

# **Políticas Públicas e Financiamento Federal do Sistema Único de Saúde**



## **Governo Federal**

### **Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República**

**Ministro** Wellington Moreira Franco



Fundação pública vinculada à Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, o Ipea fornece suporte técnico e institucional às ações governamentais – possibilitando a formulação de inúmeras políticas públicas e programas de desenvolvimento brasileiro – e disponibiliza, para a sociedade, pesquisas e estudos realizados por seus técnicos.

#### **Presidente**

Marcio Pochmann

#### **Diretor de Desenvolvimento Institucional**

Geová Parente Farias

#### **Diretor de Estudos e Relações Econômicas e Políticas Internacionais, Substituto**

Marcos Antonio Macedo Cintra

#### **Diretor de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia**

Alexandre de Ávila Gomide

#### **Diretora de Estudos e Políticas Macroeconômicas**

Vanessa Petrelli Corrêa

#### **Diretor de Estudos e Políticas Regionais, Urbanas e Ambientais**

Francisco de Assis Costa

#### **Diretor de Estudos e Políticas Setoriais de Inovação, Regulação e Infraestrutura, Substituto**

Carlos Eduardo Fernandez da Silveira

#### **Diretor de Estudos e Políticas Sociais**

Jorge Abrahão de Castro

#### **Chefe de Gabinete**

Fabio de Sá e Silva

#### **Assessor-chefe de Imprensa e Comunicação**

Daniel Castro

Ouvidoria: <http://www.ipea.gov.br/ouvidoria>

URL: <http://www.ipea.gov.br>

# Políticas Públicas e Financiamento Federal do Sistema Único de Saúde

## **Organizadores**

Clarice Melamed

Sérgio Francisco Piola

**ipea**

Brasília, 2011

---

Políticas públicas e financiamento federal do Sistema Único de Saúde / organizadores: Clarice Melamed, Sérgio Francisco Piola.- Brasília: Ipea, 2011.  
356 p. : gráfs., tabs.

Inclui bibliografia.  
ISBN 978-85-7811-118-2

1. Políticas Públicas. 2. Financiamento da Saúde.  
3. Sistema Único de Saúde. 4. Brasil. I. Melamed, Clarice. II. Piola, Sérgio Francisco. III. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.

CDD 362.1068

---

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e inteira responsabilidade dos autores, não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ou da Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República.

É permitida a reprodução deste texto e dos dados nele contidos, desde que citada a fonte. Reproduções para fins comerciais são proibidas.

## **POLÍTICAS DE INVESTIMENTO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL (1997-2004): UMA ANÁLISE DO PROJETO REFORSUS E SEUS EFEITOS NO COMPLEXO PRODUTIVO DA SAÚDE**

Edmundo Gallo\*  
Luiz Felipe Pinto\*\*  
Janice Dornelles de Castro\*\*\*  
Alcindo Antonio Ferla\*\*\*\*

### **1 INTRODUÇÃO**

O projeto Reforço à Reorganização do SUS (REFORSUS) foi financiado pelo Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD) e pelo Banco Internacional de Desenvolvimento (BID) com um montante aproximado de US\$ 650 milhões, alocados a partir de 2006. Esse projeto propunha: (i) promover a qualidade da assistência, dos insumos e da gestão da rede de serviços de saúde, reduzindo custos e utilizando de forma mais eficaz os recursos públicos; (ii) aumentar o grau de responsabilidade técnica e gerencial dos órgãos gestores e prestadores de serviço; (iii) promover a equidade, apoiando programas que atuassem nos principais pontos de estrangulamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e contribuíssem para a superação dos maiores problemas de saúde da população. Suas ações eram agrupadas em dois componentes, cuja implementação pressupunha um enfoque integrado, buscando oferta de serviço quantitativa e qualitativamente adequada às necessidades de saúde da população. Os componentes a partir dos quais o projeto foi planejado são: Componente I – Apoio à melhoria da capacidade e da eficiência do SUS; Componente II – Promoção de inovações na administração do setor saúde (BRASIL, 2004).

Segundo Santos (2003), o projeto REFORSUS investiu principalmente em média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, e aproximadamente 70% dos seus recursos foram destinados à aquisição de equipamentos, com investimentos realizados principalmente de forma descentralizada.

---

\* Fundação Oswaldo Cruz, RJ, Brasil. edmundo.gallo@uol.com.br

\*\* Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Escola de Enfermagem felipesmsdcriodejaneiro@gmail.com

\*\*\* Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Faculdade de Ciências Econômicas, Porto Alegre/RS. janice.dornelles.castro@gmail.com

\*\*\*\* Universidade de Caxias do Sul (UCS). alcindoferla@gmail.com

A aprovação das propostas financiadas pelo REFORSUS ocorreu em uma época de hegemonia do movimento municipalista na saúde, expressa na Norma Operacional Básica SUS 01/93 (NOB-SUS 01/93) (BRASIL, 1993) e na Norma Operacional Básica SUS 01/96 (NOB-SUS/96) (BRASIL, 1997). Com a Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS SUS 01/01 (BRASIL, 2001), foram formatados instrumentos para apoiar o processo de regionalização que buscavam ampliar a capacidade de gestão do SUS nas diversas esferas de governo, permitindo maior regulação no âmbito estadual e inter-relação entre os municípios. Nessa perspectiva, esperava-se que técnicos e gerentes locais do REFORSUS nas unidades da federação enfatizassem que a alocação dos recursos dos projetos de investimentos levasse em consideração o Plano Diretor de Regionalização (PDR) e o Plano Diretor de Investimento (PDI) de cada Estado, conforme sugeria a NOAS.

Análises posteriores apontam, de forma preliminar, para a inexistência de vínculo planejado entre os investimentos realizados pelo REFORSUS e uma perspectiva de desenvolvimento do Complexo Produtivo da Saúde (CPS), assim como para a baixa eficácia na promoção da equidade inter-regional e a baixa eficiência na alocação de recursos.

Além de compartilhar evidências com essas conclusões mais gerais, a análise e a avaliação de experiências locais da gestão dos investimentos do Projeto REFORSUS, como no Estado do Rio Grande do Sul (FERLA *et al.*, 2001), mostrou déficits na cultura de gestão de projetos de investimento no SUS capazes de explicar, ao menos em parte, a dissociação apontada. Os recursos alocados inicialmente mostraram um padrão de pulverização, com atendimento de demandas pontuais e sem a subordinação às políticas de regionalização e organização microrregional da rede assistencial. A regulação pública dos projetos de investimento colocou em questão a dicotomia entre dispersão de recursos em muitos municípios e agregação de recursos em projetos estruturantes embasados na política de regionalização. Ou seja, o ordenamento na utilização dos recursos financeiros do Projeto REFORSUS teve variações durante o período de sua execução e as condições iniciais estabelecidas não foram suficientes para uma regulação com base na lógica desenhada no projeto nacional. Dessa forma, mais do que evidenciar dissociação entre as lógicas sanitária e do desenvolvimento econômico (GADELHA, 2006), a análise de experiências locais mostrou fragilidade na própria capacidade de planejamento e gestão de investimentos na saúde.

Esses estudos e experiências demonstram a necessidade de uma avaliação mais geral dos recursos investidos pelo REFORSUS. Este artigo tem por objetivo descrever e analisar o Componente I do Projeto REFORSUS no período de 1997 a 2004, observando os efeitos da aplicação dos recursos de capital no país e as suas consequências na readequação física e tecnológica da rede assistencial.

## 2 CONSIDERAÇÕES HISTÓRICO-CONCEITUAIS: A CONSTRUÇÃO DE REFERENCIAIS PARA A ANÁLISE ENTRE A SAÚDE E O DESENVOLVIMENTO

A formação social brasileira caracterizou-se por incluir entre as funções do Estado a de criar e sustentar setores dinâmicos de acumulação capitalista, entre elas a saúde, por meio de investimentos públicos (GALLO *et al.*, 2005).

A crise da década de 80 modificou o funcionamento da economia, com o Estado perdendo parte de sua capacidade de financiar e liderar o processo econômico, reduzindo-se os investimentos públicos. Por sua vez, o processo de abertura comercial do final dos anos 80 e nos anos 90 ampliou os investimentos privados, com marcada internacionalização do capital investido. Isso resultou em uma estrutura econômica com duas características principais: (i) grande dependência de determinados setores em relação ao financiamento do Estado e (ii) constituição de nova estrutura produtiva privada mais internacionalizada (BIASOTTO; AFONSO, 2007).

A compreensão com maior profundidade dessa situação divide os autores que tematizam o assunto. Segundo alguns, deles, o “tratamento ideológico” da questão levaria à conclusão de que para manter o equilíbrio fiscal seria necessária uma redução da participação do Estado na economia, devendo sua atuação focar nos setores considerados essenciais. Assim, não existiriam recursos para investimentos em diversas áreas, especialmente as de infraestrutura de base (BIASOTTO; AFONSO, 2007). Estes e outros autores propõem uma releitura das condições da economia brasileira de forma a avaliar o papel do investimento público para o crescimento econômico, considerando que aquele não pode ser tratado apenas como “gasto”, em função das suas peculiaridades, entre elas: a complementaridade com outros investimentos, a necessidade dos empresários – que desejam ter retorno sobre o capital investido – de obter segurança em termos da política econômica, e a importância do Estado brasileiro na produção e na oferta de bens e serviços, bem como na regulação de preços (BIASOTTO; AFONSO, 2007; GALLO; COELHO, 2005; GADELHA, 2003).

Entretanto, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) afirmava, já em 1959 (HORWITZ, 1959), que era conhecida a conexão entre a doença e a pobreza, propondo a inversão dessa relação e, assim, abrindo caminho para o estabelecimento de uma vinculação positiva entre saúde e desenvolvimento. Naquela época já estava evidente a existência de diversos fatores inter-relacionados que condicionavam a qualidade de vida de uma sociedade ou o seu bem-estar: alimentação, educação, moradia e saúde. Por isso, estava clara a importância do estabelecimento de uma política de desenvolvimento que considerasse essas necessidades e também a quantidade e a qualidade dos recursos disponíveis para promover o desenvolvimento.

Mais recentemente, a Organização Mundial da Saúde (OMS), por meio de sua Comissão sobre Macroeconomia e Saúde, reiterou a importância de se “estudar as relações entre saúde e pobreza e demonstrar que investimentos em saúde podem acelerar o crescimento econômico” (OMS, 2003).

Vários autores (GALLO *et al.*, 2005; BIELSCHOWKKY, 2000; SOUZA, 2005; SEN, 2000; HUNT, 1981) afirmam que a concepção de desenvolvimento econômico não se mantém igual ao longo dos anos e diferentes correntes econômicas adotam diferentes conceitos. Segundo tais autores, para Adam Smith ele é alcançado pela livre competição no mercado; Marx entende serem os ciclos e as crises do capitalismo inevitáveis caminhos para o desenvolvimento; Keynes enfatiza o investimento e o papel do Estado; os cepalinos identificam a relação desigual entre países centrais e periféricos, sendo a industrialização a saída; Schumpeter define crescimento como processo de adaptação e desenvolvimento como produto da inovação. Sen (2000), por sua vez, traz a ideia de desenvolvimento como liberdade, ou garantia de direitos e não apenas aumento de PIB ou renda.

A abordagem aqui escolhida defende uma concepção de desenvolvimento que adota a complementaridade de dois aspectos:

- a) o incremento positivo na situação de saúde amplia as possibilidades de crescimento econômico, na medida em que reduz morbidade e mortalidade, tornando a força de trabalho mais produtiva, com possibilidade de reverter recursos adicionais passíveis de ser aplicados em melhorias das condições de vida e infraestrutura social. Conforme o relatório da OMS,

[...] para oito milhões de mortes evitadas todos os anos, seriam poupados 330 milhões de DALY's (Disability Adjusted Life Years) – cuja unidade corresponde a um ano de vida saudável perdido – acelerando assim o crescimento econômico e quebrando o ciclo da pobreza (OMS, 2003).

- b) o investimento no Complexo Produtivo da Saúde (CPS) estimula um mercado inovador e com alto potencial de crescimento e lucratividade, gerando emprego, renda, arrecadação e desenvolvimento local, com impactos na melhoria das condições de vida e saúde (GADELHA, 2003, 2006; GALLO *et al.*, 2005).

Essa abordagem parece ter sido adotada, em 2004, pelo Ministério da Saúde, que buscou inflexão nas políticas de investimento, com o objetivo de requalificar o sentido das políticas públicas para afirmar sua capacidade de realizar mudanças sociais. Para tanto buscou a equidade em suas ações, sem perder de vista a eficiência na alocação de recursos e sua importância na reestruturação das redes de atenção e no financiamento do Complexo Produtivo da Saúde (CPS) para o desenvolvimento regional e nacional (BRASIL, 2004).



A incorporação do conceito do Complexo Produtivo da Saúde (CPS) no contexto das políticas governamentais para a saúde compartilha o desafio teórico e político de articular as lógicas sanitária e do desenvolvimento econômico, buscando englobar o conjunto das atividades produtivas e as relações de interdependência que mantêm entre si (GADELHA, 2003, 2006).

### 3 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

Em virtude dos objetivos propostos, o estudo adotou como estratégia metodológica a abordagem quantitativa, a partir da análise de dados secundários do universo de subprojetos, e a revisão da literatura sobre investimentos em saúde, complexo produtivo em saúde e incorporação tecnológica. Este é um estudo transversal que considera os dados agregados do período de 1997 a 2004 para um total de 1.171 subprojetos aprovados, tendo como fonte secundária principal a base de dados gerada pelo Projeto REFORSUS e a base de dados considerada no estudo realizado por Bustani *et al.* (2004). Nesse período, o projeto construiu um total de 130 tabelas que formavam um Sistema de Informações. Foram elaboradas tabulações especiais desse sistema, oriundas de sete tabelas principais que, após devidamente criticadas e em alguns casos redigitadas, formaram novo banco de dados, com variáveis específicas tais como: unidades da federação / regiões geográficas, porte populacional dos municípios, microrregiões de saúde da NOAS existentes até 2004, natureza jurídica da instituição que recebeu os recursos, área de investimento dos projetos executados, número de leitos criados de UTI e geral, número de equipamentos, valores dos termos aditivos e tempo médio de execução das obras. O aplicativo estatístico utilizado neste trabalho foi o SAS System para integração das sete tabelas e *linkage* dessas tabelas. Mesmo fazendo parte do complexo produtivo da saúde, o estudo não considerou no universo de análise os 59 subprojetos relacionados a investimentos no Programa de Saúde da Família (por exemplo, Cursos de Especialização) financiados pelo Componente I, em um montante de R\$ 39,3 milhões em valores da época, pela inconsistência de seus dados.

### 4 RESULTADOS

Com a exclusão dos 59 subprojetos de investimentos associados ao Programa de Saúde da Família do universo de análise, foram avaliados 1.112 subprojetos. Do total de recursos, 63,9% foram destinados a aquisição de equipamentos médico-hospitalares, 30,4% a obras e 5,7% a modernização gerencial. A Região Sudeste recebeu 37,9% dos recursos, seguida pela Região Nordeste (27,9%), pela Sul (12,3%), pela Norte (12,2%) e pela Centro-Oeste (9,6%). Quanto à natureza jurídica da unidade de saúde, os estabelecimentos estaduais receberam 47,3% dos recursos, os municipais (27,8%), os filantrópicos (18,7%) e os federais (6,2%).

Conforme se verifica na Tabela 1, que contém dados relativos à alocação realizada segundo porte populacional e localização geográfica (capital  $x$  demais municípios), excetuando-se a Região Nordeste, todas as demais apresentaram comportamento com maior número de subprojetos em municípios de menos de 50 mil habitantes, apresentando maior valor de recursos totais, quando comparados às cidades de mais de 200 mil habitantes. Os valores medianos também apresentam associação positiva com o porte populacional, isto é, quanto maior o porte populacional do município, maior esse valor. Do total de 785 municípios brasileiros que receberam investimentos do REFORSUS, mais de R\$ 600 milhões foram executados nas cidades de mais de 200 mil habitantes, que tiveram 331 subprojetos.

**TABELA 1**  
**Distribuição dos investimentos totais realizados pelo REFORSUS nas Áreas Programáticas I, III e IV, segundo porte populacional, número de subprojetos por município e grandes regiões – Brasil, março de 2004**

Regiões	Porte populacional	Número de municípios que receberam investimentos	Número de subprojetos	Valor total dos investimentos (Em R\$ 1,00)	Valor mediano dos investimentos (Em R\$ 1,00)
Norte	Até 50.000 hab.	58	68	<b>28.826.481,26</b>	341.761,31
	De 50.001 a 100.000 hab.	9	16	<b>26.475.563,37</b>	685.145,09
	De 100.001 a 200.000 hab.	5	6	<b>7.401.386,12</b>	640.885,00
	Mais de 200.000 hab.	7	39	<b>75.572.742,24</b>	780.860,87
	Subtotal	79	129	<b>138.276.172,99</b>	494.681,00
Nordeste	Até 50.000 hab.	132	136	<b>44.400.343,19</b>	211.175,03
	De 50.001 a 100.000 hab.	40	46	<b>19.105.612,09</b>	308.765,00
	De 100.001 a 200.000 hab.	13	19	<b>25.318.975,30</b>	316.373,11
	Mais de 200.000 hab.	20	136	<b>225.361.222,76</b>	860.597,40
	Subtotal	205	337	<b>314.186.153,34</b>	374.976,21
Sudeste	Até 50.000 hab.	188	195	<b>64.228.977,50</b>	140.097,30
	De 50.001 a 100.000 hab.	35	46	<b>46.274.392,43</b>	456.452,13
	De 100.001 a 200.000 hab.	31	37	<b>79.090.625,90</b>	954.147,06
	Mais de 200.000 hab.	32	83	<b>237.082.185,29</b>	1.611.431,89
	Subtotal	286	361	<b>426.676.181,12</b>	311.387,00

(Continua)

(Continuação)

Regiões	Porte populacional	Número de municípios que receberam investimentos	Número de subprojetos	Valor total dos investimentos (Em R\$ 1,00)	Valor mediano dos investimentos (Em R\$ 1,00)
Sul	Até 50.000 hab.	83	88	<b>18.983.903,03</b>	109.878,50
	De 50.001 a 100.000 hab.	26	31	<b>15.631.869,78</b>	278.244,00
	De 100.001 a 200.000 hab.	16	19	<b>26.057.637,33</b>	553.664,00
	Mais de 200.000 hab.	15	44	<b>77.831.294,04</b>	1.293.496,55
	Subtotal	140	182	<b>138.504.704,18</b>	244.833,37
Centro-Oeste	Até 50.000 hab.	55	60	<b>31.045.997,84</b>	435.670,09
	De 50.001 a 100.000 hab.	10	8	<b>13.511.876,06</b>	816.990,45
	De 100.001 a 200.000 hab.	4	6	<b>9.820.399,06</b>	311.387,94
	Mais de 200.000 hab.	6	29	<b>53.222.942,67</b>	883.252,56
	Subtotal	75	103	<b>107.601.215,63</b>	441.618,39
Brasil	<b>Até 50.000 hab.</b>	<b>516</b>	<b>547</b>	<b>187.485.702,82</b>	<b>200.000,00</b>
	<b>De 50.001 a 100.000 hab.</b>	<b>120</b>	<b>147</b>	<b>120.999.313,73</b>	<b>353.415,00</b>
	<b>De 100.001 a 200.000 hab.</b>	<b>69</b>	<b>87</b>	<b>147.689.023,71</b>	<b>664.368,00</b>
	<b>Mais de 200.000 hab.</b>	<b>80</b>	<b>331</b>	<b>669.070.387,00</b>	<b>1.176.956,40</b>
	<b>Subtotal</b>	<b>785</b>	<b>1.112</b>	<b>1.125.244.427,26</b>	<b>358.458,45</b>

Fonte: Banco de Dados do Sistema de Informações do REFORSUS.

A grande maioria dos municípios que receberam investimentos do REFORSUS era formada por cidades-sede de módulos assistenciais previstos no acordo da regionalização preconizada pela NOAS.

Entre os valores originalmente aprovados (R\$ 620.731.676,75) e os valores desembolsados (R\$ 1.125.244.427,26), observa-se grande volume de recursos de aditivos, que em alguns casos chegou a mais de três vezes do valor inicial dos investimentos. Previstos para o Brasil como um todo, o aumento de valores devido a termos aditivos foi da ordem de 44,8% do total de investimentos desembolsados, com pequenas oscilações entre as Regiões Norte (46,1%), Nordeste (43,3%), Sudeste (45,2%), Sul (42,7%) e Centro-Oeste (48,8%).

Em valores *per capita*, o Manual do REFORSUS (REFORSUS, 1997) previa originalmente números muito diferentes daqueles realizados, quer seja pelo inicialmente aprovado, quer pelo efetivamente desembolsado (Tabela 2). O índice de correlação de 0,18 ( $p$ -valor < 0,01) entre os valores per capita previstos pelos critérios definidos no

referido manual (REFORSUS, 1997) e os valores *per capita* desembolsados demonstra não se observar nenhuma relação entre essas duas variáveis. Ao contrário, parece ter havido no final do processo, uma tendência aleatória entre a alocação prevista por unidade da federação, segundo o Manual do REFORSUS (REFORSUS, 1997) e aquela efetivamente realizada (Gráfico 1) Os valores per capita iniciais previam alocação mais igualitária do que aqueles realizados no final da execução dos subprojetos. A alta do dólar ocorrida em 2000, o tempo decorrido entre a contratação e a execução dos projetos, as deficiências na conclusão dos projetos e a realocação de valores e projetos iniciais foram fatores que afetaram os valores *per capita* previstos inicialmente.

TABELA 2

**Distribuição dos valores *per capita* aprovados, desembolsados e previstos no Manual do REFORSUS para a Área Programática I do Componente I,<sup>1</sup> segundo as unidades da federação – Brasil, março de 2004**  
(Em R\$ 1,00 corrente)

Regiões	Unidades da Federação	Número de subprojetos	Valor total aprovado	Valor total aprovado <i>per capita</i>	Valor total desembolsado <sup>2</sup>	Valor total desembolsado <i>per capita</i>	Valores <i>per capita</i> Manual REFORSUS
Norte	AC	5	2.414.154,97	4,33	2.994.994,39	5,37	3,58
	AM	23	8.549.180,00	3,04	10.758.350,16	3,83	3,28
	AP	2	1.194.185,00	2,50	1.194.185,00	2,50	3,71
	PA	30	24.762.881,45	4,00	58.484.357,97	9,44	3,61
	RO	36	10.390.202,53	7,92	16.645.105,05	12,06	3,32
	RR	1	1.083.640,00	3,34	1.242.747,09	3,83	3,35
	TO	4	4.323.885,22	3,74	14.241.180,52	12,31	2,98
	Subtotal	101	53.258.129,17	4,13	105.560.920,18	8,18	3,41
Nordeste	AL	21	8.992.927,80	3,19	18.468.865,26	6,54	2,94
	BA	66	48.813.972,04	3,73	74.246.472,03	5,68	3,21
	CE	48	24.179.440,68	3,25	39.931.483,32	5,37	2,49
	MA	32	15.314.209,35	2,71	25.348.442,89	4,49	2,72
	PB	9	14.225.228,82	4,13	28.205.794,46	8,19	2,48
	PE	61	23.775.324,94	3,00	59.510.589,89	7,52	2,52
	PI	36	6.731.645,19	2,37	10.917.593,41	3,84	2,49
	RN	10	8.888.659,49	3,20	15.946.045,11	5,74	2,92
	SE	16	5.125.287,00	2,87	8.071.165,89	4,52	3,15
	Subtotal	299	156.046.695,31	3,27	280.646.452,26	5,88	2,76
Sudeste	ES	12	11.121.758,75	3,59	17.513.164,59	5,65	2,98
	MG	222	51.758.155,23	2,89	106.134.888,79	5,93	2,24
	RJ	39	43.460.665,72	3,02	65.454.537,65	4,55	1,98
	SP	53	88.410.826,93	2,39	180.594.583,77	4,88	1,73
	Subtotal	326	194.751.406,63	2,69	369.696.994,80	5,11	2,23

(Continua)

(Continuação)

Regiões	Unidades da Federação	Número de subprojetos	Valor total aprovado	Valor total aprovado per capita	Valor total desembolsado <sup>2</sup>	Valor total desembolsado per capita	Valores per capita Manual REFORSUS
Sul	PR	61	21.466.039,69	2,24	40.554.988,00	4,24	1,64
	RS	36	25.957.956,36	2,55	38.182.691,25	3,75	2,07
	SC	75	17.538.603,12	3,27	31.877.077,20	5,95	2,51
	Subtotal	172	64.962.599,17	2,59	110.614.756,45	4,41	2,07
Centro-Oeste	DF	2	6.135.626,32	2,99	6.135.626,32	2,99	1,95
	GO	34	18.989.874,00	3,80	35.766.627,96	7,15	0,23
	MS	21	4.760.100,95	2,29	11.090.883,36	5,34	2,64
	MT	30	15.813.869,48	6,31	41.618.953,02	16,62	2,73
	Subtotal	87	45.699.470,75	3,93	94.612.090,66	8,13	1,88
<b>Brasil</b>		<b>985</b>	<b>514.718.301,03</b>	<b>3,03</b>	<b>961.131.214,35</b>	<b>5,66</b>	<b>2,47</b>

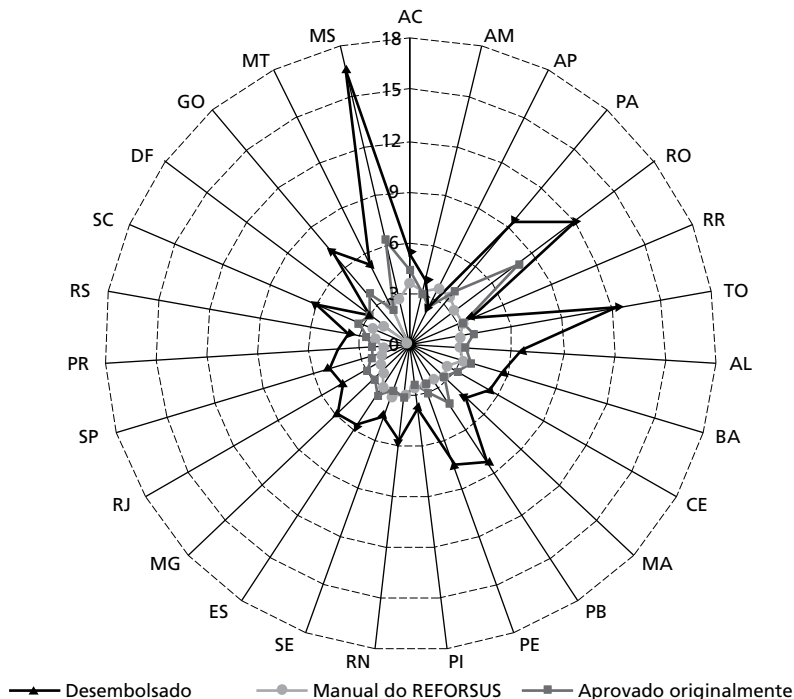
Fonte: Banco de Dados do Sistema de Informações do REFORSUS.

Notas: <sup>1</sup> Exceto a área programática II.

<sup>2</sup> Inclui os valores dos aditivos.

**GRÁFICO 1**

**Valores per capita preconizados pelo REFORSUS, valores aprovados originalmente e valores desembolsados na Área Programática I do Componente II, segundo as unidades da federação – Brasil, março de 2004**



Fonte: Banco de Dados do Sistema de Informações do REFORSUS.

Nota: <sup>1</sup> Exceto a área programática II.

## **5 EFEITOS DOS INVESTIMENTOS DO REFORSUS NA CAPACIDADE INSTALADA DE SERVIÇOS**

Com base nos dados disponíveis no Sistema de Informações do REFORSUS e nas bases de dados de atenção à saúde disponíveis no endereço eletrônico do Ministério da Saúde, é possível estimar efeitos no complexo da saúde, em relação à capacidade instalada hospitalar (incremento potencial de leitos e internações) ou de exames complementares.

A análise considera o potencial de ampliação da capacidade instalada, uma vez que não há registros fidedignos sobre a efetiva utilização dos equipamentos ou mesmo sobre a substituição de equipamentos e leitos obsoletos. Entretanto, para a análise que se pretende neste artigo, a estimativa de potenciais de ampliação da oferta de ações e serviços parece um bom marcador do efeito no sistema de saúde e no complexo produtivo a ele associado.

### **5.1 O potencial acréscimo de leitos e internações**

Em 2004, segundo dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS), o tempo médio de permanência em leitos de UTI era de cerca de 10,4 dias quando a especialidade relacionada ao procedimento realizado na internação era a clínica cirúrgica, 8,7 dias quando estava associado a clínica médica e 13,5 dias no caso da pediatria.

Sendo assim, se considerarmos esses valores como projeção do potencial de internações que os novos leitos de UTI construídos pelo REFORSUS poderiam gerar, serão encontrados os seguintes resultados: foram criados 594 leitos de UTI adulto; considerando-se como tempo médio de permanência nesses leitos o valor de 9 dias, em um ano eles representam um potencial de 23.760 novas internações/ano.

Utilizando-se o mesmo raciocínio, obtém-se potencial de 10.507 internações/ano para os leitos de UTI Neonatal, 5.280 internações/ano para os leitos de UTI Pediátrica e 456.519 internações/ano para os leitos convencionais. Portanto, o total de internações/ano, potencialmente favorecidos pelo acréscimo dos 9.099 leitos construídos pelo REFORSUS, é de cerca de 500 mil, ou seja, 4% do total de internações realizadas pelo SUS em um ano. Há de se considerar que essas internações foram classificadas como potenciais, já que não havia garantia de ser alcançada por não estar condicionada à existência de recursos de custeio para sua manutenção.

Para análise mais aprofundada da relação entre a ampliação da oferta e o efeito em termos de assistência é necessário estudo mais detalhado sobre a utilização efetiva desses leitos em cada realidade local, entre outros aspectos necessários ao funcionamento pleno dos serviços. Entretanto, o padrão de utilização de leitos em geral pelo Sistema Único de Saúde gera evidências de que, pelo menos em parte, esses leitos foram absorvidos pelo próprio SUS.

TABELA 3

**Acréscimo da oferta de leitos de UTI e leitos convencionais, segundo grandes regiões – Brasil, março de 2004**

Regiões	Acréscimo do Número de Leitos de UTI Adulto	Acréscimo do Número de Leitos de UTI Neonatal	Acréscimo do Número de Leitos de UTI Pediátrica	Acréscimo do Número de Leitos de UTI Internação	Acréscimo do Número de Leitos de UTI Total
Norte	46	28	9	752	<b>835</b>
Nordeste	184	77	43	2.844	<b>3.148</b>
Sudeste	223	181	56	2.594	<b>3.054</b>
Sul	77	87	57	671	<b>892</b>
Centro-Oeste	64	21	33	1.052	<b>1.170</b>
<b>Brasil</b>	<b>594</b>	<b>394</b>	<b>198</b>	<b>7.913</b>	<b>9.099</b>

Fonte: Banco de Dados do Sistema de Informações do REFORSUS.

## 5.2 Potencial de Realização de Exames

De acordo com o Sistema de Informações do REFORSUS, os equipamentos com maior frequência de aquisição foram os eletrocardiógrafos (415), seguidos pelos aparelhos: Raio X (372), aparelhos de ultrassom (242), hemodiálise (165), ultrassom com doppler colorido (111), vídeo-endoscópio (85), mamógrafos (42), tomógrafos (38), aceleradores lineares (10), Raio X para angiografia (9), gama câmera (8), litotripsia (7), ressonância magnética (6) e bombas de cobalto (2), totalizando 1.558 equipamentos (Tabelas 4 e 5).

Para estimar a capacidade física instalada dos equipamentos utilizados para exames e terapias, deve ser considerado seu horário de funcionamento diário, número de dias / mês disponíveis para uso. Alguns desses equipamentos possuem parâmetros de cobertura preconizados pelo Ministério da Saúde na Portaria MS, nº 1.101, de 13 de junho de 2002.

TABELA 4  
**Componente I: distribuição do acréscimo de equipamentos segundo grandes regiões – Brasil, março de 2004**

Regiões	Acréscimo de Mamógrafos	Acréscimo de Aceleradores Lineares	Acréscimo de Aparelhos de Gama Câmera	Acréscimo de Aparelhos de Raio X	Acréscimo de Aparelhos de Ressonância Magnética	Acréscimo de Aparelhos de Ultrassom	Acréscimo de Aparelhos de Ultrassom com Doppler Colorido	Acréscimo de Arcos Cirúrgicos
Norte	4	1	1	30	1	17	9	4
Nordeste	9	2	4	106	1	80	34	6
Sudeste	21	3	3	138	3	87	45	19
Sul	3	3	0	42	0	30	18	9
Centro-Oeste	5	1	0	56	1	28	5	8
<b>Brasil</b>	<b>42</b>	<b>10</b>	<b>8</b>	<b>372</b>	<b>6</b>	<b>242</b>	<b>111</b>	<b>46</b>

TABELA 5  
**Componente I: distribuição do acréscimo de equipamentos segundo grandes regiões – Brasil, março de 2004**

Regiões	Acréscimo de Bombas de Cobalto	Acréscimo de Eletrocardiógrafos	Acréscimo de Equipamentos de Raio X de Angiografia	Acréscimo de Equipamentos de Litotripsia	Acréscimo de Máquinas de Hemodiálise	Acréscimo de Tomógrafos	Acréscimo de Vídeo-endoscópios	<b>Acréscimo Total de Equipamentos</b>
Norte	0	25	0	1	14	2	13	<b>122</b>
Nordeste	0	159	3	1	48	14	30	<b>497</b>
Sudeste	1	149	6	2	76	17	37	<b>607</b>
Sul	1	44	0	3	3	2	3	<b>161</b>
Centro-Oeste	0	38	0	0	24	3	2	<b>171</b>
<b>Brasil</b>	<b>2</b>	<b>415</b>	<b>9</b>	<b>7</b>	<b>165</b>	<b>38</b>	<b>85</b>	<b>1.558</b>

Fonte: Sistema de Informações do REFORSUS, Ministério da Saúde, março de 2004.

Como se afirmou anteriormente, o sistema de monitoramento do projeto não previa o registro de variáveis como o aumento associado de pessoal qualificado e de recursos financeiros de custeio, por exemplo, que permitiriam inferir com mais precisão sobre o incremento efetivo da oferta de ações e serviços de saúde. Além disso, os sistemas de informação de produção de serviços ambulatoriais e hospitalares normalmente restringem-se ao registro de informações até o limite dos tetos financeiros dos prestadores, o que dificulta a análise global de aumento na produção de ações de saúde associadas ao incremento da capacidade instalada, conforme se identificou nos dados do projeto REFORSUS.



## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise realizada permite identificar diversas fragilidades nas informações disponíveis para uma avaliação em maior profundidade dos resultados do Projeto de Investimentos, mas evidencia efeito no aumento da capacidade dos serviços (Tabelas 3 a 5). Não é possível informar sobre a efetiva utilização dos investimentos no componente público do sistema de saúde brasileiro, o que torna necessário o registro da necessidade de estudos de caso para algumas unidades da federação, com objetivo de aprofundar algumas questões problemáticas como, por exemplo, a pulverização de recursos em determinadas unidades da federação e a concentração em outras e, mesmo, o efetivo incremento de ações de saúde associado à ampliação da capacidade instalada.

Alguns dados de avaliação não foram registrados pelo Sistema de Informações do REFORSUS, como a substituição de equipamentos ou a reforma de instalações físicas já existentes que não geraram aumento da capacidade física e tecnológica instaladas. Tais situações sugerem maior disponibilidade para a sustentabilidade dos investimentos, uma vez que aumenta a capacidade de operacionalização e de custeio desses investimentos. Essa parece ser uma questão importante para o desenho de sistemas de acompanhamento de projetos de investimento. No caso de um sistema com a complexidade do Sistema Único de Saúde, a qualificação da capacidade de gestão e acordos mais efetivos dos gestores das três esferas de governo em torno de marcos estratégicos para o planejamento de expansão dos serviços parece fundamental. A incorporação do conceito do Complexo Produtivo da Saúde (CPS) no marco operacional do planejamento nas três esferas de governo poderia ampliar a efetividade dos investimentos realizados.

Poderiam ser levantados com análise minuciosa e criteriosa dos microdados do SIA e SIH-SUS, a partir de 2004, época em que a maior parte dos subprojetos da Área Programática I foram concluídos. Para a análise de impacto trazida pelo REFORSUS em relação à capacidade institucional local, seria importante avaliar a situação dos municípios que receberam investimentos *antes x depois* do REFORSUS, ou seja, a habilitação dessas unidades na NOB-96 e na NOAS. Há algumas evidências que sugerem que tais investimentos potencializaram o aumento dessa capacidade, como o fato de alguns municípios que antes se encontravam em gestão da atenção básica terem se transformado em municípios-sede das microrregiões de saúde na NOAS.

Uma análise dos aditivos de tempo (e não apenas de valor, como o que foi aqui apresentado) poderia ser realizada, especialmente para a categoria 'obras'. O custo médio/mediano do metro quadrado segundo área de atuação do investimento realizado poderia ser incorporado à análise dos dados, desde que essa informação fosse devidamente criticada a partir do Sistema de Informações do REFORSUS.

## REFERÊNCIAS

- BIASOTTO Jr., G.; AFONSO Jr. Investimento Público no Brasil: propostas para desatar o nó. **Novos Estudos CEBRAP**, n. 77, p. 7-26, março 2007.
- BIELSCHOWKKY, R. (Org). **Cinqüenta Anos de Pensamento na CEPAL**. Rio de Janeiro/São Paulo: Record/Cofecon/Cepal, 2000.
- BUSTANI, C. *et al.* Estudos dos investimentos em infra-estrutura do Projeto Reforsus: Avaliação dos modelos de execução, resultados e perspectivas para uma nova Política de Investimentos. Eixo 6 - Subprojeto Avaliação de Práticas, Resultados e Perspectivas para uma Política de Investimento, Readequação Física e Tecnológica da Rede Assistencial. **Relatório Final**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB-SUS 01/93). **Portaria MS n° 545, de 20 de maio de 1993**. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/saude>>. Acesso em: 18 jun. 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/01). **Portaria n° 95 de 26 de janeiro de 2001**. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/saude>>. Acesso em: 18 jun. 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto de Investimento para a Qualificação do Sistema Único de Saúde** – Projeto Qualisus. Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria Executiva/Diretoria de Investimentos Estratégicos, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Reforço à Reorganização do SUS (REFORSUS). **Manual de Operação**. Componente I. Brasília: Ministério da Saúde/REFORSUS, 1997.
- FERLA, A. A. *et al.* Financiamento e regionalização da saúde: a experiência gaúcha. **Divulgação em Saúde para Debate**, n. 24, p. 52-71, 2001.
- GADELHA, C. A. G. Desenvolvimento, complexo industrial da saúde e política industrial. **Rev. Saúde Pública**, 40, n. esp, 2006.
- GADELHA, C. A. G. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 521-35, 2003.
- GALLO E *et al.* Saúde, desenvolvimento e globalização. **Saúde em Debate**, v. 29, n. 71, p. 314-325, 2005.
- GALLO, E; COELHO, I. Regulação Econômica e Financiamento do Complexo Produtivo da Saúde no Brasil – O papel do Ministério da Saúde. *In*: BUSS, P;

TEMPORÃO, J. G. **Vacinas, Soros e Imunização no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005.

HORWITZ, A. Relaciones entre salud y desarrollo económico. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**, v. 38, n. 2, p. 93-100, Washington, 1959.

HUNT, E. K. **História do Pensamento Econômico**. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1981.

MARTINS, L. **Estado Capitalista e Burocracia no Brasil pós-64**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985.

OFFE, C. **Problemas Estruturais do Estado Capitalista**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Investir na Saúde**: resumo das conclusões da comissão sobre macroeconomia e saúde, 2003, p. 14.

SANTOS, G. F. Economia e gestão da política de saúde no período de 1995-2002. **Anais da I Jornada de Economia da Saúde – Associação Brasileira de Economia de Saúde**, São Leopoldo, 2003.

SEN, A. **Desenvolvimento como liberdade**. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

SOUZA, N. J. **Desenvolvimento Econômico**. São Paulo: Editora Atlas, 2005.