,4	24,0	7,7	93,4
10. Vacinas e vacinação	65,7	15,4	26,6	26,6	20,2	28,5	25,5	208,5
11. Controle e endemias	72,3	8,0	71,0	105,2	76,0	111,4	120,4	564,3
12. Saúde indígena	-	-	-	-	-	17,5	14,3	31,8
13. Outros	151,5	97,2	123,4	79,2	92,4	68,4	64,0	676,1
<b>Total (Infra-Estrutura SUS)</b>	<b>601,0</b>	<b>276,1</b>	<b>532,2</b>	<b>792,5</b>	<b>953,1</b>	<b>1.140,3</b>	<b>1.002,3</b>	<b>5.297,5</b>

Nota: valores em milhões de Reais a preços de 2001.

Deflator utilizado: IGP-DI/Fundação Getúlio Vargas.

Fonte: tabela construída a partir dos dados de Santos<sup>12</sup>, extraídos da Subsecretaria de Planejamento e Orçamento, Ministério da Saúde.

ção da rede hospitalar. Os dados foram agregados de modo a apresentar resultados nacionais, portanto não considerando e discutindo as diferenças regionais e a adoção de políticas de correção de iniquidades.

A opção metodológica de se trabalhar com o volume de investimentos totais se deu em função da indisponibilidade de dados desagregados de investimentos em infra-estrutura hospitalar e da constatação de que os investimentos neste período se concentraram na média e alta complexidade hospitalar, e os gastos em saúde com a média e alta complexidade representaram algo em torno de 65% do orçamento federal<sup>12</sup>.

Com o objetivo de facilitar a comparação entre os dados, reduzindo a influência das variações de preços (inflação) sobre os valores apresentados, foi utilizado o recurso de trazer todos os valores a um mesmo ano de referência, utilizando para isto o recurso do deflator. Para os fins que se propõe este trabalho foi utilizado o Índice Geral de Preços (IGP/DI) da Fundação Getúlio Vargas.

## Resultados

A Tabela 1 apresenta a evolução dos investimentos do Ministério da Saúde no período de 1995 a 2001, a preços de 2001, considerando os valores empenhados. Os dados demonstram um crescimento expressivo em todos os anos a partir de 1997. Comparando a média do período 1997/2001, com a média do período 1995/1996 verifica-se um crescimento de 101,59%.

A Tabela 2 descreve os recursos aplicados pelo governo federal relativos à prestação continuada de serviços. Considerando que os investimentos realizados para aumento da oferta de serviços se concentram nos serviços hospitalares e de procedimentos de alta e média complexidade, utilizaram-se para construção desta tabela os valores aplicados para pagamento das internações, dos procedimentos de alta e média complexidade e os recursos transferidos aos Estados e municípios de acordo com sua condição de gestão, para média e alta complexidade, extraídos do banco de dados do DATASUS. Os dados estão apresentados em valores reais para que se possa ter uma melhor condição de análise. Podemos observar um comportamento bastante irregular nos gastos, as variações, sempre em relação ao ano anterior, foram de 9,36% positivo em 1998, 1,7% positivo em 1999, 5,26% negativo em 2000 e 2,59% positivo em 2001. A média do período variou em 6,8% positivo em relação a 1997.

A Tabela 3 apresenta o número de leitos disponíveis no SUS por tipo de prestador de serviços. Observa-se nesta tabela que em 2001 em rela-

Tabela 2

Gasto federal: prestação continuada de serviços.

Ano	Gasto com saúde *
1997	6.791,17
1998	7.426,34
1999	7.552,36
2000	7.154,86
2001	7.340,68
<b>Total</b>	<b>36.265,41</b>

Nota: valores em milhões de Reais a preços de 2001.

Deflator utilizado: IGP-DI/Fundação Getúlio Vargas.

Fonte: tabela construída a partir do banco de dados do DATASUS.

\* Considerados todos os valores de internações + valores dos procedimentos de alta e média complexidade (MAC) + recursos de transferência pela condição de gestão para MAC.

ção a 1995, houve uma redução desses leitos da ordem de 3,24%, concentrada significativamente nos leitos disponíveis oferecidos pelo setor privado lucrativo da ordem de 27,29%. O ano de 2002 apresentou, em relação a 2001, uma redução de 8,7% no número de leitos totais, com destaque para a queda no número de leitos obstétricos (22,44%), leitos cirúrgicos (21,23%), leitos de clínica médica (20,94%), leitos pediátricos (19,42%) e leitos de UTI (15,89).

Na Tabela 4 verifica-se que os gastos federais, no orçamento do Ministério da Saúde, apresentam um comportamento oscilante com variações, sempre em relação ao ano anterior, de 7,78% negativo em 1996, 14,45% positivo em 1997, 1,84% negativo em 1998, 1,04% positivo em 1999, 2,08% positivo em 2000 e 5,34% positivo em 2001. A média do período variou em 2,69% positivo, em relação a 1995.

## Discussão

Os dados apresentados sugerem que apesar do aumento verificado na oferta de serviços; de 46% nas internações e de 105% nas consultas médicas, conforme citado; não há uma relação clara entre os novos investimentos e a manutenção e otimização da capacidade instalada da rede de serviços se levarmos em consideração os gastos em saúde, o número de leitos e a taxa de ocupação. Enquanto os investimentos observaram um crescimento expressivo de 101,6%, se comparado à média do período 1997/2001 em rela-

Tabela 3

Número de leitos do SUS.

Ano	Total	Público *	Privado lucrativo **	Privado não lucrativo ***
1995	499.499	151.741	219.428	128.330
1996	499.719	156.902	211.719	131.098
1997	496.740	152.588	182.689	161.463
1998	490.565	151.920	175.859	162.786
1999	490.790	157.515	170.468	162.807
2000	487.058	157.008	165.616	164.434
2001	483.306	162.528	159.555	161.223
2002	441.045	150.472	131.844	158.729

Fonte: tabela construída a partir do banco de dados do DATASUS.

\* Público: federal, estadual, municipal e universitários públicos;

\*\* Privado lucrativo: privado, contratado optante simples, universitário ensino e pesquisa privado;

\*\*\* Privado não lucrativo: filantrópicos, sindicatos.

Tabela 4

Evolução do orçamento do Ministério da Saúde.

Ano	Empenhos liquidados *
1995	21.370,75
1996	19.708,97
1997	22.556,89
1998	22.141,29
1999	21.911,27
2000	22.366,93
2001	23.561,60
<b>Total</b>	<b>153.617,72</b>

Nota: valores em milhões de Reais a preços de 2001.

Deflator utilizado: IGP-DI/Fundação Getúlio Vargas.

Fonte: tabela construída a partir dos dados da Secretaria de Orçamento Federal, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão.

\* Exclui sentenças judiciais, exceto em benefícios previdenciários, considera todas as despesas de OCC (outros custos e capital), inclusive financeiras.

ção à média de 1995/1996, o número de leitos observou uma redução média em torno de 3,2%, mantendo uma taxa de ocupação hospitalar em 1999, segundo Marinho et al.<sup>13</sup>, de apenas 46% a média nacional. Os gastos em saúde para prestação continuada de serviços cresceram apenas 6,8% a média do período em relação a 1997, e o orçamento total do Ministério da Saúde cresceu apenas 2,7% a média do período em relação a 1995. As dificuldades econômicas enfrentadas

pelo país a partir de meados da década de 1990; decorrência do impacto de programas de ajuste estrutural trazidos pela crise da década de 1980, associadas à necessidade de gerar superávits primários para pagamento dos compromissos da dívida externa; trouxeram dificuldades para o país em garantir estabilidade e suficiência no fluxo de recursos para o SUS. Esta situação reflete na dificuldade de mobilização de recursos do Orçamento Geral da União para o orçamento do Ministério da Saúde, e como conseqüência dificuldade para administração do orçamento da saúde dentro de suas rubricas orçamentárias, diminuindo a capacidade de gestão do administrador. Neste contexto o conceito econômico de eficiência alocativa na utilização dos recursos disponíveis torna-se crucial.

Os efeitos da introdução da *Emenda Constitucional nº. 29*<sup>14</sup> seriam sentidos apenas após este período estudado, haja vista que as diretrizes operacionais para aplicação da emenda somente foram dadas com a publicação da *Portaria GM nº. 2.047*<sup>15</sup> em 5 de novembro de 2002, equacionando, em parte, os problemas da estabilidade no fluxo e aumento do volume de recursos para o SUS.

Segundo Santos<sup>12</sup>, a concentração dos investimentos do Ministério da Saúde na média e alta complexidade pode ser interpretada como resultante do entendimento de que os investimentos em atenção básica são de responsabilidade dos municípios e a exigência de recursos é relativamente pequena. Além disso, com a expansão da atenção básica, é razoável supor que seria necessário melhorar as condições da retaguarda ambulatorial e hospitalar. Em alguns casos é possível

identificar o tipo de investimento, por exemplo, o Projeto de Reequipamento Hospitalar, no valor de R\$ 212,6 milhões, foi destinado totalmente à alta complexidade. Os *Convênios Diretos* com o Ministério da Saúde, as *Emendas Parlamentares* e *Outros*, que somam R\$ 2,6 bilhões, correspondem a mais de 10 mil convênios em todo o período. Dentre os convênios diretos, deve-se destacar o Programa de Apoio à Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para o Atendimento de Urgência e Emergências que beneficiou 202 hospitais e o Programa de Apoio à Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para Atendimento à Gestante de Alto Risco que beneficiou 226 hospitais. O projeto REFORSUS concentrou seus investimentos, no valor aproximado de R\$ 1 bilhão, na média e alta complexidade beneficiando em torno de mil hospitais.

Se um dos componentes expressivos de investimentos em infra-estrutura neste período, projeto REFORSUS (Tabela 1), foi realizado através da contratação de empréstimos externos, a questão que se coloca é em que medida o endividamento externo para investimento na criação de novos leitos não está em oposição à dinâmica do sistema e potencializará os problemas de ineficiência alocativa de recursos no SUS, haja vista que se por um lado há uma proposta de aumento da oferta do número de leitos, neste projeto específico, por outro, há uma redução do número de leitos totais, conforme demonstrado na Tabela 3, com destaque para a redução de leitos nas especialidades que foram objeto e priorizados no projeto REFORSUS.

No caso específico do projeto REFORSUS, Santos <sup>12</sup> afirma: *“Dados preliminares da avaliação dos resultados estimados dos investimentos do REFORSUS indicam que o projeto está criando mais de 10 mil novos leitos hospitalares (dentre esses, mais de 1.100 novos leitos de UTI, um dos grandes gargalos do sistema de saúde nacional), com uma concentração relativamente maior nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, além de propiciar a realização de mais de 60 mil novas internações/mês e mais de 25 mil novas cirurgias/mês”*.

Esta afirmação aponta para uma desarticulação entre planejamento/execução de projetos de investimentos e capacidade instalada da rede de serviços; na medida em que os dados apresentados na Tabela 3 demonstram, em 2002 em relação a 2001, uma redução de 8,7% no número de leitos totais, com destaque para a queda no número de leitos que foram objeto dos investimentos do projeto REFORSUS (leitos obstétricos 22,44%, leitos cirúrgicos 21,23%, leitos de clínica médica 20,94%, leitos pediátricos 19,42% e leitos

de UTI 15,89), concentrados em todos os tipos de prestadores, mais notadamente no setor privado lucrativo. Esta queda no número de leitos é importante na medida em que o ano de 2001 já havia apresentado uma queda de 3,24% no número de leitos em relação a 1995 e 2002 foi o ano em que praticamente os leitos planejados com os investimentos do projeto REFORSUS começaram a entrar em operação.

Os investimentos para aumentar a capacidade produtiva têm sido realizados, no período de 1995 a 2001 foram investidos em Infra-estrutura R\$ 5,3 bilhões. Segundo Santos <sup>12</sup>: *“Um dos efeitos desse alto volume de investimentos é o aumento da capacidade produtiva dessa rede e, com ele, a necessidade de se elevar os recursos de custeio para sustentar o aumento da produção de serviços. Nesse caso, é possível supor que a Emenda Constitucional n.º. 29, ao aumentar os recursos federais para a saúde e exigir maior comprometimento de gastos em saúde pelos Estados e municípios, particularmente dos primeiros, poderá assegurar aqueles recursos”*.

Esta afirmação revela a falta de previsão de sustentabilidade econômico-financeira, no momento de elaboração do planejamento, refletindo na desarticulação entre a realização de investimentos e a garantia de recursos para a manutenção da prestação de serviços continuados.

Outra questão que se coloca para os gestores do sistema único de saúde é como manter e aumentar a oferta de serviços, exigências dos princípios e diretrizes do SUS, quando não se tem planejamento e garantia de aumento proporcional de recursos para o sistema.

Assim, é imperioso discutir e avaliar o custo de oportunidade de realização de novos investimentos e o limite possível de endividamento externo para dar conta da criação desses novos serviços, na medida em que existe uma queda do número de leitos totais, conforme demonstrado na Tabela 2, associada a uma baixa taxa de ocupação da capacidade instalada dos serviços existentes, conforme citado. A discussão dessa questão é importante uma vez que os recursos extraídos das contas nacionais para pagamento da dívida externa, geradas no setor saúde, concorrem com os mesmos recursos para pagamento da prestação continuada de serviços.

A persistir o processo de tomada de decisão de realização de investimentos para aumentar a capacidade produtiva, não levando em conta as variáveis: número de leitos disponíveis no sistema, taxa de ocupação, disponibilidade orçamentária para prestação de serviços continuados e pagamento dos compromissos da dívida externa assumida para realização dos investimentos, além de um estudo aprofundado de demanda do

consumidor, como orientadoras para tomada de decisão, a tendência geral é que:

- a) novos serviços sejam criados e serviços existentes sejam extintos ou fiquem ociosos e/ou obsoletos;
- b) a demanda por serviços não seja atendida adequadamente, na medida em que o processo de decisão está levando em conta somente os aspectos da oferta;
- c) haja dificuldade de recursos de custeio para prestação de serviços, após a realização dos novos investimentos;
- d) se esgote a capacidade de realização de empréstimos externos;
- e) ocorra comprometimento dos recursos do orçamento anual para o setor saúde.

Os desafios atuais do sistema de saúde brasileiro estão centrados na capacidade política e econômica dos atores sociais envolvidos na consolidação e implementação do SUS, em administrar as crises internas e externas, garantindo a sustentabilidade econômico-financeira do sistema, a cobertura da atenção à saúde da população com qualidade, eficiência e eficácia; e da percepção desses atores de que os resultados da reforma implementada no sistema de saúde brasileiro devem ser medidos a longo prazo, afinal o SUS só tem 16 anos. Segundo Mendes <sup>16</sup> (p. 57): “*Reformas sociais em ambiente democrático são, por natureza, lentas e politicamente custosas. Mudanças rápidas são típicas de regimes autoritários*”.

## Resumo

*O artigo discute os investimentos realizados pelo governo central brasileiro, para ampliação da oferta de serviços no Sistema Único de Saúde, no período de 1995 a 2001. Apresenta dados que apontam para uma desarticulação entre a realização de investimentos para o aumento da oferta de serviços e a manutenção e otimização da capacidade instalada; e conclui que existe a necessidade de garantir a sustentabilidade econômico-financeira do sistema e a realização de novos investimentos levando em consideração a análise da capacidade instalada e as possibilidades financeiras de garantir os recursos de custeio para prestação continuada da oferta adicional de serviços.*

*Sistema Único de Saúde; Sistemas de Saúde; Investimentos em Saúde*

## Agradecimentos

Aos Professores Doutores Wilza Vieira Villela e Bernard François Couttolenc pela leitura e valiosas sugestões ao texto original.

## Referências

1. Andrade LOM. SUS passo a passo: normas, gestão e financiamento. São Paulo: Editora Hucitec/Sobral: Edições UVA; 2001.
2. Braga JCS, Silva PLB. A mercantilização admissível e as políticas públicas inadiáveis: estrutura e dinâmica do setor saúde no Brasil. In: Negri B, Giovanni G, organizadores. Brasil: radiografia da saúde. Campinas: Instituto de Economia/Núcleo de Estudos de Políticas Públicas, Universidade Estadual de Campinas; 2001. p. 21-45.
3. Brasil. Decreto nº. 94.657, de 20 de julho de 1987. Dispõe sobre a criação do programa de desenvolvimento do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde nos Estados (SUDS) e dá outras providências. Diário Oficial da União 1987; 21 jul.
4. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. Resolução INAMPS nº. 258, de 7 de janeiro de 1991. Aprova a Norma Operacional Básica/NOB-SUS nº. 01/91, sobre a nova política de financiamento do SUS para 1991. Diário Oficial da União 1991; 10 jan.
5. Brasil. Portaria GM/MS nº. 545, de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica, SUS 01/93. Diário Oficial da União 1993; 24 mai.
6. Brasil. Portaria GM/MS nº. 2.203, de 5 de novembro de 1996. Aprova a NOB-SUS 01/96. Diário Oficial da União 1991; 6 jul.
7. Brasil. Portaria GM/MS nº. 95 de 26 de janeiro de 2001. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/2001. Diário Oficial da União 2001; 29 set.
8. Brasil. Portaria GM/MS nº. 373 de 27 de fevereiro de 2002. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/2002. Diário Oficial da União 2002; 28 fev.
9. Barros E. As idas e vindas do financiamento da política de saúde. <http://www.inesc.org.br/conteudo/publicacoes/livros> (acessado em 01/Jun/2005).
10. Brasil. Lei nº. 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes a da outras providências. Diário Oficial da União 1990; 20 set.
11. Brasil. Lei nº. 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e da outras providências. Diário Oficial da União 1990; 31 dez.
12. Santos GF. Financiamento de investimentos na saúde pública do Brasil no período 1995/2002. <http://www.pecs.ufba.br/Artigo> (acessado em 13/Mai/2005).
13. Marinho A, Moreno AB, Cavalini LT. Avaliação descritiva da rede hospitalar do Sistema Único de Saúde (SUS). Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2001.
14. Brasil. Emenda Constitucional nº. 29/2000 de 13 de setembro de 2000. Dispõe sobre a vinculação de recursos da União, Estados e Municípios para a área de Saúde. Diário Oficial da União 2000; 14 set.
15. Brasil. Portaria GM/MS nº. 2.047 de 05 de novembro de 2002. Aprova as diretrizes operacionais para a aplicação da Emenda Constitucional nº. 29, de 2000. Diário Oficial da União 2002; 7 nov.
16. Mendes EV. Uma agenda para a saúde. São Paulo: Editora Hucitec; 1996.

---

Recebido em 18/Jul/2005

Versão final reapresentada em 20/Fev/2006

Aprovado em 11/Jan/2007