

**REFORMA SANITÁRIA E REORGANIZAÇÃO
DO SISTEMA DE SERVIÇOS DE SAÚDE:
EFEITOS SOBRE A COBERTURA E A UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS**

Tese apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Aluna: Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato

**Orientadora: Professora Sonia Fleury
Co-orientador: Professor José Mendes Ribeiro**

Rio de Janeiro, maio de 2000

Para Vicente, Gabi e Dé.

Pelo amor de tantos, todos e cada dia.

AGRADECIMENTOS

Minha querida irmã Lenise, pelo apoio e ajuda inestimáveis na produção e edição de tabelas, gráficos e textos sempre “definitivos”, que iam e vinham várias vezes. Só quem a conhece sabe o quanto isso é mostra de seu afeto, solidariedade e amizade.

Sonia Fleury, por sua especial capacidade de aliar profissionalismo, rigor acadêmico e estímulo à autonomia, sem nunca abrir mão de valorizar e respeitar as individualidades e, acima de tudo, lembrar sempre das coisas que realmente importam na vida. Com ela aprendi o sentido do que é ser de fato sujeito do conhecimento.

Mendes, que de forma muito especial me orientou e apoiou nos momentos mais difíceis.

Maurício Vasconcellos, por partilhar como colega e pesquisador as dificuldades de realização da empreitada que foi a pesquisa e depois tentar decifrar minha ignorância estatística ao montar o arquivo de dados para este trabalho.

A toda a equipe da pesquisa Comparative Health Policies in Latin America, com quem muito aprendi; em especial, ao conjunto de pesquisadores e estagiários da equipe do Brasil, meu caro professor e colega Moisés Balassiano e a equipe do Prodeman, que correu vilas e vielas atrás das informações usadas aqui.

Companheiros do NUPES, com quem tenho dividido muito mais que tarefas, idéias e papéis.

A todos, meus mais sinceros agradecimentos.

Rio de Janeiro, maio de 2000.

RESUMO

O objetivo deste trabalho é identificar os resultados do processo da reforma sanitária brasileira sobre a organização do sistema de serviços de saúde, em especial a assistência médica e identificar, através de estudo de caso, possíveis efeitos desse processo sobre as condições de acesso e utilização de serviços de saúde pela população.

Os dados baseiam-se em *survey* realizado na cidade do Rio de Janeiro a partir de amostra domiciliar estratificada por condições de vida e por três traçadores distintos: Hipertensão, Diarréia e Gravidez. Com eles, procura-se conhecer e comparar condições de acesso e utilização de serviços de saúde pelos indivíduos e suas famílias a partir da categoria cobertura, dividida aqui como: cobertura exclusiva pelo SUS (identificada como Cobertura SUS) e cobertura Extra-SUS (acesso a algum tipo de serviço de assistência à saúde, público ou privado, cuja titularidade depende de pagamento e/ou da vinculação direta ou indireta a um segmento ocupacional e/ou instituição específica).

Para identificar as transformações no Sistema de Saúde e sua relação com as mudanças ocorridas no acesso e utilização de serviços, são descritas e analisadas as condições de implementação da reforma sanitária e da universalização do acesso, assim como as mudanças ocorridas no Sistema de Saúde.

Conclui-se que a reforma sanitária brasileira alcançou de forma efetiva redistribuir os recursos materiais destinados à proteção à saúde ao instituir a universalização; assim como alterou de forma significativa a estrutura do sistema de organização dos serviços responsável por essa proteção. Mas, apesar disso, a universalização é ainda insuficiente e incompleta, já que o acesso à saúde mantém-se segmentado, pela permanência de distintas coberturas para parcelas diferenciadas da população, caracterizadas por diferenciais sócio-econômicos e com graus distintos de utilização.

ABSTRACT

This study intends to identify the effects of the so-called Brazilian Sanitary Reform (the health care reform) on the organisation of health service system, as so as on the access to and utilization of health services.

The study is based on a *survey* carried out in the city of Rio de Janeiro according to a probabilistic sample of households stratified by socio- economic levels and three selected tracer conditions (hypertension, pregnancy and diarrhoea). Access and utilisation were investigated and compared according to the two major categories of entitlement existing in Brazil: the SUS coverage (universal public coverage) and the Extra-SUS coverage (voluntary or job related coverage provided by public and/or private companies).

In order to identify to which extent the present situation of access to and utilisation of health services are related to the universalization of access, there were described and analysed the implementation of the sanitary reform policy, as so as the changes on provision, financing and management in the health service system.

The main conclusion is that the sanitary reform has successfully improved the distribution of health resources in the society towards equity, as so as deeply changed the health system responsible for health protection of the population. However, the universalization is at present insufficient and incomplete. There is still a segmentation on the access to health services, as for the coexistence of different levels of entitlement, based on socio-economic conditions and which provide unequal levels of utilisation.

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS	vi
LISTA DE GRÁFICOS	vii
LISTA DE QUADROS	viii
LISTA DE TABELAS	ix
INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I: O PROCESSO DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA	5
<i>Antecedentes Históricos</i>	9
<i>A Proposta de Reforma</i>	18
<i>A Implementação da Reforma</i>	23
<i>Tensões no Processo da Reforma</i>	35
CAPÍTULO II: A REFORMA SANITÁRIA NA REORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SERVIÇOS DE SAÚDE	42
<i>PARTE I: Características Estruturais</i>	42
<i>Aspectos Demográficos</i>	42
<i>Gastos Sociais e em Saúde</i>	48
<i>Cobertura</i>	53
<i>Subsistemas</i>	54
Sistema Único de Saúde	54
Sistema de Assistência Médica Extra-SUS	56
<i>Capacidade Instalada e Provisão de Serviços</i>	64
Estabelecimentos de Saúde	64
Leitos	66
Internações	67
Consultas	68
Recursos Humanos	69
<i>PARTE II: As Transformações no Sistema de Serviços de Saúde</i>	71
<i>A Organização do Sistema de Saúde entre os Anos 60 e 80</i>	74
Relações entre Financiadores e Provedores	76
Relações entre População e Provedores	80
Relações entre População e Financiadores	82

<i>A Organização do Sistema de Saúde na Década de 90</i>	83
Relações entre Financiadores e Provedores	83
Relações entre População e Provedores	104
Relações entre População e Financiadores	109
CAPÍTULO III: COBERTURA e UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE – UM ESTUDO DE CASO DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO	113
<i>Parte I: Metodologia</i>	113
<i>População Estudada</i>	116
<i>Identificação das Variáveis</i>	116
<i>Amostra</i>	121
<i>Instrumento</i>	123
<i>Trabalho de Campo</i>	124
<i>Tratamento dos Dados</i>	124
<i>Parte II: Cobertura nas Famílias</i>	126
<i>Condições de Cobertura das Famílias</i>	130
<i>Tipos de Cobertura Extra-SUS das Famílias</i>	142
<i>Qualificação da Cobertura Extra-SUS</i>	158
<i>PARTE III: Características de Cobertura e Utilização de Serviços (Hipertensão, Gravidez e Diarréia)</i>	168
<i>Características de Cobertura</i>	168
<i>Utilização de Serviços</i>	174
CONCLUSÃO	221
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	227
ANEXOS	

LISTA DE FIGURAS

Figura 2.1: Brasil - Índice Municipal de Desenvolvimento Humano	48
Figura 2.2: Sistema de Saúde 1960 - 1980	80
Figura 2.3: Sistema de Saúde Atual	103
Figura 3.1: Cobertura nas Famílias	126

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 2.1: Gasto Público Social da União	49
Gráfico 3.1: Cobertura por Renda Familiar per Capita	131
Gráfico 3.2: Cobertura Extra-SUS (por renda e anos de estudo do chefe)	139
Gráfico 3.3: Cobertura SUS (por renda e anos de estudo do chefe)	140
Gráfico 3.4: Cobertura por Qualificação Ocupacional	141
Gráfico 3.5: Cobertura das Famílias por Tipo de Financiamento	142
Gráfico 3.6: Motivo de Filiação à Cobertura Extra-SUS	162
Gráfico 3.7: Valoração do Serviço por Renda Familiar per Capita	191
A: Burocracia – Extra SUS	191
A: Burocracia – SUS	192
B: Espera para Atendimento – Extra SUS	193
B: Espera para Atendimento – SUS	194
C: Distância de Casa – Extra SUS	195
C: Distância de Casa - SUS	196
D: Escolha do Médico – Extra SUS	197
D: Escolha do Médico – SUS	198
E: Qualidade do Serviço – Extra SUS	199
E: Qualidade do Serviço – SUS	200
F: Qualidade das Instalações – Extra SUS	201
F: Qualidade das Instalações – SUS	202
G: Gastos com Medicamentos – Extra SUS	203
G: Gastos com Medicamentos – SUS	204
H: Gastos com Exames – Extra SUS	205
H: Gastos com Exames – SUS	206
I: Gastos com Consultas e Internações – Extra SUS	207
I: Gastos com Consultas e Internações – Extra SUS	208
Gráfico 3.8: Consultas por Fonte Regular de Atenção - Hipertensão	211
Consultas por Fonte Regular de Atenção - Gravidez	212
Consultas por Fonte Regular de Atenção - Diarréia	212

LISTA DE QUADROS

Quadro 2.1: Brasil – Características Sócio-Demográficas	42
Quadro 2.2: Brasil – Distribuição da População	43
Quadro 2.3: Brasil – Principais Causas de Mortalidade	44
Quadro 2.4: Brasil – Distribuição de Renda	46
Quadro 2.5: Gasto Público Social da União	49
Quadro 2.6: Brasil – Gasto Público em Saúde per Capita	52
Quadro 3.1: Dimensões e Variáveis em Análise	119
Quadro 3.2: Média de Consultas por Cobertura / Tipo de Consulta	177

LISTA DE TABELAS

Tabela 2.1: Brasil – Pobreza e Desigualdades por Região	46
Tabela 2.2: Gasto Social Federal	50
Tabela 2.3: Brasil – Gastos Sociais	50
Tabela 2.4: Gastos Sociais do Governo Federal como Percentagem da Despesa Total	51
Tabela 2.5: Brasil – Gastos Públicos em Saúde por Esfera de Governo	52
Tabela 2.6: Brasil – Estabelecimentos de Saúde	64
Tabela 2.7: Brasil – Leitos Hospitalares por Setor	66
Tabela 2.8: Brasil – Leitos Públicos por Esfera de Governo	66
Tabela 2.9: Brasil – Internações por Setor	68
Tabela 2.10: Brasil – Consultas Médicas por Setor	69
Tabela 2.11: Brasil – Recursos Humanos	69
Tabela 2.12: Habilitações de Municípios à Norma Operacional Básica 93	88
Tabela 2.13: Habilitações de Municípios por Regiões –1999	91
Tabela 2.14: Despesas Federais do SUS com Assistência por Tipo de Despesa	93
Tabela 2.15: Transferências Federais do SUS Segundo Provedor	95
Tabela 3.1: Distribuição do Número de Áreas e Domicílios por Estrato da Amostra	122
Tabela 3.2: Taxas de Prevalência por Estrato da Amostra.	122
Tabela 3.3: Número de Áreas, Domicílios e Indivíduos na Amostra por Estrato	122
Tabela 3.4: Cobertura por Estrato da Amostra	128
Tabela 3.5: Cobertura por Renda Familiar per Capita (por quintis)	129
Tabela 3.6: Cobertura por Renda Familiar per Capita	130
Tabela 3.7: Cobertura por Tamanho da Família	132
Tabela 3.8: Situação da Cobertura dos Membros da Família por Grau de Parentesco com o Chefe	134
Tabela 3.9: Cobertura por Anos de Estudo do Chefe da Família	136
Tabela 3.10: Cobertura por Anos de Estudo e Renda Familiar per Capita	138
Tabela 3.11: Cobertura por Qualificação Ocupacional e Anos de Estudo do Chefe da Família	141
Tabela 3.12: Cobertura por Financiamento	142

Tabela 3.13: Financiamento da Cobertura Extra-SUS por Estrato da Amostra	143
Tabela 3.14: Cobertura por Renda Familiar per Capita e Financiamento	145
Tabela 3.15: Membros não Cobertos e Cobertos por Outros Planos por Financiamento da Cobertura	146
Tabela 3.16: Tipo de Cobertura Extra-SUS por Financiamento	151
Tabela 3.17: Tipo de Cobertura Extra-SUS por Renda Familiar per Capita e Financiamento	153
Tabela 3.18: Motivo de Filiação à Cobertura Extra-SUS por Estrato da Amostra	159
Tabela 3.19: Motivo de Filiação à Cobertura Extra-SUS por Renda Familiar per Capita	161
Tabela 3.20: Motivo de Troca de Plano por Financiamento do Plano Principal	163
Tabela 3.21: Satisfação Com a Cobertura Extra-SUS por Financiamento do Plano Principal	165
Tabela 3.22: Importância dos Gastos Com a Cobertura Extra-SUS por Financiamento do Plano Principal	166
Tabela 3.23: Cobertura por Estrato da Amostra	168
Tabela 3.24: Cobertura Extra-SUS por Financiamento	170
Tabela 3.25: Cobertura por Renda Familiar (1) Per Capita	171
Tabela 3.26: Hipertensão – Cobertura SUS e Extra-SUS por Financiamento e Idade	172
Tabela 3.27: Importância do Gasto Com Cobertura Extra-SUS	174
Tabela 3.28: Pessoas Consultadas por Cobertura / Tipo de Consulta	176
Tabela 3.29: Consultas por Financiamento do Provedor	179
Tabela 3.30: Local do Parto por Cobertura	180
Tabela 3.31 A: Importância do Gasto com Serviços por Cobertura – Hipertensão	181
Tabela 3.31 B: Importância do Gasto com Serviços por Cobertura - Gravidez	182
Tabela 3.31 C: Importância do Gasto com Serviços por Cobertura - Diarréia	183
Tabela 3.32 A: Satisfação Com a Consulta por Financiamento do Provedor – Hipertensão	185
Tabela 3.32 B: Satisfação Com a Consulta por Financiamento do Provedor – Gravidez	185
Tabela 3.32 C: Satisfação Com a Consulta por Financiamento do Provedor – Diarréia	185

Tabela 3.33 A: Valoração do Serviço Usado por Cobertura – Burocracia	186
Tabela 3.33 B: Valoração do Serviço Usado por Cobertura – Espera para Atendimento	187
Tabela 3.33 C: Valoração do Serviço Usado por Cobertura – Distância de Casa	187
Tabela 3.33 D: Valoração do Serviço Usado por Cobertura – Escolha de Médico	187
Tabela 3.33 E: Valoração do Serviço Usado por Cobertura – Qualidade do Serviço	188
Tabela 3.33 F: Valoração do Serviço Usado por Cobertura – Qualidade das Instalações	188
Tabela 3.33 G: Valoração do Serviço Usado por Cobertura – Gastos – Medicamentos	188
Tabela 3.33 H: Valoração do Serviço Usado por Cobertura – Gastos – Exames	189
Tabela 3.33 I: Valoração do Serviço Usado por Cobertura – Gastos – Consultas/ Internações	189
Tabela 3.34: Pessoas Com Fonte Regular de Atenção, por Cobertura	210
Tabela 3.35: Escolha do Local do Parto por Fonte Regular de Atenção	213

INTRODUÇÃO

O objetivo deste trabalho é identificar os resultados do processo da reforma sanitária brasileira sobre a organização do sistema de serviços de saúde, em especial a assistência médica e identificar, através de estudo de caso, possíveis efeitos desse processo sobre as condições de acesso e utilização de serviços de saúde pela população.

Procurar-se-á apresentar e discutir a suposição de que a reforma sanitária brasileira alcançou de forma efetiva redistribuir os recursos materiais destinados à proteção à saúde, assim como alterou de forma significativa a estrutura do sistema de organização dos serviços responsável por essa proteção. Mas que, apesar disso, o acesso à saúde mantém-se segmentado, pela permanência de distintas coberturas para parcelas diferenciadas da população, caracterizadas por diferenciais sócio-econômicos e com graus distintos de utilização.

O estudo parte da pesquisa intitulada *Comparative Health Policies in Latin America*¹, que analisou e comparou os processos de reforma do setor saúde e os determinantes da utilização de serviços de saúde em cidades de três países latino americanos (Argentina, Brasil e México). Assim sendo, dela parte a estrutura metodológica utilizada nos capítulos I e II. O Capítulo III utiliza o banco de dados da pesquisa domiciliar realizada na cidade do Rio de Janeiro, partindo de uma nova classificação, onde o enfoque é a identificação das características sócio-econômicas e de utilização de serviços da população a partir da cobertura. Para isso, foram incorporados dados sobre variáveis não utilizadas na pesquisa e que são aqui apresentados pela primeira vez.

1 Pesquisa desenvolvida em conjunto pelo Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde – Nupes/ Ensp/ Fiocruz e Fundação Getúlio Vargas no Brasil, pelo Centro de Estudios Sanitarios y Sociales - Cess na Argentina e pela Universidad Autónoma Metropolitana do México – UAM no México, tendo o apoio do International Development Research Centre - IDRC (Ottawa, Canadá). A coordenação geral foi de Sonia Fleury e nos países de Susana Belmartino (Argentina), Lenaura Lobato (Brasil) e Sílvia Tamez (México).

O primeiro Capítulo – O Processo da Reforma Sanitária Brasileira, descreve o processo da reforma enfocando seus antecedentes; o contexto social e político de sua emergência; as principais características do sistema pré-reforma; a proposta e os princípios da reforma; sua implementação e as tensões atuais.

O Capítulo II – A Reforma Sanitária na Reorganização do Sistema de Serviços de Saúde tem como objetivo identificar e analisar os efeitos do processo da reforma sanitária brasileira sobre a organização do sistema de serviços de saúde, em especial os serviços de assistência médica. Divide-se em duas partes. A Parte I – Características Estruturais, apresenta as principais mudanças na estrutura geral do sistema, como aspectos sócio-demográficos, financiamento, cobertura e provisão, segundo os principais subsistemas de atenção à saúde. A Parte II – As Transformações no Sistema de Serviços de Saúde, analisa as transformações ocorridas no sistema a partir de sua dinâmica interna. Para tanto, identificam-se os modelos prevalecentes entre meados da década de 60 e a década de 80 e o modelo atual, enfocando para cada um deles as principais relações internas entre financiadores, provedores e população no que toca ao financiamento, formas de pagamento, provisão e gestão.

O Capítulo III apresenta e discute os resultados referentes ao estudo de caso. Divide-se em três partes. A Parte I – Metodologia, apresenta as informações sobre a pesquisa de campo e o tratamento dos dados. A Parte II – Cobertura nas Famílias, apresenta os dados de cobertura das famílias, identificando as características sócio-demográficas e condições de filiação. A Parte III – Características de Cobertura e Utilização de Serviços, apresenta os dados de utilização segundo as distintas coberturas para os três traçadores estudados – hipertensão, diarreia e gravidez.

Na Conclusão analisam-se os resultados do estudo, procurando identificar prováveis tendências.

Entre os diversos conceitos e definições utilizados ao longo deste trabalho, dois merecem ser apresentados nesta Introdução. São eles o de reforma sanitária e segmentação.

Embora largamente utilizado no Brasil, o termo reforma sanitária em geral não é acompanhado de definição. Como analisa Fleury (1999), as reformas caracterizadas como sanitárias no Brasil e Itália inspiraram definições (em Berlinguer, 1988 e Fleury, 1994), que enfatizam o processo de mudanças político – institucionais e, no caso do primeiro autor, também a mudança do modelo de saúde e serviços correspondentes (Fleury, 1999:2-3). Ainda para a autora, estas definições corresponderiam à contextos políticos onde as reformas tinham forte caráter contra-hegemônico, supondo mudanças na estrutura de poder, no aparato institucional, no acesso e na concepção do processo saúde-doença, portanto nas práticas de saúde.

Por outro lado, não incluíam aspectos referentes à organização interna dos sistemas, em especial aspectos da microeconomia. Estes seriam enfatizados nas reformas atuais, chamadas agora de reformas do setor saúde e que correspondem ao novo contexto das reformas iniciadas na década de 70 (Fleury, *idem ibidem*). A autora apresenta e analisa assim diversas definições de reforma dos sistemas de saúde correspondentes a este novo contexto (Fleury, 1999: 14-17), que em geral se vinculam à necessidade de reorganização dos sistemas de saúde, buscando maior eficiência, competitividade e efetividade na entrega de serviços, visando a equidade.

Não é objetivo deste trabalho aprofundar esta discussão. Mas cabe destacar que, dado o caráter contextual e propositivo das definições de reforma, elas são definições de fato, e não conceitos. Do ponto de vista metodológico, este aspecto poderia ser indicativo de que as reformas requerem sempre referência a situações específicas. Em verdade, considera-se que o processo de reforma no caso brasileiro possui particularidades encontradas nos dois contextos acima referidos. Neste sentido, qualquer das definições seria excessiva ou limitada. Assim, para fins deste estudo, reforma sanitária é o processo de mudança da estrutura institucional, organizacional e de acesso na proteção à saúde.

A opção por usar o termo reforma sanitária e não reforma do sistema de saúde explica-se pelo fato de que a emergência da reforma brasileira e suas proposições estão nitidamente referidas ao primeiro contexto das reformas. E, embora os resultados alcançados não sejam necessariamente os propostos, menos ainda são eles condizentes às propostas de reforma do contexto atual.

A outra definição é a de segmentação. Aqui não tomamos a noção que vincula segmentação a uma ou mais formas específicas de estruturação do sistema de saúde (como na tipologia de Lodono e Frenk , 1995), mas segmentação tendo como referência a população. Nos aproximamos assim da noção da antropologia, onde segmentação diz respeito à subdivisões de uma totalidade que podem se relacionar entre si, em oposição ou complementaridade, dependendo dos objetivos (Fundação Getulio Vargas, 1987:1103-1104), e que aqui se refere à subdivisões existentes na população no que toca ao acesso e utilização dos serviços de saúde.

Em verdade, vários são os elementos que contribuem para a segmentação no acesso à saúde. Desde características estruturais de estratificação social, de constituição e desenvolvimento do sistema de proteção social, passando por características sócio-econômicas e culturais da população, até elementos comportamentais e de necessidades individuais. Este estudo se situa na interseção entre as características sócio-econômicas e de utilização de serviços de saúde pela população e as transformações recentes no sistema de proteção à saúde. A cobertura é assim a categoria que nos permite confrontar as condições de segmentação com a organização do sistema, no sentido de contribuir para a formulação e implementação de políticas que possam progressivamente favorecer a equidade em saúde.

CAPÍTULO I

O PROCESSO DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA¹

A compreensão do processo da reforma sanitária no Brasil deve considerar ao menos dois aspectos iniciais. Em primeiro lugar, o fato de que nas duas últimas décadas o Brasil vem passando por profundas mudanças; tanto no âmbito da economia, resultado das transformações estruturais decorrentes das políticas de ajuste econômico; quanto no âmbito sócio-político, resultado da consolidação da democracia. O setor saúde é obviamente influenciado por essas transformações, dada a relação intrínseca entre políticas sociais e distintos contextos políticos e econômicos. O segundo aspecto refere-se ao alcance da reforma proposta, que visava alterar de forma considerável uma estrutura setorial consolidada durante décadas e particularmente no período ditatorial.

No regime autoritário, foram simultaneamente alteradas as bases do sistema político e do sistema produtivo. É expressivo o crescimento da economia no período, estimulada pelo Estado via endividamento interno e externo. O aparato institucional estatal se expande e complexifica, tendo na tecnoburocracia uma peça chave. No setor saúde, a política central de expansão da oferta de serviços coaduna-se com a diretriz econômica de estímulo ao setor privado e se desenvolve em ambiente de intensa normatização e alta centralização decisória pelo governo federal.

O modelo de desenvolvimento econômico adotado no país a partir da década de 50 havia registrado inicialmente um grande dinamismo em termos de capacidade de acumulação e crescimento industrial. Esse vigor começa a dar sinais de enfraquecimento já no final da década de 60, culminando em crise de alto impacto social na década de 70.

A crise dos anos 70 é fruto de mudanças na economia internacional, tanto pelo choque do petróleo quanto pela retração das importações e do investimento

¹ A primeira versão deste capítulo foi escrita com Luciene Burlandy para o relatório final da pesquisa Comparative Health Policies in Latin America, 1998, a ser publicado sob o título The context and process of health care reform in Brazil em Fleury, S., Belmertino, S. e Baris, E. (editores), Reshaping health care in Latin America; a comparative analysis of health care reform in Argentina, Brazil and Mexico. Ottawa:IDRC, no prelo.

internacional nas economias latino-americanas. No Brasil, verifica-se queda de exportações, agravamento da recessão econômica, crescimento da dívida pública e, em especial, taxas progressivas de inflação.

As opções político-econômicas de ajuste fizeram recair sobre o Estado o ônus da crise. O Estado absorve os impactos negativos do endividamento externo e as finanças públicas assumem o papel de variável de ajuste. O setor privado mantém suas margens de lucro, apesar da perda de dinamismo interno da economia. A privatização do Estado é portanto uma das expressões do ajuste (Dain, 1986). Os incentivos estatais, em especial via renúncia fiscal, contribuem para a deterioração da capacidade de financiamento do Estado.

O regime militar, que tinha no crescimento econômico uma de suas bases de sustentação, perde legitimidade, agravada ao final dos anos 70 pela revitalização da sociedade civil e dos ideais de democracia. Inicia-se, assim, um longo e complexo processo de transição à democracia, que percorrerá ainda toda a década de 80.

A transição brasileira assume um formato particular, já que é conduzida por governos do próprio regime autoritário. Como democratização pactada, os espaços políticos, quando cedidos, eram cuidadosamente controlados, em um lento processo ancorado em acordos entre os grupos no poder e as forças políticas emergentes (O'Donnell, 1987). A pressão da sociedade civil, a revitalização de grupos sociais organizados e o crescimento da insatisfação foram decisivos para acelerar o processo. No entanto, boa parte das regras de transição foram delineadas pelo governo militar, o que significou um alto grau de continuidade institucional e manutenção de grupos no poder.

É nesse contexto de democratização que se formam as estratégias de mudança no setor saúde, visando a formação de um sistema de saúde público, universal e democrático. A proposta da reforma se fortalece nos movimentos sociais e entre organizações da sociedade civil, e suas estratégias são em parte adotadas pela burocracia governamental do setor.

A proposta de reforma sanitária cresce apesar do alcance das mudanças pretendidas e da permanência da elite conservadora no poder. Em verdade, a elite conservadora não tinha então um projeto alternativo à ditadura, e assume como seu não só o projeto de democracia como também o resgate da chamada dívida social. Essa situação se altera quando assume o primeiro governo civil eleito diretamente após a ditadura - o governo Collor. Apoiado pelos conservadores, este governo claramente se identifica com uma proposta liberal-privatizante e se opõe ao crescimento dos investimentos na área social. Essa estratégia seria aprofundada pelos dois governos seguintes, sob a presidência de Fernando Henrique Cardoso. É exatamente durante esses três governos que a reforma sanitária vem de fato sendo implementada.

A reforma tem, por isso, se caracterizado por diversas rupturas e descontinuidades. São consideráveis as mudanças que ela introduziu no sistema de saúde e no próprio padrão nacional de política social. O acesso à saúde é pela primeira vez universal. Mudanças substantivas na estrutura organizacional e de poder no setor são visíveis. Novas formas de financiamento, novos papéis para os distintos níveis de governo, novas formas de gestão e participação social são alguns exemplos. Entretanto, o sistema ainda exhibe baixos níveis de financiamento, de qualidade dos serviços e de impacto na melhoria da saúde da população. Por outro lado, não se alcançou romper a segmentação do acesso a serviços de assistência. Importante segmento da população buscou serviços fora do sistema público, e esse setor de oferta apresenta hoje receita próxima a todo o dispêndio do setor público, embora atenda a somente 1/4 da população.

As dificuldades vividas pela reforma não podem ser explicadas exclusivamente como conseqüências das propostas de ajuste, como parece ser o caso em vários países latino-americanos. Em verdade, em contraste com a maioria desses países, aqui o setor saúde não foi brindado com uma proposta concreta que o incorporasse à estratégia de ajuste econômico, e que provavelmente iria de encontro à proposta da reforma sanitária.

Dois fatores poderiam explicar essa diferença. Em primeiro lugar, o alcance político da reforma, que, embora não seja visível em movimentos da sociedade como nos

anos 80, alcançou significativa expansão e está presente na estrutura institucional do Estado. Por esta razão, seria alto o custo político de mudança de seus princípios.

Em segundo lugar, o próprio ajuste econômico, no Brasil, guarda diferenças em relação a outros países e se mostrou bem mais resistente às propostas mais ortodoxas. Para Fiori, do ponto de vista econômico, é exatamente a complexidade de nossa estrutura econômica que impede um ajustamento produtivo ortodoxo, baseado ou na re-especialização visando vantagens comparativas, ou na reestruturação espontânea das empresas, visando a complementariedade para integração comercial. Ou seja, não é a fragilidade ou a fraqueza de nossa economia, mas seu dinamismo, o que impede a radicalidade do ajuste. Tendo completado um processo de pesada industrialização, a economia não aceita passivamente as mudanças no cenário internacional ou pode posiciona-se simplesmente através do setor exportador (1995, p. 157-158).

As dificuldades próprias para o ajuste, expressas nos interesses distintos dos diversos setores envolvidos, podem explicar a ausência de um projeto político claro para a área social. O que não significa melhores resultados para esses setores. Se as bases da política social brasileira não foram modificadas integralmente, ao menos duas estratégias podem ser identificadas como tendo atrasado o que se buscou alcançar com o sistema de proteção da Constituição de 88: o subfinanciamento, expresso na redução ou estagnação dos recursos destinados aos distintos setores sociais; e a não-política, ou seja, a total falta de estratégia para esses, ou alguns desses setores.

O setor saúde sofreu dos dois males até bem recentemente. Embora permaneça o subfinanciamento, ao menos há agora uma estratégia política governamental. Contudo, e curiosamente, foi nesse processo conflituoso que a reforma sanitária se tornou uma realidade no país. Sem dúvida, não a reforma imaginada ou mesmo a reforma elaborada por aqueles considerados seus principais mentores - o chamado movimento sanitário. Provavelmente também não a reforma possível, pelo simples fato de que essa assertiva exigiria negar a viabilidade da reforma proposta. Mas sim a reforma de fato, resultado da intervenção concreta dos atores em seu processo de formulação e implementação. Uma reforma que alcança alterar substancialmente a

estrutura organizacional, institucional e de poder do setor e que alcança inscrever, pela primeira vez na história do país, parcelas significativas da população no rol de beneficiários de bens sociais através do direito, sem as exigências de contribuição pretérita ou de subserviência características do clientelismo. Considerando o peso dessas variáveis na trajetória histórica das políticas sociais no país e das particularidades econômicas e políticas dessa última década, não há como negar que a reforma é uma realidade hoje. É esse processo que se descreve resumidamente a seguir.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

A intervenção estatal no campo da assistência médica no Brasil inicia-se na década de 20 com a promulgação da primeira lei que normatiza a organização da prestação de benefícios previdenciários. A partir de então, são criados fundos por empresas através da contribuição de empregadores e empregados, garantindo benefícios de aposentadorias, pensões e prestação de serviços médicos.

Na década de 30, o Estado já participa do financiamento dessa organização previdenciária que, a partir de então, se estrutura segundo categorias profissionais, mantendo-se como principal prestador de assistência médica. Enquanto parte de um padrão mais amplo de política social, essa forma de organização contribui para consolidar um modelo estratificado de direitos sociais, uma vez que os benefícios são proporcionais à importância de cada categoria profissional no mercado de trabalho (Oliveira e Teixeira, 1985).

Paralelamente, o Ministério da Saúde se encarregava das atribuições no campo da atenção preventiva em saúde. Suas ações permaneceram até fins da década de 50 pautadas no campanhismo (campanhas de vacinação, higiene etc.), com uma atuação descontínua, estruturada em múltiplos serviços e departamentos. Em termos de assistência médica, esse Ministério assume apenas a criação e manutenção de hospitais para enfermidades crônicas.

Até a década de 60, mantém-se, assim, um sistema de saúde dividido em três subsistemas: o de previdência social, o setor privado e o Ministério da Saúde. Em 1960, é promulgada a Lei Orgânica da Previdência Social, que uniformiza os benefícios prestados pelos Institutos previdenciários. Essa lei confere um espaço bem mais significativo à normatização de serviços de assistência médica, que vinham sendo tratados de forma tímida pelos diferentes decretos que regulamentavam o funcionamento dos Institutos.

A partir de meados da década de 60, em especial com o regime autoritário iniciado em 1964, o Estado brasileiro sofre uma série de transformações frente o papel que assume no processo de industrialização e desenvolvimento econômico do país. A administração estatal é reorientada para atender à crescente intervenção do Estado tanto no campo da economia quanto nas políticas sociais, que adquirem maior importância na agenda governamental. Desde então, o Estado vem expandindo sua responsabilidade na área de saúde, tanto em termos de provisão de serviços como de clientela atendida (Draibe, 1990).

Essa reorientação assume um formato bastante particular em termos institucionais, considerando o contexto de governo ditatorial que anula canais de participação social e centraliza os processos decisórios em nível Federal. Por outro lado, retrai a interferência das esferas estaduais e municipais no planejamento e gestão das políticas públicas. O aparato burocrático se expande de forma desordenada, gerando uma multiplicidade de órgãos que acabam por superpor funções em uma estrutura institucional de alto custo, difícil controle administrativo e baixa resolutividade.

A Previdência Social acompanha esse processo de expansão, e, em 1966, a organização baseada nos Institutos de Aposentadorias e Pensões - IAPs é unificada em uma só instituição, o Instituto Nacional de Previdência Social - INPS (Decreto 72 de 21/11/66). A cobertura previdenciária é então ampliada, ainda que restrita à determinadas categorias profissionais do mercado formal, permanecendo, assim, a lógica de segmentação da clientela. Ficam excluídos os trabalhadores rurais, empregados do setor informal e os trabalhadores autônomos.

Essas transformações contribuem para a configuração de um modelo de atenção à saúde cujas características centrais serão alvo de mudança pelo processo da reforma sanitária. São elas:

a. Centralização Decisória

A unificação da estrutura previdenciária veio fortalecer o processo de centralização de recursos e do poder decisório em nível do governo Federal, reduzindo a interferência das esferas estaduais e municipais no planejamento e gestão das políticas do setor.

b. Dicotomia Institucional e Assistencial

O setor público de saúde apresenta uma dicotomia básica em termos de estrutura organizacional, expressa na existência de dois Ministérios com atribuições, clientela e lógicas distintas de funcionamento: (1) o Ministério da Saúde, criado na década de 50, responsável pela formulação e coordenação da política Nacional de Saúde e pelas intervenções de caráter coletivo e preventivo, prestadas através de uma rede hospitalar para tratamento de doenças crônicas; e uma rede de atenção básica voltada para o atendimento da população residente em localidades mais pobres; e o (2) Ministério da Previdência e Assistência Social, criado na década de 70 – Lei 6025/74, responsável pela prestação de assistência médica individualizada e curativa aos trabalhadores segurados da Previdência.

A dicotomia é formalizada pela criação à época do Sistema Nacional de Saúde (SNS), constituído do complexo de serviços de saúde do setor público e privado (Lei 6229 /75) e do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS). Com o fortalecimento progressivo da assistência médica no âmbito previdenciário, cria-se uma distinção no interior do Sistema entre as instituições responsáveis pela assistência médica (Instituto Nacional de Assistência médica da Previdência Social - INAMPS) e pela concessão de benefícios previdenciários (Instituto Nacional de Previdência Social - INPS). O INAMPS, nesse processo, passa a adquirir um peso político – financeiro extremamente significativo (Oliveira & Teixeira, 1985).

A prestação de serviços é feita tanto pelo setor público - através da rede própria que compreende hospitais, centros de saúde e rede básica de atendimento pertencentes ao governo em suas três esferas (Federal Estadual e Municipal) - quanto por prestadores de serviços privados que podem diferenciar-se em: autônomos - atendem e são financiados pelo setor privado (empresas ou indivíduos) - e setor privado contratado - entidades com ou sem fins lucrativos que prestam serviço ao setor público com base em contratos de reembolso com governo federal.

Considerando que a relação entre setor público e privado restringe-se quase que exclusivamente à contratação de serviços sem o controle sobre as ações e tem como base o pagamento por unidade de serviço, o modelo assistencial que então predomina é o de atenção hospitalar curativa, especializada e com ênfase em serviços de alto custo. Por outro lado, a ausência de políticas baseadas no perfil epidemiológico da população gera concentração de serviços hospitalares nas regiões mais rentáveis, causando um grave desequilíbrio na provisão.

c. Expansão da Cobertura Previdenciária via Fortalecimento do Setor Privado Contratado

A partir da década de 70, registra-se uma crescente extensão do atendimento médico e da oferta de serviços a trabalhadores antes excluídos da previdência, sem, no entanto, alterar a vinculação dos benefícios à contribuição pretérita. O atendimento de emergência é estendido a toda população, independente da filiação à previdência, determinando um aumento sem precedentes da demanda por serviços.

A ampliação significativa da demanda exige um incremento proporcional da oferta. O setor privado assume importância progressiva como prestador de serviços, uma vez que a Previdência privilegia a contratação de terceiros para o atendimento de sua crescente clientela, em detrimento da expansão da rede própria, que sofre retração e deterioração.

A expansão da rede privada se dá em grande parte via financiamento público, através de empréstimos subsidiados para construção de unidades hospitalares, com garantia de posterior contratação de serviços; via estímulo à realização de convênios entre a Previdência Social e empresas privadas de médio e grande porte,

que passam a se responsabilizar pelo atendimento aos seus funcionários em troca de subsídio; e via estímulo ao credenciamento de hospitais privados para prestação de assistência aos segurados da Previdência Social, baseado no pagamento por unidades de serviço. Os convênios com empresas seriam o embrião da chamada medicina de grupo. Já o mecanismo de pagamento por unidade de serviço, sabidamente estimulador do uso indevido de serviços, gera também um poderoso sistema de fraudes, dada a total falta de fiscalização.

O processo de extensão de benefícios e expansão da clientela responde, por um lado, à necessidade de sustentação política do regime autoritário e, por outro, à estratégia de fortalecimento do setor privado. Reforça, assim, uma tendência histórica de relação público/privado no Brasil, onde a consolidação do setor privado não se dá de forma autônoma, regida pela lógica econômica e competitiva do mercado, mas fundamentalmente por meio de subsídios e garantias políticas conferidas pelo Estado.

Destaca-se, contudo, que, embora essa articulação tenha sido perversa do ponto de vista da destinação dos recursos sociais e respondesse a interesses de mercantilização da atenção médica, não se deve menosprezar o significado da ampliação do acesso aos serviços para a população. Esse processo não se subordina exclusivamente à lógica do mercado, dada a importância crescente da política de saúde na agenda pública (Costa, 1996).

d. Hegemonia de um Modelo de Atenção Hospitalocêntrico

Destaca-se, de igual modo, a hegemonia de um modelo de atenção centrado no atendimento hospitalar e baseado na atenção individualizada, com privilégio às ações de caráter curativo. Expande-se a prestação de atenção médica hospitalar, especializada e de alto custo, financiada por um volume crescente de recursos previdenciários, que chegam a constituir o segundo maior orçamento do país, apenas superado pelo próprio orçamento da União. Em contrapartida, as intervenções de caráter coletivo e o atendimento básico em nível ambulatorial sofrem redução progressiva de investimentos, confirmando o esvaziamento das ações do Ministério da Saúde.

e. Base de Financiamento Regressiva

O financiamento da Previdência sustenta-se fundamentalmente em recursos não provenientes do orçamento fiscal, mas captados a partir da contribuição compulsória dos trabalhadores e das empresas, ambas com base na folha salarial. A massa de recursos é, assim, extremamente vulnerável às variações cíclicas da economia e aos períodos recessivos que atingem os níveis de emprego e salários. Os recursos captados pela Previdência Social destinam-se tanto ao pagamento de aposentadorias e pensões, bem mais rígidos a cortes uma vez que pré-fixados, quanto à assistência médica, sem destinação específica.

A progressiva ampliação da cobertura não foi acompanhada de uma transformação na base de financiamento do sistema. Quando a Previdência é estendida ao setor informal, por exemplo, não há garantia de ampliação da base financeira na mesma proporção, uma vez que embora seja obrigatória a contribuição, não há fiscalização suficiente. O modelo tende à universalização enquanto a contribuição com base na folha salarial tende à retração.

A conjugação de diferentes fatores como: a expansão do atendimento médico a partir de um modelo assistencial altamente oneroso, sem a alteração correspondente na base de financiamento; uma forma de pagamento ao setor privado que possibilita não só o reforço de procedimentos especializados de alto custo, mas também as fraudes; a dificuldade de controle financeiro advinda da própria estrutura desordenada do sistema; a crise econômica que se instala no país aliada a uma crise mais ampla de âmbito internacional, culminam na chamada crise da Previdência da década de 80.

A resposta do Ministério da Previdência à crise é simultaneamente política e técnica, ao constituir uma instância decisória em nível da burocracia, composta por representantes governamentais, entidades patronais e dos trabalhadores, e que tem como um de seus objetivos propor estratégias para enfrentar crise. Esse conselho (Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária - CONASP) constitui, pela própria composição mista (governo/sociedade), um espaço de

confluência de projetos de diferentes atores sociais envolvidos com o setor saúde. O plano que então é formulado, com objetivo de traçar as estratégias de reorientação da assistência à saúde no âmbito previdenciário, agrega princípios que reatualizam propostas já antes defendidas por diferentes setores, tanto estatais como societários.

Por um lado formulam-se estratégias voltadas fundamentalmente para a racionalização de gastos, apresentadas por técnicos ao interior da burocracia previdenciária. Por outro, definem-se propostas de reordenação do modelo de atenção à saúde, que encontravam eco em alguns segmentos da burocracia estatal, bem como propostas de democratização do sistema, veiculadas por setores societários ligados aos profissionais de saúde.

No plano do financiamento e gestão, são introduzidos mecanismos de controle e redução de custos; critérios para novos credenciamentos do setor privado; mecanismos de planejamento descentralizado; de participação social; orçamentação integrada entre os diferentes níveis de governo; e repasse de recursos federais para os estados e municípios para a recuperação de sua capacidade física instalada.

A transferência progressiva da prestação de serviços para os estados e posteriormente aos municípios foi um dos objetivos centrais das estratégias de reestruturação do Sistema. As instituições federais no âmbito da Previdência, antes responsáveis pela prestação de serviços, teriam então sua função redefinida, passando a constituir-se em instâncias de planejamento normativo e co-financiamento do sistema.

Em realidade, o nível federal ainda manteve o controle, uma vez que permanecia como financiador, repassando recursos segundo o cumprimento de metas pelos estados e municípios. Por outro lado, se expande também para o interior do setor público a lógica de compra de serviços.

No campo da provisão e organização de serviços, uma das medidas foi a ativação de hospitais próprios da previdência. Também foram atualizados os princípios para a

reestruturação da atenção, como os de regionalização e hierarquização de serviços, e a integração de ações curativas e preventivas.

Esses princípios reavivavam projetos formulados desde a década de 70 por grupos de técnicos da burocracia estatal, críticos ao modelo assistencial. Baseados em propostas como a da medicina comunitária, esses projetos apontavam para a reversão do modelo assistencial curativo e especializado e para expansão da oferta de serviços básicos descentralizados. Obviamente, projetos como estes encontravam forte resistência na burocracia previdenciária articulada a segmentos do setor privado, a quem não interessava a mudança do modelo centrado na atenção curativa e hospitalar. Entre os projetos mais eficientes na elaboração e implementação de uma proposta alternativa e democrática de organização da atenção foi o de Montes Claros, considerado como um importante laboratório da reforma sanitária (Fleury, 1994).

Também, o Ministério da Saúde desenvolveu programas de extensão de cobertura através de serviços básicos, mas se mantiveram sob caráter experimental, implementados apenas em alguns municípios ou regiões específicas do país. Ainda que sob a condição de projetos pilotos, contribuíram para fortalecer esse tipo de proposta ao interior da burocracia estatal, assim como para ampliar o quantitativo de unidades da rede ambulatorial pública.

O conjunto de medidas adotadas durante a década de 80 demonstra a existência de diferentes projetos de reorganização do sistema de atenção à saúde. Projetos que, por vezes, se complementavam e por outras eram mesmo contraditórios. Embora o objetivo maior fosse o controle de despesas para enfrentar a crise financeira, as medidas foram acompanhadas de um forte componente de democratização do sistema. E isso se deveu, em grande parte, à ação, ao interior da burocracia estatal, de pessoas que defendiam a reorganização do sistema, e que viriam a formar parte do chamado movimento sanitário, formado por intelectuais e profissionais ligados à área da saúde, militantes de partidos de esquerda, que seriam o ator social central na reforma sanitária².

² Para conhecimento da constituição e características do movimento sanitário ver Escorel, 1999.

A crise favorece as críticas ao conjunto do sistema de saúde também no nível da sociedade civil, de onde surgem propostas alternativas para a atenção à saúde. Num contexto de esgotamento político do regime autoritário, a democratização renasce como eixo mobilizador da luta pela reestruturação da sociedade brasileira. Nessa conjuntura de mobilização política, são igualmente recolocadas várias demandas sociais acumuladas, não atendidas no período autoritário; dentre elas a atenção à saúde.

A associação entre democracia e saúde é estratégia central no projeto do movimento sanitário. Uma atenção à saúde efetiva dependia de um sistema de saúde democrático, viável somente em um regime democrático. O movimento tem, assim, como princípios o reconhecimento da saúde como direito universal a ser garantido pelo Estado através de um sistema de saúde universal e equânime.

Para alcançar esses princípios, o movimento adota uma estratégia política que incluía duas frentes: a organização social pela defesa desses princípios e a reforma da organização do sistema desde dentro do aparato institucional do setor. É nessa última frente que as propostas do movimento encontrarão as medidas racionalizadoras de saneamento do sistema adotadas pela previdência durante a década de 80 e que farão do aparato institucional do Estado autoritário uma arena de formulação e implementação da reforma sanitária.

As propostas do movimento sanitário para a reorganização do sistema visavam a: reestruturação do financiamento para ampliar a base de recursos para além da folha salarial; reorientação das relações entre o setor público e privado para reverter o processo de privatização e instituir formas de controle público sobre o setor privado; uma maior autonomia decisória e financeira para estados e municípios; e constituição de instâncias de participação social na formulação e execução das políticas. Essas propostas passam a fazer parte da agenda de discussões da burocracia previdenciária, o que permite que as medidas racionalizadoras venham acompanhadas de um importante componente de democratização do sistema.

A PROPOSTA DE REFORMA

Tanto as políticas adotadas para superar a crise da previdência social quanto o intenso movimento social em saúde da década de 80 são variáveis fundamentais no processo da reforma. Contudo, é na 8^a Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que a reforma se traduz pela primeira vez em uma política *strictu sensu*.

A 8^a Conferência Nacional de Saúde reuniu em todo o seu processo de organização e desenvolvimento representantes das principais instituições que atuam no setor, além de representantes da sociedade civil, grupos de profissionais e partidos políticos. Essa ampla participação a distinguiu das Conferências anteriores e fez dela um marco no processo de reforma sanitária. Em seu documento final, são consolidados os princípios e propostas da reforma, que seriam posteriormente apresentados e defendidos pelo movimento sanitário junto à Assembléia Nacional Constituinte, responsável pela elaboração da Constituição a ser promulgada em 1988.

O relatório final da 8^a Conferência Nacional de Saúde (CNS) define saúde como resultante de um conjunto de condições como qualidade de vida, lazer, saneamento, transporte, trabalho etc. Considera, assim, que as transformações no setor deveriam transcender os limites de uma reforma administrativa. Para atender a essa perspectiva, dever-se-ia construir um sistema baseado nos princípios de universalidade, integralidade das ações, descentralização, regionalização, hierarquização, política integrada de recursos humanos e participação popular. Esse sistema deveria ter comando único no âmbito do Ministério da Saúde e não mais dividir as ações com o Ministério da Previdência e Assistência Social, que deveria se encarregar apenas dos benefícios de prestação continuada.

A CNS já ocorre com o primeiro governo civil (governo Tancredo Neves) e o fim da ditadura militar em 1985. Especialistas articulados ao movimento sanitário de saúde assumem cargos-chave na burocracia previdenciária e medidas institucionais são tomadas já com importante teor reformista. A etapa mais significativa seria a constituição dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), implantados em 1987, que reforçam a estratégia de descentralização da prestação

de serviços para os estados e posteriormente aos municípios que reunissem condições para tal. Há, nesse período, um avanço mais significativo na transferência da capacidade física e de recursos humanos do governo Federal para os governos estaduais, acompanhada de transferência financeira. Essa delegação de competências favorece a reintegração dos sistemas públicos estaduais e municipais à prestação de serviços de saúde.

A reforma sanitária encontra sua definição legal na Constituição de 1988. Chamada de "Constituição cidadã", por definir ganhos significativos em termos de direitos sociais, reconhecerá, pela primeira vez, a saúde como direito de todos os cidadãos e dever do Estado. Nela são formalizadas as principais diretrizes da 8ª Conferência, impondo uma mudança radical na ação do Estado para o setor.

As diretrizes centrais da reforma na Constituição são:

- *Saúde como Direito de Cidadania*

Todo cidadão brasileiro passa a ter direito à assistência a saúde, sendo a prestação desses serviços um dever do Estado. A saúde é, portanto, definida como atividade de relevância pública.

- *Equidade*

O acesso aos serviços de saúde prestados pelo sistema público é igualitário a todo cidadão, sem discriminação de qualquer ordem.

- *Saúde como Componente da Seguridade Social*

O setor saúde passa a integrar o Sistema de Seguridade Social, que compreende "um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade destinados a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência" (Constituição Federal, art.194, 1988). A correspondência dessa concepção, no plano do financiamento, aponta para a constituição de um Orçamento Único e Integrado - o Orçamento da Seguridade Social -, assegurando a cada área a autonomia na gestão de seus recursos; e, como disposição transitória, a garantia da destinação mínima de 30% para a saúde. O Orçamento da Seguridade é composto por uma diversidade de fontes financeiras referentes a: arrecadação fiscal; contribuições

sociais, dentre elas a contribuição sobre faturamento; e lucro e contribuições de empregados e empregadores a partir de percentual que incide sobre a folha salarial.

- *Sistema Público com Comando Único*

Criação de um sistema único de saúde responsável pelo conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público. O setor privado pode participar do sistema em caráter complementar, através de contrato de direito público. É prerrogativa do poder público a regulamentação, controle e fiscalização dos prestadores de serviços. O comando do sistema cabe ao Ministério da Saúde e as ações médico - assistenciais saem do âmbito previdenciário e são a ele incorporadas, superando a dicotomia institucional que anteriormente caracterizava o setor.

- *Integralidade das Ações de Saúde e Hierarquização do Atendimento*

De acordo com o texto constitucional, a saúde deve ser garantida mediante políticas econômicas e sociais, considerando os fatores determinantes do processo saúde - doença. O Sistema Único de Saúde deve organizar-se de forma a prestar um atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo da assistência em outros níveis. Portanto, as ações de promoção, prevenção e recuperação devem ser articuladas, tendo o perfil epidemiológico da população como base para o estabelecimento de prioridades.

A estrutura de prestação de serviços deve ser ordenada de forma hierarquizada em níveis de complexidade crescentes, assegurando à população o acesso universal a todos os graus de atenção. A hierarquização é operacionalizada através de mecanismos de referência e contra-referência, do nível de menor para o de maior complexidade de atendimento, garantindo o retorno do paciente ao serviço de origem.

- *Controle Social e Participação Popular*

São constituídos Conselhos de saúde em nível Federal Estadual e Municipal de composição paritária entre representantes de usuários do sistema, profissionais e

gestores enquanto canais de democratização do processo de formulação e implementação das políticas de saúde. As Conferências de Saúde (de âmbito Nacional, estadual e municipal) também constituem espaços de participação social, com formulação de propostas para o setor sendo realizadas com periodicidade definida. Essas instâncias assumem funções que eram de atribuição exclusiva do poder executivo, tais como decisões quanto à alocação de recursos, fiscalização e regulamentação (Fleury, 1994).

• *Descentralização e Regionalização*

A descentralização constitui eixo fundamental da reforma, uma vez que redimensiona as atribuições próprias a cada esfera de governo. A provisão de serviços passa a ser de responsabilidade dos governos municipais, com assistência financeira da União e dos Estados. O sistema deve ser unificado em rede, ou seja, interligado em serviços pertencentes às diferentes esferas de governo, que atendam aos pacientes de forma referenciada e de acordo com o nível de complexidade exigido.

A disposição do sistema numa rede hierarquizada e regionalizada impôs a constituição de fóruns de gestores pertencentes a diferentes níveis de governo, fortalecendo o papel dos gestores municipais, que ganham relevância nesse processo. São formadas, assim, Comissões tripartites compostas por gestores federais, estaduais e municipais e comissões bipartites, por gestores estaduais e conjunto de gestores municipais.

A incorporação desses princípios na Constituição foi obviamente precedida por intensas disputas políticas. O Congresso Nacional, mesmo antes do processo constituinte, já representava uma arena crucial de debates para o setor, em especial através da Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, onde o movimento sanitário conquistou espaço para apresentação e discussão de propostas não hegemônicas (Neto, 1997). Essas disputas se acirraram no processo constituinte, já que a Constituição iria supostamente redefinir as prioridades nacionais após muitos anos de autoritarismo.

Os conflitos entre os diferentes atores na área de saúde estavam já bem definidos desde a 8ª Conferência, da qual não participaram representantes importantes do setor privado. A estatização total dos serviços foi proposta no evento, tendo encontrado forte resistência mesmo de setores favoráveis à reorganização do sistema, como a corporação médica (Lobato, 1994). A partir da 8ª Conferência, os atores procuraram fortalecer suas posições e garantir seus interesses frente às proposições já claras dos interesses adversários. A Comissão Nacional de Reforma Sanitária, estabelecida após a 8ª CNS para a sistematização das propostas e, mais ainda, o Congresso Constituinte, foram arenas centrais dessas proposições, que variavam principalmente em torno ao papel do Estado na prestação da assistência.

De forma geral, podem-se identificar três grandes setores e projetos que se confrontaram, e que, por sua vez, obviamente continham grupos diversos ao seu interior (Neto, 1997):

- um setor composto por sindicatos, associações profissionais, conselhos federais e entidades ligadas ao “movimento sanitário” que defendiam o projeto de reforma definido na 8ª CNS.
- entidades ligadas à prática liberal da iniciativa privada que tinham como proposta comum a reação contrária a qualquer perspectiva estatizante mas que se distinguem uma das outras dependendo dos interesses particulares de seus subsetores. Ao setor privado contratado pelo estado interessava a preservação de uma estrutura estatal de prestação de serviços, sem subordinação técnico-administrativa ao Estado e com aumento das receitas públicas. Ao setor privado voluntário interessava a privatização do sistema e total independência do Estado, com a garantia de captação de recursos sem intermediação estatal.
- a representação máxima da burocracia estatal, expressa nas propostas apresentadas pelos ministros da Saúde e Previdência e voltada para garantias particulares de seus ministérios.

As diretrizes constitucionais, em larga medida, expressaram os conflitos existentes, em especial as medidas deixadas para a legislação regulamentar. Assim, os interesses não atendidos na Constituição retornariam na implementação da reforma.

A IMPLEMENTAÇÃO DA REFORMA

O componente jurídico-legal da Reforma Sanitária brasileira está fundamentado na prerrogativa pública de normatização, fiscalização e controle das ações relativas às condições de saúde. É composto pela Constituição Federal de 1988, a Lei Orgânica da Saúde (Leis 8080/90 e 8142/90), as constituições estaduais (1989) e as leis orgânicas municipais (1990). A Lei Orgânica da Saúde (Leis 8080/90 e 8142/90)³ contém as atribuições e principais diretrizes organizacionais do Sistema Único de Saúde - SUS que, com a Constituição, passa a denominar o conjunto de ações e serviços de saúde prestados pelo poder público em todo o território nacional. A operacionalização do Sistema Único de Saúde é orientada pelas Normas Operacionais Básicas (NOBs), editadas pelo Ministério da Saúde em 1991, 1992, 1993 e 1996.

A regulamentação dos princípios constitucionais refletiu desde o início os conflitos surgidos no processo constituinte. Em se tratando de legislação com maior detalhamento, as negociações foram ainda mais difíceis, o que levou à permanência de indefinições e mesmo ambigüidades. Entre elas, destaca-se a indefinição do papel e responsabilidades dos diferentes níveis de governo. A Lei Orgânica – 8142/1990 dispõe sobre as transferências de recursos do governo federal, mas permanece indefinida quanto às responsabilidades das diferentes agências e níveis governamentais, o que cria superposição de algumas ações e hiatos em outras.

Outra limitação importante foi a legislação se restringir quase totalmente ao setor público próprio. Nem a Constituição de 1988 nem a Lei Orgânica da Saúde incluem dispositivos reguladores do setor privado, ainda que reconheçam a prerrogativa pública na fiscalização e controle das ações de saúde. Por outro lado, o SUS se restringe às atividades dos órgãos e instituições públicas ou contratadas pelo setor público. O setor privado voluntário fica, assim, restrito à regulação de suas instituições mantenedoras ou, no caso das empresas comerciais e seguradoras, à

³ As duas leis são complementares. A segunda foi editada para recuperar os vetos do então presidente Fernando Collor à primeira delas.

regulação do Ministério da Fazenda, através da Superintendência de Seguros Privados – SUSEP ou do Ministério da Previdência Social, no caso das entidades fechadas de previdência e assistência.

A implementação da reforma sofreu oscilações importantes desde a Constituição, decorrentes de conjunturas políticas diversas. São elas: o período de 1990 a 1992, imediatamente após a institucionalização do SUS na Constituição Federal, com o primeiro governo eleito após a ditadura militar; de 1993 a 1995, onde há uma reordenação governamental diante da deposição presidencial; o período entre 1995 e 1997, com a posse do primeiro governo do presidente Fernando Henrique Cardoso; e a partir de 1998, período identificado pela entrada do atual ministro José Serra na pasta da saúde.

A primeira conjuntura se caracteriza pela dissociação entre a proposta da reforma e o projeto de governo do então presidente Fernando Collor. O novo governo assume como eixo da política econômica o ajuste estrutural baseado na diminuição do papel e intervenção do Estado e no favorecimento da iniciativa privada. Assim, enquanto a reforma sanitária tem uma proposta nitidamente estatizante, o projeto do governo tem uma perspectiva fundamentalmente liberal-privatista.

Essa conjuntura “desfavorável” à reforma gerou conflitos importantes na regulamentação dos princípios constitucionais pela Lei Orgânica da Saúde. Foram vetados vários artigos da Lei 8080, entre eles os que orientavam para a descentralização e a participação da comunidade. O repasse automático de recursos federais para os municípios, peça chave da descentralização, também foi vetado, mantendo-se o mecanismo de convênio, o que contribuiu para a lentidão do processo de descentralização. Também não se efetivou neste período, como previsto, a extinção do INAMPS, medida fundamental para a constituição de um sistema com comando único.

A Lei 8142 reintroduz os mecanismos vetados na Lei anterior. O INAMPS passa para o comando do Ministério da Saúde, mas em processo bastante conflituoso, dadas as resistências da tecnoburocracia previdenciária, do empresariado hospitalar e de políticos dependentes da estrutura da instituição. Mesmo assim, é ainda com o

INAMPS que se inicia de fato o SUS, com a implantação do Sistema de Informações Hospitalares – SIH/SUS e do Sistema de Informações Ambulatoriais – SAI/SUS e o credenciamento universal dos serviços públicos como provedores de serviços contra pagamento de serviços prestados, sem a necessidade de contrato ou convênio com o órgão federal (Carvalho, 1997).

A partir de 1993, a implementação do SUS toma novos rumos. O INAMPS é extinto e o processo de descentralização assume novo formato. O Ministério da Saúde assume mais claramente a defesa do SUS. Em documento elaborado ao seu interior (Ministério da Saúde, 1993), critica abertamente a carência de recursos financeiros que, junto à má gestão do sistema, são apontados como os principais problemas do Sistema. O documento indica as linhas mestras da gestão descentralizada e pactuada entre as três esferas de governo. A partir dele é publicada nova Norma Operacional Básica - NOB 93, que representará um importante impulso para a efetivação da reforma.

Com a promulgação da Norma Operacional Básica - NOB 93 - do SUS, o Ministério da Saúde regulamenta o processo de descentralização da gestão das ações e dos serviços de saúde. Nesse documento, ficam estabelecidas a gradualidade e a flexibilidade do processo de descentralização, liberdade de adesão das unidades federadas em termos da condição de gestão que lhes fosse conveniente.

Definem-se as atribuições dos diferentes níveis de governo, cabendo ao nível federal a formulação de políticas nacionais e a regulamentação do SUS no âmbito nacional, a cooperação técnica e financeira a estados e aos municípios, a regulação das relações público/privado e da atividade privada, entre outras. Aos estados cabe o planejamento no nível estadual, visando a regionalização e hierarquização da rede, além da supervisão e da cooperação técnica e financeira aos municípios, dentre outras atribuições. Aos municípios são atribuídas a provisão e prestação das ações e dos serviços de saúde e o planejamento da saúde no âmbito municipal (Ministério da Saúde, 1993).

No plano da gestão do sistema, são instituídas as Comissões Intergestoras Bipartites (CIBs) – compostas por representantes dos executivos estadual e

municipais - e a Comissão Intergestora Tripartite (CIT) – constituída por representantes dos executivos federal, estaduais e municipais. Enquanto fóruns de negociação, têm como atribuição avaliar e acompanhar a inclusão dos municípios nas distintas situações de gestão e pactuar a distribuição de recursos.

São previstas nessa NOB três condições de gestão: a incipiente, a parcial e a semiplena, que variam de acordo com a responsabilidade conferida ao município sobre a gestão da prestação de serviços, incluindo o credenciamento, o controle e a avaliação do setor privado e o gerenciamento da rede. Todas as condições de gestão são consideradas transicionais para o nível máximo ou situação “desejada”, onde o município assume o conjunto das responsabilidades a ele conferidas no sistema, recebendo recursos do nível federal, mas não mais com base em serviços prestados, e sim via repasse global e automático (Ministério da Saúde, 1993).

Além das comissões intergestoras, os Conselhos de Saúde nos três níveis de governo, instituídos pela Lei Orgânica mas até então com baixa institucionalidade, se fortalecem no processo de implementação da política de saúde. Com representação paritária pelo governo, provedores e profissionais, de um lado, e pelos usuários do SUS, de outro, funcionariam, contudo, de forma diferenciada nos vários municípios e estados. Embora tenham a atribuição legal de dirigir o sistema junto ao executivo, sua legitimidade depende de sua própria constituição e principalmente da relação política que estabeleçam com os governos eleitos. O Conselho Nacional de Saúde tem sido, sem dúvida, o mais atuante, em especial na análise e deliberação sobre os projetos apresentados pelo executivo federal, caracterizando-se por forte densidade técnico-normativa.

De igual modo, o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde, (CONASEMS) intensificam sua participação na gestão nacional do SUS através de representatividade nas Comissões Intergestoras Tripartite e Bipartites. Os conselhos são entidades civis que adquirem status público ao integrarem como membros natos o Conselho Nacional de Saúde e as comissões intergestoras. Sua atuação demonstraria o alcance da transformação na estrutura de poder do sistema, já que incorpora membros de governo, eleitos diretamente, em instâncias de deliberação e gestão

setorial baseadas em mecanismos democráticos totalmente diversos dos praticados historicamente pelos governos locais.

Apesar da permanência do problema financeiro (embora com um ligeiro aumento dos recursos em 94), com a NOB 93 diversos municípios aderem à condição semi-plena de gestão, fortalecendo sua autonomia na direção dos sistemas locais. Vários deles começam a aproximar a administração dos serviços das necessidades de suas populações, introduzindo formas inovadoras de atenção, como médicos de família e agentes de saúde, e investindo na rede primária. Também, passam a exercer melhor controle sobre o setor privado prestador de serviços. A terceirização de serviços intermediários e, principalmente, a gestão autônoma das unidades, embora medidas polêmicas diante da carência de recursos, levam a questão da eficiência para dentro dos serviços de saúde.

A edição da NOB 93 como impulsionadora do processo de reorganização do sistema de serviços naquele momento reforça o argumento da prioridade institucional da reforma. A centralidade dada à transformação interna do aparato estatal do setor poderia explicar, em parte, o engessamento da estrutura política setorial durante o governo Collor. Por outro lado, essa própria centralidade favoreceu, nesse e em outros momentos, um ritmo de mudanças pouco comum a estratégias não hegemônicas na história das políticas sociais no Brasil. E isso se deveu, sem dúvida, a conflitos intensos ao interior da arena institucional setorial. A defesa do SUS naquele momento parece ter sido fundamental para o divórcio do Ministério da Saúde e a equipe econômica do governo de então e dos subsequentes.

Não tanto a defesa do SUS, mas a própria sobrevivência do Ministério, indicaria um outro divórcio, agora do Ministério e a Previdência Social. A noção de seguridade prevista na Constituição requeria unidade institucional e orçamentária a ser pactuada entre as três áreas (previdência, saúde e assistência), o que jamais ocorreu. A especialização de fontes, embora ferindo o preceito constitucional, havia sido a solução encontrada para financiar saúde e assistência. À saúde caberiam os recursos do Finsocial, que, contudo, encontravam-se sub-júdice, diante da alegação de bi-tributação. A suspensão do repasse ao Ministério da Saúde de parte do

Orçamento da Seguridade Social no mesmo ano de 1993 agravaria a crise financeira, iniciando o rompimento de fato do princípio da seguridade social.

As medidas tomadas pela NOB 93 não poderiam alterar a já caótica situação da rede hospitalar. Para manter precariamente o equilíbrio das contas, a média dos valores pagos pelos serviços prestados vinha sendo constantemente reduzida, com impactos significativos na qualidade da prestação dos serviços. A queda de rentabilidade pelos baixos valores pagos pelo SUS faz com que um percentual não desprezível de estabelecimentos privados (provedores majoritários do SUS) se descredenciem dos procedimentos de alto custo. Permanecem ligados ao setor público os estabelecimentos que não conseguiram se modernizar. Por outro lado, há um descredenciamento informal, onde os estabelecimentos mantêm os contratos mas não os cumprem (Mendes, 1993).

A eleição e posse do governo do presidente Fernando Henrique Cardoso traz um novo período de retração ao processo de implementação da reforma. A agenda de reformas voltada à privatização e redução do aparato estatal do novo governo é muito mais elaborada que aquela do governo Collor, trazendo instabilidade à arena setorial. O SUS sofre de forma ainda mais drástica com as restrições financeiras.

O descompasso entre o Ministério e o governo pode ser identificado no “Plano de Ação do Ministério da Saúde 1995-1999” (Brasil, 1995a). Com diagnóstico bastante adequado sobre o setor, o documento aponta 05 condições básicas para a solução dos problemas do sistema, entre as quais “a definição de fontes estáveis e suficientes de recursos, bem como o estabelecimento de mecanismos que assegurem a regularidade no desembolso financeiro do Tesouro Nacional para o Fundo Nacional de Saúde” e a “recuperação, o reequipamento e a readequação das unidades prestadoras de serviços do SUS”.

A discussão sobre recursos próprios para o SUS não encontra nenhum eco na equipe econômica, embora desde 1993 houvesse propostas no Congresso para a vinculação de recursos à saúde (a Proposta de Emenda Constitucional 169). Ao contrário, a posição hegemônica no governo é de que os problemas da área de saúde decorrem da má gestão. Os empresários privados aderem a essa tese e

defendem o estímulo à oferta de serviços privados aos setores com capacidade de compra, deixando ao SUS o atendimento aos mais pobres com racionalização e eficiência. O momento é também propício à proposta de entrada do capital internacional na oferta de serviços.

O setor público sofre duras críticas, com a mídia denunciando diariamente fraudes e irregularidades no sistema. Embora de forma difusa, e decorrente do peso dos recursos exigidos, surgem declarações a favor do fim da universalidade, condizente com o novo modelo de intervenção estatal. Essas idéias jamais chegaram a se constituir em propostas concretas, a não ser de maneira sub-reptícia na proposta de emenda constitucional da seguridade social, onde a garantia do direito à saúde passaria à legislação ordinária (Fleury, 1995), que, diante das duras críticas recebidas dos diversos setores ligados à área, não encontrou espaço para aprovação.

Outra proposta de mudança nos fundamentos do SUS surge do próprio Ministério da Saúde junto ao Ministério da Administração de Reforma do Estado (Brasil, 1996a), contradizendo o plano de ação então recém lançado. O documento propunha a separação das ações básicas das hospitalares; as primeiras, a cargo dos municípios e as últimas, do Ministério da Saúde. Pela evidente recuperação de um modelo já comprovadamente oneroso e falido, motivo de criação de um sistema único e descentralizado, a proposta não foi adiante. Continha também o documento a proposta de transformação dos hospitais públicos em organizações sociais de caráter privado, como forma de estimular a eficiência e a competitividade, o que gerou intensa polêmica e críticas por parte dos setores defensores do SUS.

A proposta respondia à estratégia contida no Plano Diretor da Reforma do Aparelho Estado elaborado pelo Ministério da Administração e Reforma do Estado (Brasil, 1995c) que especificamente colocava a área de saúde como propícia para a aplicação das chamadas parcerias com o Estado. Esse Plano consubstancia a estratégia governamental de reforma da administração pública e baseia-se na distinção entre áreas prioritárias e não prioritárias para o controle estatal. Nele, a saúde não é considerada área exclusiva ou estratégica de Estado, portanto não

prioritária, podendo sua gestão ser desempenhada com mais eficiência por instituições não estatais.

O peso de um ideário defensor da participação da iniciativa privada nas atividades tradicionalmente públicas já havia gerado, mesmo antes da edição da medida provisória que instituiu as organizações sociais (Medida Provisória nº 1591-1 de 11/97), a criação de um modelo de atenção terceirizado na cidade de São Paulo. Posteriormente, os estados do Rio de Janeiro, Tocantins, Roraima e Bahia terceirizaram, com características e abrangência diferenciadas, a gestão de serviços de saúde (Brasil, 1998). Mesmo consideradas ilegais por parecer do Ministério Público Federal (Brasil, 1998), foram todas mantidas, com exceção à do Rio de Janeiro, recentemente suspensa pelo governo estadual.

Várias outras iniciativas isoladas de terceirização dos serviços seriam adotadas em unidades ou localidades a partir de então. A exceção da experiência de São Paulo (Cedec, 1996), não há estudos conclusivos sobre essas modalidades, em especial seus efeitos. Contudo, há inúmeras críticas a elas. Além da crítica de utilização de recursos públicos (materiais e financeiros) para fins privados, há denúncias sobre a seleção e recusa de pacientes, rotatividade intensa de profissionais sem vínculo empregatício e com baixa qualificação.

No ano de 1995, a incerteza sobre o financiamento leva o então Ministro Adib Jatene a dirigir toda sua atuação para a aprovação de uma contribuição específica para o setor, a Contribuição sobre Movimentação Financeira – CPMF. A proposta gerou intensa polêmica na arena setorial, no governo e mesmo na sociedade, tomando quase dois anos de discussão. Embora originada no próprio Conselho Nacional de Saúde (Carvalho, 1999), tinha a oposição de importantes atores do próprio movimento sanitário, assim como de parlamentares de esquerda defensores do SUS.

Embora sem o apoio da equipe econômica, a contribuição é aprovada em 1996 e passa a vigorar em janeiro de 1997. Prevista para complementar os recursos do setor, o que de fato ocorreu foi que, ao repassar o recolhimento da Contribuição, o governo reduziu o repasse de outras fontes. Também, ao contrário do previsto, o

governo debitou o referente a 20% para o Fundo de Estabilização Fiscal (Carvalho, 1999).

A indefinição setorial pode ser identificada ainda por outro documento lançado pelo Ministério da Saúde em março de 1997 (Brasil, 1997a), já sob a gestão de Carlos César Albuquerque. Intitulado “O Ano da Saúde no Brasil”, o documento aponta uma série de diretrizes não adotadas de fato, entre elas, o aumento para R\$191,00/capita dos gastos com saúde para 98.

A medida mais importante tomada então seria a publicação, em julho de 1996, de nova Norma Operacional Básica (Brasil, 1996b), que, contudo, só seria implementada ao final de 1997.

A implantação da NOB-96 e a posse de um novo ministro, José Serra, identificam uma nova conjuntura setorial e novo impulso à implantação do SUS. A nova norma, amplamente discutida nas instâncias de gestão do sistema, tem como principal resultado a alteração da concepção de repasse de recursos prevalente até então, baseada nos serviços produzidos. Institui-se o Piso de Atenção Básica - PAB, que é a transferência fundo a fundo (portanto direta e automática) para municípios de um montante de recursos correspondente a dez reais por habitante/ano, repassados por duodécimos (mensalmente) e destinados ao financiamento de ações básicas de saúde. Recursos adicionais são repassados para os municípios que implantem programas específicos de atenção, o Programa de Agentes Comunitários de saúde – PACs e o Programa de Saúde da Família – PSF. Institui, também, acréscimos de recursos para programas de assistência farmacêutica e vigilância sanitária e epidemiológica, estimulando a descentralização em áreas ainda bastante centralizadas.

Os municípios passam a se habilitar em apenas duas condições de gestão: a gestão plena da atenção básica e a gestão plena do sistema municipal, ficando os municípios que não se incluam nessas duas possibilidades como prestadores de serviço ao SUS, cabendo sua gerência ao nível estadual. Na primeira condição, o município recebe recursos e se responsabiliza pelas ações de atenção primária; na

segunda condição recebe recursos e se responsabiliza pelo conjunto das ações de saúde.

A NOB 96 estimula uma maior equidade na distribuição de recursos, na medida em que o repasse deixa de estar condicionado à capacidade de produção de serviços dos municípios, o que fazia com que aqueles com maior capacidade instalada concentrassem a maior parte dos recursos federais, impedindo os municípios menores (a grande maioria) de alterarem sua situação de atenção à saúde (Giovanella & Carvalho, 1998). Por outro lado, favorece a reordenação do modelo de atenção ao estimular ações básicas e permitir ao município usar os recursos de acordo com as necessidades de suas populações. Como consequência, possibilita uma gestão mais eficiente, com maior controle social. Com ela, cresce também a prestação compartilhada de serviços entre municípios de uma mesma região, através dos consórcios municipais.

Com a NOB 96, são fortalecidas as instâncias de gestão e, conseqüentemente, a descentralização. É fortalecida a função das comissões intergestoras como instrumentos-chave da integração e harmonização dos papéis desempenhados pelos subsistemas municipais, estaduais e federal. Também, os conselhos municipais passam a ter mais destaque, na medida em que a maior autonomia dos municípios requer o conhecimento das demandas municipais e incentiva atividades junto às comunidades, o que requer a parceria com as lideranças locais.

Para o padrão brasileiro de gestão de sistema de assistência à saúde, a NOB 96 pode ser considerada revolucionária e sua implantação um sucesso. Contudo, ela não garante por si só o processo da descentralização, dependente muito mais das negociações políticas entre as esferas de governo. Tampouco, obviamente, supera problemas estruturais, em especial o baixo financiamento. Esse problema voltou recentemente a ser discutido no Congresso Nacional, tendo a Câmara dos Deputados aprovado Emenda Constitucional que vincula recursos da União, estados e municípios para o setor. Se referendada pelo Senado, a emenda ao menos favorece a estabilidade orçamentária para os próximos anos, embora não garanta aumento de recursos.

Os avanços alcançados podem em grande parte ser creditados ao papel desempenhado pelo atual ministro. Este tem, também, conhecidas divergências com a equipe econômica, mas, diferentemente de seus antecessores, é peça chave do governo, além de gozar de alto prestígio político e social. Assume com a clara função de alterar o baixo desempenho do governo na área social, o que também auxilia possíveis projetos pessoais e/ou partidários de poder. Sua gestão é, sem dúvida, a que mais visibilidade dá ao SUS e provavelmente a primeira a conseguir superar a idéia presente na sociedade de que o SUS é um sistema caótico e sem solução. Embora bastante apoiado até aqui, recentemente tem tido choques com as instâncias gestoras, em especial o Conselho Nacional de Saúde e o Conselho de Secretários Municipais, por iniciativas que ferem o princípio básico da autonomia municipal, entre elas a exigência de vinculação de recursos a programas específicos.

Além da NOB 96, destaca-se no período a regulamentação dos planos privados de saúde e a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

A regulamentação dos planos e seguros privados de saúde foi aprovada no Congresso Nacional após sete anos de tramitação. O crescimento expressivo do setor havia sido estimulado tanto pela deficiências do setor público quanto pelos subsídios governamentais, dada a possibilidade de dedução, do imposto sobre a renda, do valor pago a esses serviços. As restrições ao atendimento e os aumentos sucessivos nos preços geraram constantes denúncias na mídia e nos órgãos de defesa de consumidores, levando à reabertura da discussão sobre a regulamentação.

Após meses de intenso debate, a Lei 9656, de junho de 1998, prevê a mudança no conteúdo e alcance das coberturas oferecidas pelas empresas. Passa a ser obrigatória a oferta de planos diferenciados para o atendimento a necessidades distintas dos usuários. Entre eles, um plano de referência com cobertura de todas as doenças registradas pela Organização Mundial de Saúde. Aspectos cruciais são a proibição de limitação de tempo de internação e o estabelecimento de regras para aumento de preços, em especial de diferenciais para distintas faixas de idade. Outro aspecto importante foi a definição dos casos referentes a doenças pré-existentes,

um dos mais polêmicos na negociação. Embora tenha sido ao final aceito o não atendimento para estes casos, as doenças devem estar claramente definidas e sua inclusão pode ser negociada entre empresa e usuários. Fundamental é que o ônus da prova para casos não definidos em contrato cabe às empresas e não ao usuário. Afora as medidas tomadas para proteção aos usuários desse setor voluntário, destaca-se a obrigatoriedade, ainda não efetivada, de ressarcimento ao SUS dos gastos com beneficiários de seguros e planos.

Do ponto de vista da estrutura do sistema de saúde, a grande mudança que trouxe a regulamentação foi sem dúvida o papel do Ministério da Saúde na regulação das empresas e planos privados. Cabe agora ao Ministério o poder regulamentador sobre o setor, papel antes desempenhado pelo Ministério da Fazenda através da Superintendência de Seguros Privados – SUSEP e que se limitava ao controle de preços e equilíbrio financeiro das seguradoras. Contudo, a regulamentação não será exercida pela estrutura do Sistema Único de Saúde ou mesmo do Ministério da Saúde, mas sim por uma agência recém-criada especificamente para este fim, a Agência Nacional de Saúde Suplementar.

A criação de agência reguladora independente foi também adotada no caso da vigilância sanitária, com a criação, neste ano de 1999 (Lei 9782), da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, autarquia que substitui a Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária. Diferentemente dos planos e seguros, sobre os quais não havia nenhuma interferência do SUS, no caso da vigilância está definida a competência das diferentes esferas de governo, assim como prevista e iniciada a descentralização das ações. Embora as atividades da Agência tenham se dirigido principalmente à área de controle da produção e comercialização de medicamentos, em especial com a recente regulamentação de lei sobre medicamentos genéricos (Lei 9787), não se pode afirmar que sua atuação não venha a gerar ou aprofundar problemas de superposição de atividades ou conflitos de competência.

TENSÕES NO PROCESSO DA REFORMA

O alcance dos princípios centrais da reforma sanitária – **universalização, democratização e equidade no acesso** - requeriam, para seu sucesso, a

implantação de algumas diretrizes consideradas vitais. São elas: *descentralização das ações e responsabilidades; reorganização do sistema com comando único e público; financiamento estável e condizente com o aumento das responsabilidades estatais; e mudança do modelo atenção e controle social.*

Se os princípios não foram inteiramente atingidos, não é possível concluir que estavam incorretas as diretrizes. Embora todas elas tenham sido implantadas em maior ou menor grau, nenhuma delas alcançou ainda o limite previsto na legislação básica da reforma, quais sejam, a Constituição e a Lei Orgânica da Saúde.

A descentralização pôde ser mais efetiva a partir da NOB 93 e principalmente da NOB 96, com a efetivação, ao menos em parte, de repasses fundo a fundo. Contudo, permanece a lógica do pagamento por serviços para a área ambulatorial de média e alta complexidade e para internações, induzindo à prevalência da maximização de serviços para captação de recursos. Por outro lado, persistem as resistências à descentralização por parte do nível federal, ao impor aos outros níveis de governo regras de controle típicas dos convênios com prestadores (Santos, 1998); ou, ainda, ao criar restrições ao uso de recursos.

Mudou de forma substantiva a lógica da responsabilidade municipal sobre a saúde, embora persistam a dependência do nível federal e a ainda baixa capacidade técnica da maioria dos governos locais. Apesar da crise econômica, muitos municípios aumentaram os investimentos no setor, refletindo opções políticas distintas nestes níveis de governo. Por outro lado, apesar das limitações técnicas atuais, a transferência de recursos e tecnologia de gerenciamento pode significar a médio e longo prazos um reforço na capacitação técnica desses governos, com repercussões na qualidade do serviço prestado (Fleury, 1994).

Os estados permaneceram aquém dos municípios no processo de descentralização. A indefinição de seu papel no sistema gerou superposições de ações em algumas áreas e hiatos em outras. Com a NOB 96, alguns estados avançaram em seu papel de coordenador da hierarquização dos serviços e da municipalização, mas a maioria se mantém em posição indefinida. Isso obviamente facilita a manutenção do poder de distribuição de recursos entre municípios nas mãos das secretarias estaduais,

restringindo a interferência das bipartites e da alocação técnica e favorecendo a alocação política de recursos.

Um resultado não previsto da descentralização é o surgimento de modalidades de gestão do sistema que repassam ao setor privado a assistência médica. Embora existam exemplos de aplicação dessas modalidades em experiências internacionais, elas em geral fazem parte de uma estratégia de reformulação geral do sistema. No caso brasileiro, elas parecem ser o exemplo mais evidente dos conflitos entre os princípios da reforma sanitária e os princípios de privatização da assistência à saúde. Elas se conformam ao interior do SUS, com recursos do SUS e contrariamente às instâncias diretoras da política de saúde. O conflito de poderes aí (no caso entre o Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde e os governos estaduais ou locais) apenas reflete a persistência de lógicas diversas para o enfrentamento da proteção à saúde.

A inclusão dessas modalidades ainda não permite a conclusão de que há uma estratificação do sistema, até porque a visibilidade maior para o usuário parece ser a mesma que resulta de um sistema que segue as regras do SUS e contou com investimentos em recursos materiais e humanos e melhorias na gestão. Ou seja, houve uma melhoria imediata no acesso aos serviços, além de uma melhoria no atendimento e instalações, como identificou recente estudo sobre o PAS de São Paulo (Cedec, 1997).

Essas experiências demonstram uma nova organização do setor privado, ainda pouco conhecida. São organizações médicas mais modernas do ponto de vista gerencial, que investem em uma nova forma de relacionamento com o setor público. Não mais como provedoras proprietárias de estabelecimentos autônomos, mas como gerenciadoras dos serviços providos pelo próprio Estado.

Em verdade, a diversificação e crescimento do setor privado pode ser um limitador de fato à expansão da reforma, não somente no sentido da reversão da histórica dependência que o setor público guarda com os provedores privados na oferta de serviços, mas na dificuldade de implementação dos princípios de equidade e

integralidade, que transcendem à assistência médica e dependem de rigorosa regulação, e, portanto, de extensiva pactação.

A regulamentação do setor privado voluntário, embora avançada em relação à situação anterior, restringe-se aos aspectos elementares de direito dos pacientes/consumidores, não apontando para mecanismos de integração com o sistema público. Os interesses desse setor são claramente definidos em sua função “supletiva”, quando lhes são cobrados compromissos com respeito à equidade na atenção.

A par dos interesses desses setores mais modernizados, permanecem os interesses dos provedores tradicionais e dos setores fornecedores de serviços e suplementos, sabidamente utilizadores de recursos pouco transparentes de negociação de interesses. Além disso, há os setores de equipamentos e medicamentos, monopolizados e internacionalizados, cuja dinâmica é parcamente controlada pelas autoridades de saúde.

Também permanece sem uma política clara toda a área de recursos humanos do SUS. A unificação do sistema e a descentralização de pessoal geraram diferenças salariais inadmissíveis para serviços iguais. Fora isso, os salários são muito baixos e as condições de trabalho, ruins. É evidente que os interesses dos próprios profissionais de saúde em relação à reforma não são homogêneos e dentro das diferentes categorias não há consenso quanto à efetividade dos ganhos com a implantação do SUS. A falta de diretriz para os recursos humanos só agrava a já frágil estrutura organizacional no setor.

A diretriz de um financiamento estável e condizente com o aumento das responsabilidades estatais foi o ponto de maior tensão da reforma e poder-se-ia supor que neste caso o SUS tenha operado alguns milagres. O governo federal impôs à área da saúde concepção contrária aos preceitos constitucionais e legais ao limitar repasses e reconhecer como seus os recursos que, em verdade, são do setor e, portanto, dos três níveis de governo. Há uma evidente limitação da esfera setorial na definição dos recursos para o setor. Nas conjunturas de maior ameaça à reforma,

a necessidade de defesa de seus princípios criou quase uma estratégia de barricada, onde o sistema era defendido, mesmo em condições precárias.

A notória cisão entre todas as autoridades de saúde e as diretrizes de financiamento restritivo e eventuais propostas contra reformistas do governo, curiosamente, criou vínculos entre aquelas autoridades e os atores defensores da reforma, possibilitando soluções “por detrás das barricadas” que mantivessem a implementação da proposta. Obviamente, isso gerou uma necessidade ainda maior de negociação, servindo como impulso para a institucionalidade das instâncias de pactuação do setor e fazendo com que a área de saúde apresente hoje a estrutura de poder mais dinâmica e democrática dentre todas as áreas sociais.

Como resultado da descentralização aliada ao baixo financiamento federal, os investimentos municipais aumentaram, mas permanece baixa a participação da grande maioria dos estados no financiamento e coordenação das ações e serviços. Isso torna localizados os resultados, criando disparidades que geram desigualdades na assistência entre distintas regiões e cidades por vezes bem próximas. A obrigatoriedade de repasse de parcela mínima do orçamento, ainda não regulamentada, deixa a critério das prefeituras e estados o investimento no setor, penalizando com excesso de demanda as localidades que oferecem melhores serviços. Do ponto de vista dos recursos federais, contudo, há uma melhor distribuição entre as regiões, devido à predominância cada vez maior da lógica técnica de alocação sobre a clientelista (Ribeiro e Costa, 1999: p 13).

A mudança do modelo de atenção, outro desafio da reforma, só recentemente e de forma ainda parcial vem sendo enfrentada. Embora a reforma sanitária tenha partido de uma profunda crítica à organização social da prática médica, apontando para a reordenação do modelo assistencial, este elemento deixa de orientar o conjunto de propostas durante sua implementação. A ênfase no plano jurídico-institucional e na reorganização do setor fez com que fosse subsumida a reformulação das práticas. Apesar das possibilidades que criam, os programas específicos de atenção básica, estimulados pelos recursos específicos da NOB 96, são obviamente limitados para tarefa tão complexa. Pode-se aprender com a reforma psiquiátrica, que fez da

mudança de práticas o caminho para a mudança institucional, tendo sido esta, inclusive, a condição para seu sucesso até aqui.

Todas essas tensões são sentidas na ponta da linha pelos usuários, através dos serviços de baixa qualidade e atendimento precário. É bem verdade que várias são as localidades e serviços que alcançaram melhorar de forma substantiva o atendimento, conforme identifica recente pesquisa do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde, por meio da qual os usuários de fato do SUS consideram bom o atendimento e qualidade dos serviços (Conass, 1998). Contudo, é provável que essa qualificação se deva em grande parte às dificuldades de entrada no sistema, já que nenhum especialista sugeriria que o atendimento eficiente e de qualidade sejam a regra no sistema. Não é tarefa simples identificar as reais limitações para a melhoria do atendimento, mas certamente há que se considerar, a par as dificuldades estruturais apontadas, a dinâmica interna do conjunto e de cada organização de saúde em particular, no sentido de incorporá-las ao processo de reforma.

Independentemente de todas as limitações determinadas até aqui, alguns princípios da reforma parecem ameaçados. Apesar do enorme alcance redistributivo da universalização, persistem diferenças no acesso e uso dos serviços de saúde, diante da consolidação de novas modalidades de segmentação. Não parece que quaisquer das diretrizes propostas, mesmo se implantadas integralmente, sejam capazes de alterar essa configuração. O que implica que novas diretrizes devam ser pensadas neste sentido.

A atual configuração do sistema divide a população (embora não em partes iguais) entre aqueles que só têm direito ao SUS e aqueles que acumulam titularidade privada. Além disso, em cada uma dessas partes, acumulam-se diferenças em função do alcance da titularidade - no caso do setor privado - e do alcance da localidade na implantação do sistema proposto - no caso do setor público. Para facilitar uma maior aproximação dessas diferenças é que se analisam, a seguir, os efeitos da reforma sanitária na reorganização do sistema de atenção.

Capítulo II

A REFORMA SANITÁRIA NA REORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SERVIÇOS DE SAÚDE

O objetivo deste capítulo é apresentar e analisar os efeitos do processo da reforma sanitária brasileira, descrito no capítulo anterior, sobre a organização do sistema de serviços de saúde, especificamente os serviços de atenção médica. A intenção aqui é demonstrar a hipótese de que a reforma empreendida no setor saúde no Brasil alterou o modelo de organização de serviços de saúde.

Em uma primeira parte são descritas as principais mudanças estruturais do sistema. A partir de informações sócio-demográficas gerais, descreve-se a estrutura de financiamento e cobertura dos serviços e a seguir a estrutura de provisão, segundo os principais subsistemas de atenção à saúde.

Em uma segunda parte procura-se analisar as transformações ocorridas no sistema a partir de sua dinâmica interna. Para tanto, serão identificados o modelo prevaemente entre meados da década de 60 e a década de 80 e o modelo atual, enfocando para cada um deles as principais relações internas entre financiadores, provedores e população no que toca ao financiamento, formas de pagamento, provisão e gestão de serviços.

PARTE I CARACTERÍSTICAS ESTRUTURAIS

ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

Alguns indicadores gerais apontam para mudanças substantivas no perfil social e demográfico brasileiro nas duas últimas décadas.

De acordo com os dados dos censos de 1970 e de 1991, a população do Brasil cresceu, no período, de 93.14 milhões para 146.82 milhões de habitantes, o que equivale a um crescimento de aproximadamente 57,64%. No mesmo período a população urbana passou de 55,9% para 76,0%, demonstrando o movimento de êxodo rural do período.

A dinâmica demográfica indica uma clara tendência de envelhecimento da população. Em 1970 a população com menos de 20 anos representava mais de 50% da população total. Em 1991 esse percentual cai para pouco menos de 45%, mesmo com a significativa queda da taxa de mortalidade infantil, de 95,0 para 49,70 por mil nascidos vivos. A razão para este fenômeno é a expressiva queda na taxa de fertilidade que entre os dois censos passou de 5,76 para 2,66% filhos por mulher, aumentando a expectativa de vida ao nascer, que salta de 52,49 anos para 65,62 anos no mesmo período (Quadros 2.1 e 2.2).

QUADRO 2.1
BRASIL – CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS

	1970	1991	Varição Relativa (%)
População (em milhões) ^(a)	93.14	146.82	57.64
Taxa de urbanização ^(b)	55.92	76	35.91
Taxa de alfabetização ^(b)	60.34	73.38	21.61
Mortalidade infantil (por 1000 nascidos vivos) ^(b)	95	49.7	-47.68
Expectativa de vida ao nascer ^(b)	52.49	65.62	25.01
Taxa de fertilidade ^(b)	5.76	2.66	-53.82

Fonte: ^(a) IBGE (1970b, 1991b); ^(b) IBGE (1995) e Banco Mundial (1993)

QUADRO 2.2
BRASIL – DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO

Grupos de idade (em anos)	1970 (%)	1991 (%)	Variação Relativa 1970-1991 (%)
0-4	14.83	11.25	-24.14
5-9	14.45	11.86	-17.92
10-14	12.73	11.61	-8.79
15-19	11	10.22	-7.09
20-24	8.89	9.23	3.82
25-29	6.98	8.6	23.2
30-39	11.55	13.98	21.04
40-49	8.68	9.5	9.45
50-59	5.62	6.4	13.88
60-69	3.23	4.36	34.98
70 e mais	1.83	2.93	60.11
Idade ignorada	0.2	--	--

Fonte: IBGE (1970a, 1995)

Embora o envelhecimento populacional seja tendência em muitos países em desenvolvimento, a particularidade do caso brasileiro é a velocidade com que o fenômeno têm aqui ocorrido, indicando impacto a médio prazo no perfil epidemiológico da população e conseqüentemente nas demandas em saúde. Em 25 anos os idosos representarão 15% da população, ou 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais (Brasil, 1996c:3).

O fenômeno já tem sido objeto de políticas setoriais específicas, como a Política Nacional do Idoso (Lei 8842); mas essas iniciativas são recentes e sua implementação tem sido considerada ainda tímida pelos especialistas. Um dos desafios é lidar com as diferenças inter e entre regiões. Na região norte, por exemplo, a expectativa de vida é ainda de 55 anos.

O perfil epidemiológico da população também experimentou importantes mudanças e é hoje mais complexo, pela presença conjunta de doenças crônicas com males associados à pobreza e às desigualdades sociais e pelas profundas diferenças regionais na distribuição dessas causas.

A partir do perfil de mortalidade geral (Quadro 2.3) verifica-se que as doenças infecciosas e parasitárias não mais ocupam lugar de destaque entre as principais causas de morte para o país, embora sejam ainda importantes em regiões mais pobres. Por outro lado, cresceu a importância das causas externas, consequência da violência em áreas urbanas e rurais de intenso conflito pela posse da terra (Ipea, 1996).

É ainda bastante alta a percentagem de mortes por causas desconhecidas, consequência tanto de mortes não assistidas pelo sistema de saúde, como de um ainda frágil sistema de informação. Aqui as diferenças regionais são gritantes, já que em estados como Sergipe e Maranhão elas representam 50% das mortes, podendo estar associadas à mortalidade infantil ou à doenças infecto-parasitárias não assistidas e portanto não registradas (Ipea, 1996).

QUADRO 2.3
BRASIL – PRINCIPAIS CAUSAS DE MORTALIDADE

1979	1985	1991	1995
Doenças do aparelho circulatório	Doenças cardiovasculares	Doenças cardiovasculares	Doenças cardiovasculares
Sintomas e afecções mal definidos	Sintomas e afecções mal definidas	Sintomas e doenças de definição incerta	Sintomas e doenças de definição incerta
Doenças infecciosas e parasitárias	Causas externas	Causas externas	Causas externas
Causas externas	Neoplasmas	Neoplasmas	Neoplasmas
Neoplasmas	Doenças respiratórias	Doenças respiratórias	Doenças respiratórias

Fonte: Ministério da Saúde, Datasus

Um dado sensível e positivo é o aumento da taxa de alfabetização do país, passando de 60,34% para 73,38% entre os censos de 1970 e 1991 (Quadro 2.1). Contudo, aqui também são expressivas as diferenças regionais. Segundo dados do Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada (Ipea, 1996), na área rural nordestina, por exemplo, 67,6% dos chefes de família são analfabetos. Embora tenha havido um crescimento importante na taxa de escolaridade (13% entre 81 a 91), haveria ainda cerca de 4 milhões de crianças entre 7 e 14 anos fora da escola, mesmo sendo esta a faixa que apresenta o melhor desempenho na escolaridade. Considerada a taxa de escolaridade por faixa de renda, 97% das crianças em famílias com mais de 2 salários mínimos estão na escola, enquanto nas famílias pobres este percentual cai para 75%.

De fato, o mais importante problema para as políticas sociais e de saúde são sem dúvida as desigualdades sociais. Embora sendo a 8ª economia mundial, em 1995 apresentávamos a pior relação de renda entre os indivíduos 10% mais ricos e os 40% mais pobres em um rol de 55 países (Ipea, 1996). Enquanto na maioria dos países a renda de um indivíduo situado entre os 10% mais ricos é 10 vezes maior do que a renda de um indivíduo situado entre os 40% mais pobres, aqui ela é 30 vezes maior.

O mesmo relatório demonstra que apesar do crescimento econômico e da queda no quantitativo de pessoas sem renda ou com renda inferior a um salário mínimo, houve aumento da concentração de renda. Dois fenômenos aqui merecem destaque. Em primeiro lugar, o fato de que, embora todos os períodos de crescimento econômico no país tenham sido acompanhados por um crescimento da renda para todos os estratos da população, esse crescimento foi desigual, sendo maior para os estratos de maior renda. Por um lado, isso confirma a relação positiva entre crescimento econômico e elevação da renda, aspecto crucial para a diminuição da pobreza. Mas confirma também que o crescimento econômico não necessariamente diminui desigualdades; ao contrário, em nosso caso a ele correspondeu um aumento na concentração de renda.

A participação dos 50% mais pobres no conjunto da renda vem diminuindo constantemente desde a década de 60, em oposição ao crescimento da participação

do 20% mais ricos (Quadro 2.4). O outro fenômeno a destacar é a chamada metropolização da pobreza, ou seja, a concentração nas regiões metropolitanas do maior número absoluto de pobres, embora as áreas rurais ainda apresentem maior concentração de pobreza (Tabela 2.1).

QUADRO 2.4
BRASIL – DISTRIBUIÇÃO DE RENDA

Ano	20% mais ricos	50% mais pobres
1960	54	18
1970	62	15
1980	63	14
1990	65	11

Fonte : IPEA (1996)

TABELA 2.1
BRASIL – POBREZA E DESIGUALDADES POR REGIÃO

	Número de pobres (1000)¹	% de pobres¹	Participação no país (%)¹	PIB per capita (\$) ²	Expectativa de vida ao nascer (%)²	Taxa de alfabetização (%)²	IDH*²
Norte	2 220	43.2	5.3	3 747	68.4	75.4	0.706
Metropolitana	395	43.4	0.9	-	-	-	-
Urbana	1 825	43.2	4.4	-	-	-	-
Nordeste	18 894	45.8	45.1	2 559	59.1	62.4	0.548
Metropolitana	3 187	43.4	7.6	-	-	-	-
Urbana	7 745	43.8	18.5	-	-	-	-
Rural	7 962	49.1	19	-	-	-	-
Sudeste	13 988	23	33.4	7 212	68.8	87.7	0.838
Metropolitana	7 481	26.9	17.8	-	-	-	-
Urbana	4 519	17.7	10.8	-	-	-	-
Rural	1 988	27.1	4.7	-	-	-	-

Continua ...

Continuação ...

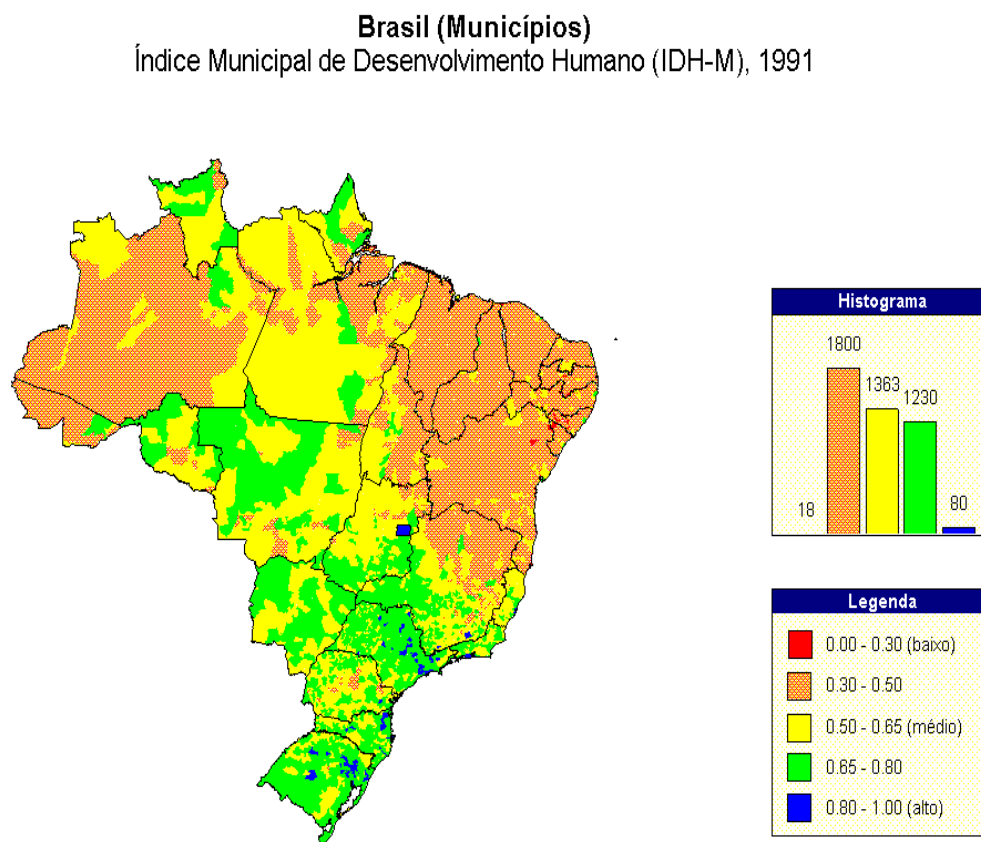
	Número de pobres (1000) ¹	% de pobres ¹	Participação no país (%) ¹	PIB per capita (\$)²	Expectativa de vida ao nascer (%)²	Taxa de alfabetização (%)²	IDH*²
Sul	4 349	20.1	10.4	5 388	70.9	88.2	0.844
Metropolitana	855	17.6	2	-	-	-	-
Urbana	1 879	16.8	4.5	-	-	-	-
Rural	1 615	28.9	3.9	-	-	-	-
Centro-oeste	2 469	24.8	5.9	5 440	69.1	83.3	0.826
Metropolitana	343	*22.4	0.8	-	-	-	-
Urbana	1 492	23.2	3.6	-	-	-	-
Rural	633	31.8	1.5	-	-	-	-
Brasil	41 919	30.2	100	5 240	66.3	79.9	0.797
Metropolitana	12 261	28.9	29,2	-	-	-	-
Urbana	17 198	26.8	41,7	-	-	-	-
Rural	12 198	39.2	29,1	-	-	-	-

Fonte: IPEA (1996); * Índice de Desenvolvimento Humano; ⁽¹⁾ 1990; ⁽²⁾ 1991

As desigualdades, como os outros indicadores apontados, também estão fortemente marcadas por diferenças regionais e sua performance nas distintas regiões pode ser comparada com a posição destes outros indicadores (Tabela 2.1). Verifica-se no país a concomitância dos três níveis do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH); as regiões sul, sudeste e centro-oeste com alto índice de desenvolvimento, norte com índice médio e nordeste com baixo índice.

Se considerado o mesmo índice para os municípios brasileiros (Figura 2.1), o desequilíbrio é ainda mais visível e está presente ao interior de todas as regiões para o mesmo ano de 1991.

FIGURA 2.1
BRASIL - ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO



Fonte: Pnud/Ipea/FJP/IBGE, 1998

GASTOS SOCIAIS E EM SAÚDE

Os dados disponíveis sobre gastos sociais e gastos em saúde no Brasil devem ser tomados com cautela. Não só pelos sucessivos planos econômicos, mudanças de moeda ou pela inflação; mas também porque é de difícil identificação o gasto de estados e municípios e no caso específico da saúde, não contamos com dados oficiais sobre todo o setor privado de assistência. Assim, não é difícil encontrar valores diferentes e discrepantes para os mesmos dados entre instituições e agências distintas¹. Considerando esses limites e a diferença das fontes aqui apresentadas, é possível identificar mudanças nas duas últimas décadas.

¹ Obviamente os diversos estudos podem estar considerando metodologias diversas. De fato, os dois estudos de Fernandes et alli (1998 a e 1998b) já apontam para uma série de dificuldades na identificação e classificação dos dados oficiais, que exigem opções dos compiladores. A dificuldade

A partir de meados da década de 80 verifica-se um aumento do gasto social, situação que se modifica já na passagem da última década, quando os recursos para os setores sociais começam a decair (Quadro 2.5 e Gráfico 2.1).

QUADRO 2.5
GASTO PÚBLICO SOCIAL DA UNIÃO

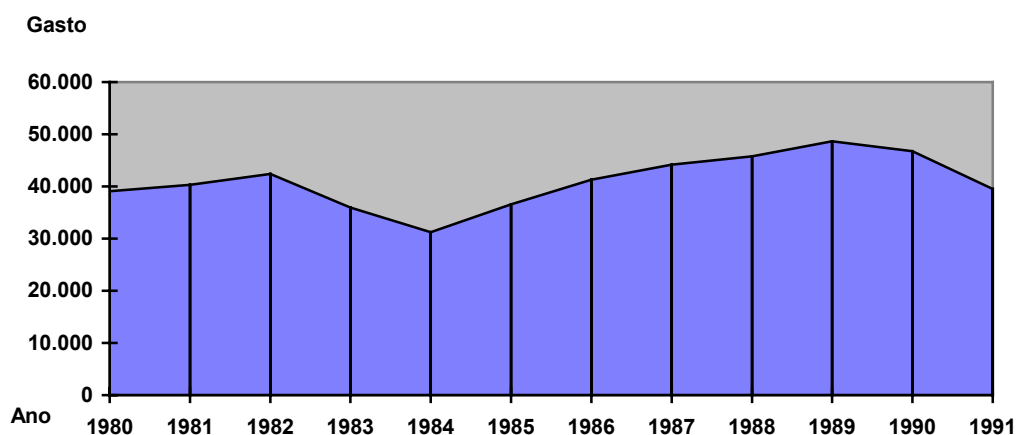
(em US\$ milhões de 12/90)

1980	1981	1982	1983	1984	1985
39.067	40.308	42.392	35.979	31.225	36.543

1986	1987	1988	1989	1990	1991
41.292	44.197	45.754	48.644	46.771	39.531

Fonte: IPEA - Balanços da União

GRÁFICO 2.1
GASTO PÚBLICO SOCIAL DA UNIÃO



Para a década de 90 não há estudos disponíveis que cubram todo o período. Para Fernandes et alli (1998 a), ao menos no período 94 e 96, teria havido aumento dos gastos sociais federais em relação ao PIB, como mostra a tabela 2.2.

na identificação precisa dos gastos de estados e municípios pode alterar o quantitativo do gasto público total; o que faz com que em geral os estudos utilizem mais os gastos exclusivos da União. Outra opção que altera valores e consequentemente conclusões é o que se considera como área social e quais as despesas que dentro de cada uma das áreas deve ser considerada.

TABELA 2.2
GASTO SOCIAL FEDERAL

	1994	1995	1996	Evolução		
				1994	1995	1996
Gasto social total (em R\$ milhões)	42.455,6	80.344,3	92.766,7	100,0	189,2	218,5
Gasto social per capita (em R\$)	277,46	518,19	590,57	100,0	186,8	212,8
Gasto social total/PIB em (%)	11,8	12,2	12,3	100,0	103,8	104,6

Fonte: Fernandes *et alli* (1998 a)

Essa conclusão, embora com valores distintos, seria confirmada por outro estudo, da Cepal (1997), onde os gastos sociais, proporcionalmente aos gastos públicos, teriam aumentado para a primeira metade da década de 90, comparativamente a períodos da década de 80 (Tabela 2.3).

TABELA 2.3
BRASIL – GASTOS SOCIAIS

	1980-1981	1982-1989	1990-1995
Educação			
% PIB	2.9	3.5	4.6
Per capita (US\$)	33.5	57.7	100.5
% do gasto público	11	10.7	12.9
Saúde			
% PIB	3.2	3.5	4.6
Per capita (US\$)	36.3	58.5	100.5
% do gasto público	12	10.8	12.8
Previdência social			
% PIB	6.4	6.6	8.5
Per capita (US\$)	73.3	108.8	185.6
% do gasto público	24.1	20.9	23.9
Gasto social total			
% PIB	12.5	13.6	17.7
Per capita (US\$)	143.1	225.0	386.6
% do gasto público	47.1	42.4	49.6

Fonte: CEPAL (1997)

O mais importante contudo nos parece ser o fato de que, embora os gastos públicos tenham aumentado, eles caem proporcionalmente ao gasto social total. Na mesma tabela 2.3, verifica-se que, enquanto os gastos sociais per capita aumentaram 170% entre 80-81 e 90-95 (de 143,1 para 386,6), a participação do gasto público aumentou apenas 5,5% (de 47,1 para 49,6). Essa desproporção só seria possível se houvésssemos registrado aumentos significativos nas receitas públicas, o que não ocorreu. O aumento poderia ser assim debitado a um crescimento do gasto privado. Isso é bastante visível no caso da saúde, onde para um aumento de 176% no gasto per capita, verifica-se um irrisório aumento de 7% na percentagem do gasto público.

De fato, segundo a mais recente pesquisa de orçamentos familiares divulgada pelo IBGE (1997), entre os anos de 1987 e 1996 as despesas com assistência à saúde aumentaram 23% (de 5,31 para 6,53% da despesa média mensal) e as despesas com educação 30,7% (de 2,67% para 3,49% da despesa média mensal).

A tendência de queda dos gastos sociais é também atestada pelos dados do Banco Mundial, para quem, ao menos nas áreas de educação e saúde, teria havido diminuição dos gastos em relação ao conjunto da despesa (tabela 2.4).

TABELA 2.4
GASTOS SOCIAIS DO GOVERNO FEDERAL COMO
PERCENTAGEM DA DESPESA TOTAL

Setor	81-89	91-95
Educação	3,9	3,5
Saúde	7,1	5,9
Previdência Social	26,8	30,6

Fonte: Banco Mundial, 1997

No caso da saúde, os gastos apresentam como principal característica a irregularidade. Considerados os gastos públicos per capita, verifica-se, assim como com os gastos sociais, a retomada de crescimento a partir de 1984, quando eqüivalia a US\$ 61,04, o ápice de US\$ 100 per capita em 1989, e o decréscimo a partir de 1990, quando caiu para US\$ 87,87 (Quadro 2.6). Alguns dados disponíveis para anos posteriores indicam que o valor per capita chegou a apenas US\$ 63 em

92 (Opas, 1998a). A partir de 95 teria havido uma recuperação, chegando a R\$139 (a partir de Fernandes et alli, 1998b).

QUADRO 2.6
BRASIL – GASTO PÚBLICO EM SAÚDE PER CAPITA

(US\$, 1990)

1980	1981	1982	1983	1984	1985
81.44	75.44	76.64	61.7	61.04	71.57
1986	1987	1988	1989	1990	
78.35	92.06	77.34	100.89	87.87	

Fonte: Banco Mundial (1995)

Outra característica a destacar na evolução dos gastos em saúde nas duas últimas décadas é a maior participação dos municípios (Tabela 2.5), paralelamente à diminuição da participação federal (incluindo as transferências). O aumento dos gastos municipais está diretamente associado à descentralização e é visível a partir de 1988, após a criação do SUDS (Sistema unificado descentralizado de saúde). O nível estadual, que havia apresentado queda substantiva ao final da década de 80, volta em 95 ao patamar de participação que apresentava em 86.

TABELA 2.5
BRASIL – GASTOS PÚBLICOS EM SAÚDE POR ESFERA DE GOVERNO

	1980	1981	1982	1983	1984	1985
Governo Federal	74.88	73.87	74.38	72.34	74.60	71.65
Estados	17.81	18.50	17.21	19.13	17.95	18.85
Municípios	7.19	7.62	8.39	8.51	7.43	9.48
	1986	1987	1988	1989	1990	1995*
Governo Federal	68.76	83.06	91.34	77.45	72.73	62,96
Estados	20.78	8.86	-6.11	11.60	15.43	20,66
Municípios	10.44	8.06	14.77	10.93	11.83	16,37

Fonte: Banco Mundial (1995)

* a partir de Fernandes *et alli* (1998b)

Infelizmente, não temos ainda padrões claros de compilação e análise dos dados financeiros para a área de saúde. Embora haja hoje muito mais transparência nos gastos, é corrente entre os especialistas da área a dificuldade de identificá-los com precisão. Para chegarmos a valores mais atuais, fazemos uma aproximação simplificada. Considerando a execução orçamentária do Ministério da Saúde, o valores executados para os anos de 97, 98 e 99 corresponderam, em valores correntes, a R\$18,8 bilhões em 97 e R\$19,3 bilhões para 98 e 99 (neste ano de janeiro a outubro). Considerando o ano de 97, com população de 156.128.003, teríamos um valor de R\$120,4 como gasto per capita do Ministério para aquele ano. Se é certo que os gastos federais correspondem a 62% do gasto público (Tabela 2.5), (e assumindo aqui as despesas do Ministério como o montante das despesas federais em saúde), chegaríamos a um valor aproximado de R\$30,32 bilhões de gastos públicos em saúde das três esferas de governo para o ano de 97, ou R\$194 capita. Se fizermos a mesma aproximação considerando somente as despesas assistenciais, que somariam em 97 R\$9,75 bilhões (Carvalho, 1999b), teríamos contudo R\$ 62,44 capita para as despesas federais e R\$100,72 para o gasto público per capita das três esferas para o mesmo ano.

Esses valores, se não muito distantes do real, indicam um aumento efetivo dos gastos em saúde, após anos de intensa contenção. Se é consenso que o financiamento ainda é baixo, não se tem clareza sobre que percentuais deveríamos atingir para considerar o sistema saudável para cumprir suas metas. A comparação com outros países, neste caso, parece-nos acrescentar pouco, já que não se poderia deixar de considerar que sistema se está financiando e que resultados para a população ele oferece.

COBERTURA

A partir da Constituição de 1988 toda a população passa a ter direito aos serviços públicos de saúde. Estima-se contudo que o Sistema Único de Saúde atenda a cerca de 70% da população. Esta estimativa está baseada na subtração da população que dispõe de titularidade ao sistema privado voluntário e supostamente não utiliza os serviços públicos. Embora não haja dados quantitativos oficiais, sabe-

se contudo que o SUS é utilizado pelos indivíduos com titularidade privada², em especial para os procedimentos de maior complexidade. Considerando os diferentes níveis de atenção, o SUS cobriria 95% da população na atenção primária, 70% na secundária e 90% na alta complexidade (Opas, 1998b).

Os dados de cobertura do setor privado voluntário só recentemente vêm sendo disponibilizados, a partir da regulamentação do setor e a obrigatoriedade de declaração dos beneficiários inscritos. Segundo dados das próprias empresas, 42 milhões de pessoas estariam afiliadas a este sistema. São em sua maioria empregados do setor formal (em especial da indústria e serviços), que adquirem a titularidade para si e seus dependentes através de suas empresas; ou indivíduos e famílias que se filiam diretamente.

SUBSISTEMAS

O Sistema de Serviços de Saúde no Brasil pode ser considerado como dividido em dois grandes subsistemas. O primeiro, constituído pelo *Sistema Único de Saúde - SUS*, congrega o conjunto de prestadores públicos de serviços constituído por hospitais, centros de saúde e rede básica de atendimento de propriedade do governo federal, dos estados e municípios. Também integram o SUS prestadores de serviços privados contratados pelo setor público, de carácter lucrativo ou filantrópico.

Um segundo subsistema denominamos de *sistema Extra-SUS*. Corresponde aos serviços privados voluntários, contratados em carácter individual/familiar ou coletivo. Neste caso, por empresas e/ou instituições que ou gerenciam diretamente a contratação de provedores diretos de serviços (serviços médicos, complementares e hospitalares) ou contratam empresas comerciais ou seguradoras para fornecimento dos serviços.

a. Sistema Único de Saúde

O Sistema Único de Saúde - SUS congrega o conjunto de ações e serviços de saúde prestados por instituições públicas federais, estaduais e municipais e instituições privadas contratadas. É responsável pela prestação de serviços a toda a

² Nossa pesquisa registra essa dupla utilização, como veremos no próximo capítulo.

população e é regulamentado pelas leis 8080 de 8142 (ambas de 1990 e tratadas comumente como uma única lei, já que complementares – a Lei Orgânica da Saúde - LOS).

A direção do SUS é competência das três esferas de governo. Em cada uma delas o SUS é dirigido pela autoridade setorial do poder executivo (Ministério da Saúde e secretarias estaduais e municipais) e pelos Conselhos de Saúde, formados por representação paritária entre, de um lado, governo, provedores e profissionais e de outro, usuários. Ao nível federal cabe a garantia da unicidade do sistema, a formulação e normatização da política nacional de saúde, a regulamentação de produtos e serviços e a regulamentação do setor privado. Aos estados a coordenação da rede hierarquizada e de referência, assim como a complementação e cooperação com os municípios. Aos municípios cabe a execução direta das ações serviços e portanto o controle sobre seu planejamento, organização e avaliação. A articulação entre os diferentes níveis de governo cabe à comissões gestoras compostas por autoridades dos respectivos níveis de governo.

Segundo a lei, o financiamento do SUS deveria ser proveniente do orçamento da seguridade social, que engloba as contribuições compulsórias de empregados e empregadores baseadas nos salários e contribuições sociais diversas como o Finsocial (posteriormente Cofins), a Contribuição sobre o lucro líquido das empresas (CSLL), o Pis/Pasep e o FGTS, além de recursos dos orçamentos dos governo federal, estaduais e municipais e de outras fontes.

Diante da falta de regulamentação sobre a participação da área da saúde neste orçamento, o percentual de recursos foi fixado na Lei de Diretrizes Orçamentárias como devendo ser de no mínimo 30%. Contudo, este critério jamais foi cumprido e em 1993 a Previdência Social suspendeu o repasse de recursos originários dessa fonte. Esse corte desencadeou uma crise profunda no setor. Em 1992, por exemplo, os recursos provenientes das contribuições sobre a folha de salários representavam 55% do total de recursos destinados à saúde.

A partir de 1993 o financiamento passou a depender principalmente das contribuições sociais específicas (cerca de 60% do total de recursos do setor em

1995) e a partir de 97 também com parte dos recursos da CPMF - Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira. Como citado, verifica-se também um aumento da participação dos governos estaduais e principalmente municipais no financiamento do Sistema, através de recursos de seus tesouros específicos .

b. Sistema de Assistência Médica Extra-SUS

O que aqui denominamos como *sistema de assistência Extra-SUS* são todos os serviços de assistência à saúde cuja titularidade depende de pagamento previamente contratado e/ou vinculação direta ou indireta a um segmento ocupacional e/ou instituição específica, pública ou privada. Engloba o chamado sistema de assistência médica suplementar, que concentra todo o setor privado de seguros e planos de pré pagamento em suas distintas modalidades; as empresas/instituições que prestam atendimento próprio a seus empregados; assim como uma provavelmente significativa rede de planos vinculados a serviços. Esta última se refere a planos restritos a um determinado serviço, conseqüentemente com cobertura restrita, sendo a maioria provavelmente não formalmente registrada.

Os serviços neste subsistema são financiados diretamente pelos indivíduos ou famílias, repartido entre estes e as empresas/instituições ou financiados exclusivamente por estas últimas. Os valores pagos às empresas deste subsistema que são formalmente constituídas como fornecedoras de planos de assistência podem ser parcialmente deduzidos do imposto sobre a renda, o que constitui subsídio indireto aos beneficiários por meio de renúncia fiscal.

As informações sobre este subsistema são em sua maioria restritas ao fornecido pelas próprias empresas, já que só recentemente estão sob a responsabilidade regulatória das autoridades de saúde, muito embora desde a constituição do SUS todas as ações e serviços de saúde no país devessem estar legalmente a ele incorporadas (Carvalho & Santos, 1995).

O subsistema possui atualmente cerca de 1440 grupos formalmente instituídos, entre empresas e serviços próprios e número aproximado de 40 milhões de beneficiários (Abramge, 2000).

Para caracterizar este subsistema, uma nota metodológica: Como sabido, a literatura classifica este subsistema como sistema de assistência médica suplementar, contendo 4 modalidades principais: *empresas de medicina de grupo, cooperativas médicas, empresas de seguro saúde e serviços próprios de empresas*. Compartilhamos com Almeida a idéia de que não há ainda na literatura nacional uma classificação apropriada deste subsistema (1998:6). De fato, todas se baseiam nos trabalhos de Médici (1991, 1992 e 1993), pioneiro na identificação das características de mercado deste subsistema. Contudo, carecemos de classificação que permita uma melhor compreensão de sua inserção na organização do sistema de serviços. Para fazê-lo, em geral mantemos as mesmas denominações e introduzimos aspectos que caracterizam a dinâmica de organização e provisão dessas modalidades. Assim, incorporamos indistintamente características e denominações específicas do próprio mercado; por hora características de gestão; tratamos indistintamente formas de financiamento como formas de pagamento a provedores e incluímos aspectos de provisão que em verdade não são distintos entre as diversas modalidades.

Uma nova classificação contudo requer um maior conhecimento deste subsistema (de onde destacamos os trabalhos recentes de Bahia, 1991 e 1999 e Almeida, 1998). Um primeiro passo para tal seria a distinção metodológica entre o estudo do mercado de empresas de saúde e o estudo da composição e características deste subsistema na organização dos serviços de assistência à saúde. Para este último, identificar, por um lado, as inúmeras características de cobertura, acesso e utilização dos serviços; que por sua vez nos ajudariam a identificar aspectos referentes à distinção de clientela e assim, por exemplo, à equidade interna do subsistema e do sistema como um todo. Por outro lado, conhecer a estrutura efetiva de provisão e financiamento, em especial no que toca às relações com o setor público.

A partir de nossa pesquisa de campo, pudemos localizar ao menos 3 características preliminares de classificação das modalidades. Elas estão ainda baseadas nas características dos fornecedores ou intermediadores, dada a limitação de informações a partir dos usuários. Mas procuram introduzir aspectos diferenciais nas características de assistência e da organização do sistema. São elas: objetivo do intermediador na organização do sistema de serviços (intermediadores com ou sem

fins de lucro); alcance da clientela (clientela aberta ou fechada) e propriedade dos recursos que financiam a assistência (públicos ou privados). Os dois primeiros aspectos influenciam diretamente tanto a cobertura de serviços disponíveis quanto a qualidade dos serviços prestados. O último identifica ao menos um aspecto macro na organização do sistema, que é o financiamento público a segmentos específicos da população.

Com base nessas características, alocamos as modalidades da literatura nos seguintes tipos:

Planos de empresas comerciais e seguradoras: planos oferecidos e geridos por empresas de propriedade privada, com fins de lucro com a oferta de serviços e abertos à clientela. Esse grupo inclui os planos referentes ao que a literatura trata separadamente como empresas de medicina de grupo, seguradoras e cooperativas médicas.

Consiste em assistência médica financiada por famílias/indivíduos ou empresas segundo planos pré-pagos baseados em valores per capita. A cobertura depende do contrato firmado. No caso de contratos coletivos a cobertura pode incluir procedimentos mais complexos a valores mais baixos do que os dos planos individuais.

A provisão pode ser por uma rede própria de serviços e/ou por um rol de provedores conveniados ou associados (no caso específico das cooperativas). Algumas incluem a opção de contratos que permitem a livre escolha de provedores fora da rede própria ou do rol de conveniados, e reembolsam o beneficiário segundo tabelas próprias de pagamento a procedimentos.

Os provedores diretos conveniados/associados são pagos por unidades de serviço prestados, que variam entre os intermediadores e têm como base a tabela da Associação Médica Brasileira (AMB). Há provedores assalariados, nos casos de serviços próprios. No caso de hospitais e serviços complementares os valores, também pagos por unidades de serviço, dependem tanto da estrutura do serviço (em especial no que toca à hotelaria), quanto do potencial de uso do serviço do

intermediador (aqueles com grande número de beneficiários e conseqüente alta utilização negociam preços mais baixos).

As diferenças aqui dizem respeito à estrutura econômica de cada uma delas. Nas cooperativas, os médicos são cooperados e os lucros são supostamente divididos pelo conjunto. Já as seguradoras devem comprovar capacidade de arcar financeiramente com os riscos contratados. Exatamente por esta característica, têm crescido no atendimento a funcionários de empresas de maior porte, que antes utilizavam as cooperativas e principalmente as empresas de medicina de grupo. Mais recente é a entrada do sistema financeiro no setor, diretamente ou através de associações com antigas empresas de seguro.

As entidades de representação neste Tipo são: para as empresas de medicina de grupo, a Associação Brasileira de Empresas de Medicina de Grupo –Abramge, O Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo – Sinamge e o Conselho Nacional de Auto-regulamentação das Empresas de Medicina de Grupo.- Conamge e mais recentemente o Sindicato Nacional das Empresas de Odontologia de Grupo - Sinog; para as cooperativas a Confederação das Unimeds do Brasil. As seguradoras são representadas pela Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e Capitalização – FENASEG.

Quanto à regulação, a partir da nova regulamentação do setor todas serão reguladas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar e pela Superintendência de Seguros Privados – SUSEP.

Segundo dados da Abramge (2000), as empresas de medicina de grupo em 1998 eram 740 com 18,3 milhões de beneficiários e faturamento anual de US\$ 3,94 bilhões. As cooperativas somavam 360 empresas, cobrindo 10,6 milhões de beneficiários e faturamento de US\$ 3,5 bilhões. As seguradoras (em 1997) eram 40, com 4 milhões de beneficiários e faturamento de US\$ 4 bilhões (Abramge, 2000).

Planos de empresas e associações privadas: planos oferecidos e geridos por empresas e associações privadas, sem fins de lucro com a oferta de serviços e de clientela fechada. Aqui estão incluídos os planos próprios de empresas privadas.

São exemplos desse Tipo os planos oferecidos e geridos em geral por grandes empresas e de associações vinculadas a corporações (como sindicatos).

Consiste em assistência médica financiada por empresas e/ou empregados/membros de associações privadas segundo planos pré-pagos baseados em valores per capita ou segundo rateio de despesas efetuadas, per capita ou seletivo ao uso. A cobertura depende do contrato firmado entre empregados e empregadores e o atendimento a casos específicos não firmados em contrato podem ser negociados. Como não objetivam lucro (e as despesas do empregador são repassadas aos custos e podem ser repassadas aos preços e o pagamento dos empregados, assalariados, passíveis de dedução parcial no imposto sobre a renda), o custo é em geral mais baixo que aqueles do Tipo anterior.

A provisão pode ser prestada por serviços próprios e/ou por um rol de provedores conveniados. Em geral aqui é menor a opção de provedores fora da rede própria ou do rol de conveniados, para efeito de reembolso. Nos casos em que esta modalidade é permitida, o reembolso também é feito segundo tabelas próprias de pagamento a procedimentos.

Os provedores diretos conveniados são pagos por unidades de serviço prestados, que variam entre intermediadores e têm como base a tabela da Associação Médica Brasileira (AMB). Assim como no Tipo anterior, os valores pagos a hospitais e serviços complementares são negociados dependendo das características do serviço e do potencial de uso. Nos casos de serviços próprios, os provedores são assalariados. Há aqui casos em que a administração do plano é contratada a outra empresa. Esta alternativa tem supostamente crescido entre as empresas neste Tipo, estimulando o crescimento das chamadas empresas de consultoria ou representação.

As diferenças aqui são maiores do que no Tipo anterior, pois vão depender do potencial de financiamento da assistência pelas empresas/empregados e pelas associações, influenciando diretamente na cobertura, na abrangência e possivelmente na qualidade dos provedores.

As entidades de representação neste Tipo são, além das específicas para o caso das associações, a Associação Brasileira de Serviços Assistenciais de Saúde Próprios de Empresas – Abraspe.

Planos de empresas e instituições públicas: planos oferecidos e geridos por empresas ou instituições públicas, sem fins de lucro com a oferta de serviços e de clientela fechada. Aqui estão incluídos os planos próprios de empresas públicas. São exemplos desse Tipo os planos oferecidos e geridos em geral por grandes empresas públicas, instituições da administração direta (como ministérios) e serviços e planos das Forças Armadas e de instituições públicas estaduais ou municipais.

Consiste em assistência médica financiada por empresas e/ou empregados/membros de empresas/instituições públicas segundo planos pré-pagos baseados em valores per capita ou segundo rateio de despesas efetuadas, per capita ou seletivo ao uso. A cobertura depende do contrato firmado entre empregados e empregadores e o atendimento a casos específicos não firmados em contrato podem ser negociados. Como não objetivam lucro, o custo é em geral mais baixo que aqueles do Tipo anterior.

A provisão pode ser prestada por serviços próprios e/ou por um rol de provedores conveniados. Em geral aqui é permitida a opção de provedores fora da rede própria ou do rol de conveniados, para efeito de reembolso. Nos casos em que esta modalidade é permitida, o reembolso também é feito segundo tabelas próprias de pagamento a procedimentos.

Há aqui também casos em que a administração do plano é contratada a outra empresa. Aqui contudo, ao contrário do Tipo anterior, esta alternativa, que vinha crescendo até recentemente, não tem sido mais adotada pelas empresas, que têm preferido gerir seus planos, dado o aumento dos custos administrativos. De fato, segundo o Ciefas (1999), somente 6% das empresas optam por terceirizar seus planos. As maioria o faz diretamente, através de seus departamentos de pessoal (caso de 44% das empresas), fundações (20%), associações (16%), ou caixas de previdência (12%).

Os provedores diretos conveniados são pagos por unidades de serviço prestados, que variam entre intermediadores e têm como base a tabela da Associação Médica Brasileira (AMB). Assim como no Tipo anterior, os valores pagos a hospitais e serviços complementares são negociados dependendo das características do serviço e do potencial de uso. Nos casos de serviços próprios, os provedores são assalariados.

As diferenças aqui também são muitas. No que toca ao financiamento, todos os planos têm participação das empresas/instituições e alguns integralmente, embora para a administração direta a participação do empregador esteja limitada hoje por lei a R\$24 por empregado.

Há instituições públicas, como as Forças Armadas, que possuem rede hospitar de serviços próprios, financiadas por orçamento próprio da Defesa e com provedores assalariados, e oferecem também rede de conveniados.

No caso de grandes empresas públicas há por vezes distintos planos que foram sendo incorporados a medida que se tornou mais complexa e custosa a oferta. Há casos em que há mais de uma titularidade; por exemplo uma para a assistência por reembolso e outra para a assistência por rede de conveniados. É comum que aqui também se mantenham, como na assistência oferecida por empresas comerciais, gradientes de cobertura com preços diferenciados, distinguindo entre um mesmo grupo de associados acesso a uma maior rede de conveniados, serviços considerados de melhor qualidade ou com melhor hotelaria.

A cobertura também é diferenciada entre empresas e o maior indicador é a assistência odontológica, que só nesse Tipo faz parte integrante dos planos. Mesmo assim, há empresas com menores recursos que não a oferecem. Ou seja, aqui também a assistência depende do potencial de financiamento das empresas/instituições e de seus empregados, influenciando diretamente na cobertura, na abrangência e possivelmente na qualidade dos provedores. E como o objetivo também aqui não é o lucro com a assistência, o custo é em geral mais baixo que aqueles do primeiro Tipo, já que as despesas do empregador são repassadas

aos custos e o pagamento dos empregados, assalariados, passíveis de dedução parcial no imposto sobre a renda.

As entidades de representação neste Tipo são, além das específicas para cada instituição ou empresa, o Ciefas – Comitê de Integração de Entidades Fechadas de Assistência à Saúde.

A regulação é exercida pelos órgãos da administração aos quais estão ligadas e/ou, no caso das modalidades vinculadas a fundos de previdência de empregados, também à Secretaria de Previdência Complementar do Ministério da Previdência e Assistência Social.

O número de beneficiários e o faturamento dos dois Tipos acima são em geral considerados em conjunto, como correspondente às empresas de auto-gestão. Segundo a Abramge (2000), nestes Tipos, para 1997, seriam 300 empresas, 8 milhões de beneficiários e faturamento de US\$4.59 bilhões. Já o Ciefas diz ter como associadas cerca de 140 empresas com número aproximado de 10 milhões de beneficiários (embora em pesquisa recente do Comitê (Ciefas, 1999), as empresas que responderam ao questionário enviado (122 no total) possuíam somadas 4.743.526 de beneficiários.

Planos vinculados a serviços privados: planos oferecidos e geridos por clínicas e/ou hospitais de propriedade privada, com fins de lucro com a oferta de serviços e abertos à clientela. Esse grupo não é normalmente considerado na literatura sobre a organização dos serviços de saúde no Brasil. Foram incluídos aqui porque se mostraram significativos na pesquisa de campo e são reconhecidos pela famílias como cobertura Extra-SUS . A maioria dos planos aqui é supostamente ilegal³. São serviços (em geral clínicas ou pequenos hospitais nos subúrbios da cidade), que por uma parcela fixa prestam alguns serviços aos supostos beneficiários.

³ Nos contatos com os serviços não era admitida a existência de plano e nem foi possível identificá-los na lista de filiação obrigatória das operadoras pela SUSEP - Superintendência de Seguros Privados - (até a última consulta em julho de 99). Por isso não são citados nominalmente os exemplos.

Consiste em assistência médica financiada por famílias e indivíduos segundo valores pré-pagos per capita. As informações aqui são obviamente limitadíssimas. Contudo, supõe-se que a cobertura se restrinja a consultas e não inclua contrato formal. A provisão, por sua vez, seria restrita ao serviço e aos profissionais nele incluídos, provavelmente em regime de assalariamento.

Há serviços legalizados que poderiam ser em princípio incluídos neste Tipo. O único exemplo que identificamos é o do Hospital Silvestre, que oferecia assistência nos moldes das empresas comerciais e seguradoras, sendo que restrita ao próprio hospital. Neste caso, poderiam se assemelhar à assistência que começam a oferecer as instituições filantrópicas. Embora de pouca expressão no Rio de Janeiro, elas têm peso importante em cidades de interior e na maioria dos outros estados⁴.

CAPACIDADE INSTALADA E PROVISÃO DE SERVIÇOS

Estabelecimentos de Saúde

O último levantamento nacional sobre a rede de serviços de saúde é de 1992 (IBGE, 1992). Neste ano o Brasil possuía 35701 estabelecimentos de saúde, entre os com e sem internação, de propriedade pública ou privada (Tabela 2.6).

TABELA 2.6
BRASIL – ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE

Tipo	Público			Privado			Total		
	n	% ^(a)	% ^(b)	N	% ^(a)	% ^(b)	N	% ^(a)	% ^(b)
Unidades básicas	6 038	25	98	131	1	2	6 169	17	100
Centros de saúde	14 129	59	98.5	189	2.2	1.5	14 318	40	100

Continua ...

⁴ O problema em considerá-los neste mesmo Tipo é que obviamente a falta de contrato e de registro formal, caso dos serviços antes citados, altera de forma significativa a assistência. Outra opção seria incluir estes serviços no primeiro Tipo, distinguindo-os como de rede restrita. Assim a limitação da rede seria uma outra categoria de classificação.

Continuação ...

Tipo	Público			Privado			Total		
	n	% ^(a)	% ^(b)	N	% ^(a)	% ^(b)	N	% ^(a)	% ^(b)
Policlínicas	2 126	11	25.5	6 170	52	74.5	8 296	23	100
Emergências	188	0.7	65.5	98	0.8	34.5	286	0.8	100
Hospitais	1377	6	21	5 155	43.5	79	6 532	18	100
Total	23 858	100	67	11 843	100	33	35 701	100	100

Fonte: Fundação IBGE (1976, 1992); ^(a) % da coluna; ^(b) % da linha

O setor público congrega a maior rede de estabelecimentos básicos de saúde, sendo em consequência o principal provedor para esses serviços em todo o país e em especial nas regiões de maior concentração de pobreza. Já os estabelecimentos com internação são predominantemente privados e, em oposição, concentram-se nas regiões mais populosas e com maior concentração de renda. Em algumas áreas a concentração de hospitais privados é bastante alta. No estado de São Paulo, por exemplo, 85% dos hospitais são privados. Contudo, a maioria dos hospitais especializados de alta complexidade são públicos. Também é o setor público predominante nas unidades de emergência.

A distinção entre unidades públicas e privadas se acentua quando os estabelecimentos com internação são diferenciados entre hospitais e unidades mistas, que concentram número reduzido de leitos em clínicas básicas e se destinam ao atendimento médico-ambulatorial e de saúde coletiva. Estas unidades são predominantemente públicas e concentradas em regiões mais pobres, em oposição aos comportamento dos estabelecimentos hospitalares privados.

Os estabelecimentos com internação são em sua maior parte de pequeno porte. O setor privado predomina nestes e nos de médio porte, mas sua participação relativa é maior nos hospitais de grande porte. Verifica-se uma tendência à desativação de leitos nos hospitais de grande porte, aumentando o quantitativo de hospitais de porte médio. Embora não existam dados, esta tendência pode estar acompanhando o verificado no setor privado em muitos países, de investimento em hospitais menores e especializados, em substituição aos hospitais gerais.

Leitos

Duas alterações importantes ocorrem no comportamento dos leitos em saúde no período de estudo. Há em primeiro lugar uma queda significativa da participação relativa dos leitos públicos no total de leitos para internação no país, que passa de 26,82% em 76 para 24,81% em 1992, embora tenha aumentado o número absoluto de leitos públicos (Tabela 2.7).

TABELA 2.7
BRASIL – LEITOS HOSPITALARES POR SETOR

	1976		1992		Varição 92/76 (%)
	N	%	N	%	%
Público	119 062	26.82	135 080	24.81	13.5
Privado	324 826	73.18	409 277	75.19	25.98
Brasil	443 888	100	544 357	100	22.63

Fonte: IBGE (1976, 1992)

Acentua-se assim a predominância do setor privado na oferta de leitos. A distribuição percentual de leitos entre os setores em 76 já era favorável ao setor privado, com 73,18% contra 26,82% de leitos públicos. Em 1992 seriam 75,19% de leitos privados e 24,8% públicos.

Outra característica que se destaca é a distribuição dos leitos ao interior do próprio setor público. Verifica-se um aumento expressivo dos leitos públicos municipais. Entre 1976 e 1992 os leitos federais sofrem queda de 14,9%, os estaduais queda de 6,6% e os municipais crescem em 238,2% (Tabela 2.8).

TABELA 2.8
BRASIL – LEITOS PÚBLICOS POR ESFERA DE GOVERNO

	1976		1992		Alteração 1992/1976
	N	%	n	%	%
Federal	27 982	23.5	24 072	17.82	-14.9

	1976		1992		Continuação ...
	N	%	n	%	Alteração 1992/1976 %
Estadual	80 476	67.6	75 147	55.63	-6.6
Municipal	10 604	8.9	35 861	26.55	238
Total	119 062	100	135 080	100	13.5

Fonte: IBGE (1976, 1992).

Esse crescimento expressivo é consequência do processo de descentralização dos serviços, um dos eixos centrais da reforma do setor. Embora muitas das unidades tenham sido repassadas para os municípios, a diferença entre o crescimento das internações neste nível de governo e a queda nos níveis federal e estadual comprova um incremento real na produtividade dos municípios, com a criação de novos leitos ou com a recuperação de leitos antes desativados.

Estes dados revelam também a tímida participação do nível estadual, decorrente do processo de esvaziamento e indefinição de seu papel no contexto da reforma no período, embora devessem responder às necessidades nos níveis de maior complexidade.

Uma e outra tendências podem ser debitadas ao processo concreto da reforma. Por um lado uma descentralização de fato dos serviços públicos para o nível municipal. Por outro, também um importante crescimento do setor privado na provisão de serviços.

Internações

O comportamento do conjunto das internações no período estudado mostra também alterações decorrentes do processo de reforma. Embora tenha havido, como descrito acima, uma redução nos leitos públicos, a participação do setor aumenta no volume de internações. O percentual das unidades públicas no conjunto de internações passou de 15,58% para 23,27%, um aumento relativo de 49,35%

(Tabela 2.9). Já a participação das unidades privadas passou de 84,42% para 76,73%, ou uma queda de 9,1%.

TABELA 2.9
BRASIL – INTERNAÇÕES POR SETOR

	1976		1992		Alteração 1976/92
	N	%	n	%	%
Público	1 872 440	15.58	4 622 480	23.27	49.35
Privado	10 149 509	84.42	15 241 961	76.73	- 9.1
Total	12 021 949	100	19 864 441	100	65.20

Fonte: IBGE (1976, 1992).

As mudanças registradas não significam necessariamente que as unidades públicas estejam produzindo mais internações. A mudança na forma de pagamento aos hospitais públicos de orçamentos para AIHs alterou o sistema de informação dos serviços prestados, o que pode ter gerado a diferença. Mesmo assim, deve-se considerar a possibilidade de um aumento de fato, diante do desligamento de vários hospitais privados do SUS insatisfeitos com os valores pagos aos serviços. O que teria ocasionado o aumento de demanda para as unidades públicas. Poder-se-ia ainda sugerir que um maior controle sobre os serviços prestados tenha contribuído para a queda relativa na participação das unidades privadas.

Consultas

Diferentemente do que ocorre com as internações, as unidades públicas sempre produziram maior volume de consultas. Contudo, sua participação cai no período em relação ao setor privado. Em 1976 61,66% das consultas foram realizadas nas unidades públicas. Mas em 1992 esse percentual cai para 59,75% (Tabela 2.10). Embora muito pequena a queda (apenas 3,1%), a expectativa seria de aumento. Se não em decorrência da universalização, ao menos pelo aumento dos registros com a introdução do pagamento de unidades de consulta (UCAs) para as unidades públicas.

TABELA 2.10
BRASIL – CONSULTAS MÉDICAS POR SETOR

	Em %		
	1976	1992	Alteração 1992/1976
Público	61.66	59.75	-3.1
Privado	38.33	40.24	5

Fonte: Fundação IBGE (1976, 1992)

Recursos Humanos

A estrutura de recursos humanos no sistema de saúde ainda sofre os resquícios das décadas de 60 e 70 quando, para acompanhar o crescimento do setor, foi estimulado o emprego de médicos sem o correspondente incentivo ao emprego de outras profissões de saúde, em especial pessoal de nível médio. Assim, em 1992 ainda registrou-se um número de 171.561 postos de trabalho médico para 95.027 de profissionais de nível médio. Embora esta relação ainda seja bastante desfavorável, de 1976 para 1992 houve aumento de 51,7% nos empregos de nível médio nas unidades públicas e 20% nas unidades privadas (Tabela 2.11). Mesmo assim, permanece bem baixo o número de enfermeiros de nível superior. A taxa por (1000 habitantes) destes profissionais é de apenas 0.1, abaixo da média de toda a América Latina (Banco Mundial, 1993).

TABELA 2.11
BRASIL – RECURSOS HUMANOS

MÉDICOS	1976	Público	54.201
		Privado	62.259
		Total	116.460
	1992	Público	65.205
		Privado	106.356
		Total	171.561
	Variação 92/76	Público	20.3
		Privado	79.8
		Total	47.3

Continua ...

Continuação ...

	1976	Público	30.833
		Privado	40.200
		Total	71.033
	1992	Público	46.785
NÍVEL MÉDIO		Privado	48.242
		Total	95.027
	Variação 92/76	Público	51.7
		Privado	20.0
		Total	33.8

Fonte: Fundação IBGE (1976, 1992)

A relação de médicos por habitantes no Brasil é hoje próxima a 1,46 (médicos por 1000 habitantes (Banco Mundial, 1993)). Contudo, a distribuição é bastante desigual entre as áreas rural e urbana, com clara concentração nas cidades. Recente pesquisa aponta para uma taxa de 0.53 para as áreas rurais e 3.28 para as áreas urbanas (CFM/Fiocruz, 1996).

O setor privado continua a empregar uma maior proporção de médicos que o setor público. A mesma Tabela 2.11 indica que entre 76 e 92 o número de postos de trabalho médico cresceu 47,3%. No setor privado o crescimento foi de 79,8% enquanto no setor público foi de 20,3%. Há contudo que se tomar esses números com reserva, pois podem estar encobrendo vínculos em diversos estabelecimentos por um mesmo profissional, prática mais comum no setor privado do que no público.

PARTE II AS TRANSFORMAÇÕES NO SISTEMA DE SERVIÇOS DE SAÚDE

O processo da reforma sanitária conseguiu alterar a organização do sistema de serviços de saúde. Para analisar os modelos pré reforma e atual, utiliza-se aqui a classificação da OECD (1992), que se baseia nos parâmetros desenvolvidos por Hurst (1991), a partir de Evans (1981).

Evans, ao analisar a especificidade do mercado em saúde, caracteriza-o como de integração vertical imperfeita, a partir da impossibilidade de neste mercado as ações se caracterizarem pela relação direta entre compradores e vendedores de mercadorias. Para discutir esta tese, o autor analisa as relações específicas entre o que considera serem os 5 “negociadores” (*transactors*) presentes na estrutura do setor (em contraste aos tradicionais 2 dos outros setores), cuja interação geraria modelos gerais de organização dos mercados em saúde. São eles os consumidores; os provedores de primeira linha; os provedores de segunda linha; os governos e os distintos seguradores.¹

A partir dessas relações e modelos apresentados por Evans, Hurst (1991) desenvolve um modelo operacional que prioriza as relações de financiamento/formas de pagamento a provedores de serviços e que seria utilizado para o estudo comparativo dos sistemas de saúde e correspondentes reformas de países da OECD. Esse trabalho, bastante difundido e conhecido na literatura, identifica 7 modelos básicos (e correspondentes subsistemas) resultantes das interações possíveis entre financiamento - voluntário ou compulsório (público) - e formas de pagamento a provedores – pagamento direto de consumidores sem seguro; pagamento direto de consumidores para posterior reembolso do seguro; pagamento indireto por terceiros pagadores segundo contrato e pagamento indireto por terceiros pagadores através de orçamentos ou salários. São eles (OECD, 1992:19-29)²:

¹ O autor chama esta última categoria de “suppliers of insurance or purchasers of risk associated with health care use” (1981:331), que são seguradores em geral e as empresas similares de garantia de riscos de saúde contra pagamento voluntário - as empresas seguradoras e comerciais de planos de saúde.

² Em verdade seriam 8 possíveis combinações. Uma delas não é tratada, pois combina financiamento compulsório com pagamento direto, não existindo de fato (OECD, 1992:19).

- *modelo voluntário de pagamento direto (voluntary, out of pocket model)* – residual na maior parte dos sistemas, refere-se a serviços pagos diretamente pelos consumidores aos provedores de primeira e segunda linha. Dependente da capacidade de pagamento, gera inequidade. Não garante eficiência micro ou macro econômica e competitividade, dada a assimetria de informação de consumidores e médicos e a possibilidade de monopólio médico.
- *modelo voluntário de reembolso (voluntary reimbursement model)* – modelo de seguro privado clássico, onde os consumidores pagam os serviços aos provedores e são reembolsados (total ou parcialmente) pelo segurador. Dependente da capacidade de pagamento, gera inequidade e há risco de seleção de clientela. Alivia o encargo do consumidor em relação ao modelo anterior por dividir com outros o risco; mas é alto seu custo administrativo. Tende ao aumento constante dos gastos, por estimular o consumo desnecessário (*moral hazard*), incentivado, inclusive, por provedores (já que pagos por unidades de serviço), ou mesmo pela renúncia fiscal, quando permitida pelos governos. Por isso, é em geral acompanhado de formas de co-participação do consumidor.
- *modelo público de reembolso (public reimbursement model)* - consumidores pagam os serviços aos provedores e são reembolsados (total ou parcialmente) por entidade pública. Por envolver contribuição compulsória e relacionada à renda, é equitativo e evita seleção de clientela. Contudo também estimula altos custos administrativos e induz à provisão ou utilização desnecessários. Por isso, é também em geral acompanhado de formas de co-participação do consumidor.
- *modelo voluntário por contrato (voluntary contract model)* – modelo similar ao de seguro privado, sendo que os provedores são pré-estabelecidos. Também dependente da capacidade de pagamento individual ou do grupo, é baixa sua capacidade de atingir equidade. Pode ser mais eficiente se provedores de primeira linha funcionarem como porta de entrada obrigatória pagos por capita (a tendência é contrária se o pagamento é por unidades de serviço).

- *modelo público por contrato (public contract model)* – é o modelo onde o acesso é financiado através de contribuição compulsória relacionada à renda ou através de tributos gerais, e os provedores são contratados por entidades públicas (aqui os terceiros pagadores), por unidades de serviço ou per capita. Permite uma maior escolha para os consumidores que o modelo anterior. Pode ser bastante eficiente do ponto de vista micro-econômico se combinar competição por qualidade conduzida pelo consumidor com incentivos e controles nos contratos com provedores. A eficiência macroeconômica é em geral responsabilidade dos governos.

- *modelo voluntário integrado (voluntary integrated model)* – modelo onde os seguradores privados estão integrados aos provedores por empregos (no caso dos de primeira linha) ou orçamentos (no caso dos de segunda linha). Como depende de pagamento, tem as limitações dos modelos voluntários quanto à equidade e a seleção de clientela. Mas pode ser mais eficiente que esses outros porque a integração permite maior controle de despesas e a subutilização, comum à integração, pode ser evitada pela competição entre seguradores.

- *modelo público integrado (public integrated model)* - é o modelo onde o acesso é financiado através de contribuição compulsória relacionada à renda ou através de tributos gerais e os provedores são pagos por salários ou orçamento. O governo é o principal segurador e principal provedor. A escolha do consumidor é restrita. Não há incentivos ao provedor e aos terceiros pagadores para reter o consumidor. Não há incentivo à redução de custos nas unidades. A eficiência macro-econômica pode ser garantida pelo governo através do controle de despesas ao nível desejado.

Normalmente, os sistemas de saúde não são puros como os modelos e apresentam em sua configuração mais de um subsistema (em geral um compensando limitações do outro), embora sempre haja a predominância de um ou no máximo dois deles. Por outro lado, há diferenças e combinações diversas no interior de cada um deles (OECD, 1992).

Considerando a classificação acima, pode-se identificar que nas décadas de 60 a 80 o sistema de saúde no Brasil era formado por um *subsistema público por contrato*,

hegemônico; um *subsistema público integrado*, secundário; e um *subsistema voluntário por contrato*, residual.

O sistema atual inclui dois subsistemas. Um é resultado da fusão do *subsistema público por contrato* com o *subsistema público integrado* em um mesmo *subsistema público por contrato*. O outro é o *subsistema voluntário por contrato*, que passa a ter importância destacada na organização atual.

A mudança do modelo de organização dos serviços tem sido acompanhada por transformações importantes tanto no interior de cada um dos subsistemas como nas relações entre os diferentes subsistemas; contudo, embora se possa identificar um novo sistema, ele não tem ainda uma forma acabada. Isso é verdadeiro em especial para a fusão dos subsistemas públicos, dadas as características próprias do processo de reforma, descrito no Capítulo I.

Para identificar os distintos subsistemas e a conseqüente reorganização do sistema, buscou-se aqui a dinâmica interna a cada um deles, priorizando as relações existentes entre provedores, população e financiadores. Embora estes não sejam os únicos elementos do sistema, são os necessariamente afetados em todas as etapas do processo de atenção à saúde. As relações entre financiadores e provedores incluem as formas de pagamento, tipos de contrato, limites e incentivos. As relações entre população e financiadores incluem direitos, cobertura, co-pagamentos e formas de controle sobre recursos. As relações entre população e provedores dizem respeito aos diversos aspectos do atendimento.

A ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE ENTRE OS ANOS 60 E 80

Neste período, o sistema de saúde é formado por um *subsistema público por contrato*, um *subsistema público integrado* e um *sistema voluntário por contrato*.

O *subsistema público por contrato* é financiado por contribuições compulsórias para empregados e empregadores com base nos salários. A cobertura é restrita à população segurada e seus dependentes. A provisão de serviços é feita tanto pelo financiador como por outros provedores públicos e privados, diretamente

contratados pelos financiadores. A forma de pagamento dos serviços é diferenciada segundo o tipo de provedor e tipo de serviço.

Já o *subsistema público integrado* é financiado por tributos gerais e os provedores (integrados ao financiador) são pagos por orçamentos prospectivos e salários.

Embora supostamente integrados como um único sistema, o que prevaleceu até a reforma foram dois subsistemas públicos totalmente distintos. As diferenças residiam na forma de financiamento e pagamento a provedores, no tipo de serviço prestado e na população coberta. A expressão maior dessa separação (dicotomia institucional e assistencial como apresentada no capítulo I), era a existência de duas instituições públicas, do governo central, as duas responsáveis pela mesma área fim mas com distintas atribuições e isoladas uma da outra.

O Ministério da Previdência Social e dentro dele o INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social) é a instituição central do *subsistema público por contrato*, responsável pelo financiamento e regulação de toda a provisão de assistência médica individual à população segurada em todo o país. Já o Ministério da Saúde é a instituição responsável pelas ações coletivas em saúde, provisão de serviços preventivos e assistência à doenças crônico-infecciosas.

O *subsistema voluntário por contrato* é limitado a grandes empresas públicas e privadas que resolvem prover assistência a seus empregados e suas famílias através da contratação por pré pagamento per capita de grupos médicos como provedores. O financiamento cabe aos empregadores, por vezes aos empregados e por alguns anos contou também com a participação da Previdência Social, que, em troca de não fornecer serviços aos empregados daquelas empresas e seus dependentes, transferia quantia fixa per capita às empresas.

Esse subsistema era pouco expressivo então. Eram poucas as empresas que forneciam serviços especiais a seus empregados (em 1977, 122 empresas tinham contratos com a Previdência Social). Em 1979 os contratos foram suspensos pela Previdência. Muitas empresas permaneceram contudo prestando esses serviços,

sendo a modalidade de contrato com grupos médicos o embrião do atual *subsistema de contrato voluntário*.

a. Relações entre Financiadores e Provedores

No *subsistema público por contrato*, o pagamento era diferenciado por provedor, e os mecanismos de regulação se restringiam ao controle do quantitativo de serviços prestados. Para o hospitais e centros médicos próprios da Previdência, o pagamento era via orçamento anual global, estabelecido pelo INAMPS de acordo a séries históricas de gastos e os médicos eram pagos por salários.

Os hospitais e demais serviços médicos de segunda linha privados, principais provedores deste subsistema, eram contratados diretamente pelo INAMPS para o atendimento a beneficiários da previdência e pagos por unidades de serviço calculadas de acordo com tabela de Honorários Médicos e Hospitalares, que estabelecia os valores dos procedimento ou diagnósticos.

A modalidade de pagamento por unidade de serviço, que sabidamente estimula provedores a prestar mais serviços, mesmo que desnecessários, se transformou no período em um poderoso mecanismo de fraude, dada a ineficiência do INAMPS no gerenciamento dos contratos (Teixeira, 1988). Estes eram vagos acerca de objetivos e principalmente resultados da atenção prestada. Não havia tetos para a provisão e os valores de muitos serviços complementares (como órteses e próteses) não eram pré fixados. Isso fazia com que serviços iguais fossem pagos com diferenças próximas a 600% entre distintas regiões (Cordeiro, 1991:111).

Embora a tabela fosse definida pelo próprio INAMPS e não por associações corporativas, as negociações tinham importante participação dos representantes dos provedores hospitalares e de associações médicas. As relações entre a Federação Brasileira de Hospitais, principal representante do setor hospitalar privado e o INAMPS, eram uma representação clara das relações entre a burocracia pública e os interesses privados no período ditatorial, fenômeno conhecido com "anéis burocráticos" (Cardoso, 1977).

A importância dos contratos com o INAMPS para o setor privado e, da mesma forma, o privilégio à compra de serviços privados pelo INAMPS, são comprovados pelo fato de que, à época 90%, de todos os serviços médicos prestados no país encontravam-se direta ou indiretamente vinculados ao INAMPS e que, entre 1969 e 1975, uma média de 90% das despesas do órgão destinaram-se à compra de serviços de terceiros (Teixeira, 1988).

A crise da Previdência no início dos anos 80 levou a que fossem introduzidos tetos para pagamento de serviços prestados pelo setor privado e alterada a forma de pagamento de internações de unidades de serviço para pagamentos por procedimento, as AIHs - Autorização de Internação Hospitalar. A forte resistência dos provedores privados à distância confirmou-se na permanência de inúmeras fraudes também com o novo sistema.

Paralelamente, começam a ser comprimidos os valores pagos para os procedimentos, levando à redução dos lucros privados. Estes provedores começam a perder o interesse em prestar serviços à Previdência, fenômeno que será visível na segunda metade da década. O crescimento paralelo do *subsistema voluntário por contrato* iria paulatinamente atrair os provedores de segunda linha mais bem equipados, assim como médicos.

Outra modalidade de provedores no *subsistema público por contrato* eram instituições filantrópicas, que até meados da década de 80 vinculavam-se à Previdência para atendimento aos trabalhadores rurais e recebiam por subsídios fixos (Cordeiro, 1991:105). A partir de 86, esses provedores passariam a tomar importância na provisão aos segurados da Previdência, como parte das estratégias racionalizadoras do período pré- reforma, e seriam pagos por AIH (Cordeiro, 1991: 106).

Outros provedores residuais seriam as universidades públicas (para atendimento a beneficiários da Previdência), sindicatos urbanos e rurais (para atendimento aos respectivos associados) e estados e municípios (para atendimento aos seus funcionários). O pagamento aqui também era diferenciado. Baseava-se em repasses globais (orçamentos negociados) para estados e municípios e subsídios fixos, como

com as instituições filantrópicas, para sindicatos. As universidades, pertencentes ao Ministério da Educação, prestavam serviços por convênios entre aquele Ministério e a Previdência. Posteriormente, teriam seus serviços pagos por altas hospitalares. O serviços das universidades foram contudo mal aproveitados. Dada a falta de integração do sistema, estas acabavam por atender a casos de longa duração e baixa lucratividade repassados pelo setor privado.

Outra modalidade seria a de convênios com empresas privadas, em geral de grande porte, que podiam optar por responsabilizar-se pela assistência médica aos funcionários, através de serviços próprios ou contratados. Para tanto, a empresa privada estabelecia contrato com o INAMPS, que ficava a partir daí desobrigado a prestar assistência a esses segurados, embora de fato os procedimentos de mais alto custo fossem paulatinamente voltando ao encargo da Previdência. O sistema de pagamento era de um subsídio fixo pago a empresa por segurado; ou seja, pré-pagamento per capita. A empresa optava por prestar os serviços ela própria ou contratar empresas para tal. Como dito, este seria o embrião do *subsistema voluntário por contrato*, financiado em parte pela Previdência Social.

Uma última forma de contrato com provedores eram os realizados com médicos para o atendimento em áreas com baixa oferta de profissionais. Estes podiam ser contratados diretamente nas especialidades de clínica médica, pediatria, ginecologia e obstetrícia, dependendo da necessidade de sua especialidade na localidade. Prestavam serviços em seus próprios consultórios, sem a intervenção de intermediários. Nesta modalidade, o pagamento era por unidades de serviço.

As mudanças empreendidas neste subsistema com a crise da Previdência e durante toda a década de 80, iriam alterar em especial as relações entre financiador e provedores. As metas principais eram controlar as fraudes e gastos, melhorar os serviços e atender a parcelas maiores da população, principalmente em áreas não priorizadas pelos provedores privados. A principal estratégia era privilegiar as unidades próprias ou privadas sem fins de lucro. Os limites seriam dados pelos poderosos interesses consolidados no setor. Mesmo assim, a introdução do pagamento prospectivo, o controle sobre serviços prestados e o repasse de recursos

para estados e municípios já indicavam caminhos que seriam aprofundados pela reforma.

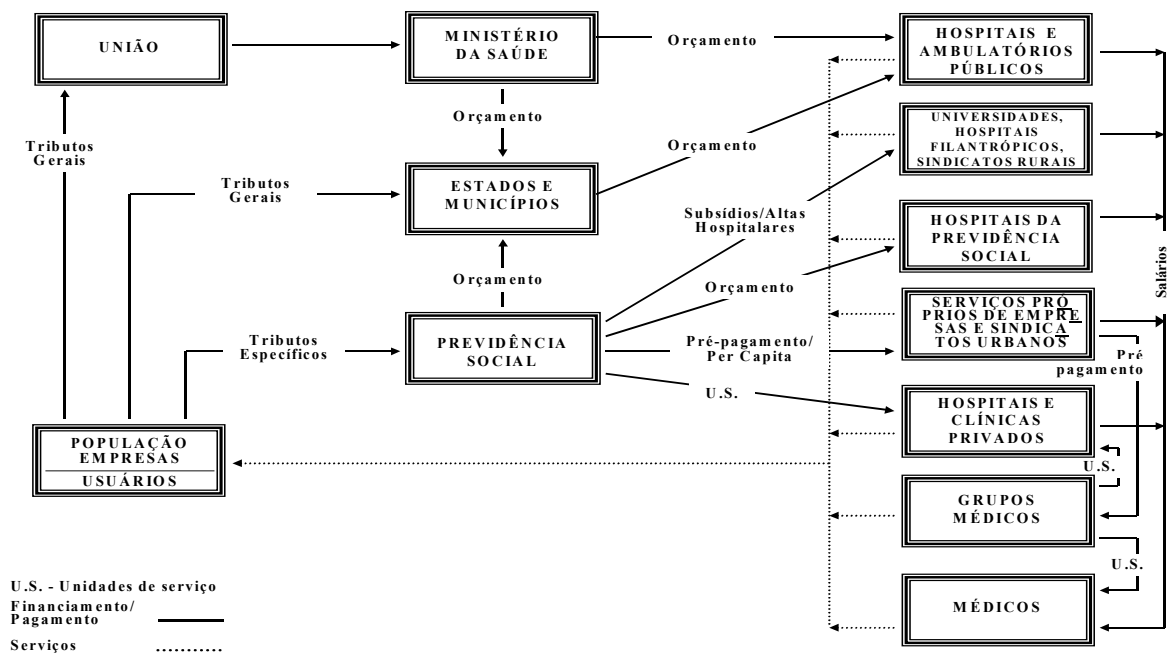
Uma provável limitação dos próprios reformadores foi a estratégia de enfrentamento com relação aos provedores privados com fins de lucro. Não é possível afirmar se uma estratégia de pactação a longo prazo, com mini regulações sucessivas, poderia alterar a posição adotada por este setor em mais de uma década de expansão financiada pela Previdência. Contudo, também não se tinha nenhuma clareza, em especial com a crise econômica que o país atravessava, de que seriam possíveis investimentos de peso em serviços de saúde públicos. Assim, a alteração na forma de pagamento, um maior controle sobre procedimentos e a redução constante dos valores pagos levariam ao abandono de contratos de muitos dos provedores privados. Os que ficaram buscaram formas alternativas de burlar controles, principalmente prestando em geral serviços de baixa qualidade.

As características distintas do *subsistema público integrado*, em especial a baixa importância das ações empreendidas ao interior do Sistema de Serviços e a estrutura departamentalizada e altamente centralizada, restringia as relações entre financiadores e prestadores ao sistema de hierarquia burocrática. Os serviços financiados por orçamentos e pagamento a provedores por salários anulavam boa parte dos possíveis interesses, limitando as relações ao nível central de governo, e deste com as secretarias estaduais.

Já no *subsistema voluntário por contrato*, quando empresas contratavam grupos médicos, pré-pagos segundo um per capita por empregado, os provedores eram pagos por unidades de serviço. Quando a empresa mantinha um serviço próprio, ou os médicos eram credenciados e pagos por unidades de serviço (a maioria), ou eram contratados para trabalhar nas dependências da empresa e neste caso eram em geral assalariados. Havia também aqui a modalidade de reembolso, em geral restrita à empresas públicas de maior porte. O empregado pagava pelo serviço utilizado e era posteriormente reembolsado pela empresa, em geral segundo tabela pré-fixada.

As principais relações de financiamento e formas de pagamento entre financiadores e provedores presentes no sistema 60-80 estão dispostas na Figura 2.2, abaixo.

FIGURA 2.2
SISTEMA DE SAÚDE 1960-1980



b. Relações entre População e Provedores

A necessidade de vinculação por contribuição para o atendimento pela Previdência Social consolidou uma segmentação preliminar na população, entre os segurados e não segurados (no senso comum, com ou sem INPS). Mais ainda, ocorria uma diferenciação, na população de segurados, entre rol de serviços prestados e qualidade do atendimento. Herança ainda dos IAPs, onde institutos com mais recursos ofereciam melhores instalações e maior rol de serviços, essa diferenciação em muitos casos permanece com a unificação e a criação do INPS em 1966. Ou seja, dependendo do peso político da categoria, os serviços permaneciam restritos a seus beneficiários específicos.

O processo de extensão de cobertura iniciado nos anos 70 tampouco extinguiu essas diferenças no acesso. Os antigos serviços de clientela fechada mantiveram

restrições ao atendimento dos novos segurados. Consolidou-se assim uma estrutura de serviços públicos para os setores de ponta de indústria e serviços, servidores públicos e militares e uma estrutura de serviços privados não integrados e não regulados para os recém segurados. Os trabalhadores rurais, embora tenham alcançado o direito ao atendimento, tinham acesso a um limitado rol de serviços, restrito ao oferecido pelos sindicatos rurais ou instituições filantrópicas. O resto da população permaneceu dependente dos escassos serviços do Ministério da Saúde, secretarias estaduais e municipais, ou de instituições filantrópicas.

Em 1974, com a universalização do atendimento para emergências, a demanda aumenta de forma significativa, já que a população aprende rapidamente a transformar suas necessidades em emergências. Essa nova demanda seria assistida principalmente pelos provedores privados. A falta de regulação e a forma de pagamento por unidades de serviço aprofundou o modelo de atenção curativo e especializado. Esse modelo estimula a medicalização da população, em especial dos estratos mais pobres, que dispõem de pouca informação e é submetida a um sistema de provisão desordenado, desintegrado, sem hierarquia e centrado na atenção hospitalar.

A crise dos anos 80 e a necessidade de corte nos gastos contribuiu para a piora do atendimento. Os provedores privados lucrativos começam a empurrar pacientes e procedimentos custosos para o setor público, cuja rede mantinha-se praticamente inalterada e também desintegrada.

As sucessivas greves de médicos e demais profissionais de saúde nos serviços públicos durante a década de 80 tornaram ainda mais conflituosas as relações entre população e provedores nos serviços públicos. Em período de grande efervescência dos movimentos sociais, a saúde passaria a ser foco especial de demandas, com alta capacidade mobilizadora, como jamais ocorrido.

Contudo, essas demandas não se dirigiam diretamente aos provedores. O alto grau de centralização do sistema; a falta de transparência nas relações entre financiador e provedores; o baixo controle sobre estes últimos e a não existência de intermediários entre os dois fazia com parecessem ser um só. A maior parte da

população inclusive não diferenciava os distintos provedores. Ou era INPS ou INAMPS, ou não. Já para a parcela da população com acesso a serviços públicos restritos, a diferença existia e era culpa exatamente do INAMPS a deterioração dos serviços a que tinham acesso. Assim, as demandas seriam dirigidas principalmente ao financiador, o governo.

c. Relações entre População e Financiadores

No sistema pré reforma a titularidade orienta as relações entre população e financiadores. A dependência de contribuição para o atendimento havia consolidado uma forte noção de um contrato de seguro para a população segurada. Não um contrato de seguro como se teria posteriormente com a expansão do *subsistema voluntário*, onde é mais evidente a relação de oferta de serviços contra pagamento. O pagamento aqui era secundário e a base do contrato era o pacto entre o Estado e os setores cobertos.

A cobertura à saúde, mediada que era pela relação de trabalho, subsumia a segmentação. Assim, para os segurados o seguro era um direito e nunca um privilégio. E para a população não segurada, a assistência teria sempre o sentido de favor. E sua principal estratégia para alcançar a cobertura seria a inserção no mercado formal.

A legitimação do regime faria da extensão de cobertura uma necessidade. No entanto, a crise econômica tornaria inviável a manutenção do sistema, mesmo segmentado. A crise política iria permitir a adesão de setores mais organizados e bem posicionados na produção à reformulação do sistema, em especial à universalização. Paralelamente contudo, iriam à busca de novas formas de atendimento. Pode-se afirmar que o principal fator de estímulo para que esses setores buscassem titularidade privada tenha sido a deterioração dos serviços públicos. Mas não se pode de todo descartar a hipótese da interferência dos valores tradicionais de organização da proteção social no Brasil, em cujo cerne sempre estiveram os setores de ponta da classe trabalhadora.

ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE NA DÉCADA DE 90

A reforma sanitária introduziu diversas mudanças no Sistema de Saúde prevalente entre os anos 60 e 80. Atualmente o Sistema de Saúde é composto por um *subsistema público por contrato*, resultado da fusão dos *subsistemas público por contrato* e *público integrado* do período anterior, com importantes modificações em relação aos anteriores. E um *subsistema voluntário por contrato*, não mais residual e também com importantes modificações em relação ao anterior.

O *subsistema público por contrato* corresponde ao SUS e o *subsistema voluntário por contrato* corresponde ao Sistema de Assistência Médica Extra-SUS, descritos na Parte I deste Capítulo.

São três as principais mudanças no *subsistema público por contrato*. Em primeiro lugar a cobertura, que passa a ser universal. Segundo, as funções e atividades dos dois subsistemas públicos anteriores são unificadas, fazendo que se alterem as bases organizacionais do novo sistema. Em terceiro lugar, alteram-se os mecanismos de financiamento e gestão dos serviços, modificando em essência as bases de contratação e integração dos subsistemas anteriores.

O *subsistema voluntário por contrato* cresce e se diversifica, assumindo importância na provisão de serviços. Altera-se sua disposição no mercado e criam-se formas diferenciadas de assistência quanto à cobertura e rol de serviços ofertados, influenciando a o acesso e a utilização de serviços.

a. Relações entre Financiadores e Provedores

Subsistema Público por Contrato

No *subsistema público por contrato*, os três níveis de governo são financiadores e provedores de serviços. São financiadores porque são em conjunto responsáveis pelo pagamento das ações e serviços necessárias à manutenção do sistema. São provedores porque possuem todos rede de serviços próprias (públicas), por eles administradas, embora o objetivo da reforma seja que os municípios assumam toda a provisão da assistência, o que vem sendo efetivado com a descentralização.

O SUS engloba hoje 49.360 unidades ambulatoriais (incluindo as de hospitais e em todos os níveis de complexidade). Destas, 66,2% são próprias dos municípios; 4,4% são estaduais; 1% são ligadas à rede federal; 21,5% estão em unidades privadas com fins lucrativos; 4% em instituições filantrópicas e 3% pertencem a universidades e sindicatos. As unidades hospitalares somam 6427, sendo 23% municipais; 10% estaduais; 1,14% federais; 37% privadas com fins lucrativos; 27% filantrópicas; 2% em universitárias e 0,03% sindicais (Conselho Nacional de Saúde, 1999).

A Lei 8080 – Lei Orgânica da Saúde – estabelece em seu artigo 35 que os repasses de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais devem ser diretos e automáticos, tendo como critérios o quantitativo populacional para definição de 50% dos recursos e para os outros 50% o perfil epidemiológico e demográfico, a rede e suas características, além da participação financeira de estados e municípios no financiamento (Carvalho et alli,1998:138). Na verdade a maior parte dos recursos ainda é repassada a estados e municípios segundo os serviços produzidos pelos diferentes provedores, embora novas e importantes medidas venham sendo tomada para alterar essa lógica.

Sendo o financiamento do sistema, como visto, predominantemente federal, para que se efetivasse a descentralização era necessário que os recursos pudessem ser administrados nos níveis onde estão os serviços. Essa premissa foi sem dúvida uma das mais conflituosas no processo de implantação da reforma. Tanto pela resistência do nível federal a abrir mão do controle dos recursos, quanto pela resistência de estados e municípios a assumir a responsabilidade sobre seus sistemas.

Somente em 1993, após a extinção do INAMPS, foi possível empreender mecanismos que pudessem associar a descentralização dos recursos financeiros arrecadados pelo nível federal à responsabilidade e autonomia de estados e municípios na direção de seus sistemas, concretizando o princípio de um sistema único dirigido pelas três esferas de governo.

Mecanismos que pudessem progressivamente alterar a situação em que o nível federal transferia a estados e municípios os recursos referentes aos serviços que

estes declaravam terem sido produzidos em suas localidades. Ou seja, que os sub-níveis de governo deixassem de ser apenas repassadores de recursos do governo federal para os provedores, o que limitava ações autônomas para responder à necessidades específicas, em especial atividades de promoção e prevenção, que demandam transferências diretas e livres de vinculação.

Iniciativas para romper com essa lógica vieram com as Normas Operacionais Básicas do Ministério da Saúde de 1993 e principalmente com a de 1996, que rege atualmente a descentralização do sistema.

A Norma Operacional Básica de 1993 rege a descentralização até 1997. Previa mecanismos de transferência vinculados à condições de gestão de estados e municípios, ou seja, à responsabilidade e conseqüente autonomia que estes assumiam na condução do sistema de saúde. Em todas as condições de gestão as premissas eram a criação de um fundo específico para manejo dos recursos de saúde (Fundos de Saúde) e a formação dos Conselhos de Saúde.

Os serviços de assistência mantêm-se sendo pagos segundo duas modalidades principais: a Unidade de Cobertura Ambulatorial – UCA e a Autorização de Internação Hospitalar – AIH, agora tanto para provedores públicos quanto privados. Estão baseadas no Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS), para procedimentos ambulatoriais e de emergência e no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), para internações e procedimentos de alta complexidade.

As UCAs são típicos pagamentos por unidades de serviço. Já as AIHs baseiam-se em valores de reembolso fixos de acordo com os procedimentos correlatos a um dado diagnóstico (parte-se do pressuposto de que os diagnósticos iguais requerem procedimentos semelhantes). Os procedimentos clínicos são codificados com base na Classificação Internacional de Doenças da OMS. Os hospitais especializados recebem um adicional considerando sua estrutura complexa e dispendiosa.

A Norma Operacional Básica de 1993 (NOB 93) inova ao introduzir tetos de financiamento para estados e municípios, negociados entre os níveis de governo

para cada estado e dentro destes para os municípios. Os tetos representam não mais somente uma limitação de gastos, mas uma primeira tentativa de redistribuição dos recursos. Isso porque, como os pagamentos se baseiam na produção de serviços, os sistemas estaduais ou locais com maior capacidade instalada produzem mais serviços e concentram mais recursos, criando não só limitações àqueles com menor capacidade, como também estimulando a assistência centrada na produtividade.

Eram três as condições de gestão na NOB 93: gestão incipiente, gestão parcial e gestão semi-plena. Os municípios e estados que não se habilitassem a nenhuma das condições permaneciam com os recursos controlados diretamente pelo Ministério da Saúde ou por seus respectivos estados, cadastrando e pagando diretamente provedores (no caso dos estados, dependendo de sua condição de gestão).

Nas gestões incipiente e parcial os provedores são ainda pagos diretamente pelo Ministério da Saúde, via contratos ou convênios, dependendo se são provedores com fins lucrativos (contratos) ou provedores públicos e sem fins lucrativos (convênios). Mas os níveis de governo assumem atividades antes centralizadas ou assumidas aleatoriamente, como (Queiroz, 1995): o cadastro e contratação de provedores; a programação, autorização e controle dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares e, a critério do nível de governo, a gerência da rede ambulatorial pública. A diferença importante entre a gestão incipiente e parcial é que nesta última o nível de governo recebe a diferença entre o total de serviços produzidos e o seu teto previamente estipulado, enquanto isso não é prerrogativa da gestão incipiente.

Para os Estados as duas condições de gestão incluem, além das características e diferenças acima, a responsabilidade, na gestão parcial, de elaborar e executar a programação integrada de ações; gerir recursos de investimentos; programar e distribuir cotas de AIH e UCA; gerir a rede de referência e de alta complexidade; coordenar procedimentos como órteses, próteses e medicamentos especiais e coordenar hemocentros (Queiroz, 1995).

A condição semi-plena de gestão consiste no nível mais avançado e mais próximo da situação “desejada”, onde municípios e estados assumem o conjunto das responsabilidades a eles conferidas no sistema, recebendo recursos do nível federal, mas não mais com base em serviços prestados, e sim via repasse global e automático (Ministério da Saúde, 1993). Nesta condição os sub-níveis de governo assumem obrigatoriamente todas as responsabilidades das condições anteriores e em contrapartida recebe mensalmente e diretamente em seu Fundo de Saúde o total de recursos de seu teto para procedimentos hospitalares e ambulatoriais.

Os resultados da NOB-93 não foram expressivos no sentido de superar a concepção, arraigada no sistema, de produtividade de serviços. Isso porque mesmo inaugurando repasses fundo a fundo para os municípios em condição semi-plena, estes permaneciam vinculados aos serviços produzidos. Assim, perpetua-se ainda uma descentralização tutelada, com os sub-níveis de governo limitados a repassadores de recursos aos distintos provedores.

Entretanto, há que se destacar que a NOB-93 impulsionou um movimento, antes inexistente, de iniciativas de gerenciamento técnico e operacional nos estados e principalmente nos municípios. O arcabouço que ela introduz nesses campos estimula diversos níveis de governo a avaliar a situação de seus serviços e suas possíveis necessidades. Considerando a importância da assistência à saúde para a satisfação da população e portanto seu peso político, assumir parcial ou integralmente sua condução passou a ser ao menos um elemento de avaliação para possíveis estratégias políticas.

Por outro lado, a normatização de diversos procedimentos e requisitos obrigatórios aprimoram a unicidade do Sistema e os papéis de cada nível de governo. São exemplos mais evidentes a obrigatoriedade de criação dos conselhos e fundos de saúde, agora definitiva, e de notificação nos registros nacionais de nascidos vivos (Sistema Nacional de informações sobre Nascidos Vivos – SINASC), de mortalidade (Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM) e de doenças de notificação compulsória (Sistema de Agravos de Notificação – SINAM).

A Tabela 2.12 mostra as habilitações municipais à NOB-93 em dois anos de vigência.

TABELA 2.12
HABILITAÇÕES DE MUNICÍPIOS À NORMA OPERACIONAL BÁSICA 93

Situação por condição de Gestão	1994*			1996**		
	Municípios (N)	% nos Municípios	% nas Habilitações	Municípios (N)	% nos Municípios	% nas Habilitações
Incipiente	1808	36,3	76,5	2367	47,6	75,7
Parcial	510	10,2	21,6	616	12,4	19,7
Semi-plena	46	0,9	1,9	144	2,9	4,6
Total Habilit.	2364	47,5	100,0	3127	62,9	100
Não habilitados	2611	52,5	-	1848	37,1	-
TOTAL	4975	100	-	4975	100	-

*em dezembro. Números extraídos de Queiroz, 1995.

**em janeiro de 97. Números extraídos de Brasil, 1999a.

Embora parte significativa dos municípios não tenha se habilitado, o percentual de habilitações chega a 62,9% do total de municípios em 96. A participação da gestão semi-plena foi sempre baixa no conjunto das habilitações, mas foi a que proporcionalmente mais cresceu. De uma participação de 0,9% no total dos municípios em 94, passou para 2,9% em 96, um aumento relativo de 222%, enquanto a gestão incipiente cresceu 31% (de 36,3% para 47,6%) e a parcial 21% (de 10,2% para 12,4%). Consideradas só as habilitações, o crescimento relativo da gestão semi-plena foi de 242% (de 1,9% para 4,6%), contra a redução relativa de 9,1% na gestão parcial (de 21,6 para 19,7%) e a posição praticamente inalterada da gestão incipiente (redução relativa de 1%).

Essa situação demonstra irregularidade no comportamento da descentralização, com uma parcela de municípios altamente mobilizados para assumir seus sistemas de saúde, enquanto outros, por dificuldades técnicas e/ou resistências políticas, permanecem ligados ao nível central ou estadual. As adesões à NOB 93 foram de fato bastante desiguais, tanto entre regiões quanto entre municípios de um mesmo estado. Os argumentos acerca do tamanho reduzido da grande maioria dos municípios como limitadores para que assumam a gestão de seus sistemas indica a carência de estratégias diferenciadas para estimular a adesão, em especial no que toca ao papel dos estados, cuja habilitação foi muito menos expressiva que a dos municípios. Mesmo nos estados que se habilitaram (12 dos 27), não foi alterada sua

posição de gestores e provedores simultâneos de serviços (Carvalho et *alli*, 1998:141).

A Norma Operacional Básica 1996 – NOB 96 viria a sanar muitas das limitações da NOB 93. Implementada de fato somente a partir de janeiro de 1998, ela rege atualmente as transferências de recursos e portanto o financiamento no interior do *subsistema público por contrato*.

A nova Norma gera impacto na estrutura do SUS ao avançar em relação à NOB 93 em um ponto crucial do sistema, a provisão centrada na produção de serviços médicos. Enquanto a Nob 93 pôde associar transferências de recursos com autonomia e responsabilidades definidas, a nova norma introduz a assistência básica e o conjunto das ações de caráter coletivo na estratégia de descentralização. Essa nova concepção altera o fluxo de distribuição de recursos, a forma de pagamento a provedores e pode ser promissora para alterar a lógica da assistência que prioriza a assistência médica curativa baseada na produtividade de serviços; sem dúvida o núcleo duro da assistência à saúde herdada do Sistema anterior e que a Reforma ainda não alcançou alterar.

É criado o Piso de Atenção Básica (PAB), montante de recursos repassados aos municípios para financiamento de atividades básicas em saúde (exclusivamente ações e serviços). Diferentemente do sistema de pagamento por serviços, o PAB é calculado segundo a população do município, além de instituir incentivos financeiros para programas diversos relacionados à ações de prevenção e promoção e de assistência farmacêutica, como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS, o Programa de Saúde da Família – PSF, a Assistência Médica Farmacêutica, o Programa de Combate às Carência Nutricionais, as Ações Básicas de Vigilância Sanitária e Ações de Vigilância Epidemiológica e Ambiental (Brasil, s/d).

Com a NOB-96, as transferências da União para estados e municípios permanecem sendo regidas, como na NOB –93, pela posição que assumem os sub-níveis de governo na direção da assistência. Entretanto são agora duas as condições de gestão, assumidas voluntariamente, como antes, por estados e municípios, segundo requisitos pré definidos e adesão avaliada pelas instâncias gestoras do Sistema.

Para todas as condições de gestão é obrigatório atestar o funcionamento do Conselho de Saúde e a criação do Fundo de Saúde ou conta especial, no caso dos municípios, para separar os recursos destinados à saúde. Os estados e municípios não habilitados permanecem na situação exclusiva de provedores de serviços e vinculados ao Ministério da Saúde (no caso dos estados) ou aos seus estados (no caso dos municípios).

Para municípios as condições são de *gestão plena da atenção básica e gestão plena do sistema municipal*. Para estados as condições são de *gestão avançada do sistema estadual e gestão plena do sistema municipal* (Brasil, 1996b).

Na *gestão plena da atenção básica* os municípios assumem a responsabilidade sobre as ações básicas de assistência à saúde. Para isso devem cumprir requisitos de organização, gestão, planejamento, controle e auditoria e informações em saúde referentes aos serviços básicos (Brasil, 1996b).

Na *gestão plena do sistema municipal* o município se responsabiliza por toda a assistência à saúde, inclusive agora as ações de caráter coletivo. Os requisitos são os mesmos da condição anterior, mas referentes a toda a rede, além da da necessidade do Plano Municipal de Saúde, com descrição detalhada de todas metas e ações do município (Brasil, 1996b).

Para os estados há responsabilidades comuns aos dois tipos de gestão, relacionadas ao papel destes na coordenação e gestão do sistema de referência e de ações coletivas entre municípios; a formulação de Planos Estaduais de Saúde, além da responsabilidade sobre toda a provisão sob sua gestão direta, entre outras (Brasil, 1996b:38-39). Para aderir à *gestão avançada do sistema estadual* os estados devem ter ao menos 60% de municípios habilitados ou 40%, caso neles residam 60% da população (Brasil, 1996b:42).

Para os estados aderirem à *gestão plena do sistema municipal* devem comprovar a implementação de uma programação integrada para todos os níveis de atenção; possuir mecanismos de controle da provisão, como centrais de controle internação, de procedimentos complexos e marcação de consultas especializadas; possuir

programas de cooperação técnica para seus municípios e também comprovar repasse automático e regular de pelo menos 50% de seu teto para os municípios. Necessitam dispor de ao menos 80% de municípios habilitados ou 50%, caso englobem 80% da população estadual (Brasil, 1996b:42-43).

Desde sua implantação, A NOB 96 alcançou importante adesão de municípios, como mostra a Tabela 2.13.

TABELA 2.13
HABILITAÇÕES DE MUNICÍPIOS POR REGIÕES - 1999*

Região	Municípios (n)	EM GPAB	%	EM GPS	%	Total Habilit. (n)	%	% Pop.** Coberta
Norte	449	388	86,4	51	11,3	419	93,3	97,6
Nordeste	1787	1637	91,6	118	6,6	1755	98,2	99,3
C. Oeste	445	420	94,4	20	4,5	440	98,9	99,7
Sudeste	1666	1334	80,1	263	19,7	1597	95,9	83,9
Sul	1159	1090	94,0	42	3,6	1132	97,7	99,3
Brasil	5506	4849	90,5	494	8,97	5343	97,0	92,6

*em 25/04/1999

** sobre a população total.

GPBA – Gestão Plena da Atenção Básica

GPS – Gestão Plena do Sistema

Fonte: Secretaria de Políticas de Saúde/ Ministério da Saúde, www.saude.gov.br/descen/habilita.htm

É alta a percentagem de municípios habilitados (97%), cobrindo quase a totalidade da população do país (92,6%). O peso é todo da *gestão plena da atenção básica*, 90,5%, contra 8,97% da *gestão plena do sistema*. Isso reforça o fato de que enquanto a atenção básica é uma possibilidade concreta para a realidade nacional, a gestão total do sistema é um objetivo ao menos de médio prazo. Mesmo assim, verifica-se que foi mantido, *para a gestão plena do sistema*, o ritmo de habilitações à *gestão semi-plena* da NOB-93 (Tabela 2.13), cerca de 200% para período similar.

As transferências da União para estados e municípios são relacionadas às modalidades de gestão. O montante das transferências depende da disponibilidade de recursos do Ministério da Saúde. Dentro deste limite são estabelecidos tetos de recursos, que representam o valor máximo a ser repassado para estados (Teto

Financeiro Global Estadual - TFE) e municípios (Teto Financeiro Global Municipal - TFM). O teto é calculado tendo como base a média histórica (anual ou semestral) das transferências ao estado ou município, considerando todos os serviços realizados (Carvalho et alli, 1998:151). A definição dos tetos cabe às instâncias gestoras - Comissão Intergestores Tripartite – CIT (para os tetos estaduais) e Comissões Intergestores Bipartites - CIB (para os tetos municipais).

Tendo como base os tetos, há dois tipos de transferência:

Transferências fundo a fundo: são os repasses diretos, do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e/ou Municipais de estados e municípios.

São transferidos fundo a fundo:

- os recursos de estados e municípios em *gestão plena do sistema*. - estados e municípios recebem valor correspondente ao seu teto anual, em cotas mensais, correspondentes a 1/12 avos do valor do teto.
- os recursos do Piso de Atenção Básica - São duas as modalidades do Piso de Atenção Básica – uma fixa (PAB fixo) e uma variável (PAB variável), cada uma correspondendo a uma forma de pagamento. O PAB fixo é destinado a todos os municípios que se habilitem à *gestão plena da atenção básica*. Recebem valor per capita/habitante de R\$12 por ano, pagos mensalmente em parcelas iguais. No PAB variável o pagamento varia entre programas e o município recebe separadamente para cada um implantado. Os valores aproximados são: para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS, R\$ 2.200 por agente/ano; para Programa de Saúde da Família – PSF, R\$ 28.000 por ano por equipe (variável de acordo ao seu tamanho); para a Assistência Médica Farmacêutica R\$ 2 per capita/mês e para o Programa de Combate às Carência Nutricionais, R\$ 180 por criança em risco nutricional. (Brasil, s/d e Brasil, 1999b). Para as ações básicas de vigilância sanitária que consistem no Piso Básico de Vigilância Sanitária – PBVS, os valores são per capita/habitante negociados nas instância gestoras, dependendo da estrutura e disponibilidade de estados e municípios.
- os recursos, para estados, referentes à assistência especializada estadual - Fração Assistencial Especializada – FAE, referentes a procedimentos ambulatoriais de

média complexidade, medicamentos e insumos excepcionais, órteses e próteses e tratamentos fora do domicílio (sob responsabilidade do estado e excluindo os dos municípios em semi-plena).

- os recursos, para estados em *gestão avançada do sistema estadual*, do PAB dos municípios não habilitados e para os estados de recursos do PBVS de municípios não habilitados.

Além dessa estrutura básica de financiamento, outros mecanismos têm sido utilizados para favorecer a descentralização de atividades de vigilância sanitária e ações epidemiológicas, ainda bastante centralizadas na estrutura da Fundação Nacional de Saúde e do Ministério da Saúde. Estes possuem recursos e tetos específicos e os valores transferidos são negociados nas instância gestoras, dependendo da estrutura e disponibilidade de estados e municípios. São transferidos de acordo a serviços produzidos.

Outra medida prevista na NOB-96 são incentivos transferidos aos Estados (e destes para municípios de acordo à negociações nas Comissões Bipartites) para obtenção de resultados de impacto nas condições de saúde, chamado Índice de Valorização de Resultados - IVR. Correspondem a 2% do teto de recursos do estado para assistência médica e dependem de compromissos assumidos por estes.

Também têm sido introduzidos pelo Ministério da Saúde financiamentos específicos para tratamentos considerados prioritários, mais custosos ou que estejam requerendo medidas de impacto, diante do acúmulo de demanda. A Tabela 2.14 oferece uma visão geral dos recursos e tipos de transferências do Ministério da Saúde para os últimos 3 anos.

TABELA 2.14
DESPESAS FEDERAIS DO SUS COM ASSISTÊNCIA
POR TIPO DE DESPESA

Tipo de Despesa	Em R\$ correntes		
	1997	1998	1999**
Pagtos Federais	5.323.474.740,74	4.890.713.933,95	4.173.644.395,65
Intern.Hosp.	2.469.831.020,42	2.561.187.806,59	2.259.606.299,48
Atend.Ambul.	2.853.643.720,32	2.329.526.127,36	1.914.038.096,17

Continua ...

Tipo de Despesa	Continuação ...		
	1997	1998	1999**
Alta/Média complex. (transferências)	2.138.510.290,25	2.561.983.514,25	3.169.809.430,86
Ass.Hospit/Ambul	1.714.309.350,80	2.357.958.743,87	3.064.147.555,64
Fator de recomposição	424.200.939,45	170.650.724,45	-----
Compens. alta complex.	-----	15.899.399,14	9.419.520,55
Urgência/emerg.	-----	17.075.516,25	21.513.344,18
Gestante alto risco	-----	-----	6.623.426,99
Neurocirurgia	-----	-----	12.221.779,92
UTI	-----	-----	9.388.886,84
Câncer colo uterino	-----	399.130,54	7.845.633,45
Transplantes	-----	-----	10.191.204,04
Cirurgia de catarata	-----	-----	24.758.145,00
Cirurgia hérnia inguinal	-----	-----	1.816.965,54
Medic. p/ transplantes	-----	-----	986.650,87
Programa tuberculose	-----	-----	256.569,20
Cirurgia de mama	-----	-----	1.281,07
Cirurgia da próstata	-----	-----	334.861,32
Cirurgia de varizes	-----	-----	288.953,69
Cirurg. Palato labial	-----	-----	14.652,56
Atenção Básica (Transferências)	-----	1.385.004.112,36	2.108.745.935,16
PAB Fixo	-----	1.174.754.904,52	1.549.298.683,63
PACS	-----	98.296.233,98	181.469.797,82
PSF	-----	45.466.824,44	84.665.074,37
Vig.Sanitária	-----	24.409.466,92	33.590.038,74
Carência nutricional	-----	42.076.682,50	121.491.895,00
Desc.unid.Funasa	-----	-----	25.761.521,19
Farmácia Básica	-----	-----	110.218.990,86
Medic.saúdemental	-----	-----	2.249.933,55
Assist.pop.indígena	-----	-----	373.650,00
TOTAL	7.461.985.030,99	8.837.701.560,56	9.452.199.761,67

** de janeiro a novembro

Fonte: Ministério da Saúde, Datasus.

Verifica-se que é efetivo o aumento das transferências de um ano ao outro, principalmente após o início da implantação da NOB-96 em 98 e entre este ano e 99. Destacam-se os aumentos das ações básicas ligadas ou PAB e a incorporação, na descentralização financeira entre 98 e 99, das atividades de farmácia básica, medicamentos de saúde mental e das ações da FUNASA. Por outro lado, verifica-se também o aumento, em especial em 1999, de transferências vinculadas a procedimentos específicos.

Considerando o fluxo do financiamento descrito acima, os pagamentos a provedores são neste *subsistema* distintos por tipo de serviço, não mais havendo distinção entre modalidades para os provedores de propriedade pública e os privados com ou sem fins de lucro. As modalidades básicas de pagamento são:

- internações hospitalares – pagas por grupo de procedimentos correlatos a diagnósticos, contra fatura através das Autorizações de Internação Hospitalar – AIHs, segundo as especificações do Sistema de Internações Hospitalares - SIH/SUS.
- procedimentos de alto custo e complexidade – pagos por unidades de serviço produzido, contra fatura através das Autorizações de Procedimentos de alto Custo – APAC, segundo especificações do Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS.
- consultas e procedimentos básicos e de média complexidade – pagos por unidades de serviço, contra fatura e também baseadas nas especificações do Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS.

No caso das consultas e procedimentos básicos e de média complexidade, já assumidos pela maioria dos municípios e estados, o pagamento direto por parte Ministério só ocorre nos estados não habilitados. Por outro lado, as tabelas de procedimentos do sistema de informações do SUS são em verdade base para os pagamentos, sendo em diversos casos acrescidos por estados e municípios.

É importante enfatizar ainda que, como somente os estados e municípios em *gestão plena do sistema* podem gerir o conjunto de seus recursos, as internações e procedimentos de alto custo ainda são em sua maior parte pagos diretamente pelo Ministério da Saúde, tanto aos provedores públicos como contratados. A Tabela 2.15 aponta este comportamento.

TABELA 2.15
TRANSFERÊNCIAS FEDERAIS DO SUS SEGUNDO PROVEDOR

Tipo do Provedor	Em R\$ correntes		
	1997	1998	1999*
Federal	58.609.629,92	50.285.608,09	9.377.847,11
Estadual	767.583.008,26	791.486.540,21	791.138.093,71
Municipal	1.093.767.034,47	633.972.903,71	394.394.650,46
Contratado	1.329.911.636,35	1.218.150.414,53	996.459.930,56
Filantropico	1.228.400.052,84	1.185.593.717,79	1.065.023.504,19
Universitário	830.943.797,16	1.004.663.381,18	913.697.835,74
Sindicato	14.259.581,74	6.561.368,44	3.552.533,88
Gestão Plena/ Semiplena	2.138.510.290,25	3.946.987.626,61	5.278.555.366,02
TOTAL	7.461.985.030,99	8.837.701.560,56	9.452.199.761,67

*de janeiro a novembro

Fonte: Ministério da Saúde, Datasus

Mesmo em valores correntes, verifica-se que as transferências para *gestão plena do sistema* (1998 e 1999) aumentam progressivamente em relação àquelas para a *gestão semi-plena* (NOB 93, ano de 1997). Caem as transferências para provedores federais, consequência da descentralização das unidades federais. Caem também as transferências para provedores filantrópicos e em especial privados contratados (com fins de lucro). Essa diminuição pode representar apenas que esses provedores passaram a ser pagos pelos gestores em *condição semi-plena* ou *plena do sistema*, computados separadamente. Neste caso atestaria ao menos a descentralização e uma diferença substantiva em relação ao período anterior. Outras possíveis explicações poderiam ser a diminuição do quantitativo desses provedores ou a redução dos serviços prestados ao SUS. A redução das transferências a municípios são resultado dos procedimentos incluídos no PAB. Importante ainda registrar a situação quase estável dos estados, reflexo de sua ainda baixa adesão à descentralização.

O pagamento a médicos no *subsistema público por contrato* agora é em geral por salários, tanto nos serviços públicos quanto nos privados contratados e a maioria dos profissionais mantêm vínculos com serviços diversos, em especial nos serviços privados. Nos serviços públicos os salários podem diferenciar-se muito entre distintas localidades e em algumas delas são dados incentivos à produtividade.

A situação dos recursos humanos é crítica nos serviços públicos, devido à falta de uma política de clara do Ministério da Saúde. Há falta de pessoal, não estão regularizadas as situações de funcionários do Ministério repassados para estado e municípios, nem os mecanismos de contratação de pessoal terceirizado ou contratado, como agentes de saúde e pessoal das equipes dos programas de saúde. Para suprir a falta de qualificação de pessoal de nível médio, um problema antigo, foi recentemente lançado um programa nacional para qualificação. Esse programa é resultado do movimento que se vem consolidando no Ministério para que se elabore e principalmente implemente uma política de Recursos Humanos que corresponda aos preceitos e demandas do SUS, em especial no tocante ao aumento da cobertura, à melhoria da qualidade e produtividade dos serviços (Brasil, 1997b).

Um aspecto diferencial nas relações entre financiadores e provedores entre o *subsistema público por contrato* deste período e o anterior diz respeito à posição dos provedores privados. Aqueles com fins de lucro perderam de forma significativa seu poder na definição das diretrizes políticas para o setor, embora permaneçam como principais provedores em termos quantitativos. Por um lado, devido aos sucessivos cortes nos valores pagos aos serviços contratados que, iniciados ainda na década de 80, fizeram com que permanecessem credenciados os provedores que não se modernizaram para competir no mercado do *subsistema voluntário*. Por outro lado, a democratização do sistema impôs a alteração de suas estratégias de representação de interesses. A desconcentração de poder para estados e municípios gerou novas arenas de negociação. As secretarias de saúde, em especial as municipais, têm seu papel alterado diante da nova posição de gestoras, não sendo mais simples adendos das representações regionais do antigo INAMPS. Também impõem um novo equilíbrio de forças a presença dos conselhos.

Essa mudança não alcançou ainda superar as fraudes, mas há de fato um maior controle sobre os serviços prestados. Assim, embora estime-se que 30% dos recursos para assistência do SUS sejam desviados, tende a desaparecer o uso político dos recursos³. O controle ainda é escasso nos serviços de fornecimento de insumos e nas atividades-meio terceirizadas, como atestou a recente crise dos hospitais federais no Rio de Janeiro (Nupes, 1998). A discrepância nos preços pagos pelos hospitais já havia resultado na implementação de um cadastro nacional - o Banco de Preços Praticados na Área Hospitalar, acessível via web, para divulgação e comparação de preços de medicamentos, materiais médico-hospitalares, insumos e serviços de terceiros, que passou a ser importante instrumento de racionalização e controle de custos.

Já os serviços privados filantrópicos, embora tenham sido valorizados como provedores ainda a partir de meados da década de 80, também sofrem com a redução sucessiva dos valores pagos aos serviços. Assim como os provedores com fins lucrativos, muitos se desligaram do SUS. Os que permaneceram têm

³ Palestra proferida por Luis Felipe Moreira Lima, atual diretor da Agência Nacional de Vigilância Sanitária no evento organizado pelo Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde para discussão da criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, realizado em 31/05/1999.

recentemente buscado estimular o atendimento ao *subsistema voluntário*. Mas também encontram dificuldades de investir e se modernizar. Mesmo assim, compartilham politicamente com a defesa do SUS, tendo aderido com mais facilidade aos novos mecanismos de gestão e regulação.

Os hospitais universitários são outra categoria de provedor cuja situação é ainda mais crítica. Como hospitais de ensino (são 30 ao todo no país), deveriam ocupar papel específico de assistência especializada e pesquisa. Entretanto, com a crise do atendimento, passaram a representar importante porta de entrada do SUS. Ligados ao Ministério da Educação mas atendendo abertamente à demanda do SUS, sua posição permanece indefinida. O Ministério da Educação vem reduzindo os recursos para esses hospitais. Segundo análise feita pela ANDES do orçamento do Ministério da Educação, em 1999 somente o Hospital Universitário de Porto Alegre teria recebido verbas do Ministério; além disso, dos R\$ 574 milhões de corte para esta pasta, R\$ 411 milhões seriam nos recursos para os HUs (Andes, 1998:2). Ao serem pagos por serviços prestados pelo Ministério da Saúde, estes provedores têm que concorrer com os recursos em igualdade de condições com as prefeituras.

Diante da escassez de recursos, está na pauta dos HUs o atendimento e cobrança de usuários do *subsistema voluntário*, que em princípio seriam integralmente aplicados nas próprias unidades. Outra proposta é a transferência fundo a fundo dos recursos do Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa de Saúde – Fideps (Conselho Nacional de Saúde, 1999b).

Outro tipo de relacionamento entre financiadores e provedores é o estabelecido nos casos de serviços terceirizados da assistência. Nestes casos, o estado ou município repassa a gestão de serviços públicos à empresas ou cooperativas privadas com fins lucrativos. Embora poucos numerosos, contam com a expressiva participação da cidade de São Paulo, onde foi implantado pela prefeitura o Plano de Atendimento à Saúde – PAS, único caso até agora estudado em profundidade (CEDEC, 1996 e 1997a e b). No PAS a prefeitura repassa de seu orçamento à cooperativas de trabalho um valor per capita/mês para o atendimento da população potencialmente circunscrita à uma determinada área da cidade (chamadas módulos). O valor per capita é de aproximadamente R\$ 12, variando entre módulos, dependendo da

complexidade dos serviços (embora não estejam claras as bases para o cálculo desse valor e portanto da variação entre módulos) (CEDEC, 1997b:35). Neste caso, médicos e serviços são pagos pelas cooperativas por salários, podendo receber parcelas do excedente sobre o atendimento.

Algumas unidades hospitalares não federais permanecem ligadas diretamente ao Ministério da Saúde, sem controle do gestores estaduais. São hospitais especializados que por sua tradição possuem peso político suficiente para se manterem fora da organização geral do SUS. Vinculam-se ao Ministério sob a forma de contratos de gestão, através dos quais recebem recursos federais mas mantêm autonomia total de gestão. Embora sejam poucas em número, contam com parcela importante dos recursos financeiros.

A gestão das relações entre financiadores e provedores no *subsistema público por contrato* é exercida pelas Comissão Intergestores Tripartite – CITs (para as relações entre os três níveis de governo) e Comissões Intergestores Bipartites - CIBs (para as relações entre cada estado e seus municípios), instituídas com a NOB-93. Apesar de potente instrumento de negociação e pactação da política de gestão do SUS, a atuação das comissões ainda está bastante restrita aos aspectos do financiamento.

Essa limitação é compreensível, diante da necessidade de definição de instrumentos e normas demandados pela descentralização em curso. Mais ainda, pela restrição dos recursos e sua concentração na esfera federal. Contudo, essa limitação pode a médio prazo engessar as estratégias necessárias para aprimorar o sistema e aprofundar a mudança do modelo assistencial, criando um círculo vicioso de repartição de recursos escassos. As CIBs acompanham em geral a agenda da CIT e sua atuação como instância de pactação tem sido em grande parte determinada pela capacidade de mobilização da representação dos Conselhos Municipais. Onde existe essa mobilização, ocorrem pactos mais representativos e efetivos (Brasil, 1999a:10).

As relações entre o Ministério da Saúde e as instâncias gestoras vêm se aprimorando, se consideradas as características centralizadoras do subsistema anterior. O Ministério avança no processo de descentralização, dialogando mais com

os diversos gestores e suas representações. Mesmo assim há tensões no processo decisório, como recentemente com a criação dos chamados subtetos (recursos transferidos aos sistemas locais com destinação específica, como terapia renal substitutiva e oncologia). O Ministério foi bastante criticado, acusado de estar limitando a autonomia dos sistemas locais, já que os subtetos seriam uma reedição dos antigos convênios (Conasems,1999:4).

Conflitos surgiram também devido ao excesso de portarias editadas pelo Ministério à revelia do Conselho Nacional de Saúde e da Comissão Intergestores Tripartite – CIT (Conasems,1999:13). O fato gerou crise nas instâncias de pactuação, que acusaram o Ministério de estar recentralizando as decisões. Em protesto, então, Conasems e Conass cancelaram participação em reunião da CIT, aventando a proposta de estudo para edição de uma nova NOB (2000), com o objetivo de aprimorar os mecanismos de gestão do sistema (Conasems, 1999:13).

Esses problemas geram reflexos na regulação, já que o Ministério procura manter controle sobre os gastos das outras esferas. Em verdade, a regulação deve ser exercida pelas diversos gestores em suas áreas de atuação, pelos Conselhos de Saúde e demais instâncias gestoras. A transferência de recursos não supõe controle sobre gastos, já que não são recursos federais e sim da saúde. Ou seja, devem se basear nos mesmos preceitos das transferências constitucionais obrigatórias (Santos, 1998:6).

O controle e supervisão de gastos, é na esfera federal exercido pela - Secretaria de Controle Interno – Ciset, que funciona no Ministério da Saúde mas é vinculada à Secretaria Federal de Controle do Ministério da Fazenda. O controle externo é função do Tribunal de Contas da União (poder legislativo). Nos estados são os Tribunais de Contas dos estados e nos municípios os conselhos de Contas Municipais (OPAS,1998:7). O controle das atividades-fim é competência dos órgãos componentes do Sistema Nacional de Auditoria (SNA). O componente federal desse sistema faz o controle e auditoria médica de unidades federais e dos órgãos auditores estaduais. Estes fazem nos estados e dos órgãos municipais e estes das unidades locais (OPAS,1998:7).

Subsistema Voluntário por Contrato

As principais características de financiamento e formas de pagamento do *subsistema voluntário por contrato*, que corresponde ao subsistema de assistência Extra-SUS, foram descritas na Parte I deste Capítulo.

A dinâmica das relações entre os financiadores e provedores varia de acordo a quem financia, se empresas (com participação ou não das famílias/indivíduos) ou famílias/indivíduos diretamente. Em um e outro casos vai importar o tipo de intermediador. Mas em todos os casos a dinâmica está centrada principalmente na definição de preços dos serviços e contratos; e para os provedores médicos, também sobre o controle dos procedimentos recomendados. A distinção é de alguns dos serviços públicos restritos, em especial o das Forças Armadas, nos serviços que mantém com provedores próprios, assalariados, e não incluem contratos. Lembra-se contudo que estes também dispõem de planos de adesão voluntária, que seguem as mesmas características dos demais.

Nos casos em que o intermediador não tem fins de lucro, o valor pago aos provedores pode ser maior do que nos casos em que o intermediador tem fins de lucro. Nestes casos, o pagamento não segue um padrão, mas é comum as empresas maiores negociarem preços menores, já que possuem maior clientela. O prazo de pagamento é outro fator que varia entre intermediadores, sendo também maior para os intermediadores com fins de lucro.

Embora a Tabela de Honorários Médicos da Associação Médica Brasileira (AMB) seja a base para o pagamento do procedimentos, dificilmente seus valores são acompanhados pelos intermediadores. A Tabela é de tempos em tempos atualizada, o que não implica em sua imediata adoção. Apesar de a última edição ser de 99, os pagamentos são na maioria dos casos ainda baseados na de 92.

A regulação entre financiadores e provedores neste *subsistema* se restringe aos contratos. Nem os órgãos públicos que regulam as empresas, nem as associações representativas de provedores e financiadores, nem a recente Lei de Regulamentação dos Planos Privados de Assistência à Saúde prevêem mecanismos

de interferência nos contratos entre estas partes. As entidades médicas vêm há muito reivindicando esse papel, sem sucesso.

Todos os financiadores estão, a partir da Lei de Regulamentação dos Planos Privados de Assistência à Saúde sujeitos à regulação da Agência Nacional de Saúde Suplementar e à Superintendência de Seguros Privados - SUSEP. Os intermediadores públicos restritos ligados à fundos de pensão e vinculados ao CIEFAS, reivindicam não serem regulados pela SUSEP, pois já estão submetidos à Secretaria de Previdência Complementar (SPC) do Ministério da Previdência.

Não se sabe ainda sobre o impacto da nova regulamentação nas relações entre financiadores e provedores, mas é provável que sejam repassados para estes últimos, em especial médicos, parte das perdas que possam vir a ocorrer com o maior controle sobre preços e procedimentos. Os mecanismos de controle da provisão, já bastante comuns nos Estados Unidos através do sistema de cuidado gerenciado (managed care), podem ser uma alternativa à obrigatoriedade de cobertura ampla da nova Lei.

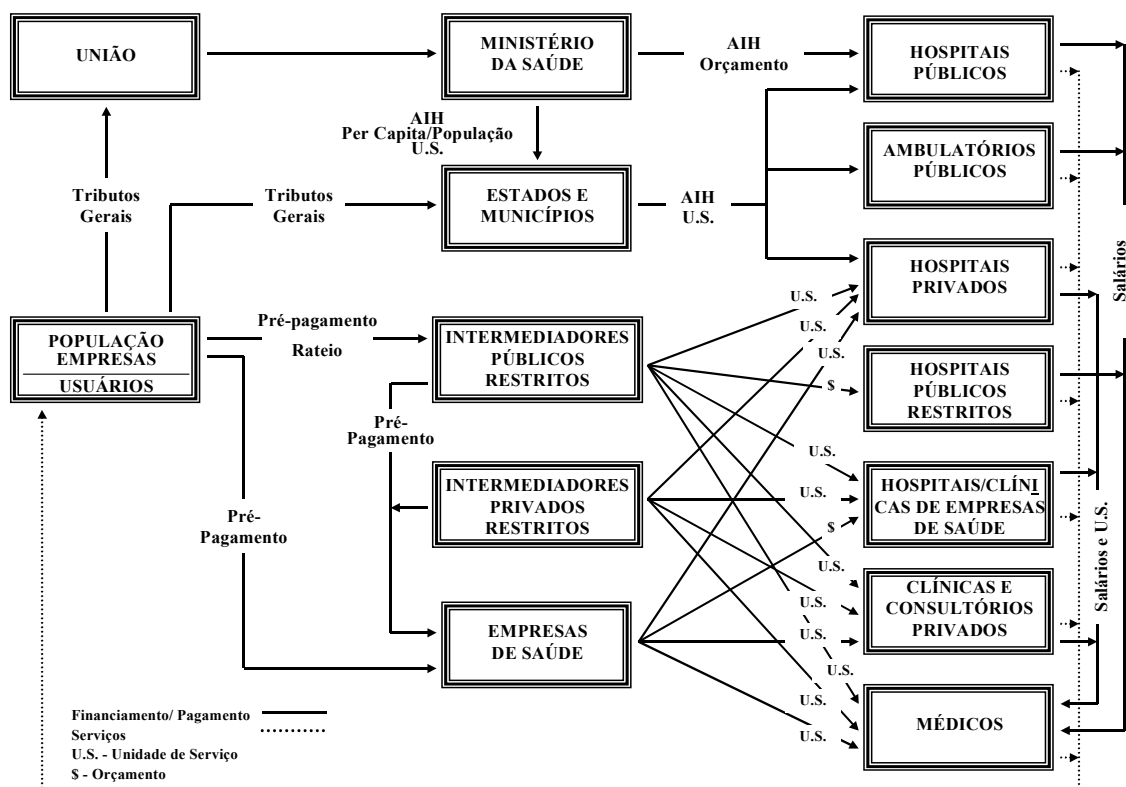
Poder-se-ia indicar uma nova tendência. Nos anos 80 e início dos 90, de hegemonia das empresas de medicina de grupo, os planos eram em sua maioria restritos aos provedores credenciados, de utilização restrita (limitação e autorização prévia de consultas e procedimentos, limitação de internações etc.) e cobertura limitada. Posteriormente, com o aumento da concorrência (em especial de seguradoras com maior capacidade de assumir riscos), os planos passaram a ampliar a livre escolha (incluindo possibilidades de reembolso fora da rede credenciada), a adotar utilização livre de consultas, menor restrição de procedimentos simples, diferenciais para internação e mantiveram a cobertura limitada, mas com róis alternativos dependendo da capacidade de pagamento.

A partir de agora, com a cobertura previamente definida e as restrições ao controle sobre a utilização, a tendência pode ser a de intermediadores direcionarem o controle de custos sobre a provisão. Reforçaria esta tendência a cobrança sobre procedimentos realizados no SUS para beneficiários de cobertura Extra-SUS.

Se confirmada essa tendência, estariam em melhor posição os provedores vinculados a planos públicos restritos, que já oferecem cobertura ampla. Mesmo assim, os provedores com maior capacidade de negociação, como hospitais, poderiam tentar compensar as perdas obtidas com serviços prestados a intermediadores com fins de lucro, aumentando assim seus preços para os planos públicos restritos. Os planos privados sem fins de lucro, por sua vez, podem optar por não gerir mais seus planos e contratar empresas comerciais e seguradoras via pré-pagamento (como aliás já vem ocorrendo), aumentando a parcela de pagamento por parte dos empregados.

As principais relações de financiamento e formas de pagamento entre financiadores e provedores presentes no Sistema na década de 90 estão dispostas na Figura 2.3, abaixo.

FIGURA 2.3
SISTEMA DE SAÚDE ATUAL



b Relações entre População e Provedores

No *subsistema público por contrato* os principais conflitos entre população e provedores dizem respeito às dificuldades de acesso, à qualidade do atendimento e por vezes do serviço prestado.

Dois fatores de ordem geral podem explicar a dificuldade de acesso e a deterioração dos serviços. Em primeiro lugar, a falta de investimentos necessários para suprir o aumento da demanda com a entrada no sistema de parcela significativa da população, decorrência da universalização. Não temos dados sobre quais seriam as necessidades de provisão do SUS para o atendimento universal à população, nem se referidos exclusivamente à população supostamente atendida, aquela que não tem cobertura Extra-SUS. Este talvez fosse um esforço mais salutar do que procurar alcançar gastos de PIB/per capita próximos a dos países centrais. Como dito, embora seja indiscutível a necessidade de aumento dos gastos, o gasto per capita serve mais à comparação geral entre países do que permite concluir sobre necessidades de saúde atendidas.

O outro fator seriam as dificuldades de gestão, decorrentes da implementação de um sistema que embora consistente do ponto de vista de princípios e diretrizes centrais, encontrou fortes resistências ao interior do próprio governo. Assim, não contou com o aparato burocrático do Estado a seu favor que, ao dispor da hegemonia dos recursos de poder, poderia introduzir as mudanças estruturais necessárias ao cumprimento dos novos objetivos requeridos para as organizações do setor. Esse papel foi desempenhado pelo poder local, decorrência da descentralização, fazendo com que avanços fossem registrados em distintas localidades. Pesquisa do Instituto Gallup (1996) evidenciou que municípios em gestão semi-plena foram melhor avaliados pela população no tocante ao reconhecimento de melhorias nos serviços de saúde. Ao contrário, receberam menores conceitos os municípios sem habilitação.

A descentralização ocorre assim em um sentido peculiar, diferente do normalmente difundido na literatura quanto às suas características de devolução e desconcentração (Cheema & Rondinelli, 1983); ou aos objetivos preconizados pelas

agências internacionais, em especial para as políticas sociais. Em primeiro lugar porque a descentralização, tal como vem ocorrendo, de repartição entre os níveis de governo dos recursos arrecadados pela União (e não apenas das responsabilidades), não fazia parte dos projetos do governo central. O longo processo de negociação e implementação das NOBs e seu caráter ainda limitado parecem comprovar isso. Em segundo lugar, porque é a partir da descentralização que se consolida parte importante do projeto que a motivou, qual seja, a ampliação da participação estatal no controle e oferta dos serviços de saúde. E isso, como discutido no Capítulo anterior, também não teria sido exatamente o projeto do governo central.

Um problema é que, implementada dessa forma, a reforma tem gerado diferenças importantes entre regiões e localidades e mesmo entre serviços, fazendo com que sejam sobrecarregados serviços e localidades onde é melhor o atendimento, levando por vezes à criação de mecanismos para barrar os usuários “de fora”. Esse e outros inúmeros problemas de atendimento poderiam ser descritos, como: filas para consultas e internações; prazos longos para exames, em especial de maior complexidade; distância dos serviços; falta de postos de atendimento básico, em especial em regiões rurais e urbanas de difícil acesso; horário limitado dos serviços de postos e centros de saúde; falta de médicos, especialistas e demais profissionais de saúde; falta de medicamentos ou o frágil sistema de referência. A falta de vinculação a serviços próximos de casa, a partir dos quais a população possa entrar no sistema e utilizar os serviços necessários de forma orientada e segura ainda leva a que busquem as emergências dos grandes hospitais, onde o atendimento pode ser demorado mas é garantido.

Soluções de gestão que podem ser promissoras têm sido implementadas, embora nem todas representem mudanças a curto prazo na porta de entrada do sistema. Destacam-se os já citados programas parte do Piso de Atenção Básica – PAB, em especial o Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS, o Programa de Saúde da Família – PSF, o Programa de Assistência Médica Farmacêutica e o Programa de Combate às Carência Nutricionais; além dos consórcios municipais e a Programação Pactuada Integradas.

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS contava em julho de 1999 com 96.550 agentes, correspondendo a 96,6% da meta prevista de 100.000 agentes para o atendimento à população. Esse quantitativo representa um crescimento 331% em relação à 94, ano inicial do programa. Os agentes atendem hoje 55,5% da população (a meta era de 57,5%) em 3725 municípios (acima da meta de 3300) (Brasil, 1999c).

O Programa de Saúde da Família – PSF contava em julho de 99 com 3867 equipes (64,5% da meta de 6000) em 1461 municípios (91,3% da meta de 1600), cobrindo 13,3% da população (64,5% da meta de 20,7%) (Brasil, 1999c).

O Programa de Assistência Médica Farmacêutica, iniciado em março de 99, contava em junho do mesmo ano com 5138 municípios cobertos (93,3% do total), cobrindo 96,1% da população (Brasil, 1999c).

O Programa de Combate às Carências Nutricionais, iniciado em junho de 1998, cobria em junho de 1999 74,1% do total dos municípios brasileiros, atingindo 84,8% da meta de beneficiários (922.536) (Brasil, 1999c).

Esses programas melhoram a provisão de serviços, podendo gerar impacto de fato positivo no nível de saúde das populações por eles atingidas. Contudo, no caso dos Programas de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde devem ser consideradas possíveis limitações, caso não sejam integrados à rede de serviços. Isso faria deles uma reedição das propostas de saúde comunitária difundidas na América Latina na década de 70, de ações de baixo custo limitadas ao nível primário, sem acesso aos níveis de maior complexidade de atenção. O mesmo pode ocorrer com o Programa Farmácia Básica, se transformado em cesta restrita de medicamentos para os mais pobres.

Os Consórcios Municipais, previstos na Lei Orgânica da Saúde, começam a ser implementados em 1994. São fundos geridos por uma associação voluntária de municípios com o objetivo de garantir assistência integral, já que a grande maioria dos municípios não dispõe de estrutura suficiente para atender suas populações, em especial na assistência especializada.

Em dezembro de 1998 havia 143 Consórcios formados, cobrindo 1740 municípios. A distribuição entre regiões é contudo bastante desigual. Enquanto as regiões sul e sudeste possuíam 38 e 88 consórcios (cobrindo respectivamente 656 e 931 municípios), as regiões norte e nordeste possuíam 1 e 4 consórcios, cobrindo apenas 8 e 38 municípios respectivamente (Guimarães, 1999:7). Mesmo assim, os consórcios têm sido apontados como instrumentos fundamentais na melhoria da provisão dos serviços de saúde, possibilitando a reativação de estabelecimentos fechados, a contratação de profissionais especializados e garantindo o acesso a serviços antes inexistentes nas localidades. (Barros, 1996).

Outro mecanismo de gestão que contribui para a organização do sistema e permite melhorar a provisão é a Programação Pactuada Integrada - PPI. Criada com a NOB-96, visa identificar e programar políticas e ações de saúde. Seu caráter inovador em relação aos instrumentos tradicionais de planejamento do setor é que há a participação de todas as instâncias gestoras, não só programação propriamente dita, mas na elaboração mesma do instrumento. O instrumento vem assim sendo aprimorado desde sua primeira versão (Brasil, 1997c), para que atenda de fato à realidade e necessidades dos gestores. Sua inserção no gerenciamento do sistema pode ainda vir a ser um importante fator para a participação mais efetiva dos estados na gestão (Brasil, 1999d).

No *subsistema voluntário por contrato* as relações entre população e provedores não apresentam os problemas de acesso do *subsistema público*, já que as limitações não são dadas pelos provedores, mas sim pelos intermediadores. É claro que há conflitos quando as limitações ao acesso ocorrem nos serviços próprios do intermediador. Também quando o provedor impõe restrições e cotas extras para usuários já internados ou mesmo quando nega atendimento em situações de emergência.

Não há estudos abrangentes sobre qualidade da assistência Extra-SUS no que toca ao desempenho dos provedores. Nossa estudo indica satisfação com as consultas, situação aliás similar também para os serviços públicos (apresentadas no Capítulo III). Como discutido nas relações entre financiadores e provedores, esta situação pode se alterar caso a provisão venha a ser o foco da redução de custos com a nova

Regulamentação dos Planos Privados de Assistência à Saúde. A adoção de portas de entrada obrigatórias, um dos pontos centrais da atenção administrada, pode exigir de médicos, em especial, mais tempo no atendimento e maior controle sobre pacientes, substituindo as consultas rápidas atuais. Caso a porta de entrada seja responsabilidade de médicos assalariados contratados especialmente para este fim, será reduzido o atendimento prestado pelos provedores pagos por unidades de serviço, cujos rendimentos dependem diretamente do quantitativo de atendimentos.

A regulação do sistema Extra-SUS ainda não está concluída. Em verdade, desde a Lei 9656 de agosto de 1998, já foram editadas 22 medidas provisórias e 30 resoluções com modificações e adendos, levando a que entidades médicas e de defesa do consumidor a estejam chamando de colcha de retalhos, que não melhorou o atendimento nem baixou os preços (O Globo, 18/02/2000, pg 24). De toda forma uma restrição importante da regulamentação é não prever mecanismos de integração entre os setores público e privado. Assim, pouco se sabe sobre todos os aspectos de adoecimento, intervenção médica e cura da população atendida por este *subsistema*. É do senso comum que tendo à disposição um livro de credenciados, pode-se consultar qualquer especialista. Os procedimentos, se inseridos em contrato, podem ser solicitados, e médicos supostamente realizam acordos com laboratórios, sob bases desconhecidas.

Nos serviços públicos há maior controle de procedimentos, embora em geral com prejuízos para o paciente. No setor privado esse controle só é exercido pelos intermediadores para identificação de custos. Já a prática profissional fica restrita às associações de especialistas e aos Conselhos de Medicina, cuja capacidade de intervenção é limitada.

A obrigatoriedade de atendimento a doenças crônicas, Aids e doenças pré-existentes constituem importante avanço da nova Regulamentação, ampliando o acesso neste *subsistema*. Mas permanece como problema, assim como no SUS, o atendimento odontológico, oferecido somente por um número limitado de planos restritos de algumas empresas públicas e privadas, ou através de planos específicos de empresas comerciais. Entretanto o mais grave problema apontado neste

subsistema refere-se à provisão de medicamentos, com será apresentado no Capítulo III.

c. Relações entre População e Financiadores

No *subsistema público por contrato* as relações entre população e financiadores se alteraram no que toca ao direito. A universalização já alcançou alterar a estratégia de inserção no mercado formal para garantia do direito à cobertura. É bastante provável que a maioria da população, em especial nas áreas urbanas, não tenha hoje mais dúvidas de que pode buscar um serviço público sem que tenha que comprovar vinculação à Previdência. Persistem contudo a insegurança e a desconfiança em relação ao sistema, gerando uma distância entre o direito legalmente instituído e sua efetividade. Supõe-se aqui que isto decorra principalmente da dificuldade de acesso, ou entrada no sistema, e secundariamente da qualidade do atendimento ou de sua resolutividade.

Quanto à noção de direito, a já citada pesquisa do CONASS (1998) aponta um dado importante. Quando perguntadas se “o brasileiro tem ou não direito à saúde”, 90% das pessoas responderam que sim. É precipitado supor que a alta percentagem de respostas afirmativas possa ser indicativo de que as pessoas acreditem “ter direito à saúde, (podendo-se) dizer que há uma forte consciência de cidadania sobre este aspecto da vida social” (CONASS: 1998:42). Deve-se ponderar que nas respostas a esta pergunta as pessoas entrevistadas tenham considerado o direito à saúde como um dever ser. Ou seja, não necessariamente o direito objeto da reforma e inscrito pela Constituição, mas um direito inalienável, ao qual todos os brasileiros deveriam ter acesso.

Mesmo assim, a presença da noção de direito à saúde, seja como dever ser ou como legalmente instituído, indica uma importante distinção em relação ao período pré reforma. Poder-se-ia supor uma mudança nos preceitos ideológicos e culturais da cidadania regulada (Santos, 1987), no que toca à vinculação corporativa como mecanismo de institucionalização de direitos sociais (Fleury, 1994). Poder-se-ia ainda supor a adesão, ao menos no plano simbólico, à noção de que o atendimento às necessidades sociais deva ser para todos, preceito básico do elemento social da

cidadania (Marshall, 1967) e dos modelos clássicos de cidadania universal (Fleury, 1994). Ressalta-se contudo que, dada a coexistência de dois *subsistemas*, essa adesão, se verdadeira, não foi capaz de eliminar ou mesmo não se contrapõe à segmentação, dadas as distintas coberturas, com diferentes níveis de acesso e utilização.

A mesma pesquisa do CONASS revela a distância entre o direito e sua efetividade. Quando perguntadas se “na prática isto (o direito à saúde) funciona ou não funciona”, 51% responderam que não funciona e 42% responderam que funciona. Este dado, se confrontado com outros já citados (Gallup, 1996 e CONASS, 1998), além dos levantados em nossa pesquisa, indicam que a avaliação do SUS não é somente negativa quando se considera o serviço usado, mas é em sua maioria negativa quando consideradas as condições de acesso; e que essas condições são diferenciadas para distintos sistemas locais. Ou seja, o problema não se resume a se, para a população, o SUS é ou não um bom sistema, mas principalmente que ele ainda não oferece garantias de que a busca pelo serviço será bem sucedida. O sistema é desigual, oferecendo condições de acesso por vezes bastante diferenciadas entre distintos serviços e localidades. Oferece assim uma cobertura universal mas diferenciada, segmentando a população, com prejuízo para os mais pobres.

Embora as dificuldades de acesso sejam vividas no contato cotidiano com os serviços, elas são identificadas pelos usuários, nas falas apresentadas pela mídia, como um “problema do governo”, que “não liga para a saúde”, que “não quer resolver o problema”, ou que “falta vontade política”. Sabe-se que não são mostradas na mesma proporção falas de apoio e elogio aos serviços públicos. Quando acontecem, são identificadas, aí já filtradas pela mídia, como iniciativas localizadas, poucas vezes como resultado de políticas concretas. De todo modo, a população identifica o governo como responsável pelos problemas de saúde. Mas não mais exclusivamente o governo central, ou o INPS/INAMPS do *subsistema público por contrato* do período pré-reforma.

A descentralização incluiu os subníveis de governo, prefeituras em especial, como co-responsáveis pela saúde e conseqüentemente como foco de demandas. Além da

descentralização, destaca-se neste aspecto o papel dos conselhos, como canais de organização de demandas coletivas e de controle social.

No *subsistema voluntário por contrato* as relações entre população e financiadores também vão depender do intermediador. Os principais problemas aqui são registrados nos planos vinculados a empresas com fins de lucro, em especial os altos preços dos prêmios, os reajustes indevidos e as limitações dos contratos, como doenças excluídas, longos prazos de carência e limites para dias de internação. A nova Regulamentação prevê maior controle sobre os aumentos; limites para diferenças de preços entre distintas faixas etárias; proibição de aumento para beneficiários maiores de 70 anos com cobertura de um mesmo plano há 10 anos ou mais; proibição de limites para internação, além da já citada obrigatoriedade de contratos (de referência) com inclusão de doenças crônicas, AIDS e doenças pré-existentes. Prevê também a manutenção da cobertura pelo mesmo plano para empregados demitidos, sem novas carências, desde que este arque com a parte do pagamento que cabia à empresa.

A noção de direito aqui é distinta daquela que rege o *subsistema público*. Diante da ausência, por diversos anos, de intervenção regulatória por parte do governo, a população elegeu os órgãos de defesa do consumidor como instrumentos de garantia de seus direitos. As demandas baseadas nos contratos fortaleceram a posição de consumidores em relação à assistência Extra-SUS. Essa noção parece estar prevalecendo mesmo com a entrada das medidas regulatórias e da presença do Ministério da Saúde. Um exemplo foi a crítica de vários consumidores à obrigatoriedade de mudança de seus contratos para os contratos de referência, prevista na Lei 9656. Como a mudança implica em aumento do prêmio, foi alegada a inconstitucionalidade de o governo obrigar a mudança de contrato, fazendo consumidores pagarem por uma assistência da qual não necessitam e não escolheram. Com o apoio dos órgão de defesa do consumidor, a mudança de contrato passou a ser opcional.

Para os planos de clientela fechada onde os intermediadores não têm fins de lucro, as relações são mais restritas às empresas. Como contam em geral com a participação de sindicatos e associações de empregados, os conflitos podem ser

negociados. Sendo os empregados tanto beneficiários como co-financiadores, os problemas aqui estão na maioria das vezes relacionados à participação do empregado na parcela de financiamento; às bases para a oferta de coberturas diferenciadas e também limites para procedimentos, muitas vezes impostos por médicos administradores contratados para a análise de solicitações.

O aumento dos custos dos serviços tem introduzido novos problemas na agenda, em especial das empresas públicas, como o valor da contribuição de dependentes (quando não são filhos) e se devem ter o mesmo rol de serviços dos empregados titulares. A solidariedade corporativa que dá base a essas modalidades de planos pode ser abalada pela prevalência da relação contratual de mercado, onde o valor a ser pago por cada membro deve estar relacionado ao risco potencial seu e de sua família.

No caso das empresas privadas que mantêm planos fechados, a tendência parece ser a de contratar as empresas comerciais e seguradoras, mantendo a possibilidade de cobertura em casos não previstos e aumentando a participação do empregado no financiamento. Nestes casos há um aumento significativo para dependentes não descendentes.

Neste Capítulo procurou-se apontar as principais características de organização do sistema de saúde nos períodos pré reforma e atual, no tocante à estrutura, financiamento, gestão e provisão de serviços. É visível a reorganização dos serviços, considerando os aspectos estruturais e a dinâmica de cada um dos subsistema apresentados. Há contudo continuidades, como a manutenção, no Sistema, da segmentação da população. O sistema reformado alterou as condições de cobertura do período anterior, mas instituiu dois grandes grupos diferenciados: o do SUS e o do subsistema que aqui chamamos de Extra-SUS.

Identificamos até aqui aspectos do processo social da reforma (Capítulo I) e da organização dos serviços (neste Capítulo II), que indicariam serem as distintas coberturas fatores geradores de segmentação. Para verificar a extensão desta suposição, recorreremos ao conhecimento das características destas coberturas a partir da população, apresentadas no próximo Capítulo.

CAPÍTULO III

COBERTURA E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE - UM ESTUDO DE CASO DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

PARTE I - METODOLOGIA

O objetivo deste capítulo é apresentar e discutir os resultados referentes à pesquisa de campo realizada entre janeiro e julho de 1997 na cidade do Rio de Janeiro. Os dados utilizados são os da pesquisa *Comparative Health Policies in Latin America* (Cess/Fiocruz - FGV/UAM, 1998), que foram tratados de forma específica para os objetivos deste trabalho.

O banco de dados se refere a um *cross-sectional survey* aplicado na população urbana da cidade do Rio de Janeiro, selecionada a partir de quatro traçadores: hipertensão, diarreia, parto e pré-natal. O objetivo da pesquisa *Comparative Health Policies in Latin America* era identificar e analisar os determinantes da utilização de serviços de saúde pela população. Para tanto, foi estudada uma série de variáveis que se relacionam com características sócio-demográficas e comportamentais dos indivíduos, características referentes à disponibilidade de uso dos serviços de saúde e características referentes às necessidades de saúde desses indivíduos.

As variáveis estudadas foram analisadas ao interior de um modelo específico para identificação desses determinantes. O modelo utilizado é baseado no modelo comportamental de Andersen (1968), posteriormente aprofundado por Andersen e Newman (1973) e Andersen e Aday (1978), e amplamente utilizado em diversos estudos, em especial na América do Norte. Resumidamente, este modelo baseia-se na noção de que um conjunto de condições contribui para o uso ou não de serviços pelos indivíduos, assim como para o volume de uso. Supõe que a utilização seja dependente de três grandes grupos de fatores, chamados fatores *predisposing*, *enabling* e *need*, que agregam desde elementos de comportamento individual até elementos sociais, passando pelas características de oferta e acesso do sistema de atenção à saúde. As variáveis são introduzidas no modelo de acordo com um determinado grupo de fatores e, portanto, analisadas segundo essa classificação prévia.

Este estudo utiliza o banco de dados citado a partir de uma outra classificação. Tem-se por objetivo aprofundar o conhecimento do acesso aos serviços de saúde através de uma de suas características - a cobertura. Nesse sentido, tratou-se de: 1) conhecer as características da cobertura privada voluntária da população estudada (que aqui identificou-se como cobertura Extra-SUS) e compará-la com a cobertura exclusiva SUS (aqui identificada como cobertura SUS); e 2) conhecer e comparar características de utilização de serviços entre a população com cobertura Extra-SUS e a população com cobertura SUS.

A primeira distinção entre este estudo e a pesquisa original é que esta analisou as informações de todos os indivíduos por traçador. Aqui, para o objetivo de conhecer as características da cobertura privada voluntária da população, identificou-se a família ou grupo familiar. E para o objetivo de conhecer e comparar características de utilização da população com cobertura Extra-SUS e cobertura SUS, as informações dos indivíduos em cada traçador serão tratadas a partir dessas duas categorias iniciais. As informações sobre família foram coletadas através de um questionário específico de família só utilizado para o caso do Brasil. Neste, foram incluídas variáveis específicas de cobertura que se pretendia estudar e que são apresentadas aqui pela primeira vez.

A segunda distinção tem caráter tanto teórico - a busca de determinantes da utilização -, quanto metodológico - a aplicação de um modelo matemático para a análise dessas determinações -, que não adotamos aqui. Esses aspectos estão bastante combinados na sólida tradição que tem a área de estudos de utilização de serviços e provavelmente tem explicação na predominância da epidemiologia nesses estudos.

Como é sabido, a partir da década de 60, os estudos antes voltados principalmente para os aspectos clínicos da utilização de serviços, ampliam-se para a investigação dos diversos fatores externos ao indivíduo que poderiam influenciar a utilização; desde aspectos relacionados à localização dos indivíduos na estrutura social e à sua vida cotidiana, até aqueles referentes à estrutura do sistema de atenção médica. Assim, passam a ser investigadas as características sociais, demográficas, econômicas até hábitos e comportamentos individuais, comunitários e familiares.

Também o sistema passou a ser objeto de minuciosos estudos, no sentido de identificar sua influência sobre a entrada e uso dos serviços médicos pelos indivíduos. Passou-se a investigar aspectos como a amplitude da oferta de serviços, sua distribuição e localização, seu financiamento, a influência de médicos e profissionais de saúde etc.¹

A tarefa de identificar determinantes se mostrou complexa diante da infinidade de fatores que passaram a ser considerados, cada qual também com múltiplas determinações. Por outro lado, tornou-se também complexa a adoção (ou tentativa de construção) de modelos matemáticos que pudessem incorporar os diversos fatores determinantes da utilização, para que fossem passíveis de generalização e aplicação a realidades e momentos distintos (como, aliás, é o propósito de um modelo)².

Nossa intenção é mais simples. Procuramos apresentar e analisar informações acerca de características ainda pouco conhecidas sobre a população usuária de serviços de saúde. Para tanto, aqui as variáveis são analisadas de forma diversa, não atreladas aos grupos de fatores do modelo citado, mas sim segundo as características que se pretendeu investigar. São introduzidas variáveis incorporadas nos questionários mas não utilizadas no modelo citado, assim como há variáveis da pesquisa original que não serão tratadas aqui.

Os itens a seguir estão baseados nas informações da pesquisa original (Fleury, S. Belmartino, S. e Baris, E.: 1999 e Cess/Fiocruz -FGV/UAM, 1998). A exceção é o item Identificação das Variáveis, que foi classificado de forma diversa para este trabalho.

¹Essa ampliação de escopo pode ser identificada com a complexificação social e tecnológica do pós guerra, cujo impacto no setor saúde foi a ampliação dos sistemas de atenção médica em todo o mundo, concomitante a um aumento do uso (e gastos) em saúde sem precedentes na história.

² A pesquisa original apontou relações importantes entre os diversos fatores investigados. Mas houve cautela ao concluir que eles compõem um padrão de utilização de serviços. Em verdade, é também muito difícil a aplicação de modelos teóricos rígidos em estudos de população aberta e com muitas variáveis, principalmente quando não se tem uma base razoável de investigações similares prévias. E nisso a pesquisa *Comparative Health Policies in Latin America* foi bastante empreendedora. Os estudos de população aberta sobre saúde são ainda escassos. O último foi a PNAD 86. Muita coisa mudou desde então, principalmente no sistema de atenção, o que altera as características de utilização.

POPULAÇÃO ESTUDADA

A população estudada limitou-se à área urbana da cidade do Rio de Janeiro para os traçadores selecionados. O critério de elegibilidade dos traçadores buscou cobrir tanto segmentos diferenciados da população, como segmentos diferenciados dos serviços de assistência. Assim, procurou-se cobrir idosos, mulheres e crianças, bem como serviços preventivos, discricionários e não-discricionários. Os critérios de elegibilidade foram:

- para hipertensão, indivíduos adultos de 30 anos de idade ou mais, com hipertensão diagnosticada por médico;
- para gravidez, mulheres entre 15 e 49 anos de idade com ocorrência de parto nos 18 meses anteriores à investigação;
- para diarreia, crianças com menos de 6 anos de idade com pelo menos um episódio de diarreia durante os 15 dias anteriores à investigação (episódio de diarreia como definido pela Organização Mundial de Saúde: pelo menos 3 evacuações líquidas em um mesmo dia).

IDENTIFICAÇÃO DAS VARIÁVEIS

A **cobertura** das famílias e indivíduos será aqui analisada segundo 4 dimensões, ou grupos de características. Para as famílias: **condições de cobertura, tipos de cobertura Extra-SUS e qualificação da cobertura Extra-SUS**. Para os indivíduos portadores de traçadores: **utilização de serviços**.

Cobertura - situa a família ou indivíduo segundo a titularidade para acesso a serviços de saúde. São duas as coberturas: **cobertura SUS** - invariável e; **cobertura Extra-SUS** - acesso a algum tipo de serviço de assistência à saúde, público ou privado, cuja titularidade depende de pagamento e/ou da vinculação direta ou indireta a um segmento ocupacional e/ou instituição específica.

Condições de cobertura - situa a cobertura da família ou indivíduo segundo **características sócio-econômicas**.

Tipos de cobertura Extra-SUS - situa a cobertura Extra-SUS das famílias segundo o **financiamento** e o **tipo de intermediador da assistência**.

Qualificação da cobertura Extra-SUS - situa a cobertura Extra-SUS segundo o **motivo da filiação**, a **importância do gasto com a cobertura** e a **satisfação com a cobertura**.

Utilização - identifica e qualifica o uso dos serviços de saúde pelos indivíduos portadores de traçadores: a entrada do indivíduo no serviço (**volume de consultas**), o **financiamento da consulta**, sua avaliação sobre o uso (**satisfação com consultas**), a valorização dos custos com a atenção (**importância do gasto com serviços**), a existência de uma **fonte regular de atenção** e a **valoração do serviço usado**.

Essas dimensões serão, por sua vez, analisadas segundo as seguintes variáveis:

Variáveis sócio-econômicas - são características sociais, dos indivíduos ou da unidade familiar que, embora não possam ser alteradas pelas políticas de saúde, implicam diferenças no acesso e na propensão ao uso de serviços. Foram selecionados aqui: *idade, sexo, educação, composição e tamanho do grupo familiar, ocupação, renda familiar e renda familiar per capita*.

Financiamento da cobertura Extra-SUS - quem paga o plano principal da cobertura Extra-SUS da família.

Tipo de intermediador da assistência (na cobertura Extra-SUS) - instituição/empresa através da qual é garantida a cobertura Extra-SUS.

Motivo da filiação à cobertura Extra-SUS - identificação do motivo pelo qual a família ou indivíduo contrataram ou se vincularam à cobertura Extra-SUS.

Satisfação com a cobertura Extra-SUS - identificação do nível de satisfação da família com os serviços oferecidos pela cobertura Extra-SUS.

Importância do gasto com a cobertura Extra-SUS- identificação da importância do valor pago à cobertura Extra-SUS em relação à renda da família.

Volume de consultas - número de consultas realizadas pelo indivíduo.

Financiamento da consulta - quem pagou o provedor da consulta realizada pelo indivíduo, para o traçador e para a saúde em geral.

Satisfação com consultas - identificação do nível de satisfação do indivíduo com a(s) consulta(s) realizada(s) para o traçador e para a saúde em geral.

Importância do gasto com serviços - identifica a importância do valor pago a serviços de saúde em relação à renda da família e indica a disponibilidade (e conseqüentemente limites) para arcar com o pagamento de necessidades de saúde.

Valoração do serviço usado - situa o indivíduo segundo sua percepção sobre os serviços de saúde. Decorre de sua experiência ao contatar esses serviços, o que pode fazer com que ele reconheça limites ou não ao uso, indicando sua predisposição a procurá-los. Aqui são variáveis distintas relacionadas à: burocracia, espera para atendimento, distância do serviço de saúde, escolha do médico, qualidade das instalações e dos serviços e custos de medicamentos, exames e consultas ou internações.

Fonte regular de atenção - representa um canal entre o indivíduo e os serviços indicando que a atenção médica está disponível para o paciente; é considerada uma variável importante na identificação de padrões de utilização de serviços por distintos grupos.

O Quadro 3.1, às páginas 119 e 120, apresenta um resumo das variáveis e sua operacionalização.

QUADRO 3. 1
DIMENSÕES E VARIÁVEIS EM ANÁLISE

Unidade de Análise	Dimensões De Análise	Variáveis	Indicadores Definição (D) e Procedimento (P)	
F A M Í L I A S	CONDIÇÃO DE COBERTURA	COBERTURA NA FAMÍLIA	D- existência de cobertura Extra-SUS P – questionário 1 – pergunta 6	
			D- membros cobertos pelo plano principal P- questionário 1 – pergunta 8.18	
			D- membros cobertos por outros planos P- questionário 1 – perguntas 8.21/8.31/8.41	
			D- membros não cobertos P- questionário 1 – perguntas 8.18 e 8.21/8.31/8.41	
			COMPOSIÇÃO DA FAMÍLIA	D- grau de parentesco dos membros em relação ao chefe da família P- questionário 1 – pergunta 2
				D- sexo do chefe da família P- questionário 1 – pergunta 2
		TAMANHO DA FAMÍLIA	D- soma dos membros da família P- questionário 1 – pergunta 2	
		EDUCAÇÃO	D- n° de anos de estudo do chefe e membros da família P- questionário 1 – pergunta 2	
		QUALIFICAÇÃO OCUPACIONAL	D- tipo de atividade do chefe da família P- questionário 1 – pergunta 2	
		RENDA FAMILIAR	D- soma dos rendimentos dos membros da família P- questionário 1 – pergunta 19	
			RENDA FAMILIAR PER CAPITA	D- soma dos rendimentos dos membros da família pelo número de membros P- questionário 1 – pergunta 19
		TIPO DE COBERTURA EXTRA-SUS	FINANCIAMENTO	D- quem paga a cobertura P- questionário 1 – pergunta 8.12
			INTERMEDIADOR	D- tipo de empresa/instituição de acesso à assistência P- questionário 1 – pergunta 8.11
		QUALIFICAÇÃO DA COBERTURA EXTRA SUS	MOTIVO DE FILIAÇÃO	D- o que levou a família à cobertura P- questionário 1 – pergunta 7
	D- existência de plano anterior P- questionário 1 – pergunta 8.16			
	D- motivo da troca de plano P- questionário 1 – pergunta 8.17			
	IMPORTÂNCIA DO GASTO		D- valoração do gasto com a cobertura em relação à renda da família P- questionário 1 – pergunta 8.14	
			SATISFAÇÃO	D- valoração dos serviços prestados pela cobertura P- questionário 1 – pergunta 8.15

Continua ...

Continuação ...

Unidade De Análise		Dimensões De Análise	Variáveis	Indicadores Definição (D) e Procedimento (P)
I N D I V Í D U O	ADULTO HIPER TENSO MULHER COM OCOR RÊNCIA DE PARTO MÃE/ CRIANÇA COM OCOR RÊNCIA DE DIARRÉIA	U T I L I Z A Ç Ã O	COBERTURA	D- existência de cobertura Extra-SUS P- questionário 2,3 e 4 – pergunta 2
			RENDA FAMILIAR PER CAPITA	D- soma dos rendimentos dos membros da família pelo número de membros P- questionário 1 – pergunta 19
			IDADE	D- anos completos do respondente P- questionário 1 – pergunta 2
			VOLUME DE CONSULTAS (traçador e geral)	D- número de consultas realizadas em 06 meses P- quest 2–perg.17;quest 3–perg.15;quest 4–perg.25
			FINANCIAMENTO DA CONSULTA	D- quem paga o provedor da consulta P- quest 2,perg.17; quest 3,perg.15;quest 4, perg. 25
			SATISFAÇÃO	D- satisfação com a consulta realizada P- quest 2,perg.17; quest 3,perg. 15;quest 4,perg. 25
			IMPORTÂNCIA DO GASTO (traçador e geral)	D- valoração do gasto com consultas/ internações, medicamentos e exames P – Traçador: quest. 2 e 3, perg. 7; quest. 4 – Perg. 7 e 8. Geral: quest. 2 e 3 – Perg. 8 e quest. 4 – perg. 9
			VALORAÇÃO DO SERVIÇO Burocracia	D- existência de serviço regular de atenção P- questionários 2, 3 e 4- pergunta 5
			VALORAÇÃO DO SERVIÇO Espera	D- percepção de problemas decorrentes da burocracia no atendimento P- questionários 2, 3 e 4 – pergunta 6 (item 5)
			VALORAÇÃO DO SERVIÇO Distância	D- percepção de problemas decorrentes da espera no atendimento P- questionários 2, 3 e 4 – perg.6 (item 7)
			VALORAÇÃO DO SERVIÇO Escolha do médico	D- percepção de problemas decorrentes da distância do serviço P- questionários 2, 3 e 4 – pergunta 6 (item 6)
			VALORAÇÃO DO SERVIÇO Qualidade	D- percepção de problemas decorrentes da não escolha do médico P- questionários 2, 3 e 4 – pergunta 6 (item 4)
			VALORAÇÃO DO SERVIÇO Instalações	D- percepção de problemas decorrentes da má qualidade dos serviços P- questionários 2, 3 e 4 – pergunta 6 (item 8)
			VALORAÇÃO DO SERVIÇO Custos de Medicamento	D- percepção de problemas decorrentes da má qualidade de instalações P- questionários 2, 3 e 4 – pergunta 6 (item 9)
			VALORAÇÃO DO SERVIÇO Custos de Exames	D- percepção de problemas decorrentes da necessidade de pagar por medicamentos P- questionários 2, 3 e 4 – pergunta 6 (item 2)
VALORAÇÃO DO SERVIÇO Custos de Internações	D- percepção de problemas decorrentes da necessidade de pagar por exames P- questionários 2, 3 e 4 – pergunta 6 (item 3)			
			VALORAÇÃO DO SERVIÇO Custos de Internações	D- percepção de problemas decorrentes da necessidade de pagar por consultas ou internações P- questionários 2, 3 e 4 – pergunta 6 (item 1)

Questionário 1 - Composição e Informações Gerais sobre a Família; Questionário 2 - Questionário de Hipertensão
Questionário 3 - Questionário de Diarréia; Questionário 4 - Questionário de Pré-natal e Parto

AMOSTRA

O *survey* baseou-se em amostra³ domiciliar probabilística e auto-ponderada, selecionada em dois estágios. Primeiro, foram selecionados os setores censitários (unidades do primeiro estágio) segundo um índice multivariado de requisitos básicos não satisfeitos: % de indivíduos analfabetos com 15 anos ou mais; % de chefes de família com menos de 2 salários mínimos; % de indivíduos por domicílio privado; % de indivíduos por cômodo; % de domicílios sem água encanada; % de domicílios sem sistema de saneamento e % de domicílios sem coleta de lixo.⁴ Essa seleção definiu 3 estratos: os 50% mais pobres, os 30% seguintes e os 20% mais ricos. Essas áreas foram posteriormente selecionadas proporcionalmente a seu tamanho (número de domicílios privados na área).

O segundo estágio selecionou a amostra para os diferentes traçadores segundo a prevalência indicada pela última Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição (1989).

A estratégia de campo constitui-se em varrer totalmente as áreas selecionadas com um questionário preliminar (*screening*), que identificava os domicílios com presença de pelo menos um dos traçadores. Ao mesmo tempo, eram aplicados aos indivíduos com os traçadores os questionários específicos de traçadores. Com os dados do *screening*, foi selecionada uma sub-amostra para traçadores a partir de uma nova estimativa de prevalência. Essa estratégia reduziu custos, na medida em que evitava a coleta de mais entrevistas do que o necessário. Após determinado o tamanho da amostra por área, eram varridas as primeiras áreas de cada estrato para atualizar as taxas de prevalência por traçador e estrato.

A Tabela 3.1 indica a população por estrato da amostra (de acordo com as áreas e domicílios), enquanto na Tabela 3.2 são encontradas as taxas de prevalência por traçador e estrato da amostra. A Tabela 3.3, por sua vez, mostra o tamanho da amostra para áreas, domicílios e indivíduos. As três tabelas encontram-se na página a seguir.

³ A amostra foi desenhada e selecionada por Maurício Vasconcellos, estatístico, técnico do IBGE e consultor da pesquisa *Comparative Health Policies in Latin America*.

⁴ Uma última variável - % de moradias localizadas em áreas de saneamento precário - assumia valores de 0% ou 100% e foi introduzida somente para distinguir favelas (CESS/FIOCRUZ-FGV/UAM, 1998).

TABELA 3.1
DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE ÁREAS E DOMICÍLIOS
POR ESTRATO DA AMOSTRA

Estrato da amostra	Áreas	Domicílios
50% mais pobres	3141	779 692
30% intermediários	1871	467 817
20% mais ricos	1246	311 823
Total	6258	1 559 332

TABELA 3.2
TAXAS DE PREVALÊNCIA POR ESTRATO DA AMOSTRA

Estrato da amostra	Hipertensão	Gravidez	Diarréia
50% mais pobres	15.6	8.2	6.0
30% intermediários	14.0	4.9	4.2
20% mais ricos	13.1	3.4	3.8

TABELA 3.3
NÚMERO DE ÁREAS, DOMICÍLIOS E INDIVÍDUOS
NA AMOSTRA POR ESTRATO

	HIPERTENSÃO			GRAVIDEZ			DIARRÉIA		
	Áreas	Domi- Cílios	Indiví- Duos	Áreas	Domi- Cílios	Indiví- duos	Áreas	Domi- Cílios	Indiví- duos
50% mais pobres	6	257	295	14	222	226	14	72	81
30% intermediários	3	168	191	13	106	107	13	22	25
20% mais ricos	2	75	86	10	42	42	10	7	9
Total	11	500	572	37	370	375	37	101	115

É importante ressaltar que a amostra é representativa da população da cidade do Rio de Janeiro que apresenta um dos traçadores investigados. Assim, são representativos do conjunto da população os dados sobre utilização, Parte III deste Capítulo. Os dados de cobertura nas famílias, Parte II deste Capítulo, são representativos das famílias com a presença de pelo menos um indivíduo com um dos traçadores.

INSTRUMENTO

Três tipos de questionários distintos foram utilizados. Um exemplar de cada um deles encontra-se em anexo.

Um **questionário de *screening***, para identificação dos domicílios com ao menos um traçador. Inclui o código do estrato, identificação de área e domicílio; número de crianças com menos de 6 anos de idade no domicílio; número de mulheres entre 15 e 49 anos de idade no domicílio; número de adultos com 30 anos ou mais no domicílio; número de indivíduos com cada um dos traçadores; número de questionários preenchidos no domicílio.

Um **questionário de *família***, com características demográficas, ocupacionais e educacionais dos indivíduos da família, assim como características de composição do grupo familiar, renda, e, especialmente, dados da cobertura de saúde da família. O objetivo deste era tanto buscar dados da unidade familiar, em especial da cobertura de saúde da família, como também facilitar a coleta, evitando a repetição de informações em domicílios com mais de um traçador.

Um **questionário de *traçadores*** - um para hipertensão, um para gravidez e parto e um para diarreia. Continham as informações específicas dos indivíduos sobre crenças sobre os serviços de saúde, suporte social, cobertura, gastos, fonte regular de atenção, necessidade percebida e utilização de serviços.

Para o questionário de *screening*, buscava-se sempre um adulto apto a responder às questões relativas ao conjunto da família. Para o de família, buscava-se o chefe da família ou o adulto mais próximo a ele na hierarquia familiar. Os questionários de traçador, para hipertensão e gravidez, eram respondidos necessariamente pelo portador do traçador; e para diarreia, preferencialmente pela mãe ou responsável mais próximo (pai, avó etc.). Todos os questionários foram previamente testados antes de alcançar a forma final. Os testes foram feitos com indivíduos com traçadores em áreas não selecionadas para a amostra.

TRABALHO DE CAMPO

O trabalho de campo estendeu-se de 30 de Janeiro a 2 de Julho de 1997⁵. A equipe de campo foi dividida em 5 grupos, cada qual sob a coordenação de um supervisor. A equipe da pesquisa coordenou o treinamento dos entrevistadores junto à instituição responsável pelo levantamento, assim como acompanhou todo o trabalho de campo. As dificuldades encontradas no trabalho de campo foram as usuais em pesquisas desse porte em grandes cidades. Do total de domicílios por estrato, responderam ao *screening* 86,4% no 1º estrato (os 50% mais pobres); 70.5% no 2º estrato (os 30% intermediários); e 62.3% no 3º estrato (os 20% mais ricos. Do total geral de domicílios, o percentual de resposta foi de 72,45%.

Todos os entrevistados receberam documento esclarecendo os objetivos da pesquisa e como as informações coletadas seriam utilizadas. Eram informados de que a pesquisa não geraria benefícios diretos a eles, embora visasse dar suporte para a melhoria dos serviços de saúde. Eram os entrevistados informados também de que estaria garantido seu anonimato e as informações fornecidas seriam tratadas de forma agregada, mantendo sua privacidade.

TRATAMENTO DOS DADOS

Para o tratamento dos dados, procedeu-se à intensa revisão visual dos questionários para checagem das informações entre o questionário de *screening* e os dos traçadores; codificação de variáveis abertas segundo registros preparados e atualizados durante o campo; e checagem de consistência das informações entre as diferentes variáveis. Para o processamento dos dados, utilizou-se o *IMPS* (*Integrated Microcomputer Processing System*), cujas características facilitam a validação das informações para o tipo de variáveis em estudo.

Os dados para este trabalho foram gerados em arquivos do tipo *SPSS* (*Statistical Package for Social Science*, versão 8.0) a partir do banco de dados da pesquisa

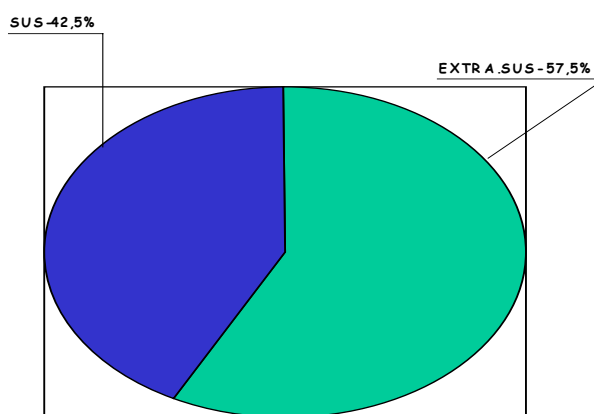
⁵ Foi desenvolvido pela equipe do Prodeman (Programa Interuniversitário de Pesquisa de Demandas Sociais) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, que possui já vasta experiência em pesquisas de campo.

original. Foram incluídas apenas as variáveis que seriam aqui analisadas. Além dos arquivos específicos para cada um dos traçadores, há o arquivo de família, onde as informações são tratadas por unidade familiar. Diante dos objetivos já indicados deste trabalho, a análise dos dados se restringiu à exploração de relações univariadas entre as variáveis.

PARTE II COBERTURA NAS FAMÍLIAS

Entre as 1220 famílias investigadas, o primeiro dado que chama atenção é o número de famílias com algum tipo de cobertura Extra - SUS. Como indica a Figura 3.1, durante o período pesquisado 57,5 % das famílias possuíam este tipo de cobertura, contra 42,5% que só possuíam cobertura SUS.

FIGURA 3.1
COBERTURA NAS FAMÍLIAS



A Pesquisa de Padrões de Vida – PPV - do IBGE (1998)¹ cobriu um período não muito distante deste estudo (março de 1996 a março de 1997) e identificou que 23,6% da população brasileira possui planos de saúde privados. Para o Sudeste essa proporção seria de 31,6%.

Há aqui distinções importantes, que podem explicar as diferenças nos percentuais encontrados. Em primeiro lugar os dados aqui se referem a famílias e não pessoas. Principalmente, elas são representativas dos traçadores em grupos populacionais específicos, o que indica que a presença de necessidades e/ou a maior exposição a riscos pode alterar a adesão à cobertura Extra-SUS. E portanto, quando consideradas, podem alterar a proporção de cobertura.

¹ Até agosto de 1999 os dados desta pesquisa não haviam sido publicados. As informações foram obtidas em um resumo para a imprensa divulgado pela Instituição (IBGE:1998).

De fato, como se verá mais a frente com os dados sobre os traçadores, a proporção de cobertura Extra-SUS é similar ao verificado para as famílias. A diferença estaria em diarreia, onde a proporção de cobertura Extra-SUS é de 36,5%. Esta menor proporção seria explicável por diarreia ser necessidade diversa de hipertensão e gravidez. Mesmo assim, ela apresenta proporção acima da indicada pela Pesquisa de Padrões de Vida para o sudeste, indicando aí também a influência do risco, já que se trata de crianças.

Outra diferença, de caráter metodológico, é a concepção de cobertura. Considerando a carência de dados primários sobre cobertura e de estudos sobre o setor de assistência suplementar, o interesse era o de identificar quaisquer tipos de assistência que pudessem ser considerados pela população como diferentes do SUS. Ou seja, não somente quem tem planos ou seguros privados, mas sim quem dispõe de algum tipo de assistência, pública ou privada, cuja titularidade depende do pagamento e/ou da vinculação direta ou indireta a um segmento ocupacional específico, titularidade esta que não é dada ao conjunto da população, com é o caso do SUS.

Isso visava incluir, por exemplo, a cobertura de alguns serviços públicos, como os fornecidos pelas forças armadas, ou os serviços como o da previdência oficial estadual (como o laserj), que poderiam não ser identificados pela população como planos ou convênios, ou mesmo como fora da previdência oficial. Essa diferença pode ser identificada na pergunta para esta variável. A Pesquisa de Padrões de Vida pergunta: Possui algum convênio ou seguro saúde afora o da previdência oficial?² Detectam-se aqui mais especificamente seguros e planos de saúde. Este estudo perguntou no questionário de família: A família (ou algum de seus membros) tem direito a algum serviço particular de saúde? E no questionário de traçadores: Você tem direito a algum serviço particular de saúde?³

² O questionário da Pesquisa de Padrão de Vida está disponível na biblioteca do IBGE junto com o documento IBGE (1998).

³ Obviamente para o caso de diarreia, onde o questionário era respondido por um responsável, a pergunta era: A criança tem direito...

Outra distinção é o fato de tratarmos do Rio de Janeiro, que certamente apresenta índices de cobertura Extra-SUS superiores à média nacional (como já aponta a Pesquisa do IBGE citada). Se isso por um lado indica que a proporção aqui encontrada não pode ser generalizada, indica por outro que há diferenças importantes no país que podem representar segmentação.

Outra pesquisa recente, realizada pelo IBOPE para o Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS, identifica que 22% da população possui "planos ou seguros privados de saúde". Aqui também a pergunta indica diferença. Foi perguntado: "Tem (ou já teve) algum plano ou seguro de saúde?" Obviamente o interesse foi captar especificamente esse tipo de serviço privado, que se distingue do que aqui chamamos de cobertura Extra-SUS.

Outro dado geral sobre a cobertura é o extraído pelos estratos da amostra. Como mostra a Tabela 3.4, a cobertura Extra-SUS está presente em todos os estratos, indicando ser um recurso dos distintos setores sociais.

TABELA 3.4
COBERTURA POR ESTRATO DA AMOSTRA

	Em nº de famílias					
	EXTRA SUS		SUS		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
50% mais pobres	303	42,4	411	57,6	714	100
30% intermediários	231	72,4	88	27,6	319	100
20% mais ricos	167	89,3	20	10,7	187	100
TOTAL	701	57,5	519	42,5	1220	100

Chama a atenção a proporção de famílias entre os mais pobres - 42,4% - que possui alguma cobertura fora do SUS. Contudo, há crescimento significativo deste estrato para o intermediário (70,7%) e para o estrato mais rico (111%), onde 89,3% das famílias possui algum tipo de cobertura fora do sistema público. Ainda, registra-se que a diferença verificada entre o primeiro estrato (mais pobres) e o estrato intermediário não se equipara à diferença entre o intermediário e o mais rico, comparativamente bem menor (23,3%). Ou seja, embora presente em todos os estratos, a cobertura Extra-SUS é desigual, em especial para os mais pobres.

A cobertura Extra-SUS também cresce progressivamente quando considerada a renda per capita por quintis (Tabela 3.5).

TABELA 3.5
COBERTURA POR RENDA FAMILIAR PER CAPITA (POR QUINTIS)

	EXTRA SUS		SUS		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1º Quintil	46	21,2	171	78,8	217	100,0
2º Quintil	93	41,7	130	58,3	223	100,0
3º Quintil	125	59,0	87	41,0	212	100,0
4º Quintil	157	72,7	59	27,3	216	100,0
5º Quintil	198	91,2	19	8,8	217	100,0
TOTAL	619	57,1	466	42,9	1085	100,0

A tabela mostra que, além da situação desfavorável dos mais pobres quanto à cobertura Extra-SUS (21,2% no 1º quintil contra 91,2% no 5º quintil), há desigualdade no crescimento entre as faixas. Entre o primeiro e segundo quintis ela é de 96,7%. Do segundo para o terceiro, ainda alto, mas de 41,5%; e daí para os seguintes mantém-se em 23,3% e 25,4% respectivamente.

Aqui, vale de novo apontar os resultados diversos da Pesquisa de Padrão de Vida (IBGE, 1998) para o Brasil⁴. Nesta, entre os 20% mais ricos, 62,4% possuem cobertura de planos e seguros, contra apenas 1,4% para os 20% mais pobres (e 4.6% para o segundo quintil, 17% para o terceiro e 35.8% para o quarto). As diferenças aqui são bem maiores, em especial entre o primeiro e último quintis. Apesar das diferenças metodológicas já apontadas entre nosso estudo e a PPV, às quais se agrega a diferença entre renda per capita e renda familiar per capita, as mesmas suposições poderiam ser aqui também consideradas.

As diferenças apontadas para os estratos da amostra e quintis de renda podem ser melhor exploradas de acordo a faixas salariais das famílias e relacionadas à outras condições sócio-econômicas, como se verá a seguir.

CONDIÇÕES DE COBERTURA DAS FAMÍLIAS

Para as famílias estudadas, a distribuição da cobertura de acordo a renda por faixas salariais apresenta algumas particularidades (Tabela 3.6).

TABELA 3.6
COBERTURA POR RENDA FAMILIAR PER CAPITA (1)

	EXTRA SUS			SUS			TOTAL	
	Nº	%	VAR. REL.	Nº	%	VAR. REL.	Nº	%
Até 1 S.M.	82	25,7	-	237	74,3	-	319	29,4
1 a 2 S.M.	137	51,5	100	129	48,5	-34,7	266	24,5
2 a 3 S.M.	107	71,8	39,4	42	28,2	-41,8	149	13,7
3 a 5 S.M.	100	70,9	-1,2	41	29,1	3,2	141	13
5 a 10 S.M.	108	87,8	23,9	15	12,2	-58	123	11,3
10 a 20 S.M.	59	96,7	10,1	2	3,3	-73	61	5,6
+ de 20 S.M.	26	100	3,5	-	-	-100	26	2,4

(1) Em salários mínimos de maio de 1997 = R\$ 120,00

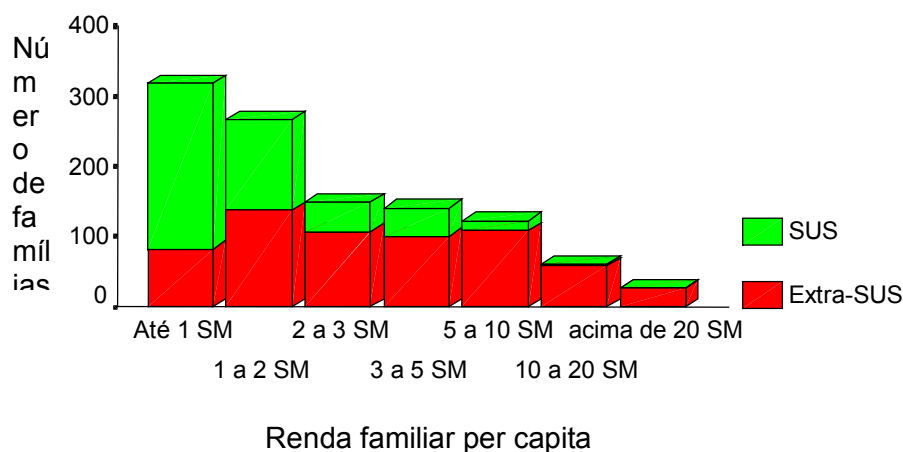
⁴ Para o Sudeste só foram divulgados os dados gerais e não por quintis de renda.

Confirma-se a progressividade da participação da cobertura Extra-SUS para faixas salariais crescentes. Ademais, ao contrário do esperado, ela se apresenta maior que a cobertura exclusiva SUS para todas as faixas acima de 1 salário mínimo, embora na faixa de 1 a 2 salários as coberturas estejam praticamente equiparadas. O gráfico 3.1 permite a visualização desta distribuição.

GRÁFICO 3.1

COBERTURA POR RENDA FAMILIAR PFR CAPITA

(por classes de renda* e número de famílias)



* Em salários mínimos de maio de 1997. 1 SM = R\$

A única faixa com predomínio da cobertura SUS é a de renda familiar per capita de até 1 salário mínimo. A tabela 3.6 aponta ainda para a diferença de crescimento relativo da cobertura Extra-SUS entre esta 1ª e a 2ª faixa, de 100%. Para as outras faixas esse crescimento é decrescente, com exceção das faixas entre 2 a 3 e 3 a 5 salários mínimos, que apresentam pequena redução relativa, mas com presença expressiva da cobertura Extra-SUS.

Chama-se a atenção para o peso das faixas salariais no conjunto das famílias. 53,9% das famílias situam-se nas duas primeiras faixas, 26,7 nas duas seguintes e 19,3 nas três superiores (acima de 5 salários mínimos). Para uma aproximação, dados da Pesquisa Nacional por

Amostra de Domicílios -PNAD de 1997 (IBGE, 1998) indicam que, para o país, 37,5% das pessoas têm rendimento médio mensal de até 3 salários mínimos; 8,9%, de 3 a 5 salários mínimos; e somente 11,7% estariam em todas as faixas acima de 5 salários.⁵ Embora sabidamente o Rio de Janeiro tenha salários maiores que a média nacional, os valores menores aqui explicam-se por estar sendo considerada a renda familiar per capita, o que inclui os sem rendimento que participam dos recursos da família. Quando consideramos a renda familiar total os valores se alteram totalmente, com 59% das famílias ocupando faixas acima de 5 salários mínimos⁶.

A composição familiar é de fato um fator que influencia a cobertura. No que toca ao tamanho da família, a Tabela 3.7 indica uma presença similar de cobertura Extra-SUS nas famílias entre 1 e 4 membros, naquelas entre 5 e 6 membros e, posteriormente, nas famílias de 7 membros ou mais. Embora seja evidente a queda da cobertura Extra-SUS para as famílias maiores, verifica-se que ela está presente em todos os grupos. Por outro lado, é maior a redução da participação relativa da cobertura Extra-SUS entre as famílias de mais de 7 membros em relação às de 5 a 6 membros, do que entre estas últimas e aquelas de 1 a 4 membros.

TABELA 3.7
COBERTURA POR TAMANHO DA FAMÍLIA

TAMANHO DA FAMÍLIA	Em nº de famílias			
	EXTRA SUS		SUS	
	No.	%	No.	%
1	33	55,9	26	44,1
2	113	64,6	62	35,4
3	207	67,9	98	32,1

Continua ...

⁵ Fora os 41% declarados sem rendimento e os sem declaração.

⁶ Essa diferença se mostrou significativa também para a cobertura. Inicialmente cruzada com a renda total da família, verificou-se menor participação da cobertura Extra-SUS para as faixas salariais mais baixas, exatamente pelo baixo número de famílias onde a renda total encontra-se nas faixas mais baixas.

TAMANHO DA FAMÍLIA	EXTRA SUS		Continuação ... SUS	
	No.	%	No.	%
4	177	60,2	117	39,8
5	80	47,3	89	52,7
6	51	50,5	50	49,5
7	19	35,8	34	64,2
8	10	37,0	17	63,0
9	6	35,3	11	64,7
10	3	33,3	6	66,7
11	1	50,0	1	50,0
12	0	0	3	100,0
13	0	0	3	100,0
14	0	0	1	100,0
15	1	50,0	1	50,0

O tamanho da família é, sem dúvida, um fator limitador para a contratação de serviços fora do SUS, mas não se expressa principalmente na existência de cobertura Extra-SUS, e sim na diferenciação entre membros cobertos e não cobertos de uma mesma família. Os dados indicam que, conforme aumenta a família, aumenta o número de membros não cobertos.

No caso da cidade do Rio de Janeiro, as famílias com muitos membros não são em sua maioria famílias nucleares, mas sim com outros parentes ou agregados. Isso dificulta a cobertura Extra-SUS nos casos em que ela é financiada pelo empregador, que em geral só financia para dependentes diretos e menores e, em alguns casos, ascendentes diretos.

A Tabela 3.8, na página a seguir, mostra a cobertura entre os membros da família e sua relação com o chefe da família.

TABELA 3.8
SITUAÇÃO DA COBERTURA DOS MEMBROS DA FAMÍLIA POR GRAU DE PARENTESCO COM O CHEFE

GRAU DE PARENTESCO	Em nº de membros das famílias											
	COBERTO PELO PLANO PRINCIPAL		NÃO COBERTO		COBERTO POR OUTRO PLANO		COBERTURA DESCONHECIDA		FAMÍLIA NÃO TEM PLANO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
CHEFE	516	42,3	133	10,9	50	4,1	2	0,2	519	42,5	1220	100,0
CÔNJUGE	422	46,4	71	7,8	32	3,5	0	0,0	385	42,3	910	100,0
FILHO (A)	592	31,9	234	12,6	93	5,0	9	0,5	928	50,0	1856	100,0
OUTRO PARENTE	165	17,9	217	23,5	75	8,1	3	0,3	463	50,2	923	100,0
AGREGADO	11	11,0	20	20,0	5	5,0	0	0,0	64	64,0	100	100,0
TOTAL	1706	34,0	675	13,5	255	5,1	14	0,3	2359	47,1	5009	100,0

Verifica-se que a relação com o chefe da família influencia a cobertura dos membros. O chefe é, em geral, coberto pelo plano principal, mas há, ainda assim, parcela não desprezível, 10,9%, que não é coberto. Podem ser casos onde o plano é financiado somente para o empregado e este é outro membro, em geral o cônjuge. Ou casos onde a cobertura, por limitação de renda ou mesmo outro motivo, é feita para outros membros, considerados mais expostos a riscos. Importante registrar que, para os chefes de família, não há diferença significativa no tipo de cobertura para os distintos sexos, embora as mulheres tenham menos cobertura Extra-SUS. Entre os chefes homens (76,5% do total), 58,5% têm cobertura Extra-SUS e 41,5% cobertura SUS. Entre as chefes mulheres (23,5% do total), 54% têm cobertura Extra-SUS e 46% cobertura SUS.

A proporção entre cobertos e não cobertos é similar para cônjuges e filhos, sendo os membros cônjuges os de maior cobertura pelo plano principal e menor proporção de não cobertos ou cobertos por outros planos.

Para outros parentes e agregados, a situação de cobertura é diferente. Entre os membros da família que são outro parente, somente 17,9% são parte do plano principal e 23,5% não estão cobertos. Entre estes, por outro lado, está a maior proporção de cobertos por outros planos, embora perfaçam somente 8,1% do total. Entre os agregados, 20% não estão cobertos e apenas 5% estão cobertos por outros planos. Importante registrar que as famílias com agregados apresentam a maior proporção (64%) de cobertura exclusiva SUS.

Também cabe chamar a atenção para o fato que, devido à existência de não cobertos, a proporção registrada de 42,5% de famílias com cobertura exclusiva SUS, sobe aqui para 47,1%, já que estão considerados os membros das famílias pesquisadas. Embora essa proporção não seja representativa da amostra, demonstra diferenças ao

interior das famílias no que toca à cobertura, com possíveis consequências de acesso diferenciado e segmentação.

O nível educacional é considerado um fator fundamental no comportamento dos indivíduos para os temas relacionados à saúde. A Tabela 3.9 mostra como esse fator influencia na existência de cobertura Extra-SUS.

TABELA 3.9
COBERTURA EM ANOS DE ESTUDO DO CHEFE DA FAMÍLIA

ANOS DE ESTUDO	EXTRA SUS		SUS		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sem instrução	16	26,7	44	73,3	60	100,0
1 a 3 anos	37	34,0	72	66,0	109	100,0
4 a 7 anos	121	39,0	189	61,0	310	100,0
8 a 10 anos	134	58,0	97	42,0	231	100,0
11 a 14 anos	238	77,0	71	23,0	309	100,0
15 anos ou mais	144	92,3	12	7,7	156	100,0
Não sabe/não respondeu	11	24,4	34	75,6	45	100,0
TOTAL	701	57,5	519	42,5	1220	100,0

Os números demonstram que quanto maior o nível educacional dos indivíduos, maior a proporção de famílias com cobertura Extra-SUS. Essa proporção dobra entre as famílias com chefes com 4 a 7 anos de estudo (39%) e famílias com chefes com 11 a 14 anos de estudo (77%). A diferença é ainda mais significativa para as famílias com chefes com 15 anos de estudo ou mais, 92,3%.

Observa-se que a influência do nível de estudo no caso da existência ou não de cobertura Extra-SUS não é a mesma que ocorre no uso dos serviços, onde o nível educacional está vinculado ao acesso a informações que facilitam a convivência dos indivíduos com a atenção médica, e podem facilitar o convívio com suas próprias necessidades.

No caso da cobertura, e considerando as condições de funcionamento de nosso sistema de saúde e as de acesso à informação no caso específico da cidade estudada, é pouco provável que os indivíduos com menor nível educacional não tenham cobertura Extra-SUS (em tendo interesse) por falta de informação, o que dificultaria sua opção por esse serviço. Assim, o nível educacional poderia estar influenciando a existência de cobertura Extra-SUS ou através da qualificação ocupacional do indivíduo, correspondendo a uma maior possibilidade de aceder a empregos ou cargos que ofereçam cobertura; ou à renda, pela possibilidade de o indivíduo com mais anos de estudo ter maior capacidade de compra.

No caso da renda, é conhecida a associação positiva com educação. A PNAD 97 mostra que, na região metropolitana do Rio de Janeiro, entre as pessoas com 1 a 3 anos de estudo, 47,2% recebiam de 1/2 a 2 salários mínimos, enquanto apenas 6,4% se encontravam na faixa de 5 a 10 salários mínimos, decrescendo a participação deste grupo de idade a partir dessa faixa de renda. Já no grupo de 11 a 14 anos de estudo, 17,5% estavam na primeira faixa e 23% na de 5 a 10 salários. Este grupo apresenta ainda uma melhor distribuição entre as faixas salariais e possui 13% recebendo mais de 10 salários, enquanto para aquele grupo de 1 a 3 anos de estudo, somente 1,1% se encontrava nesta faixa.

Nossos dados acompanham essa distribuição, embora com maior proporção nas situações mais desfavoráveis (ressalvando de novo a diferença entre renda per capita e renda familiar per capita). Entre as famílias com chefe na faixa 1 a 3 anos de estudo, 76,8% possuem renda familiar per capita de até 2 salários mínimos e apenas 4,2% estão na classe de 5 a 10 salários. Veja-se que a proporção de famílias aumenta nas faixas de renda mais baixa quando considerado o nível de

instrução, já que a participação das faixas de até 2 salários no conjunto das famílias é de 53,9% (ver Tabela 3.6). Já na faixa de 11 a 14 anos de estudo, a proporção de famílias com renda per capita de até 2 salários cai para 35,7% e aumenta para 14,4% a de renda entre 5 e 10 salários.

A Tabela 3.10 investiga assim a relação da cobertura com renda e educação.

TABELA 3.10
COBERTURA POR ANOS DE ESTUDO E RENDA FAMILIAR PER
CAPITA

ANOS DE ESTUDO/ RENDA PER CAPITA	SEM INSTRUÇÃO		DE 1 A 3 ANOS		DE 4 A 7 ANOS		DE 8 A 10 ANOS		DE 11 A 14 ANOS		ACIMA DE 15 ANOS	
	Extra SUS	SUS	Extra SUS	SUS	Extra SUS	SUS	Extra SUS	SUS	Extra SUS	SUS	Extra SUS	SUS
Até 1 SM	7,4	92,6	24,4	75,6	17,6	82,4	33,4	66,6	53,6	46,3	22,2	77,7
De 1 A 2 Sm	23,1	76,9	28,6	71,4	46,0	54,0	53,6	46,4	75,8	24,1	50,0	50,0
De 2 A 3 Sm	25,0	75,0	54,5	45,4	59,2	40,7	69,7	30,2	84,3	15,7	69,2	30,7
De 3 A 5 Sm	100,	-	57,1	42,8	51,7	48,3	65,0	35,0	76,4	23,6	85,1	14,9
De 5 A 10 Sm	50,0	50,0	75,0	25,0	92,8	7,1	86,6	13,3	82,5	17,5	93,7	6,3
De 10 A 20 Sm	100,	-	-	-	100,	-	100,	-	100,	-	92,3	7,7
Acima De 20 Sm	100,	-	-	-	-	-	100,	-	100,	-	100,	-

A distribuição em geral confirma o aumento da participação da cobertura Extra-SUS conforme o aumento da renda e da escolaridade, sendo que ela é bem visível nos extremos, mas apresenta variações importantes. A predominância da cobertura exclusiva SUS é sempre superior a 70% nos quadrantes que combinam nenhum estudo até 3 salários e 1 a 3 anos de estudo até 2 salários. E é também superior à cobertura Extra-SUS para quase todas as faixas de 1 salário, a exceção da de 11 a 14 anos. Esta exceção poderia estar indicando direção à cobertura Extra-SUS pelos mais pobres com maior

escolaridade. Embora isso possa estar relacionado à inserção no mercado formal, nesta faixa de escolaridade a cobertura Extra-SUS apresentou-se maior mesmo para os que se declararam sem ocupação.

Por outro lado, verifica-se que nas faixas de menor escolaridade e maior renda a cobertura Extra-SUS supera a SUS. Ela já é maior nas faixas de 3 a 5 salários para nenhuma escolaridade e na faixa de 2 a 3 salários para 1 a 3 anos de estudo. Também observa-se um equilíbrio entre as coberturas, que se altera na medida em que cresce a renda: na faixas de 1 a 3 anos e 4 a 7 anos entre 2 a 3 e 3 a 5 salários e na de 8 a 10 anos somente na faixa de 1 a 2 salários.

Essas características parecem indicar um predomínio da renda sobre a escolaridade para a cobertura, mas as variações não permitem confirmá-la. Os gráficos 3.2 e 3.3 ilustram essas variações, muito mais presentes na cobertura Extra-SUS do que na cobertura SUS, com comportamento bem claro em relação aos mais pobres.

GRÁFICO 3.2 COBERTURA EXTRA-SUS

(por renda e anos de estudo do chefe)

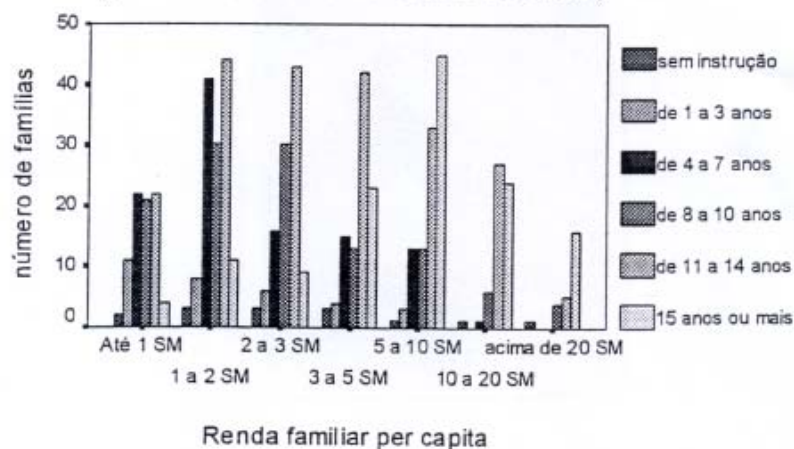
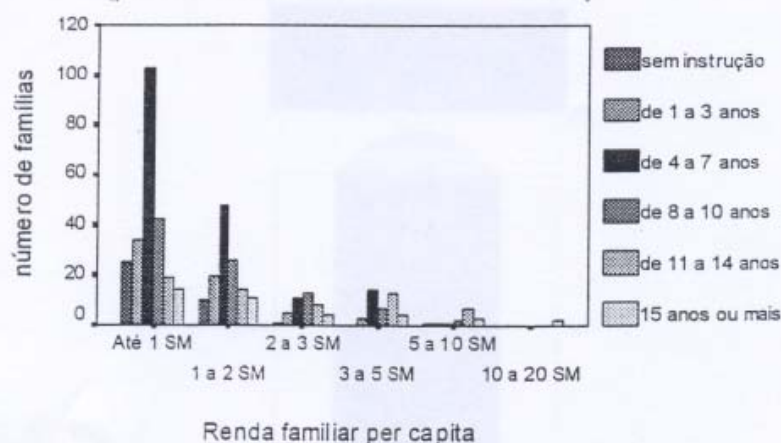


GRÁFICO 3.3 COBERTURA SUS

(por renda e anos de estudo do chefe)



Outro fator investigado foi a relação entre cobertura e qualificação ocupacional do chefe da família. A Tabela 3.11 e o Gráfico 3.4 mostram a relação positiva entre cobertura e qualificação ocupacional para os extremos da qualificação, ou seja, tarefas manuais com maior cobertura SUS e tarefas qualificadas com maior cobertura Extra-SUS. Embora os sem ocupação tenham também cobertura SUS superior, ela é menor do que para os casos onde a qualificação do chefe é de tarefas manuais. Em verdade, estes últimos apresentam a maior proporção de famílias com renda per capita de até 2 salários (78,2%). Há que se considerar que os sem ocupação podem ser dependentes da cobertura Extra-SUS de parentes, lembrando a especificidade dos traçadores, em especial hipertensão.

Isso também é válido para a posição maior da cobertura Extra-SUS para aposentados e pensionistas que, após os qualificados, apresentam renda familiar per capita com melhor distribuição entre as distintas classes e concentram a menor proporção de renda nas faixas de até 2 salários (41,6%). Também se destaca a cobertura Extra-SUS

em famílias com chefes em ocupação semiqualficada, cuja especificidade será apontada quando tratarmos do financiamento, a seguir.

Gráfico 3.4

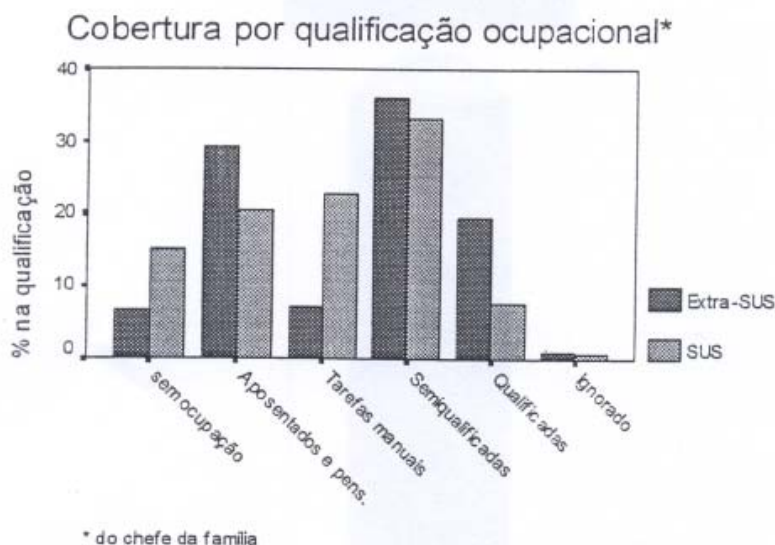
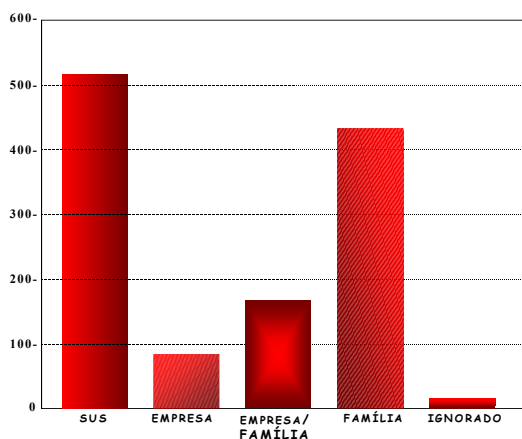


TABELA 3.11
COBERTURA POR QUALIFICAÇÃO OCUPACIONAL DO CHEFE DA FAMÍLIA

	EXTRA SUS		SUS		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sem ocupação	48	37,8	79	62,2	127	100,0
Aposentados e pensionistas	205	65,9	106	34,1	311	100,0
Tarefas manuais	51	30,2	118	69,8	169	100,0
Tarefas semiqualficadas	253	59,5	172	40,5	425	100,0
Tarefas qualificadas	137	77,4	40	22,6	177	100,0
Ignorado	7	63,3	4	36,4	11	
TOTAL	701	57,5	519	42,5	1220	100,0



TIPOS DE COBERTURA EXTRA-SUS DAS FAMÍLIAS

Ao contrário do que se previa, na maior parte das famílias com cobertura Extra-SUS, a responsabilidade pelo pagamento é exclusivo da família, como mostra o Gráfico 3.5.

GRÁFICO 3.5
COBERTURA DAS FAMÍLIAS POR TIPO DE FINANCIAMENTO

Os percentuais apresentados na Tabela 3.12 mostram que os casos de financiamento exclusivo das famílias - 62,3% -, são mais do que o dobro da soma dos casos onde a família divide com a empresa o financiamento - 24,1% -, ou a empresa financia exclusivamente a cobertura Extra-SUS- 11,1%.

TABELA 3.12
COBERTURA POR FINANCIAMENTO

		Em nº de famílias					
COBERTURA		FINANCIAMENTO				IGNORA DO	TOTAL
		SUS	EMPRE SA	EMPRE SA/ FAMÍLIA	FAMÍLIA		
EXTRA SUS	No.	-	78	169	437	17	701
	%	-	11,1	24,1	62,3	2,4	100,0

SUS	No.	519	-	-	-	-	519
	%	100,0	-	-	-	-	100,0
TOTAL	No.	519	78	169	437	17	1220
	%	42,5	6,4	13,9	35,8	1,4	100,0

Analisando-se o financiamento da Cobertura Extra-SUS a partir dos estratos da amostra, na Tabela 3.13, verifica-se que a situação mais diferenciada está no estrato intermediário.

TABELA 3.13
FINANCIAMENTO DA COBERTURA EXTRA-SUS POR ESTRATO DA AMOSTRA

	Em nº de famílias					
	ESTRATO DA AMOSTRA					
	50% mais pobres		30% intermediários		20% mais ricos	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Empresa	45	14,8	14	6,0	19	11,4
Empresa/família	90	29,7	47	20,3	32	19,1
Família	160	52,8	162	70,1	115	68,9
Ignorado	8	2,6	8	3,5	1	0,6
TOTAL	303	100,0	231	100,0	167	100,0

No estrato intermediário, para a grande maioria dos casos o financiamento é exclusivo das famílias - 70% -, contra apenas 6% de financiamento exclusivo da empresa e 20,3% de financiamento empresa-família. Nos outros dois estratos o destaque é para o estrato mais pobre, com mais da metade dos casos financiados apenas pelas famílias - 52,8% -, enquanto no estrato mais rico este financiamento representa 68,9%. A proporção de casos onde o financiamento é exclusivo das empresas é maior no estrato mais pobre, com 14,8%. Entre os mais ricos representa 11,4%, quase o dobro deste tipo de financiamento no estrato intermediário.

Quando analisado o financiamento segundo a renda das famílias (Tabela 3.14 na página seguinte), confirma-se que para todas as faixas

de renda ele é, na maior parte, responsabilidade exclusiva das famílias.

TABELA 3.14
COBERTURA POR RENDA FAMILIAR PER CAPITA(1) E FINANCIAMENTO

	Em nº de famílias					
	FINANCIAMENTO					
	EMPRESA		EMPRESA/FAMÍLIA		FAMÍLIA	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Até 1 S.M.	14	17,1	16	19,5	49	59,8
1 a 2 S.M.	19	13,9	43	31,4	71	51,8
2 a 3 S.M.	16	15,0	25	23,4	64	59,8
3 a 5 S.M.	8	8,0	27	27,0	64	64,0
5 a 10 S.M.	9	8,3	23	21,3	75	69,4
10 a 20 S.M.	7	11,9	9	15,3	42	71,2
+ de 20 S.M.	2	7,7	3	11,5	21	80,8

(1) Em salários mínimos de maio de 1997 = R\$ 120,00

Considerando-se a diferença de rendimentos entre as faixas de salários, pode-se dizer que a participação do financiamento exclusivo da família não apresenta diferenças expressivas. A maior está entre a faixa de 1 a 2 e a de mais de 20 salários; mesmo assim, a diferença é de 56%.

O financiamento exclusivo da empresa na cobertura Extra-SUS é maior nas 3 faixas iniciais e reduz-se nas de 3 a 5 e 5 a 10 salários, embora nestas seja importante o financiamento repartido com o empregado (empresa/família). Por outro lado, chama a atenção a diferença de 61% no financiamento repartido (empresa/família) entre as faixas de até 1 salário e de 1 a 2 salários (19,5% e 31,4% respectivamente), embora aquela apresente também a maior proporção de financiamento exclusivo da empresa. Esse comportamento certamente guarda relação com a posição das famílias no mercado formal de trabalho. Além do mais, como se verá mais a frente, o tipo de cobertura Extra-SUS vai diferir para estas faixas.

A situação de cobertura, analisada segundo o financiamento, indica que a existência de membros não cobertos em famílias com cobertura Extra-SUS não está relacionada principalmente ao fato de a cobertura da família ser financiada pela empresa. A Tabela 3.15 mostra que a maior parte dos não cobertos - 61,5% - está em famílias que financiam exclusivamente sua cobertura.

TABELA 3.15
MEMBROS NÃO COBERTOS E COBERTOS POR OUTROS PLANOS
POR FINANCIAMENTO DA COBERTURA

FINANCIAMENTO DO PLANO PRINCIPAL	Em nº de famílias			
	NÃO COBERTOS		COBERTOS POR OUTROS PLANOS	
	Nº	%	Nº	%
EMPRESA	72	10,6	8	3,2
EMPRESA/FAMÍLIA	147	21,8	47	18,4
FAMÍLIA	415	61,5	194	76,1
IGNORADO	41	6,1	6	2,3
TOTAL	675	100,0	255	100,0

É mais provável que a situação desses membros esteja relacionada à renda, fazendo com que alguns membros fiquem descobertos. A forma de seleção poderia ser o risco ou mesmo o parentesco, já que a maior percentagem de não cobertura está entre agregados e outros parentes (Tabela 3.8). Isso, contudo, não invalida a importância da renda nesta seleção, pois é pouco provável que a família opte pela cobertura Extra-SUS e exclua um membro mesmo podendo pagar por sua cobertura.

Também os membros cobertos por outros planos concentram-se em famílias que financiam exclusivamente sua cobertura, e em uma proporção superior - 76,1% - à participação desse tipo de financiamento no total de famílias com cobertura Extra-SUS - 62,3% (Tabela 3.12). No caso destes membros, a cobertura por outro plano pode estar associada a diversos motivos, como cobertura fornecida por empresa a qual ele esteja vinculado; motivos relativos ao alcance da cobertura (associado ao risco) ou mesmo ao preço a pagar.

A partir das informações sobre os planos das famílias, procuramos classificar os diferentes tipos de Cobertura Extra-SUS. É uma tentativa de conhecer melhor essa cobertura a partir da população. Embora a amostra deste estudo não seja representativa do conjunto das famílias, mas sim das famílias com presença de um dos traçadores (hipertensão, gravidez e diarreia); e se refira à população de uma cidade específica, essa parece ser uma boa aproximação à realidade da cobertura Extra-SUS existente no país.

Identificou-se 125 serviços diferentes apresentados pelas famílias como cobertura Extra-SUS. Estes foram rastreados 3 vezes (por contatos diretos com o serviço) para: tirar possíveis repetições; identificar vinculação ou não com o SUS; identificar o alcance da clientela (se aberta a contratação voluntária ou fechada a uma instituição ou associação); o tipo de provedores (rede própria e/ou contratada). O objetivo de todas essas informações era tentar classificar esses serviços com a menor margem possível de erros.

Utilizou-se aqui a classificação apresentada no capítulo II. Assim, consideraram-se as categorias de: objetivo do intermediador na organização do sistema de serviços de saúde (com ou sem fins lucrativos); alcance da clientela (aberta ou fechada) e propriedade dos recursos que financiam a assistência (pública ou privada). Os tipos alcançados são:

Planos de empresas comerciais e seguradoras - planos oferecidos e geridos por empresas de propriedade privada, com oferta de serviços com fins lucrativos e abertos à clientela. Esse grupo inclui os planos referentes ao que a literatura trata separadamente como empresas de medicina de grupo, seguradoras e cooperativas médicas. Como exemplos: Amil, Adress, Sul América, Mediservice, SMB-Saúde, Unimed etc.

Planos de empresas e associações privadas - planos oferecidos e geridos por empresas e associações privadas, com oferta de serviços sem fins lucrativos e de clientela fechada. São exemplos desse tipo os planos oferecidos e geridos em geral por grandes empresas (Coca-Cola⁷, Rede Globo de Televisão) e de associações vinculadas a corporações (CAARJ - Caixa de Assistência dos Advogados, Sindicato dos Comerciários, dos Professores, dos Rodoviários).

Planos de empresas e instituições públicas - planos oferecidos e geridos por empresas ou instituições públicas, com oferta de serviços sem fins lucrativos e de clientela fechada. São exemplos aqui os planos da Petrobrás, BNDES, Caixa Econômica Federal, GEAP (Plano de Ministérios e instituições da administração direta, CEDAE e serviços e planos das Forças Armadas).

Planos vinculados a serviços privados - planos oferecidos e geridos por clínicas e/ou hospitais privados, com oferta de serviços com fins

lucrativos e abertos à clientela. Como já apresentado no Capítulo II, a maioria dos planos aqui é supostamente ilegal⁸. Foram incluídos porque são reconhecidos pelas famílias como cobertura Extra-SUS. São, como se disse, empresas (em geral clínicas ou pequenos hospitais nos subúrbios da cidade) que, por uma parcela fixa, prestam alguns serviços (em geral só consultas) aos supostos beneficiários. Há serviços legalizados que seriam incluídos nesta categoria. O exemplo mais conhecido é o do Hospital Silvestre (o único que se encontrou entre os entrevistados).

Há dois outros aspectos (dentro dos discutidos no capítulo anterior) que completariam a classificação apresentada acima. Seriam eles o percentual de participação da empresa no financiamento da cobertura, a fonte de recursos desta participação e o alcance da cobertura. Isso permitiria a identificação de sub-tipos ao interior de cada tipo apresentado, apurando as características da cobertura Extra-SUS. Há sabidamente diferenças enormes entre, por exemplo, a cobertura da Petrobrás e a do IASERJ; ou entre o plano da Coca-cola e o do Sindicato dos Rodoviários. Ou ainda entre os diferentes tipos de planos das empresas comerciais e seguradoras e entre os que contratam seus serviços diretamente ou têm vinculação via empresas.

Mesmo entre os planos de empresas, há hoje diversas opções. Um exemplo claro de empresa tradicional na oferta de serviços médicos é a Embratel. A empresa manteve até recentemente um sistema de assistência baseado em reembolso parcial de despesas. Com o aumento dos custos tanto para a empresa como para o empregado, foi criado recentemente um plano gerido pela empresa para cobrir a parte das despesas que são de responsabilidade do empregado (atualmente

⁷ O plano da Coca-Cola foi posteriormente modificado e contratada uma empresa comercial para a oferta de serviços a seus empregados. O exemplo foi mantido por ser informação de entrevistado e ser empresa conhecida. Há várias outras empresas que mantêm planos desse tipo. Entre as entrevistas temos a Beni Exxon.

⁸ Nos contatos com os serviços não era admitida a existência de plano e nem foi possível identificá-los (até a última consulta em julho de 99) na lista de filiação obrigatória das operadoras pela SUSEP (Superintendência de Seguros Privados). Por isso não são citados nominalmente os exemplos.

25% do gasto)⁹. A tendência parece ser a da substituição do sistema de reembolso pelo plano próprio.

A Tabela 3.16, na página seguinte, apresenta o cruzamento dos tipos de cobertura Extra-SUS encontrados com o financiamento da cobertura¹⁰.

Verifica-se, em primeiro lugar que, no caso das famílias estudadas, a maior parte – 59,8% -, tem cobertura através de planos de empresas comerciais e seguradoras. Que entre estas, 70% são financiadas exclusivamente pelas próprias famílias. Este dado em princípio vai de encontro à informação das empresas comerciais de que a maior parte de seus beneficiários manteria vinculação através das empresas onde trabalham. A possibilidade de viés nos números aqui apresentados seria o peso dos traçadores, principalmente hipertensão e gravidez. E em hipertensão em especial, dada a possibilidade de vinculação via dependência ao titular empregado, cujo ônus em muitas empresas é exclusivo do empregado¹¹. Outra possibilidade, não excludente à anterior, seria a de um aumento de casos em que a empresa ou instituição negocia o plano coletivo com o intermediador, mas o empregado arca integralmente com os custos¹². E esses beneficiários estariam sendo registrados como de empresas. De qualquer forma, caberia confirmar a informação das empresas comerciais.

⁹ O sistema de assistência à saúde da Eletrobrás foi estudado pela aluna Roberta Paulino Voigt em monografia final do curso de Serviço Social da Universidade Federal Fluminense (Voigt, 1999).

¹⁰ O cruzamento com os tipos de cobertura só é feito para o caso das famílias e para as variáveis de financiamento e renda. Dois motivos: em primeiro lugar, cada cruzamento tem que ser feito manualmente. Também, e principalmente, a possibilidade de erros na classificação poderia distorcer as informações para as outras variáveis.

¹¹ Considera-se pouco provável uma margem significativa de erro na informação coletada, diante da forma como foi formulada a pergunta (ver Questionário de Família anexo, pergunta 8.12).

¹² Não foram encontrados registros de casos como esse, mas na Universidade Federal Fluminense, por exemplo, há um plano oferecido pela UNIMED para os funcionários e seus dependentes através da associação de servidores. O plano é totalmente pago pelo empregado, sendo que incluía, antes da nova Regulamentação, alguns procedimentos a mais que o plano similar comprado individualmente, pelo mesmo preço.

TABELA 3.16
TIPO DE COBERTURA EXTRA-SUS POR FINANCIAMENTO

	Em nº de famílias										
	FINANCIAMENTO										TOTAL
	EMPRESA		EMPRESA/ FAMÍLIA		FAMÍLIA		NÃO SABE/NÃO RESPONDEU		No.	%	
No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	% col.	
Planos de Empresas Comerciais e Seguradoras	48	11,3	68	16,1	293	70,0	10	2,4	419	100	59,8
Planos de Empresas/ Associações Privadas	8	25,8	5	16,1	21	60,0	1	2,8	35	100	5,0
Planos de Empresas/ Instituições Públicas	15	9,6	83	53,2	55	35,2	2	1,3	155	100	22,1
Planos Vinculados a Serviços Privados	1	2,0	1	2,0	47	92,1	2	3,9	51	100	7,3
Indefinidos	3	13,0	7	30,4	14	58,3	0	0,0	24	100	3,4
Ignorado	3	17,6	5	29,4	7	41,2	2	11,8	17	100	2,4
TOTAL	78	11,1	169	24,1	437	62,3	17	2,4	701	100	100

Os planos fechados de empresas/instituições públicas representam 22,1% do total. Chama a atenção aqui a diferença, em relação aos tipos anteriores, na participação dos casos em que a família financia exclusivamente o plano - 35,2% -, contra os 70% dos planos de empresas comerciais/seguradoras e 60% dos planos fechados de empresas/instituições privadas. Ademais, em 53,2% dos casos a empresa pública arca com parte do financiamento, contra 16,1% em cada um dos tipos anteriores. Ou seja, ao menos no que toca ao financiamento, os beneficiários de cobertura Extra-SUS de empresas e instituições públicas estariam em melhor situação que os demais.

Os planos vinculados a serviços privados apresentaram grande diversidade e acabaram por representar uma percentagem ainda maior - 7,3% - que os planos fechados de empresas/instituições privadas. Aqui o financiamento é exclusivo das famílias em quase todos os casos - 92,1%. Lembra-se ainda que, o que aqui chamamos de Indefinidos, são em sua grande maioria clínicas privadas que poderiam ser também planos vinculados a serviços privados, mas que não foram classificados como tal porque não se conseguiu rastreá-los devidamente.

O cruzamento dos tipos de cobertura Extra-SUS com o financiamento e a renda familiar per capita (Tabela 3.17, às páginas seguintes) indica a participação diferenciada das diversas faixas de renda.

Dentre as famílias com planos de empresas comerciais e seguradoras, é similar a participação das com renda de 1 a 2 (17,8%), 2 a 3 (17,6%) e 3 a 5 (16,2%) salários mínimos. A maior participação é das famílias com renda per capita de 5 a 10 salários (20,3%). As com renda de até 1 salário participam com proporção de 12,4%, próxima à das famílias com renda de 10 a 20 salários mínimos (11,1%). Note-se que este tipo de cobertura Extra-SUS é o único onde o financiamento exclusivo das famílias é maior para todas as faixas de renda.

TABELA 3.17
TIPO DE COBERTURA EXTRA-SUS POR RENDA FAMILIAR
PER CAPITA E FINANCIAMENTO

TIPO DE COBERTURA EXTRA-SUS	ATÉ 1 SM					1 A 2 SM				
	EMPRESA	EMP/FAM	FAMÍLIA	IGNORADO	RENDA (%)*	EMPRESA	EMP/FAM	FAMÍLIA	IGNORADO	RENDA (%)*
Planos de Empresas	2,4	1,9	7,8	0,3	12,4	3,5	4,3	9,7	0,3	17,8
→										
Comerciais e Seguradoras	11	8,5	35,3	1,2	-	9,5	11,7	26,3	0,7	29,4
↓										
Planos de Empresas/ Associações Privadas	11,8	2,9	-	-	14,7	5,9	11,8	11,8	-	29,4
→										
	4,9	1,3	-	-	-	1,5	2,9	2,9	-	--
↓										
Planos de Empresas/ Instituições Públicas	0,7	4,3	2,9	-	7,9	2,2	14,4	5,7	0,7	23,0
→										
	1,2	7,3	4,9	-	-	2,2	14,6	5,8	0,7	-
↓										
Planos Vinculados a Serviços Privados	-	-	18,1	2,3	20,4	2,3	2,3	38,6	-	43,2
→										
	-	-	9,7	1,2	-	0,7	0,7	12,4	-	-
↓										
Indefinidos	-	9,5	23,8	-	33,3	-	4,8	19,0	9,5	33,3
→										
	-	2,4	6,1	-	-	-	0,7	2,9	1,4	-
↓										
Ignorados	-	-	27,3	9,1	36,4	-	9,1	18,1	-	27,3
→										
	-	-	3,6	1,2	-	-	0,7	1,5	-	-
↓										

* % da renda no total do tipo

Continua ...

TABELA 3.17
TIPO DE COBERTURA EXTRA-SUS POR RENDA FAMILIAR
PER CAPITA E FINANCIAMENTO

Continuação ...

TIPO DE COBERTURA EXTRA-SUS	2 a 3 SM					3 A 5 SM				
	EMPRESA	EMP/FAM	FAMÍLIA	IGNORADO	RENDA (%)*	EMPRESA	EMP/FAM	FAMÍLIA	IGNORADO	RENDA (%)*
Planos de Empresas Comerciais e Seguradoras	→ 2,7	2,7	12,2	-	17,6	1,6	2,4	12,2	-	16,2
	↓ 9,3	9,3	42,0	-	-	6,0	9,0	45,0	-	-
Planos de Empresas/ Associações Privadas	→ -	2,9	8,8	-	11,8	2,9	2,9	8,8	-	14,7
	↓ -	0,9	2,8	-	-	1,0	1,0	3,0	-	-
Planos de Empresas/ Instituições Públicas	→ 3,6	10,1	5,7	0,7	20,1	0,7	11,5	7,2	-	19,4
	↓ 4,7	13,1	7,5	0,9	-	1,0	16,0	10,0	-	-
Planos Vinculados a Serviços Privados	→ -	-	13,6	-	13,6	-	2,3	9,1	-	11,4
	↓ -	-	5,6	-	-	-	1,0	4,0	-	-
Indefinidos	→ 4,8	-	14,2	-	19,0	-	-	9,5	-	9,5
	↓ 0,9	-	2,8	-	-	-	-	2,0	-	-
Ignorados	→ -	-	-	-	-	-	-	-	9,1	9,1
	↓ -	-	-	-	-	-	-	-	1,0	-

* % da renda no total do tipo

Continua ...

TABELA 3.17
TIPO DE COBERTURA EXTRA-SUS POR RENDA FAMILIAR
PER CAPITA E FINANCIAMENTO

Continuação ...

TIPO DE COBERTURA EXTRA-SUS	5 a 10 SM					10 A 20 SM				
	EMPRESA	EMP/FAM	FAMILIA	IGNORADO	RENDA (%)*	EMPRESA	EMP/FAM	FAMILIA	IGNORADO	RENDA (%)*
Planos de Empresas Comerciais e Seguradoras	→1,6	2,7	15,7	0,3	20,3	1,1	0,8	8,9	0,3	11,1
	↓5,5	9,2	53,7	0,9	-	6,8	5,1	55,9	1,7	-
Planos de Empresas/ Associações Privadas	→2,9	17,6	-	-	20,6	-	2,9	-	-	2,9
	↓0,9	5,5	-	-	-	-	1,7	-	-	-
Planos de Empresas/ Instituições Públicas	→1,4	5,0	10,1	-	16,5	1,4	3,6	3,6	-	8,6
	↓1,8	6,5	13,0	-	-	3,4	8,5	8,5	-	-
Planos Vinculados a Serviços Privados	→-	-	2,3	-	2,3	-	-	6,8	-	6,8
	↓-	-	0,9	-	-	-	-	5,1	-	-
Indefinidos	→-	-	4,8	-	4,8	-	-	-	-	-
	↓-	-	0,9	-	-	-	-	-	-	-
Ignorados	→-	-	9,1	-	9,1	9,1	-	9,1	-	18,2
	↓-	-	0,9	-	-	1,7	-	1,7	-	-

* % da renda no total do tipo

Continua ...

TABELA 3.17
TIPO DE COBERTURA EXTRA-SUS POR RENDA FAMILIAR
PER CAPITA E FINANCIAMENTO

Continuação ...

ACIMA DE 20 SM

TIPO DE COBERTURA EXTRA-SUS	EMPRE SA	EMP/ FAM	FAMÍ LIA	IGNO RADO	RENDA (%)*
Planos de Empresas Comerciais e Seguradoras	→ 0,3 ↓ 3,8	-	4,3 61,5	-	4,6 -
Planos de Empresas/ Associações Privadas	→ - ↓ -	-	5,9 7,7	-	5,9 -
Planos de Empresas/ Instituições Públicas	→ 0,7 ↓ 3,8	2,2 11,5	1,4 7,7	-	4,3 -
Planos Vinculados a Serviços Privados	→ - ↓ -	-	2,3 3,8	-	2,3 -
Indefinidos	→ - ↓ -	-	-	-	-
Ignorados	→ - ↓ -	-	-	-	-

* % da renda no total do tipo

Os planos fechados de empresas e associações privadas contam com maior participação das famílias com renda de 1 a 2 salários, 29,4%, o que corresponde a mais que o dobro das faixas das famílias mais pobres (14,7%) e das com renda de 2 a 3 (11,8%) ou de 3 a 5 salários (14,7%). A faixa de 5 a 10 salários se aproxima com 20,6% de participação. A diferença é que, nas famílias mais pobres, o financiamento da cobertura é na maior parte total da empresa e não há financiamento exclusivo da família. Nas famílias de renda de 1 a 2 salários, o financiamento exclusivo das famílias é de 11,8%, igual ao financiamento empresa-família; e as empresas financiam sozinhas 5,9% dos planos. E na faixa de 5 a 10 salários, o financiamento exclusivo da empresa é de 2,9%, o empresa-família é de 17,6% e também não há financiamento família. Assim, poder-se-ia deduzir que neste tipo de plano a cobertura é maior para os mais pobres e há um maior equilíbrio na relação entre a renda e a participação das empresas no financiamento.

No caso das empresas e instituições públicas, há equilíbrio na participação das faixas salariais entre 1 a 2 até 10 salários mínimos, embora seja baixa a participação das famílias com renda per capita de até 1 salário mínimo (7,9%). Considerado por faixa de renda, confirma-se que o financiamento tem maior participação das empresas ou instituições neste tipo de cobertura Extra-SUS. A exceção seria somente na faixa de 5 a 10 salários mínimos, onde em 13% dos casos o financiamento é exclusivo da família, contra 1,8% empresa e 6,5% empresa-família.

Quanto aos planos vinculados a serviços privados, é evidente a participação das faixas de renda mais baixas, estando nas três primeiras 77,2% dos casos (20,4%, 43,2% e 13,6% respectivamente). As faixas seguintes somam os restantes 22,8% do total de famílias com este tipo de cobertura Extra-SUS, aí incluída a participação de 11,4% da faixa intermediária de 3 a 5 salários. O financiamento é principalmente da família em todas as faixas de renda, sendo total nas

famílias de renda per capita de até 1 salário mínimo. Pode-se com isso confirmar, além da existência deste tipo de cobertura Extra-SUS, o fato de que ela é utilizada principalmente pelos setores mais pobres.

QUALIFICAÇÃO DA COBERTURA EXTRA-SUS

Dentre as famílias com cobertura Extra-SUS, foram investigadas algumas características que qualificam esta cobertura, como: o motivo da filiação, a importância do gasto com a cobertura e a satisfação com a cobertura. Também se investigou a existência de um plano anterior e o motivo da troca.

O motivo de filiação à cobertura Extra-SUS guarda relação com a cobertura SUS. Como mostra a Tabela 3.18 (página seguinte), afora os 24,2% que alegam ser o motivo principal para a filiação o financiamento por parte da empresa, a maior parte dos entrevistados manifestou motivos que se relacionam com os serviços prestados pelo SUS.

Dos entrevistados, 23% alegam que o SUS não atende às suas necessidades e 20,5% não confiam no SUS. Além disso, 13,8% consideram que é melhor o serviço particular. Contudo, ao se observarem os motivos por estrato da amostra, verifica-se que há distinções. Dentre os mais pobres, 10,9% não confiam no SUS, mas dentre aqueles mais ricos, estes são 35,3% e são 22,5% entre as famílias do estrato intermediário. Isso poderia confirmar a suposição dos especialistas da área de que, embora tenha se generalizado uma visão negativa do SUS para o conjunto da população, ela é mais negativa para os que não utilizam seus serviços.

A pesquisa do Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS (Conass, 1998) apurou que, dentre os que usam exclusivamente o SUS, 73% consideram satisfatória a rede pública em geral, contra 36% dos que não utilizam. Chama a atenção que, no quesito qualidade do

TABELA 3.18
MOTIVO DE FILIAÇÃO À COBERTURA EXTRA-SUS POR ESTRATO DA AMOSTRA

MOTIVO DA FILIAÇÃO	ESTRATO DA AMOSTRA								Em nº de famílias	
	50% MAIS POBRES	30% INTERMEDIÁRIOS	20% MAIS RICOS	TOTAL	50% MAIS POBRES	30% INTERMEDIÁRIOS	20% MAIS RICOS	TOTAL	No.	%
A empresa paga	93	41	36	170	30,7	17,7	21,5	24,2	170	24,2
Não custa nada	29	20	3	52	9,6	8,6	1,8	7,4	52	7,4
Não confiamos no serviço público	33	52	59	144	10,9	22,5	35,3	20,5	144	20,5
O serviço público não atende às necessidades	62	65	34	161	20,4	28,1	20,3	23,0	161	23,0
O serviço particular é melhor	49	32	16	97	16,2	13,8	9,6	13,8	97	13,8
Outros	14	9	7	30	4,6	3,9	4,2	4,3	30	4,3
Ignorado	23	12	12	47	7,6	5,2	7,2	6,8	47	6,8
TOTAL	303	231	167	701	100,0	100,0	100,0	100,0	701	100,0

atendimento médico, entre os usuários exclusivos e freqüentes, 86% e 88% respectivamente consideram o SUS satisfatório. Para os outros dois tipos - usuários eventuais e não usuários - a proporção que considera esse quesito satisfatório cai para 60% e 50%, respectivamente. Mais ainda, considerada a satisfação por renda, entre os que ganham até 2 salários mínimos, 75% classificam o SUS como satisfatório.

Isso em parte explicaria porque aqui, dentre os mais pobres, a não confiança no SUS é tão mais baixa do que para os outros estratos. Contudo, a confiança no serviço não implica que ele seja considerado como atendendo às necessidades. Assim é que, é também dentre os mais pobres que esse motivo é o mais destacado para a filiação à cobertura Extra-SUS, com 20,4% das opiniões, constituindo-se em um importante indicador das dificuldades do Sistema Único.

Outro indicador significativo é que dentre os mais pobres 16,2% alegam como motivo para a filiação à cobertura Extra-SUS o fato de o serviço particular ser melhor. Esse quesito corresponde a apenas 9,6% dentre os mais ricos e a 13,8% dentre os do estrato intermediário. Isso poderia ser um outro efeito da percepção, presente entre os mais ricos e não usuários do SUS, de que ele é insatisfatório. Ou seja, para os mais pobres haveria a idéia de que o serviço particular é melhor. Qualificar tecnicamente um serviço de saúde já é tarefa bastante complexa; comparar qualidade entre público e privado, mais ainda (Malik, 1996). Nesse sentido, a percepção do usuário é um instrumento poderoso.

A posição dos mais pobres quanto a esse indicador fica mais evidente quando se desagrega o motivo de filiação pelas distintas classes de renda (Tabela 3.19).

TABELA 3.19
MOTIVO DE FILIAÇÃO À COBERTURA EXTRA-SUS POR
RENDA FAMILIAR PER CAPITA

MOTIVO	RENDA FAMILIAR PER CAPITA							TOTAL
	Até 1 SM	1 a 2 SM	2 a 3 SM	3 a 5 SM	5 a 10 SM	10 a 20 SM	Acima 20 SM	
A empresa paga	20 24,4	40 29,2	26 24,3	25 25,0	23 21,3	10 16,9	7 26,9	151 13,9
Não custa nada	11 13,4	15 10,9	10 9,3	6 6,0	3 2,8	3 5,1	-	48 4,4
Não confiamos no serviço público	10 12,2	24 17,5	20 18,7	16 16,0	27 25,0	18 30,5	9 34,6	124 11,4
Serviço público não atende às necessidades	14 17,1	25 18,2	26 24,3	25 25,0	33 30,5	14 23,7	5 19,2	142 13,1
Serviço particular é melhor	16 19,5	20 14,6	15 14,0	14 14,0	9 8,3	8 13,5	3 11,5	85 7,8
Outro	4 4,9	3 2,2	3 2,8	4 4,0	7 6,5	3 5,1	1 3,8	25 2,3
Ignorado	7 8,5	10 7,3	7 6,5	10 10,0	6 5,5	3 5,1	1 3,8	44 4,1
TOTAL	82 100,0	137 100,0	107 100,0	100 100,0	108 100,0	59 100,0	26 100,0	1085 100,0

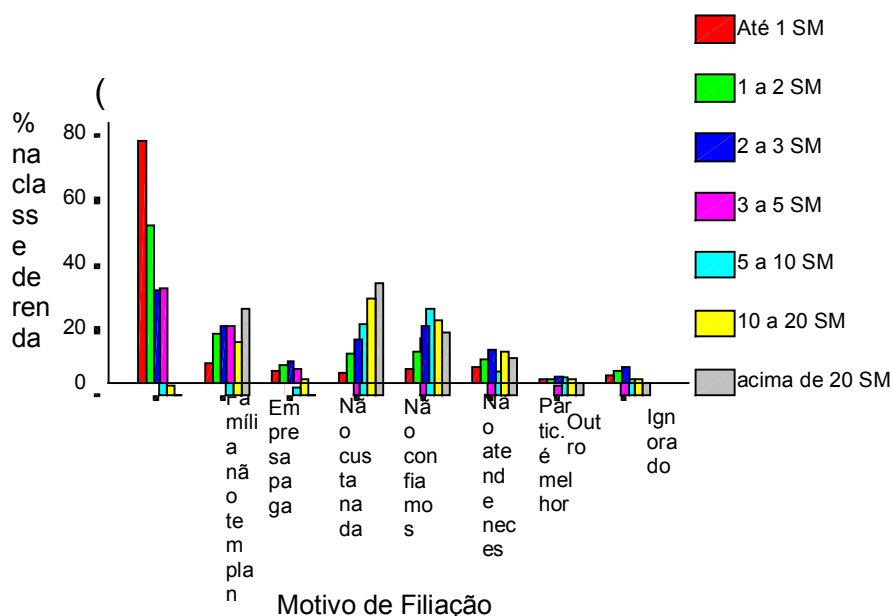
Verifica-se que os mais pobres apontam a melhor qualidade do serviço particular como motivo para filiação à cobertura Extra-SUS com maior proporção que os mais ricos. Chama-se atenção também que, considerando as classes de renda, o quesito confiança é maior nas faixas de renda baixa que o apresentado na tabela anterior, embora permaneça menor que o registrado nas classes de renda mais alta. De qualquer forma, a posição dos mais pobres em relação a esses dois quesitos deve ser relativizada não só porque usam mais o SUS. Mas também, no caso dos com cobertura Extra-SUS, por sua maior

proximidade a ele (através da comunidade e/ou familiares) e porque suas chances de ter que acessar esses serviços é maior.

Já no quesito de não atendimento às necessidades, há um equilíbrio entre a maioria das faixas, à exceção da de 5 a 10 salários mínimos, com 30,5% das opiniões. Embora abrangente e conhecido, este talvez seja o dado mais significativo de valoração do SUS, em especial se comparado aos demais, que podem sempre envolver experiências específicas e mal sucedidas.

A posição das diferentes classes de renda familiar per capita quanto ao motivo da filiação pode ser visualizada no Gráfico 3.6.

GRÁFICO 3.6
MOTIVO DE FILIAÇÃO À COBERTURA EXTRA-SUS (por classe de renda familiar per capita)



Dentre as famílias com cobertura Extra-SUS, 38% trocaram sua filiação pelo menos uma vez. A Tabela 3.20 mostra os motivos que levaram a essa troca, por tipo de financiamento.

TABELA 3.20
MOTIVO DE TROCA DE PLANO POR FINANCIAMENTO DO PLANO PRINCIPAL

	Em nº de famílias				
	FINANCIAMENTO				
	EMPRESA	EMPRESA / FAMÍLIA	FAMÍLIA	IGNORADO	TOTAL
Troca de emprego	21,4	20,7	10,9	0,0	13,9
Troca de plano pelo empregador	28,5	29,3	10,3	0,0	16,1
Elevado preço do plano	21,4	15,5	33,3	57,1	28,8
Baixa qualidade do plano	7,1	6,9	13,2	14,2	11,3
Excesso de burocracia	0,0	1,7	2,8	0,0	2,2
Cobertura Insuficiente	7,1	8,6	5,7	14,2	6,7
Distância de Casa	0,0	1,7	4,6	0,0	3,4
Outros Motivos	14,3	15,5	18,9	14,2	17,6
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

O principal motivo para a troca de plano é o alto preço, apresentado por 28,8% do total das famílias que trocaram de plano; seguido da troca de plano pelo empregador - 16,1%; e troca de emprego - 13,9%. A baixa qualidade do plano é o motivo seguinte, com 11,3% entre as famílias. A cobertura insuficiente, que era esperada como um motivo significativo, não é expressiva entre as respostas.

Considerado o tipo de financiamento, altera-se a participação dos motivos entre as famílias. Assim, onde a cobertura é financiada total ou parcialmente pelas empresas, a troca de emprego e troca de plano pelo empregador aumentam em importância. Ao mesmo tempo, diminuem a

importância do preço¹³ e principalmente da qualidade. Ao contrário, onde o financiamento é exclusivo das famílias, diminui a importância da troca de emprego ou troca de plano pelo empregador¹⁴ e aumenta a importância do preço e da qualidade.

Os que trocaram de plano estão em sua maioria entre os que financiam exclusivamente sua cobertura Extra-SUS. Isso poderia ser um indicador de que a filiação via empresa ou instituição permite uma maior qualidade no atendimento. Ou, ao contrário, de que os beneficiários de cobertura financiada parcial ou totalmente pelas empresas seriam mais complacentes com a qualidade do serviço prestado.

Na pesquisa do Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS (CONASS, 1998) foram identificados os que tiveram mas não têm mais planos ou seguros, correspondendo a 16% do total. Para estes, o motivo principal foi também a saída da empresa através da qual a cobertura era oferecida. Considerando os nossos dados e os da pesquisa citada (chamando a atenção para as diferenças no tipo de cobertura que se queria detectar), reforça-se a estreita relação da cobertura Extra-SUS com a renda e o emprego. Nosso estudo identificou as pessoas que trocaram de plano; ou seja, aquelas que puderam ainda arcar com a cobertura Extra-SUS, o que não ocorre com aqueles que perderam o vínculo com a empresa fornecedora e, empregados ou não, não puderam arcar com a contratação de outro serviço.

Não se sabe contudo se, caso pudesse pagar, a família ou pessoa teria cobertura Extra-SUS. Essa variável, provavelmente não por acaso, não é identificada no estudo do CONASS ou neste. Mas a própria variável

¹³ O fato de famílias com financiamento exclusivo da empresa terem citado o alto preço pode ser atribuído como o motivo dado pela empresa para a troca de plano.

¹⁴ Lembra-se que mesmo sendo custeado somente pela família, o plano pode ser, como caracterizado na Tabela 3.16, de uma empresa ou instituição privada. Esses planos, em geral, ou têm preços mais baixos e um alcance restrito de cobertura, ou têm preços iguais aos adquiridos diretamente pelas famílias e indivíduos (sem a intermediação de uma empresa ou instituição), e agregam alguns itens não cobertos na compra direta.

renda e os motivos para a filiação à cobertura Extra-SUS são fortes indicadores de que a premissa é verdadeira, ao menos para a maioria. Quanto à satisfação com o plano que possuía no momento da pesquisa, a grande maioria dos entrevistados declara estar satisfeita (Tabela 3.21). São 56,5% contra apenas 9,5% que declaram insatisfação.

TABELA 3.21
SATISFAÇÃO COM A COBERTURA EXTRA-SUS POR
FINANCIAMENTO DO PLANO PRINCIPAL

Em nº de famílias

	FINANCIAMENTO				
	EMPRESA	EMPRESA/ FAMÍLIA	FAMÍLIA	IGNORADO	TOTAL
	%	%	%	%	%
Não utiliza o plano	6,4	3,0	3,2	5,9	3,5
Muito insatisfeito	2,6	1,8	1,8	0,0	1,8
Insatisfeito	5,1	9,5	10,3	11,8	9,5
Satisfeito	52,6	51,5	59,5	47,1	56,5
Muito satisfeito	29,5	32,0	24,0	29,4	26,6
Ignorado	3,8	2,4	1,1	5,9	1,8
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Considerando o financiamento da cobertura, é nas famílias que a financiam de forma exclusiva que se encontra a maior percentagem de satisfeitos. Mesmo assim, não é desprezível o número de insatisfeitos, 10,3%, considerando que arcam sozinhas com os custos. Por outro lado, entre as famílias que possuem financiamento empresa/família encontra-se a maior percentagem de muito satisfeitos-32%.

As famílias também consideram importante o valor pago pela cobertura Extra-SUS. Destas, 33,5% consideram importante o valor pago e 22% o consideram muito importante (Tabela 3.22).

TABELA 3.22
IMPORTÂNCIA DOS GASTOS COM A COBERTURA EXTRA-SUS POR
FINANCIAMENTO DO PLANO PRINCIPAL

	Em nº. de famílias				TOTAL
	FINANCIAMENTO				
	EMPRESA	EMPRESA/ FAMÍLIA	FAMÍLIA	IGNORADO	
	%	%	%	%	
Não paga	100,0	12,4	15,8	0,0	24,0
Não é importante		13,0	3,7	5,9	5,5
Pouco importante		20,1	10,8	35,3	12,4
Importante		30,2	41,2	23,5	33,5
Muito importante		20,1	26,8	17,6	22,0
Ignorado		4,1	1,8	17,6	2,5
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Com relação ao financiamento da cobertura, a maior proporção dos que consideram o gasto com a cobertura Extra-SUS importante ou muito importante está entre os que financiam exclusivamente a cobertura, com 41,2% e 26,2% respectivamente. Mas chama a atenção que não são muito distantes os valores encontrados para esses mesmos itens nas famílias com financiamento empresa/família, que, somados, chegam à metade das famílias deste segmento. Embora não se tenha dados para comparar essa informação com momentos anteriores, é sabido que tem crescido a participação dos empregados no financiamento da cobertura Extra-SUS nos casos em que esta é vinculada à empresa. Isso é verdadeiro principalmente no caso das empresas públicas.

Os dados mais recentes da Pesquisa de Orçamento Familiar (IBGE, 1997) apontam para uma despesa média mensal familiar¹⁵ de R\$ 25,72

¹⁵ Nas áreas pesquisadas: regiões metropolitanas de Belém, Fortaleza, Recife, Salvador, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, São Paulo, Curitiba, Porto Alegre e Brasília - DF e Goiânia.

com seguro saúde e associação de assistência. Esses valores mudam muito dependendo da faixa de renda. Para a faixa de até 2 salários mínimos, a despesa média mensal seria de R\$1,75; para a de 6 a 8 salários já seria de R\$11,82; e para a de mais de 30 salários, de R\$ 93,32.

Não se tem como comparar valores, já que o que interessava era a importância, para a família, do gasto com a cobertura Extra-SUS e não o gasto em si. Contudo, esses valores parecem baixos para todas as faixas de renda e provavelmente não seriam considerados como importantes ou muito importantes pelas famílias. Ou esses valores estão aquém da despesa real, ou a importância dada pelas famílias ao gasto com cobertura estaria dimensionada por outros fatores mais do que pela proporção em relação à renda. Não seria a satisfação com a cobertura que, como indicado, é bem mais positiva do que negativa. Poder-se-ia supor uma insatisfação com o fato de pagar a cobertura Extra-SUS, se forem considerados os dados já indicados quanto ao motivo da filiação, que relacionam a adesão a esta cobertura com problemas com o SUS.

PARTE III

CARACTERÍSTICAS DE COBERTURA E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS (HIPERTENSÃO, GRAVIDEZ E DIARRÉIA)

Nesta parte, serão apresentados os dados referentes às entrevistas com os indivíduos portadores de um dos traçadores selecionados. Focalizam-se aqui as características de cobertura individual desses indivíduos e características de utilização no período referido. Os dados para os três traçadores são apresentados em conjunto. Essa forma busca auxiliar a visualização de diferenças existentes na população que podem ser atribuídas à presença do traçador. Ou seja, nosso interesse é destacar características da população estudada e não do comportamento dos traçadores. Algumas informações relevantes mas específicas de um ou outro traçador serão indicadas isoladamente.

CARACTERÍSTICAS DE COBERTURA

Para os distintos estratos da amostra, os resultados de cobertura acompanham obviamente aqueles registrados entre as famílias, mas com diferenças importantes entre os traçadores (Tabela 3.23).

TABELA 3.23
COBERTURA POR ESTRATO DA AMOSTRA

Em % de indivíduos

	HIPERTENSÃO		GRAVIDEZ		DIARRÉIA	
	E.SUS	SUS	E.SUS	SUS	E.SUS	SUS
50% mais pobres	112	183	75	151	24	57
	38,0%	62,0%	33,2%	66,8%	29,6%	70,4%
30% intermediários	121	70	61	46	9	16
	63,4%	36,6%	57,0%	43,0%	36,0%	64,0%
20% mais ricos	79	7	35	7	9	0
	91,9%	8,1%	83,3%	16,7%	100,0%	0,0%
TOTAL	312	260	171	204	42	73
	54,5%	45,5%	45,6%	54,4%	36,5%	63,5%

Os Indivíduos com Hipertensão¹ apresentam o maior percentual de cobertura Extra-SUS para os três traçadores, com 54.5%, enquanto está entre as crianças com diarreia o maior percentual de cobertura exclusiva SUS, 63,5%. As mulheres grávidas apresentam valor intermediário entre os outros dois traçadores, com 45.6%.

Considerados os estratos da amostra, as diferenças entre cobertura SUS e Extra-SUS são ainda maiores que as registradas entre as famílias. Para hipertensão e gravidez, a participação da cobertura Extra-SUS no estrato mais rico é de aproximadamente 150% aquela do estrato mais pobre. Já para diarreia, essa participação está 237% acima da participação da cobertura Extra-SUS para o estrato mais pobre. É também similar a diferença entre o primeiro e o segundo estratos para hipertensão e gravidez (cerca de 45%), mas é grande a diferença entre esses dois estratos para diarreia (de 177%).

As diferenças entre os traçadores são um importante indicador de que a população busca estratégias de acordo com a visibilidade sobre sua própria necessidade. Assim, a hipertensão como doença crônica, que acomete principalmente adultos e idosos e que requer cuidados constantes, induziria o indivíduo a buscar cobertura Extra-SUS para se proteger das dificuldades de acesso ao SUS. Para as mulheres grávidas, a cobertura Extra-SUS pode representar uma garantia no acompanhamento da gestação e uma maior segurança em relação ao parto, levando as mulheres e/ou famílias a buscarem essa cobertura como parte do planejamento para ter filhos. Além disso, é também possível que a própria existência de cobertura esteja influenciando a opção por engravidar entre as mulheres e/ou famílias.

As diferenças para diarreia podem ser explicadas por uma especificidade do comportamento do traçador, que sabidamente atinge mais crianças de baixa renda. Assim, é possível que as crianças alcançadas estejam entre as famílias mais pobres no primeiro e segundo estratos.

¹ As mulheres, maioria da amostra - 65.6%, apresentam participação inferior a dos homens em cobertura Extra-SUS. Entre os homens, 59,9% possuem esta cobertura, contra 40,1% de cobertura SUS. Já entre as mulheres, 51,7% possuem cobertura Extra-SUS contra 48,3% de cobertura SUS.

A Tabela 3.25, na página seguinte, apresenta a cobertura dos Indivíduos segundo a renda familiar per capita.

A tabela confirma o verificado com as famílias quanto à influência da renda na existência de cobertura Extra-SUS. Para os três traçadores, o crescimento da renda é acompanhado do aumento da cobertura Extra-SUS e da redução da participação exclusiva da cobertura SUS. A única exceção, que, contudo, não altera a relação indicada é o caso de diarreia, onde há uma queda na participação Extra-SUS de 80% na faixa de 3 a 5 salários mínimos para 60% na faixa de 5 a 10 salários mínimos, atingindo, contudo, 100% na faixa acima de 10 a 20 salários mínimos.

Chama a atenção a diferença, ainda para diarreia, na participação Extra-SUS entre as primeira e segunda faixas de renda. Também, o fato que, para todos os traçadores, a cobertura Extra-SUS nas últimas faixas de renda ser de 100%.

O financiamento da cobertura Extra-SUS é indicado na Tabela 3.24. Assim como já verificado com os dados de família, a cobertura Extra-SUS é na maioria dos casos financiada exclusivamente pelas próprias famílias, mesmo que esta seja vinculada ou não a uma empresa.

TABELA 3.24
COBERTURA EXTRA-SUS POR FINANCIAMENTO

Em % de indivíduos

FINANCIAMENTO	HIPERTENSÃO	GRAVIDEZ	DIARRÉIA
EMPRESA	8,7	15,2	14,3
EMPRESA/FAMÍLIA	25,6	24,0	9,5
FAMÍLIA	63,1	59,1	76,2
IGNORADO	2,6	1,8	0,0
TOTAL	100,0	100,0	100,0

TABELA 3.25
COBERTURA POR RENDA FAMILIAR (1) PER CAPITA

Em % de indivíduos

	HIPERTENSÃO			GRAVIDEZ		
	E.SUS	SUS	TOTAL	E.SUS	SUS	TOTAL
Até 1 S.M.	21,0	78,9	100,0	18,3	81,7	100,0
Mais de 1 a 2 S.M.	36,6	63,4	100,0	45,9	54,1	100,0
Mais de 2 a 3 S.M.	55,3	44,7	100,0	62,8	37,2	100,0
Mais de 3 a 5 S.M.	61,7	38,3	100,0	70,0	30,0	100,0
Mais de 5 a 10 S.M.	76,8	23,2	100,0	96,8	3,2	100,0
Mais de 10 a 20 S.M.	97,1	2,8	100,0	90,9	9,1	100,0
Mais de 20 S.M.	100,0	0,0	100,0	100,0	0,0	100,0
TOTAL	52,9	47,0	100,0	46,7	53,3	100,0

(1) Em salários mínimos de maio de 1997 = R\$ 120,00

OBS: exclui os *missing cases*: 79 em hipertensão, 41 em pré-natal e 10 em diarreia.

Nota-se aqui que o financiamento exclusivo da família é maior para Hipertensão e Diarréia, com 63.1% e 76.2%, respectivamente. Para Gravidez, embora significativo, o financiamento família é menor, de 59%, sendo de 24% para empresa-família e 15,2% para empresa, o maior entre os três traçadores.

Os outros dois traçadores de fato apresentam uma distribuição menos equilibrada. Para diarréia, a proporção é maior para o financiamento exclusivo de empresas - 14,3% - do que para o financiamento empresa-família. Para Hipertensão, o financiamento exclusivo por empresa é o menor, com apenas 8,7% dos casos.

A Tabela 3.26 procura confirmar se a idade, fator importante para este traçador, tem influência nesse comportamento, assim como na existência em si da cobertura Extra-SUS.

TABELA 3.26
HIPERTENSÃO – COBERTURA SUS E EXTRA-SUS
POR FINANCIAMENTO E IDADE

COBERTURA POR FINANCIAMENTO	30 a 39 ANOS	40 a 49 ANOS	50 a 59 ANOS	60 a 69 ANOS	70 a 79 ANOS	80 ANOS e +
SUS	53,4	66,7	43,3	40,2	37,4	40,0
EXTRA-SUS EMPRESA	8,6	6,4	5,0	4,3	1,9	3,3
EXTRA-SUS EMPRESA/FAMÍLIA	13,8	10,7	15,0	15,8	14,9	10,0
EXTRA-SUS FAMÍLIA	24,1	16,1	36,7	39,6	45,8	46,6

De fato, a participação do financiamento empresa é maior na faixa de idade mais baixa, com 8,6%, e segue decaindo. Contudo, o mesmo não ocorre com o financiamento empresa-família, que mantém um relativo equilíbrio entre as faixas de idade. Não se poderia afirmar, assim, que a idade necessariamente altera o financiamento repartido da cobertura Extra-SUS.

Em verdade, ao se observar o comportamento da cobertura em geral com relação à

idade, pode-se até mesmo inferir que as pessoas com mais idade têm situação mais favorável em relação à cobertura Extra-SUS. Verifica-se que nas duas primeiras faixas de idade (30 a 39 anos e 40 a 49 anos), a cobertura SUS é crescente, cobrindo a maior parte dos casos (53,4% e 66,7%); a cobertura Extra-SUS, minoritária, decresce de uma faixa a outra para todos os tipos de financiamento. Para as faixas seguintes (a partir de 50 anos), o comportamento se inverte. A cobertura exclusiva SUS passa a ser minoritária em relação à cobertura Extra-SUS e aumenta a cobertura financiada exclusivamente pelas famílias, o que, como se viu, depende da capacidade de renda.

Não há estudos que indiquem que os idosos de amanhã poderão ser mais pobres que os idosos de hoje. Contudo, os que alcançaram idade avançada hoje supostamente tiveram em sua fase produtiva empregos e salários melhores e mais estáveis, acumularam mais renda e mantiveram vinculação a instituições com boa oferta de benefícios sociais.

Se, para as faixas de idade que estão hoje em plena atividade produtiva, a participação da cobertura SUS já é maior; se estas pessoas serão mais pobres no futuro; e se forem consideradas as mudanças em curso de precarização das relações de trabalho, a situação de cobertura poderá tender à inversão para as idades mais avançadas, diminuindo a Extra-SUS.

O valor pago à cobertura Extra-SUS para os traçadores acompanha o encontrado para as famílias (Tabela 3.27). A maior parte considera importante ou muito importante este valor. Registra-se que são altos os índices dos que declararam que não pagam para Hipertensão (20,2%) e Gravidez (22,8%), assim como há ausência de registro neste item para Diarréia, o que não condiz com o financiamento (Tabela 3.25). No caso de diarréia isso poderia estar relacionado com o fato de o entrevistado não ser quem paga a cobertura, o que é ainda mais comum em hipertensão, onde por vezes a cobertura é por dependência de um membro não residente no mesmo domicílio.

TABELA 3.27
IMPORTÂNCIA DO GASTO COM COBERTURA EXTRA-SUS

Em % de indivíduos

FINANCIAMENTO	HIPERTENSÃO	GRAVIDEZ	DIARRÉIA
Não paga	20,2	22,8	0,0
Não é importante	7,4	2,9	23,8
Pouco importante	8,7	14,0	2,4
Importante	36,2	36,8	21,4
Muito importante	25,0	19,9	26,2
Não opinou	2,6	3,5	26,2
TOTAL	100,0	100,0	100,0

UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS

Aqui, a utilização será sempre relacionada à cobertura. A entrada no sistema é identificada pela variável consultas (realizadas nos 6 meses anteriores à entrevista). São indicadas as características de utilização referentes ao financiamento das consultas, a satisfação, a valorização dos custos com a atenção - gastos com consultas -, medicamentos e exames, a existência de fonte regular de atenção e a qualificação do serviço usado. As consultas são apresentadas separadamente para consultas em geral - identificadas pela pessoa como relacionadas à saúde em geral, e consultas traçador - identificadas pela pessoa como relacionadas ao traçador.

A literatura sobre utilização de serviços em geral trata a entrada no sistema pela consulta por meio da variável *necessidade*. O princípio é de que a não consulta não significa necessariamente falta de acesso, se a pessoa não teve necessidade de buscar o serviço. Resolveu-se não considerar a necessidade, já que nosso interesse é identificar diferenças na utilização de acordo com a cobertura. Assumindo que a necessidade não está referida à cobertura, pode-se considerar que todas as pessoas com o mesmo traçador são potenciais e iguais demandantes. De qualquer

forma, dadas as características das pessoas cobertas pela pesquisa², seria mais razoável supor que tivessem tido necessidade de buscar serviços, ao menos uma vez, do que o contrário. Por outro lado, não se considerou a não realização de consultas como não acesso, mas como dificuldade de acesso.

A Tabela 3.28, na página seguinte, mostra o número de consultas realizadas segundo a cobertura.

Para todos os traçadores, a dificuldade de acesso (0 consultas) é maior para as pessoas com cobertura exclusiva SUS. Contudo, verifica-se que para Hipertensão e Gravidez cai a diferença quando são consultas para traçador, o que indica resposta melhor do SUS para situações de necessidade bem definida. Para consultas em geral nesses dois traçadores, a parcela de pessoas com cobertura SUS que não consultaram nenhuma vez é cerca de 50% maior do que a parcela de pessoas que não consultaram e têm cobertura Extra-SUS.

Diarréia apresenta situação inversa. A diferença para não consulta entre as coberturas é maior para o traçador do que para as consultas em geral. Nas consultas para a saúde em geral, as crianças com cobertura Extra-SUS que não consultaram representam 26.2% do total e as com cobertura SUS 32,9%, uma diferença próxima a 25%. Já para o traçador, essa diferença é de 51% (não consultaram 26,2% com cobertura Extra-SUS e 39.7% com cobertura SUS). Poder-se-ia pensar na hipótese de que há entre a população uma banalização da diarreia, considerada como parte do cotidiano da infância e que não requer cuidados médicos. Outra possibilidade é que tenham alcançado resultado as campanhas oficiais de prevenção, diminuindo, de fato, a gravidade dos casos e a conseqüente necessidade de busca de serviços. De qualquer forma, a diferença é significativa e indica o peso da dificuldade de acesso para os mais pobres. Se é a banalização, ela é maior nos pobres (sem cobertura Extra-SUS) e pode ser um instrumento para evitar possíveis dificuldades de acesso. Se são as campanhas, reforça-se essa dificuldade de acesso, já que é pouco provável que as campanhas sejam mais eficientes exatamente em quem não tem cobertura Extra-SUS.

² Afinal são hipertensos (com hipertensão diagnosticada por médico e idade de 59 anos), crianças até 5 anos e mulheres grávidas (e que tiveram também um parto nos 18 meses anteriores à entrevista).

Para os que acessaram os serviços, as diferenças entre cobertura SUS e Extra-SUS são menores e mais expressivas nas consultas em geral do que para os traçadores, embora as pessoas com cobertura Extra-SUS façam mais consultas na maioria dos casos. A situação é equilibrada inclusive para gravidez, ao menos para até 5 consultas, contrariando as expectativas. Como a realização de consultas na cobertura Extra-SUS é bastante acessível,³ pode-se dizer que o acesso é bom para este traçador no SUS. Na média das consultas (Quadro 3.2), este traçador apresenta, contudo, a maior diferença entre as coberturas e supõe-se que em razão de dois casos com número muito elevado de consultas na cobertura Extra-SUS.

QUADRO 3.2
MÉDIA DE CONSULTAS POR COBERTURA / TIPO DE CONSULTA

HIPERTENSÃO	GERAL	E.SUS	1,1
		SUS	0,6
		MÉDIA	0,9
	TRAÇADOR	E.SUS	1,7
		SUS	1,4
		MÉDIA	1,6
GRAVIDEZ	GERAL	E.SUS	1,1
		SUS	0,5
		MÉDIA	0,8
	TRAÇADOR	E.SUS	2,7
		SUS	1,7
		MÉDIA	2,2
DIARRÉIA	GERAL	E.SUS	2,1
		SUS	2,2
		MÉDIA	2,1
	TRAÇADOR	E.SUS	1,4
		SUS	1,1
		MÉDIA	1,2

Considerado o financiamento do provedor da consulta, a Tabela 3.29 informa o uso do SUS por pacientes com cobertura Extra-SUS e aponta para a importância do pagamento direto.

Entre as consultas gerais realizadas por pessoas com cobertura Extra-SUS, 7,4% em Hipertensão, 5,4% em Gravidez e 9,7% em Diarréia buscaram o SUS. E para consultas para os traçadores, 12% em Hipertensão e 9,1% em Gravidez foram

³ Na época já era pouco comum a prática de limitação de consultas.

também realizadas no SUS. Embora baixo em relação aos que realizaram consultas financiadas pela própria cobertura Extra-SUS, o número não é desprezível se for considerado que o acesso é supostamente mais fácil na cobertura Extra-SUS. Em verdade, como já apontado no Capítulo anterior, supõe-se que o uso de serviços do SUS por pessoas com cobertura Extra-SUS seja de fato expressivo para exames e cirurgias de maior complexidade. Assim, as consultas aqui poderiam ser para buscar esses exames mais complexos.

O pagamento direto se mostrou bem maior do que o esperado. É alto tanto para as consultas em geral como para as consultas referentes aos traçadores. No caso da cobertura Extra-SUS, esses números devem ser tomados com alguma cautela, já que podem estar incluindo médicos na verdade pagos pela cobertura; ou por má informação do entrevistado ou mesmo mau entendimento do entrevistador.⁴

Para a cobertura SUS, não cabe esse tipo de erro. Uma possibilidade seria o pagamento a médico por consulta realizada no SUS. A prática de cobrança, segundo a pesquisa CONASS, existe e foi reconhecida por 10% da população. Contudo ela é maior para exames (metade dos 10%) (CONASS, 1998). Mesmo se grosseiramente se considerasse que os outros 5% são todos de consultas e se esse percentual fosse retirado dos dados encontrados, ainda assim seria significativa a proporção de pagamento direto. De qualquer forma, os valores encontrados indicam a fragilidade do acesso ao SUS. A PNAD 86 (última investigação sobre utilização de serviços de saúde de caráter nacional), indicava que 3/4 dos serviços utilizados são realizados sobre a forma de consultas (Médici e Campos:1992:64). E atualmente as consultas representam o principal motivo de procura ao SUS para 65% de seus usuários (CONASS,1998).

⁴ A pergunta referente à consulta requeria muito preenchimento manual, além de a informação sobre financiamento ser em si de difícil apreensão.

Como se observa mais adiante, a espera é sempre considerada um problema muito grave no SUS. Isso condiz com as informações da pesquisa do CONASS, onde as filas de espera para consultas são o problema mais apontado no serviço público e também o principal motivo alegado para as pessoas não usarem o SUS. São muitas as evidências. Não é à toa que marcação rápida de consultas é uma garantia da cobertura Extra-SUS.

Nos casos de parto, o uso do SUS por beneficiários de cobertura Extra-SUS é bem mais expressivo. Como mostra a Tabela 3.30, 21,6% das mulheres pesquisadas, com cobertura Extra-SUS, realizaram parto no SUS. Mas chama-se a atenção também para o fato de que quase a mesma proporção de mulheres com cobertura SUS - 19,6%, recorreram ao pagamento direto para realizarem seus partos.

TABELA 3.30
LOCAL DO PARTO POR COBERTURA

LOCAL	EXTRA SUS		SUS		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Privado ⁽¹⁾	132	77,2	40	19,6	172	45,9
SUS	37	21,6	161	78,9	198	52,8
Em casa	0	0,0	1	0,5	1	0,3
Outro local	0	0,0	1	0,5	1	0,3
Não opinou	2	1,2	1	0,5	3	0,8
TOTAL	171	100	204	100	375	100

Pagamento direto ou pela cobertura Extra-SUS

O gasto com serviços foi aqui avaliado por sua importância em relação à renda da família. As Tabelas 3.31 a, b e c, às páginas seguintes, mostram os resultados.

Observa-se que para todos os traçadores e para as despesas de consulta/internações e exames, a maior parte das pessoas declara que nada gastou. Mas, dentre os que gastaram, a maior importância concentra-se nas despesas com medicamentos. Nessa despesa, uma proporção significativa realizou gastos, em especial com os traçadores, e mais em Hipertensão do que nos outros. Somente 12,8% com cobertura Extra-SUS e 28,1% com cobertura SUS não gastaram nesse item, e a maioria considerou o gasto importante ou muito importante.

Chama a atenção que nas despesas com exames em Gravidez, onde são procedimentos atualmente regulares, não é muito diferente a proporção de pessoas que não gastou entre a cobertura SUS (66,7%) e Extra-SUS (74,3%). Por esses dados, ou as mulheres grávidas com cobertura SUS estão conseguindo fazer seus exames, contradizendo a dificuldade de acesso a esses serviços no SUS, ou simplesmente não estão realizando esses exames, ou a dificuldade é similar na cobertura Extra-SUS. Essa diferença é a mesma para diarreia e é quase inexistente para Hipertensão.

Verifica-se que, de maneira geral, não há diferenças significativas entre quem gastou entre as duas coberturas, assim como a importância que se dá a esse gasto. Isso reforça a idéia de que a diferença entre as duas coberturas não é o que se oferece, mas como. As tabelas 3.32a, b e c, nas páginas a seguir, indicam que também não há diferenças significativas entre as duas coberturas no que toca à satisfação com as consultas realizadas.

A satisfação com a consulta é considerado um instrumento poderoso de avaliação da utilização. Aqui, para as duas coberturas, a maioria se coloca como satisfeita ou muito satisfeita, assim como é equilibrada a distribuição para os insatisfeitos. Ou seja, nos dois tipos de cobertura, que sabidamente oferecem condições de atendimento distintas, os usuários avaliam positivamente suas consultas. No caso do SUS, é indicativo de que as condições de atendimento, muitas vezes insatisfatórias, são separadas pelo usuário no momento de avaliar o contato com o profissional médico.

Esse resultado, em verdade, não era esperado, e a primeira suposição foi de que a avaliação positiva seria consequência das dificuldades no acesso. Ou seja, o acesso é tão difícil que, quando se alcança entrar e utilizar o sistema, todos os problemas diminuem.

Um aprofundamento qualitativo com os usuários das duas coberturas auxiliaria a desvendar questões que estão, se imagina, impregnadas pelo senso comum e muitas vezes pelo preconceito. Será verdade que os usuários do SUS são menos exigentes que os usuários da cobertura Extra-SUS? Essa questão não é de todo sem sentido, se for considerado o caráter recente do acesso universal e da noção de direito, em contraposição a décadas onde o acesso como favor foi uma das instituições centrais da assistência à saúde no Brasil, em especial para os mais pobres. O que ainda se guarda disso poderia diminuir o grau de exigência dos usuários do SUS, principalmente os mais pobres.

Embora não se possa dar uma resposta definitiva, a avaliação de algumas características dos serviços utilizados dá indicações de que os usuários do SUS reconhecem os maiores problemas de seu contato com o sistema. Foram levantados problemas relativos à burocracia, à espera no atendimento e à localização do serviço; possibilidade de escolha do médico; qualidade dos serviços e qualidade das instalações; e custos (de medicamentos, exames e consultas/internações). Os resultados estão nas tabelas 3.33 A a I.

TABELA 3.33A
VALORAÇÃO DO SERVIÇO USADO POR COBERTURA
BUROCRACIA

	Em % de indivíduos					
	HIPERTENSÃO		GRAVIDEZ		DIARRÉIA	
	E.SUS	SUS	E.SUS	SUS	E.SUS	SUS ⁽¹⁾
Não é problema	72,1	37,3	64,9	36,8	54,8	30,1
Não afeta muito	6,7	8,8	8,2	8,3	9,5	9,6
Problema grave	21,2	53,8	26,9	54,9	35,7	58,9
TOTAL	100	100	100	100	100	100

(1): exclui os que não opinaram/não sabem (1 caso=1,4%)

TABELA 3.33 B
VALORAÇÃO DO SERVIÇO USADO POR COBERTURA
ESPERA PARA ATENDIMENTO

	Em % de indivíduos					
	HIPERTENSÃO		GRAVIDEZ		DIARRÉIA	
	E.SUS ⁽¹⁾	SUS	E.SUS	SUS ⁽²⁾	E.SUS	SUS ⁽³⁾
Não é problema	67,9	33,8	59,1	34,8	59,5	26,0
Não afeta muito	9,9	10,8	14,6	9,3	9,5	8,2
Problema grave	21,8	55,4	26,3	55,4	31,0	63,0
TOTAL	100	100	100	100	100	100

⁽¹⁾exclui os que não opinaram/não sabem (1 caso=0,3%); ⁽²⁾ exclui os que não opinaram/não sabem (1 caso=0,5%); ⁽³⁾exclui os que não opinaram/não sabem (2 casos=2,7%);

TABELA 3.33 C
VALORAÇÃO DO SERVIÇO USADO POR COBERTURA
DISTÂNCIA DE CASA

	Em % de indivíduos					
	HIPERTENSÃO		GRAVIDEZ		DIARRÉIA	
	E.SUS	SUS	E.SUS	SUS	E.SUS	SUS ⁽¹⁾
Não é problema	74,7	58,5	69,0	62,7	66,7	43,8
Não afeta muito	7,4	12,7	11,7	12,3	7,1	9,6
Problema grave	17,9	28,8	19,3	25,0	26,2	45,2
TOTAL	100	100	100	100	100	100

⁽¹⁾exclui os que não opinaram/não sabem (1 caso=1,4%)

TABELA 3.33 D
VALORAÇÃO DO SERVIÇO USADO POR COBERTURA
ESCOLHA DE MÉDICO

	Em % de indivíduos					
	HIPERTENSÃO		GRAVIDEZ		DIARRÉIA	
	E.SUS	SUS	E.SUS	SUS	E.SUS	SUS ⁽¹⁾
Não é problema	74,7	50,8	72,5	53,4	71,4	46,6
Não afeta muito	5,8	10,8	5,3	11,3	4,8	9,6
Problema grave	19,1	38,5	22,2	35,3	23,8	42,5
TOTAL	100	100	100	100	100	100

⁽¹⁾exclui os que não opinaram/não sabem (1 caso=1,4%)

TABELA 3.33 E
VALORAÇÃO DO SERVIÇO USADO POR COBERTURA
QUALIDADE DO SERVIÇO

	Em % de indivíduos					
	HIPERTENSÃO		GRAVIDEZ		DIARRÉIA	
	E.SUS	SUS	E.SUS	SUS	E.SUS	SUS ⁽¹⁾
Não é problema	78,2	66,9	78,4	67,2	76,2	58,9
Não afeta muito	3,8	7,3	0,6	6,9	2,4	5,5
Problema grave	17,9	25,8	21,1	26,0	21,4	34,2
TOTAL	100	100	100	100	100	100

⁽¹⁾exclui os que não opinaram/não sabem (1 caso=1,4%)

TABELA 3.33 F
VALORAÇÃO DO SERVIÇO USADO POR COBERTURA
QUALIDADE DAS INSTALAÇÕES

	Em % de indivíduos					
	HIPERTENSÃO		GRAVIDEZ		DIARRÉIA	
	E.SUS	SUS	E.SUS	SUS	E.SUS	SUS ⁽¹⁾
Não é problema	79,5	68,5	81,9	68,6	71,4	56,2
Não afeta muito	2,9	5,4	0,6	7,8	4,8	8,2
Problema grave	17,6	26,2	17,5	23,5	23,8	34,2
TOTAL	100	100	100	100	100	100

⁽¹⁾exclui os que não opinaram/não sabem (1 caso=1,4%)

TABELA 3.33 G
VALORAÇÃO DO SERVIÇO USADO POR COBERTURA
GASTOS – COMPRA DE MEDICAMENTOS

	Em % de indivíduos					
	HIPERTENSÃO		GRAVIDEZ		DIARRÉIA	
	E.SUS	SUS	E.SUS	SUS	E.SUS	SUS ⁽¹⁾
Não é problema	26,6	27,7	28,7	39,2	14,3	35,6
Não afeta muito	25,3	15,0	28,7	20,6	19,0	6,8
Problema grave	48,1	57,3	42,7	40,2	66,7	56,2
TOTAL	100	100	100	100	100	100

⁽¹⁾exclui os que não opinaram/não sabem (1 caso=1,4%)

TABELA 3.33 H
VALORAÇÃO DO SERVIÇO USADO POR COBERTURA
GASTOS – PAGAMENTO DE EXAMES

	Em % de indivíduos					
	HIPERTENSÃO		GRAVIDEZ		DIARRÉIA	
	E.SUS	SUS	E.SUS	SUS	E.SUS	SUS ⁽¹⁾
Não é problema	73,4	65,8	71,9	63,7	64,3	65,8
Não afeta muito	6,1	6,2	9,4	7,4	4,8	11,0
Problema grave	20,5	28,1	18,7	28,9	31,0	21,9
TOTAL	100	100	100	100	100	100

⁽¹⁾exclui os que não opinaram/não sabem (1 caso=1,4%)

TABELA 3.33 I
VALORAÇÃO DO SERVIÇO USADO POR COBERTURA
GASTOS – TAXAS PARA CONSULTAS/INTERNAÇÕES

	Em % de indivíduos					
	HIPERTENSÃO		GRAVIDEZ		DIARRÉIA	
	E.SUS	SUS	E.SUS	SUS	E.SUS	SUS ⁽¹⁾
Não é problema	74,0	70,0	73,7	74,0	66,7	76,7
Não afeta muito	6,7	5,8	6,4	7,8	2,4	4,1
Problema grave	19,2	24,2	19,9	18,1	31,0	17,8
TOTAL	100	100	100	100	100	100

⁽¹⁾exclui os que não opinaram/não sabem (1 caso=1,4%)

As Tabelas A, B e C abordam problemas referentes a obstáculos existentes nos serviços. Reconhecidamente maiores no SUS, esses problemas são identificados como graves na cobertura SUS para todos os traçadores. Entretanto, as pessoas com cobertura Extra-SUS não desconsideram de todo essas características como sendo um problema do serviço que utilizam. Embora a qualificação de problema grave tenha participação bem menor na cobertura Extra-SUS do que na cobertura SUS, ela não é pouco significativa, alcançando em média 20% das pessoas em todos os traçadores.

As diferenças entre cobertura SUS e Extra-SUS se repetem para os itens relativos à qualidade e à escolha do médico. Para a cobertura SUS, a escolha do médico é

menos concentrada entre os que consideram que este não é um problema e os que consideram que é um problema grave. Em torno de 10% das pessoas nos três traçadores acreditam que é um problema, mas que não afeta muito, o que indica um comportamento diferenciado em relação à possibilidade de escolha do médico. Mas destaca-se que, neste item, Diarréia com cobertura exclusiva SUS apresenta a maior indicação de problema grave - 42,5% -, entre todos os traçadores.

A avaliação sobre custos apresenta, como esperado, um comportamento distinto em relação a diferenças entre a cobertura SUS e Extra-SUS. Há um maior equilíbrio na valoração entre as duas coberturas, mesmo considerando a diferença de renda. Isso confirma que as dificuldades aqui existem para as duas coberturas. A compra de medicamentos é considerada como um problema grave para a maioria das pessoas nas duas coberturas e em todos os traçadores, sendo mesmo maior para a cobertura Extra-SUS em Gravidez e Diarréia. Pode ocorrer inclusive que sejam prescritos mais medicamentos para pacientes com cobertura Extra-SUS do que para pacientes com cobertura SUS, sabidamente mais pobres. Por outro lado, o SUS ainda tem uma oferta bastante ampla de medicamentos gratuitos, o que não ocorre na cobertura Extra-SUS, embora algumas empresas ofereçam descontos. Mesmo assim, os medicamentos não disponíveis são em geral muito onerosos para seus pacientes.

O pagamento de exames é mais grave na cobertura SUS, mas a maior parte das pessoas nas duas coberturas não considera este um problema. O mesmo ocorre com o pagamento de taxas para consultas e internações.

A série de Gráficos 3.7 A a I, a seguir, aponta as variações na Valoração para as distintas coberturas segundo a renda.

GRÁFICO 3.7 A
VALORAÇÃO DO SERVIÇO POR RENDA FAMILIAR PER CAPITA
BUROCRACIA - EXTRA.SUS

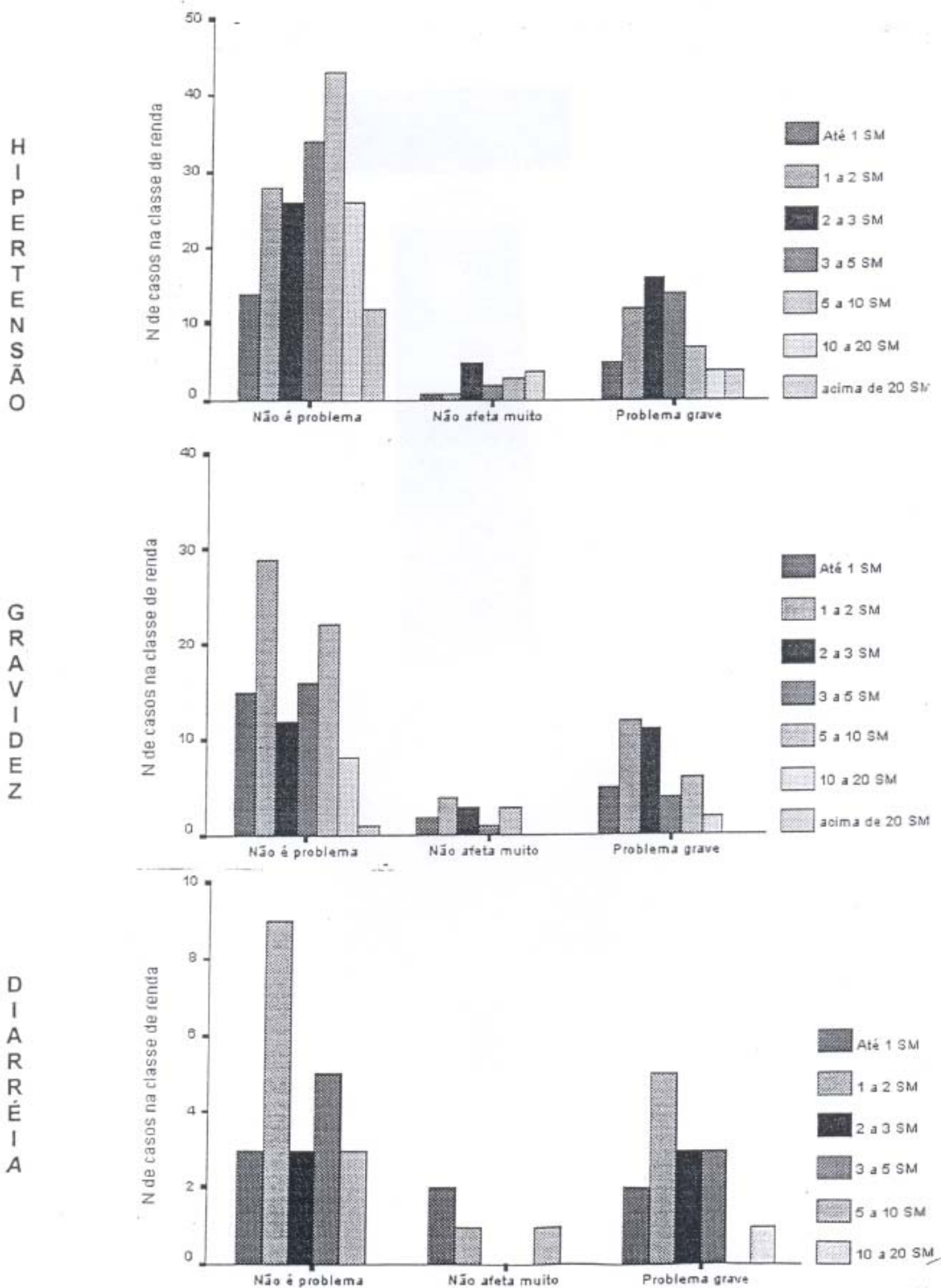


GRÁFICO 3.7 A
VALORAÇÃO DO SERVIÇO POR RENDA FAMILIAR PER CAPITA
BUROCRACIA – SUS

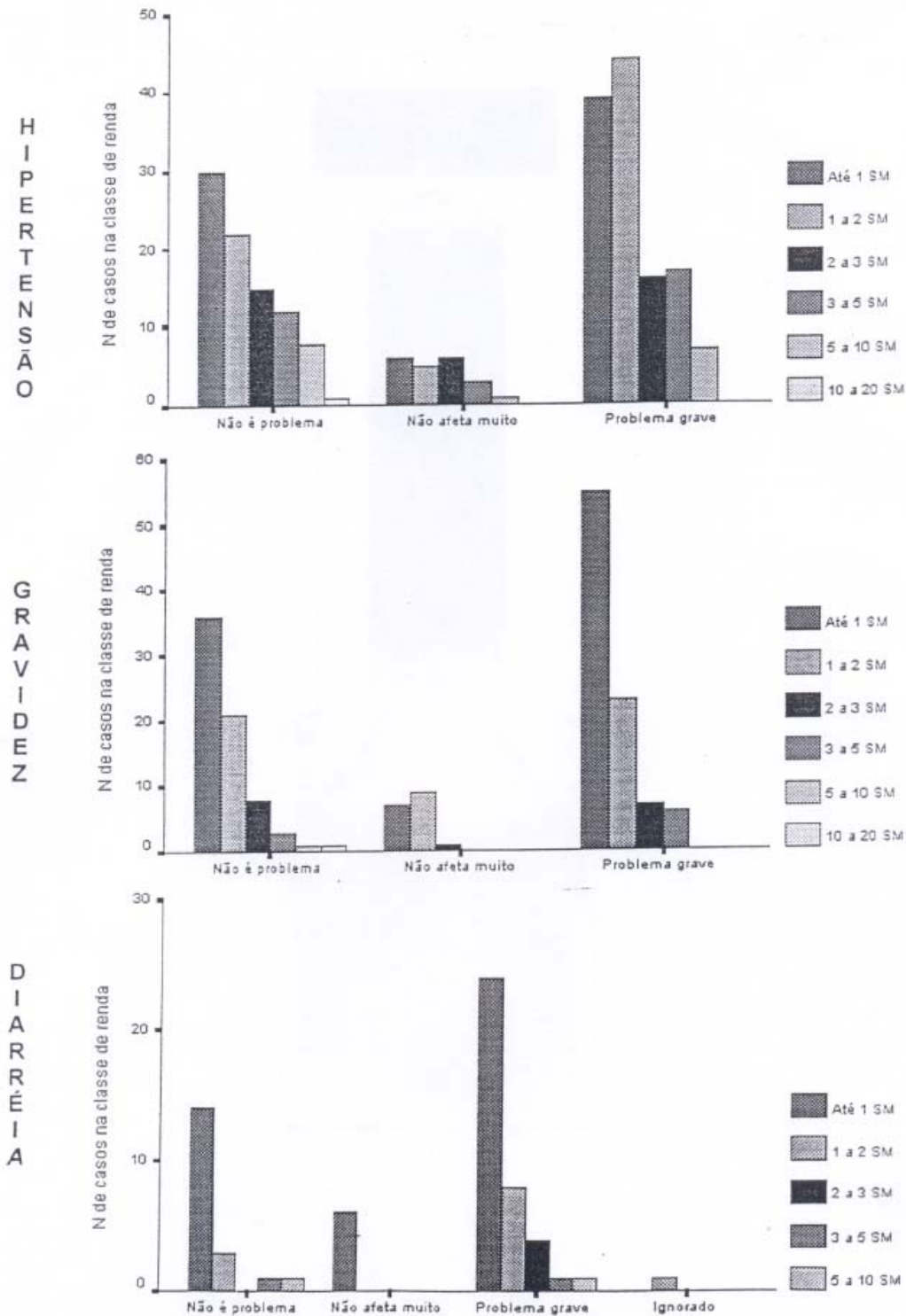


GRÁFICO 3.7 B
VALORAÇÃO DO SERVIÇO POR RENDA FAMILIAR PER CAPITA
ESPERA PARA ATENDIMENTO – EXTRA.SUS

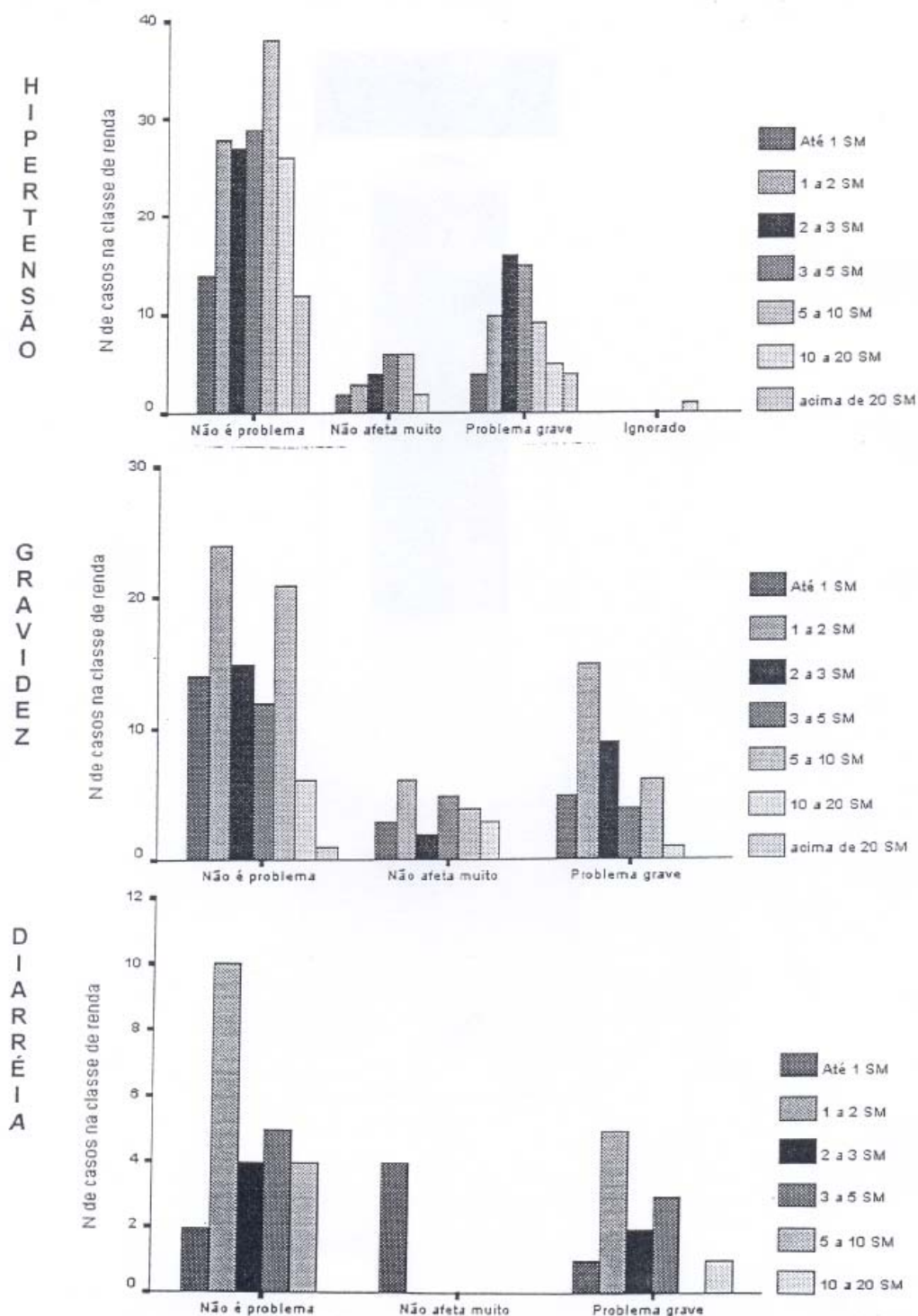


GRÁFICO 3.7 B
VALORAÇÃO DO SERVIÇO POR RENDA FAMILIAR PER CAPITA
ESPERA PARA ATENDIMENTO – SUS

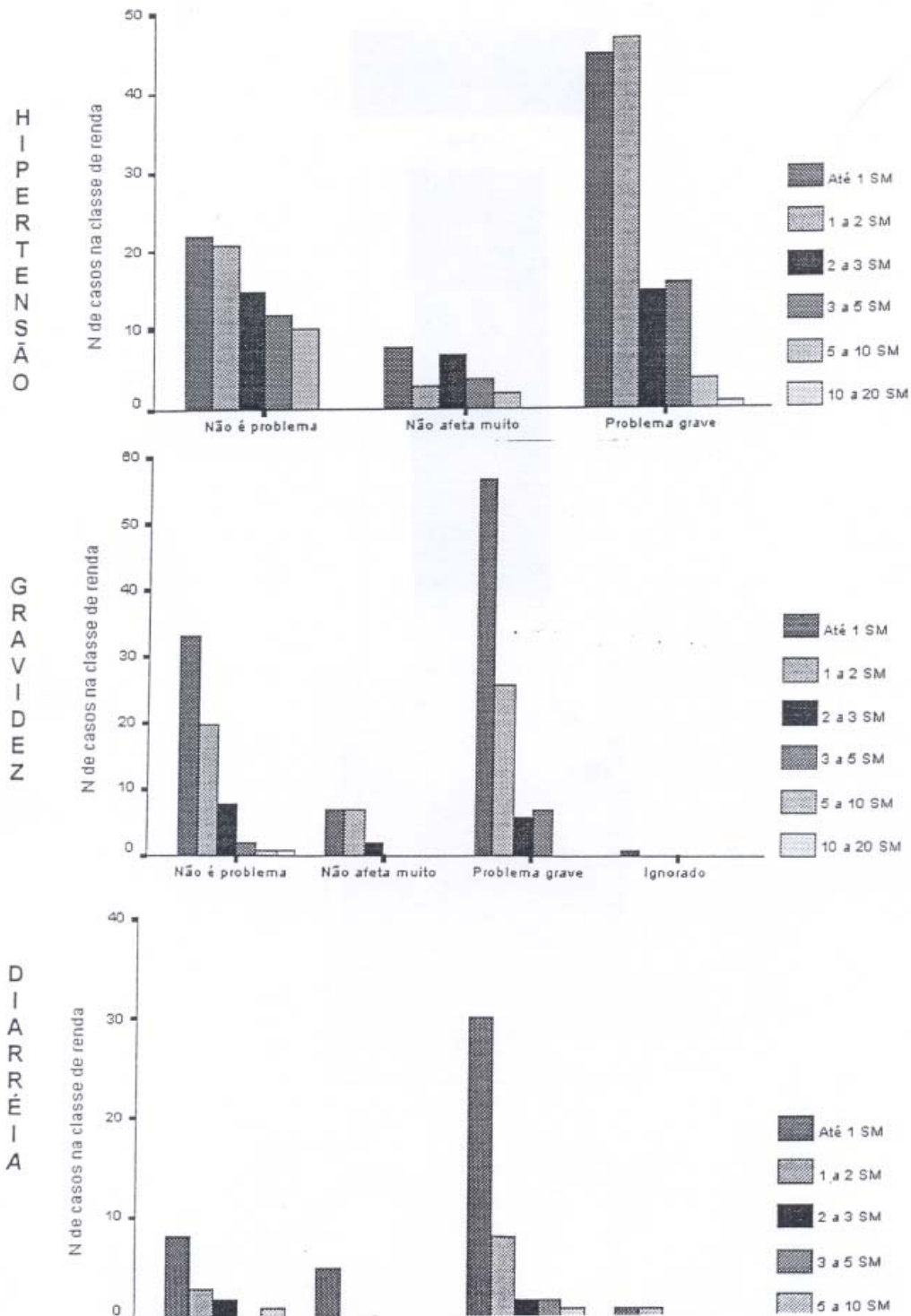


GRÁFICO 3.7 C
VALORAÇÃO DO SERVIÇO POR RENDA FAMILIAR PER CAPITA
DISTÂNCIA DE CASA - EXTRA.SUS

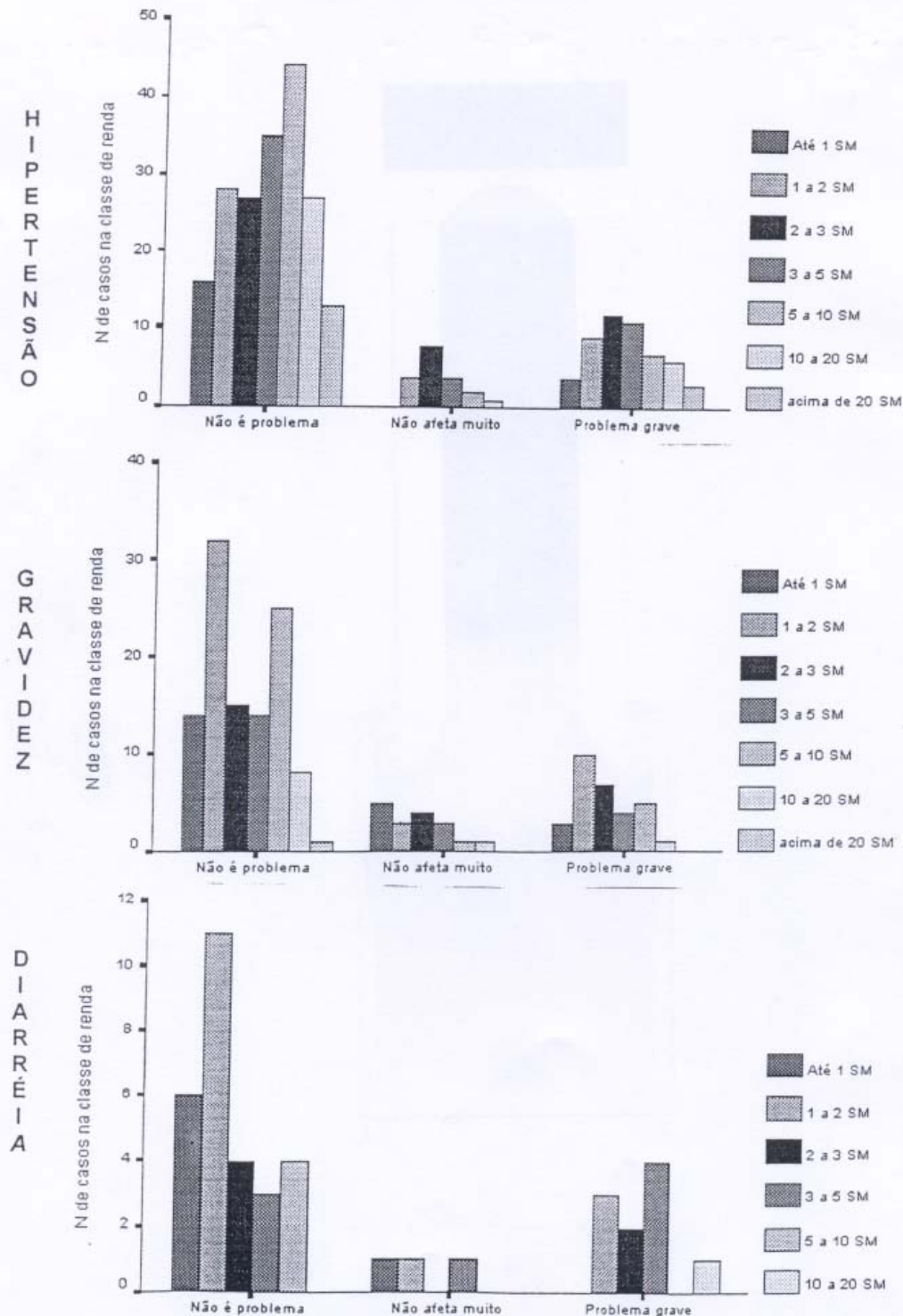


GRÁFICO 3.7 C
VALORAÇÃO DO SERVIÇO POR RENDA FAMILIAR PER CAPITA
DISTÂNCIA DE CASA - SUS

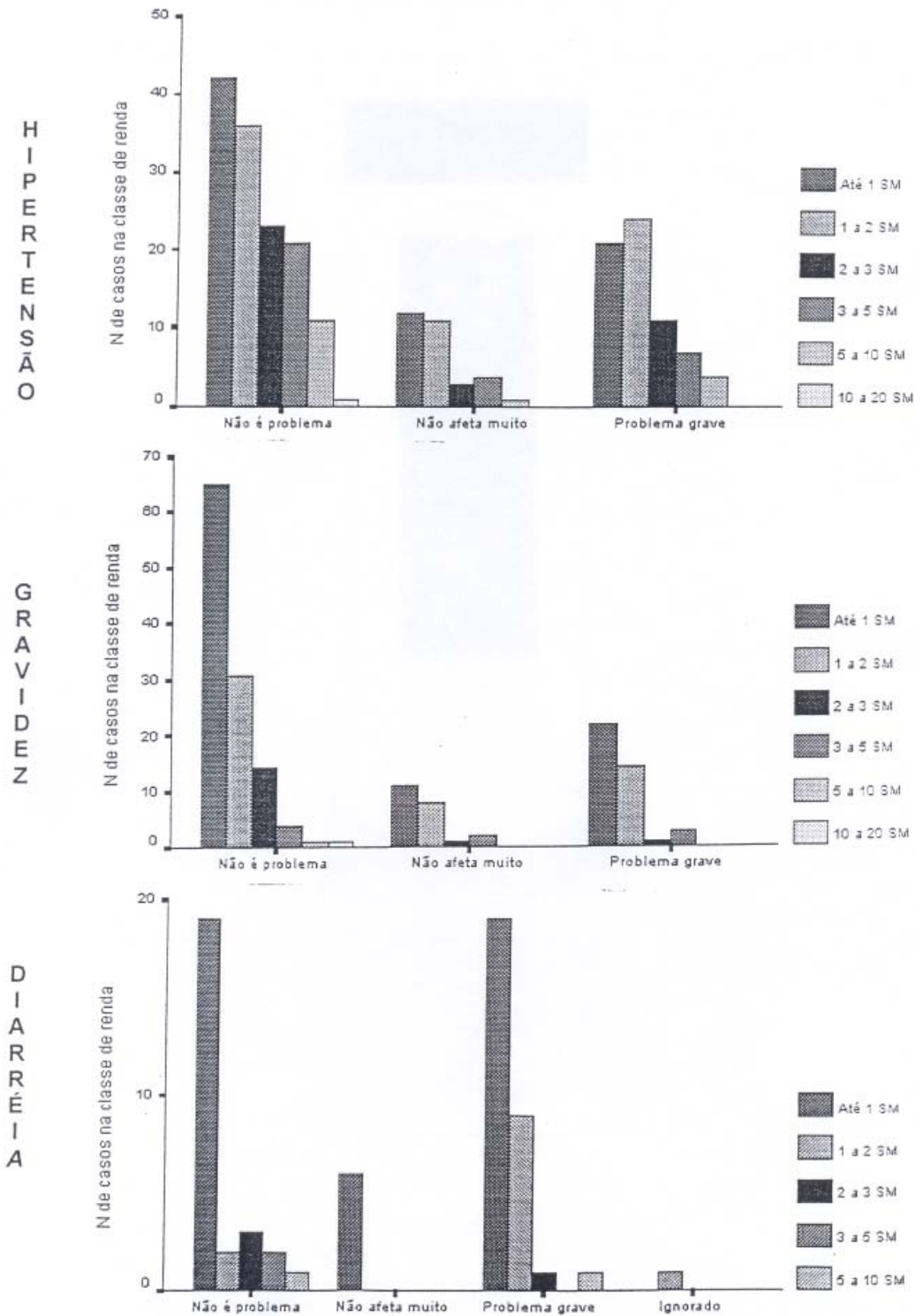


GRÁFICO 3.7 D
VALORAÇÃO DO SERVIÇO POR RENDA FAMILIAR PER CAPITA
ESCOLHA DO MÉDICO - EXTRA.SUS

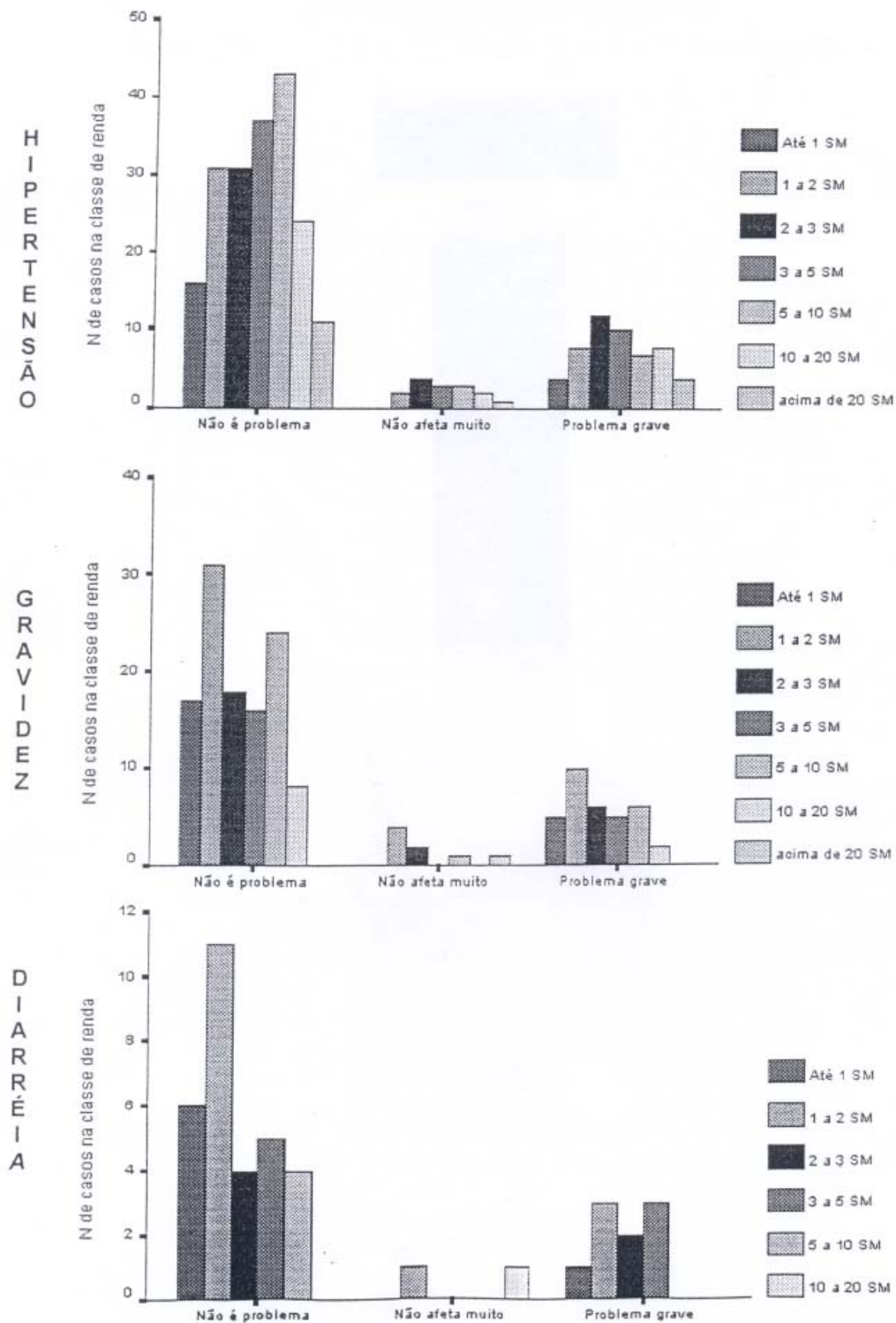


GRÁFICO 3.7 D
VALORAÇÃO DO SERVIÇO POR RENDA FAMILIAR PER CAPITA
ESCOLHA DO MÉDICO - SUS

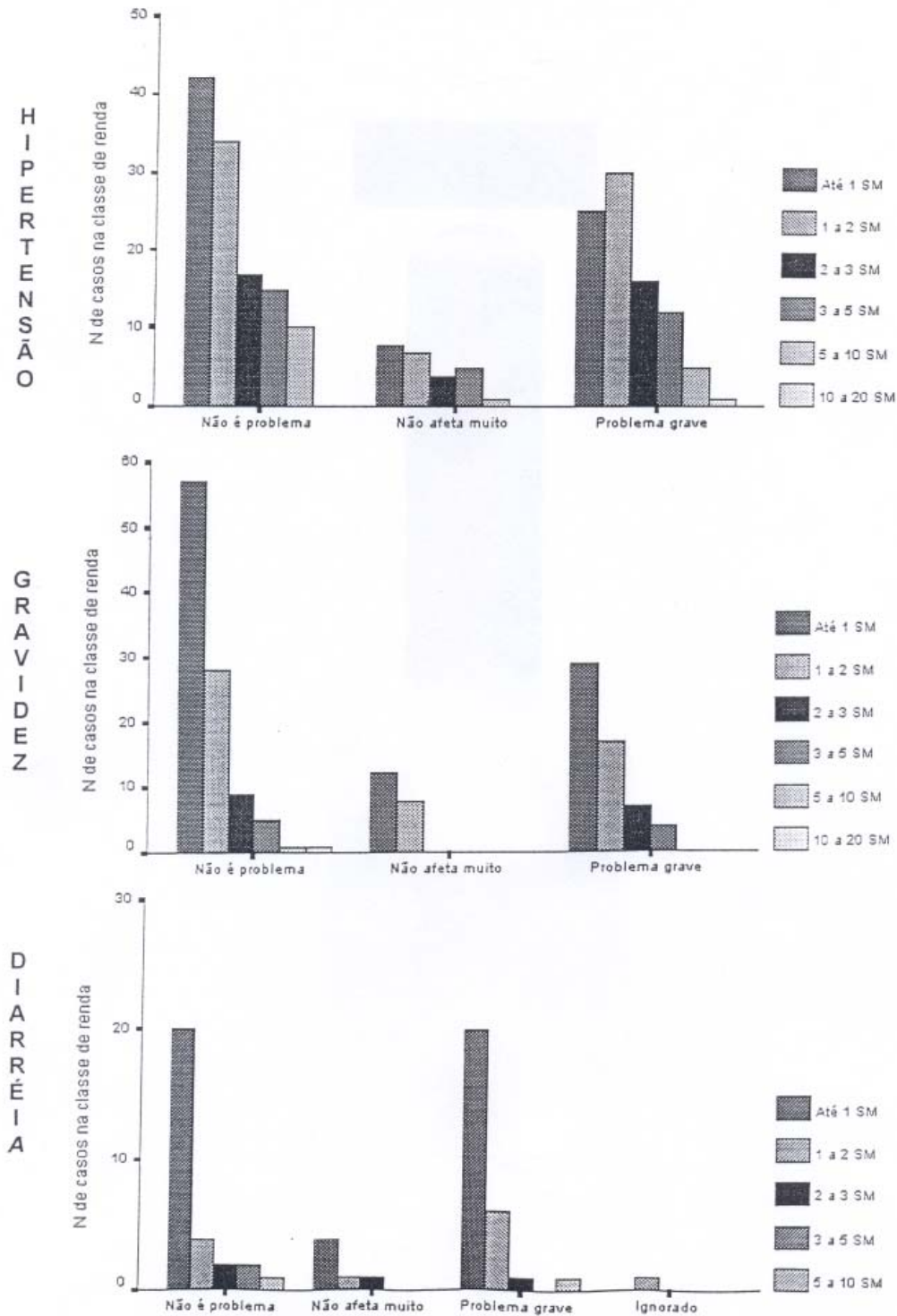


GRÁFICO 3.7 E
VALORAÇÃO DO SERVIÇO POR RENDA FAMILIAR PER CAPITA
QUALIDADE DO SERVIÇO – EXTRA.SUS

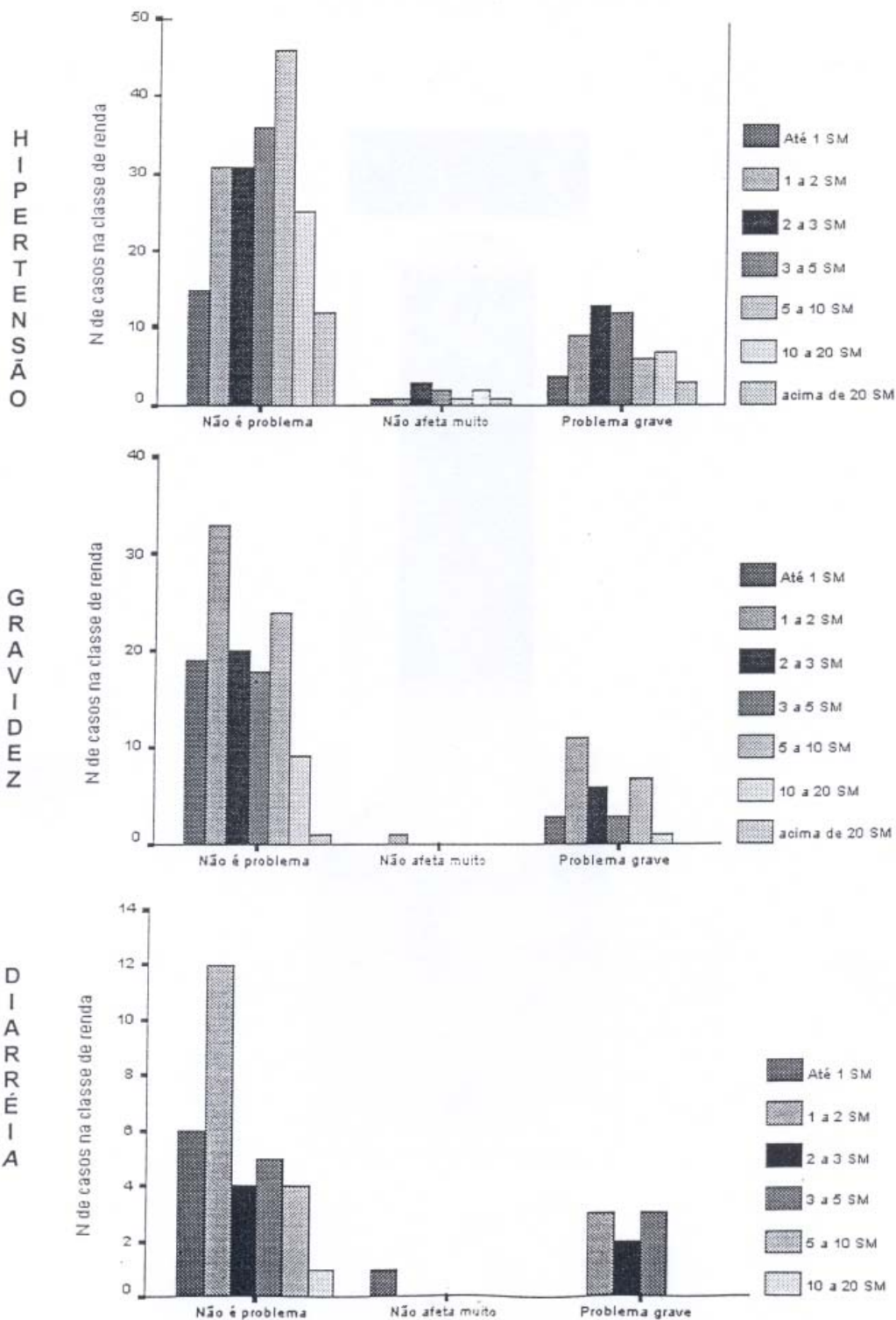


GRÁFICO 3.7 E
VALORAÇÃO DO SERVIÇO POR RENDA FAMILIAR PER CAPITA
QUALIDADE DO SERVIÇO - SUS

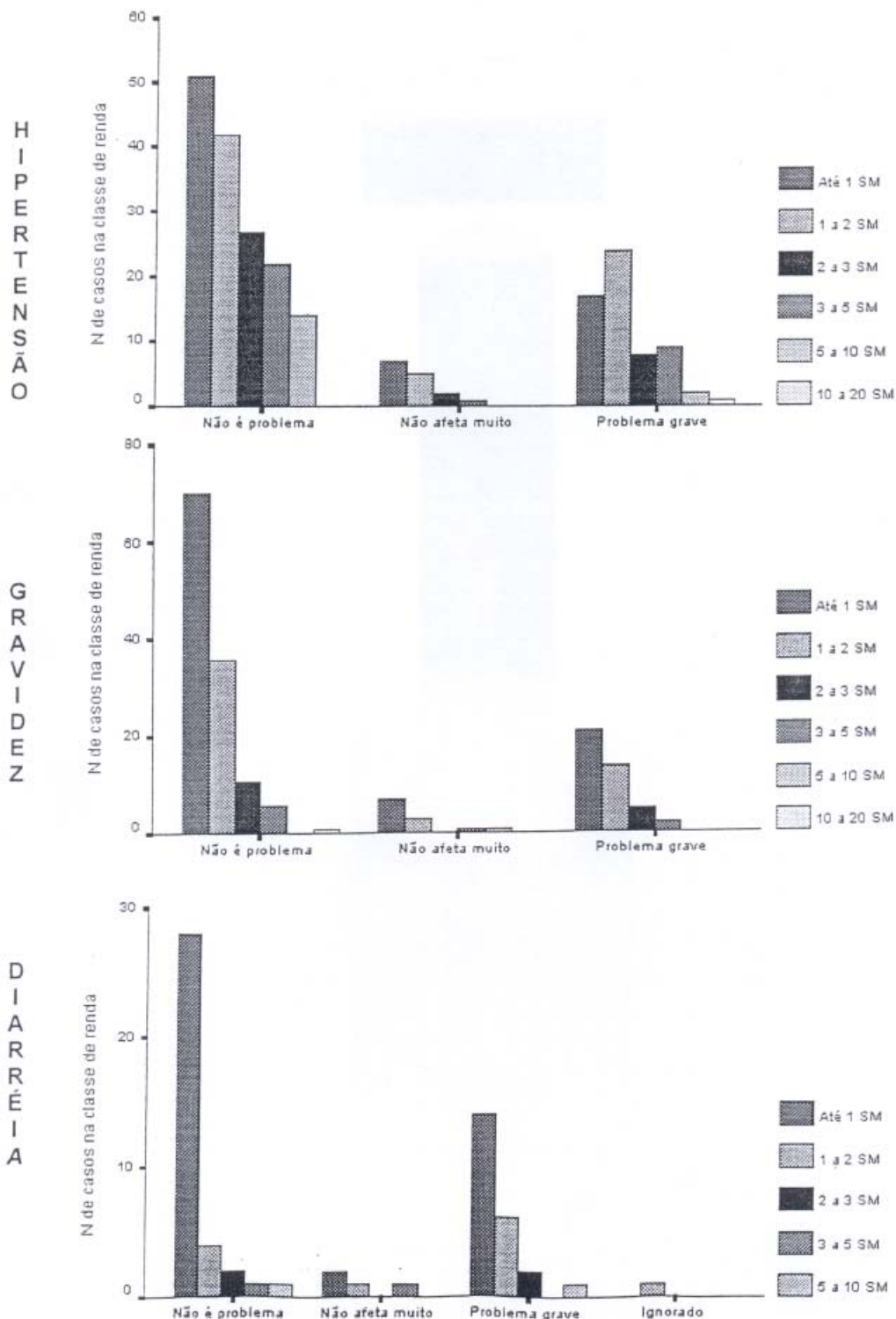


GRÁFICO 3.7 F
VALORAÇÃO DO SERVIÇO POR RENDA FAMILIAR PER CAPITA
QUALIDADE DAS INSTALAÇÕES – EXTRA.SUS

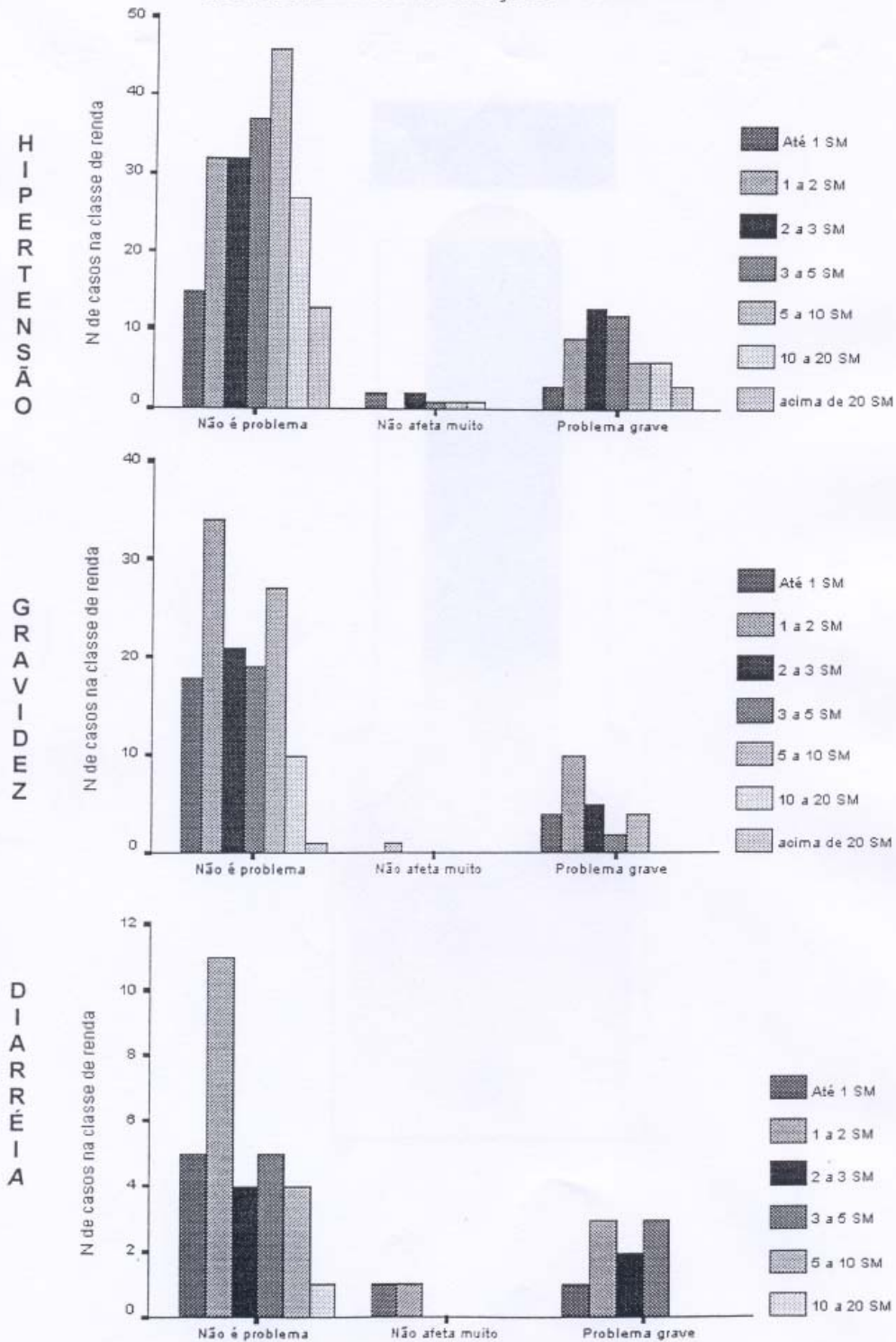


GRÁFICO 3.7 F
VALORAÇÃO DO SERVIÇO POR RENDA FAMILIAR PER CAPITA
QUALIDADE DAS INSTALAÇÕES - SUS

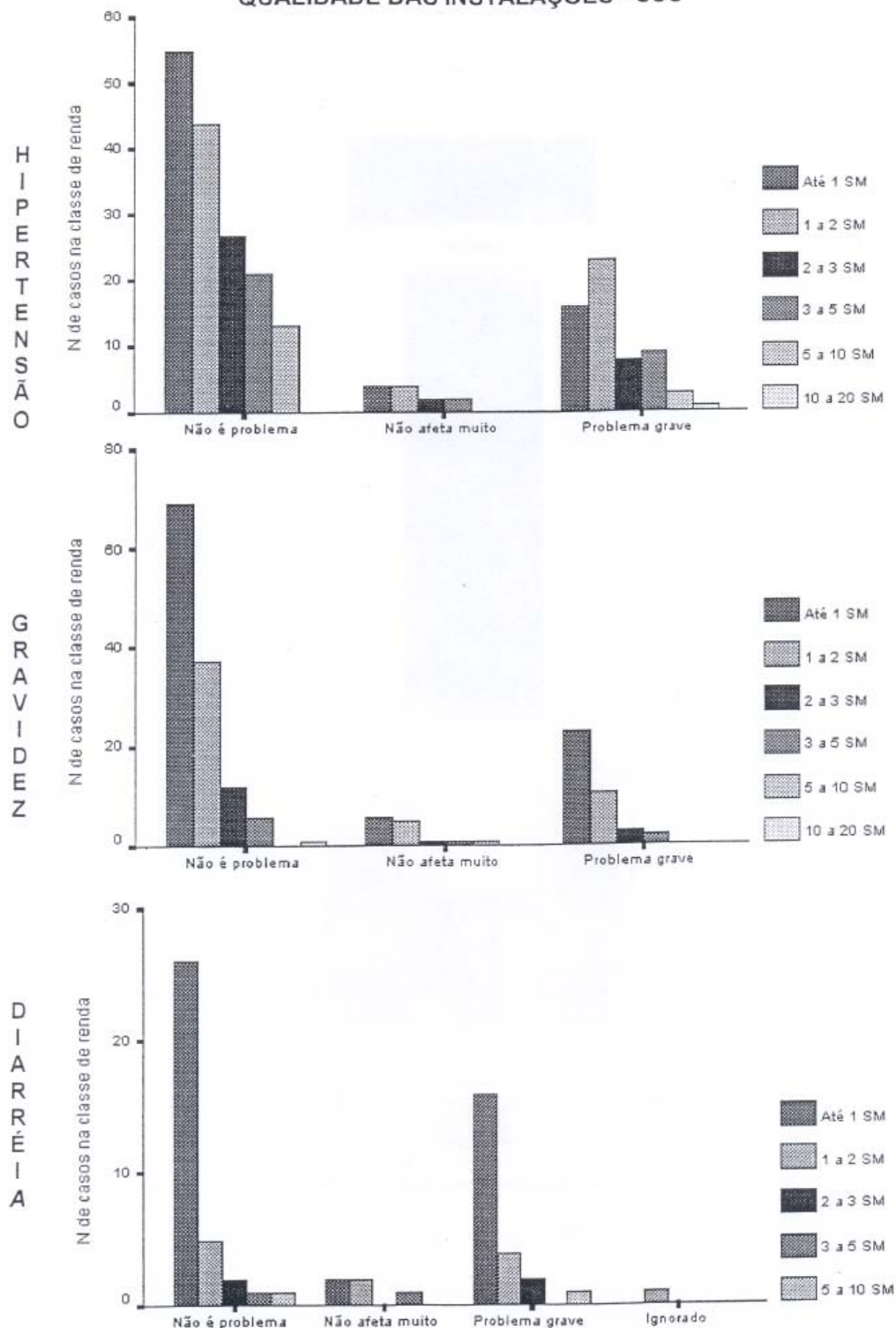


GRÁFICO 3.7 G
VALORAÇÃO DO SERVIÇO POR RENDA FAMILIAR PER CAPITA
GASTOS COM MEDICAMENTO – EXTRA.SUS

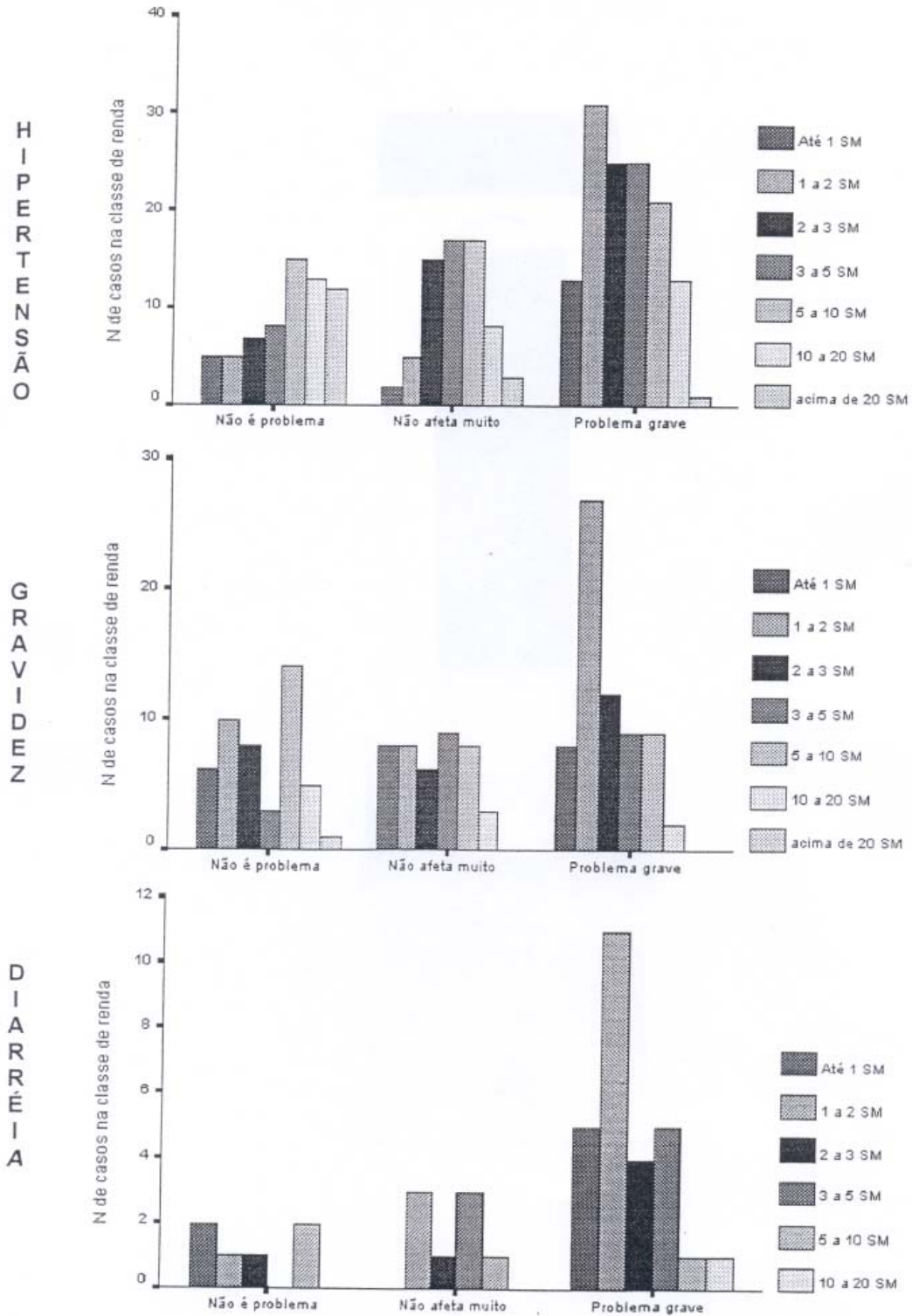


GRÁFICO 3.7 G
VALORAÇÃO DO SERVIÇO POR RENDA FAMILIAR PER CAPITA
GASTOS COM MEDICAMENTO - SUS

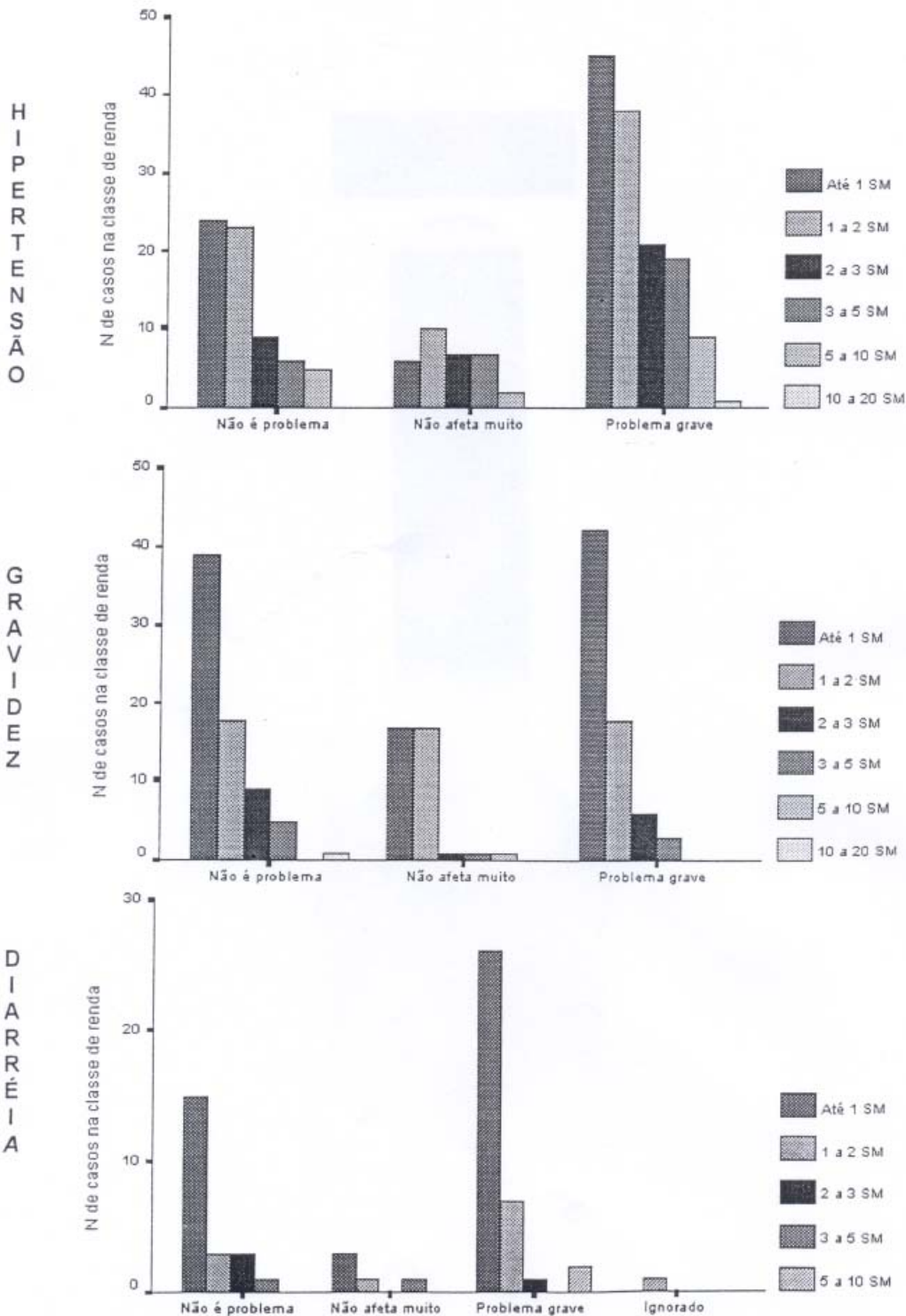


GRÁFICO 3.7 H
VALORAÇÃO DO SERVIÇO POR RENDA FAMILIAR PER CAPITA
GASTOS COM EXAMES – EXTRA.SUS

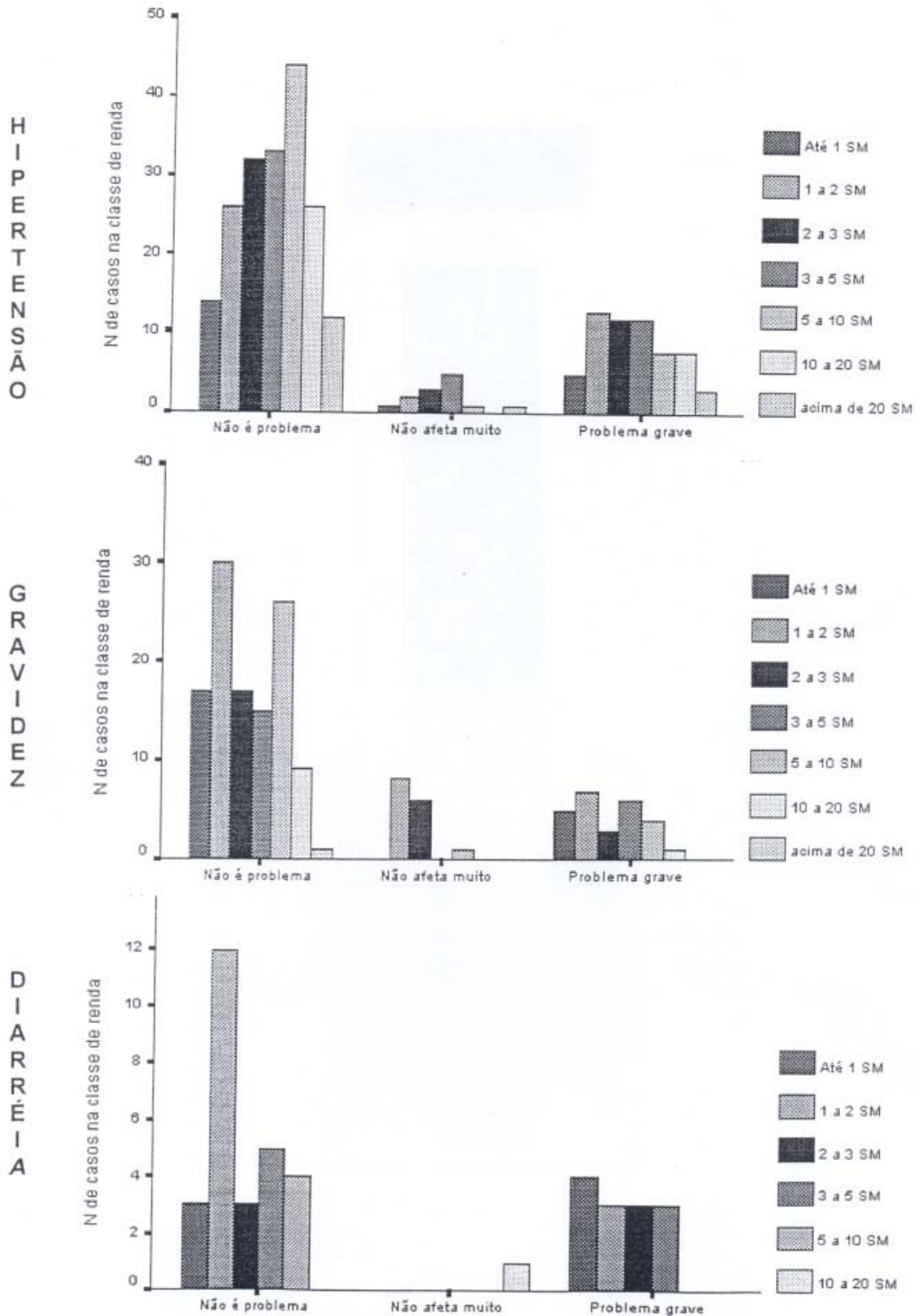


GRÁFICO 3.7 H
VALORAÇÃO DO SERVIÇO POR RENDA FAMILIAR PER CAPITA
GASTOS COM EXAMES - SUS

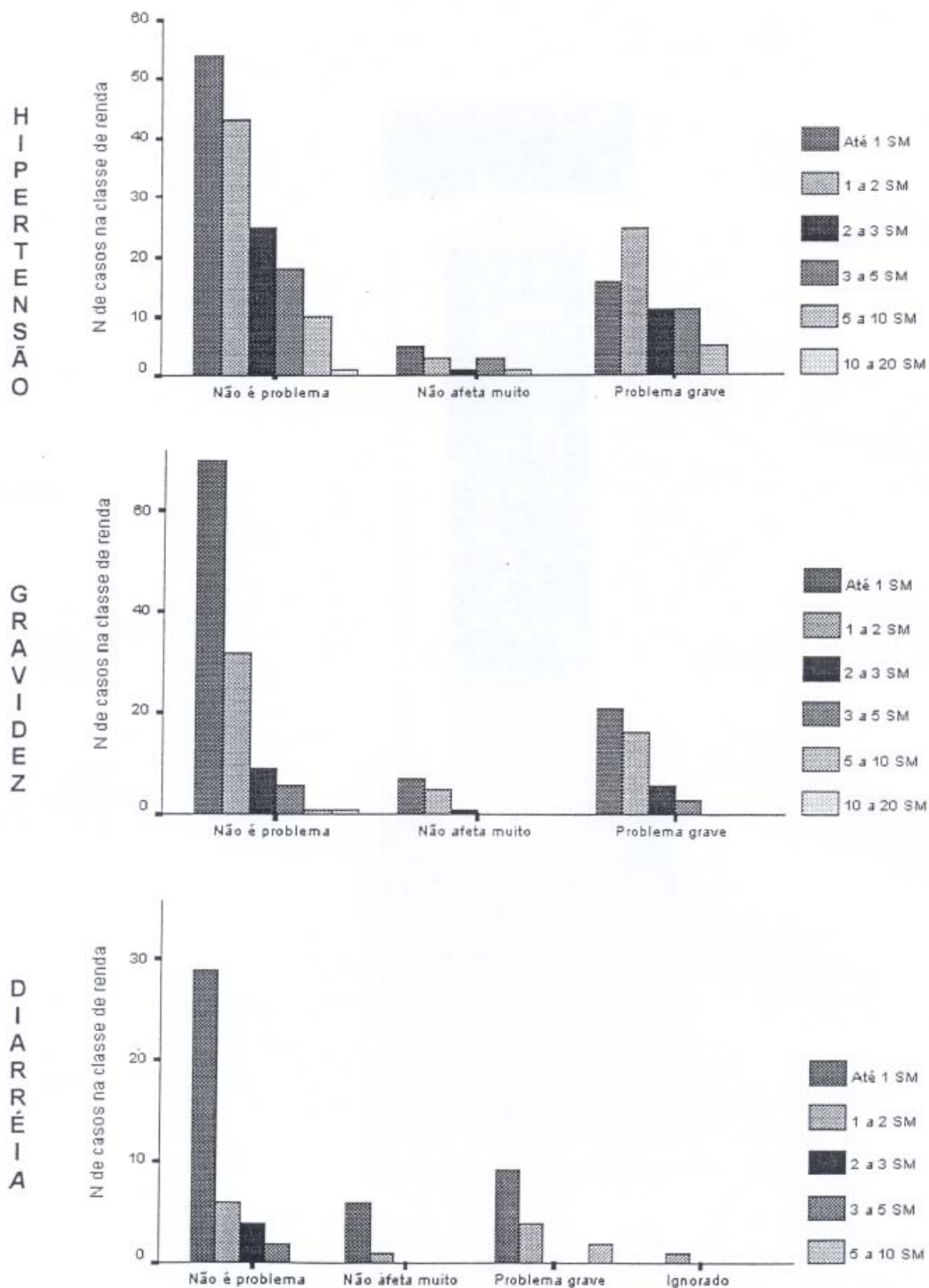


GRÁFICO 3.7 I
VALORAÇÃO DO SERVIÇO POR RENDA FAMILIAR PER CAPITA
GASTOS COM CONSULTAS E INTERNAÇÕES - EXTRA.SUS

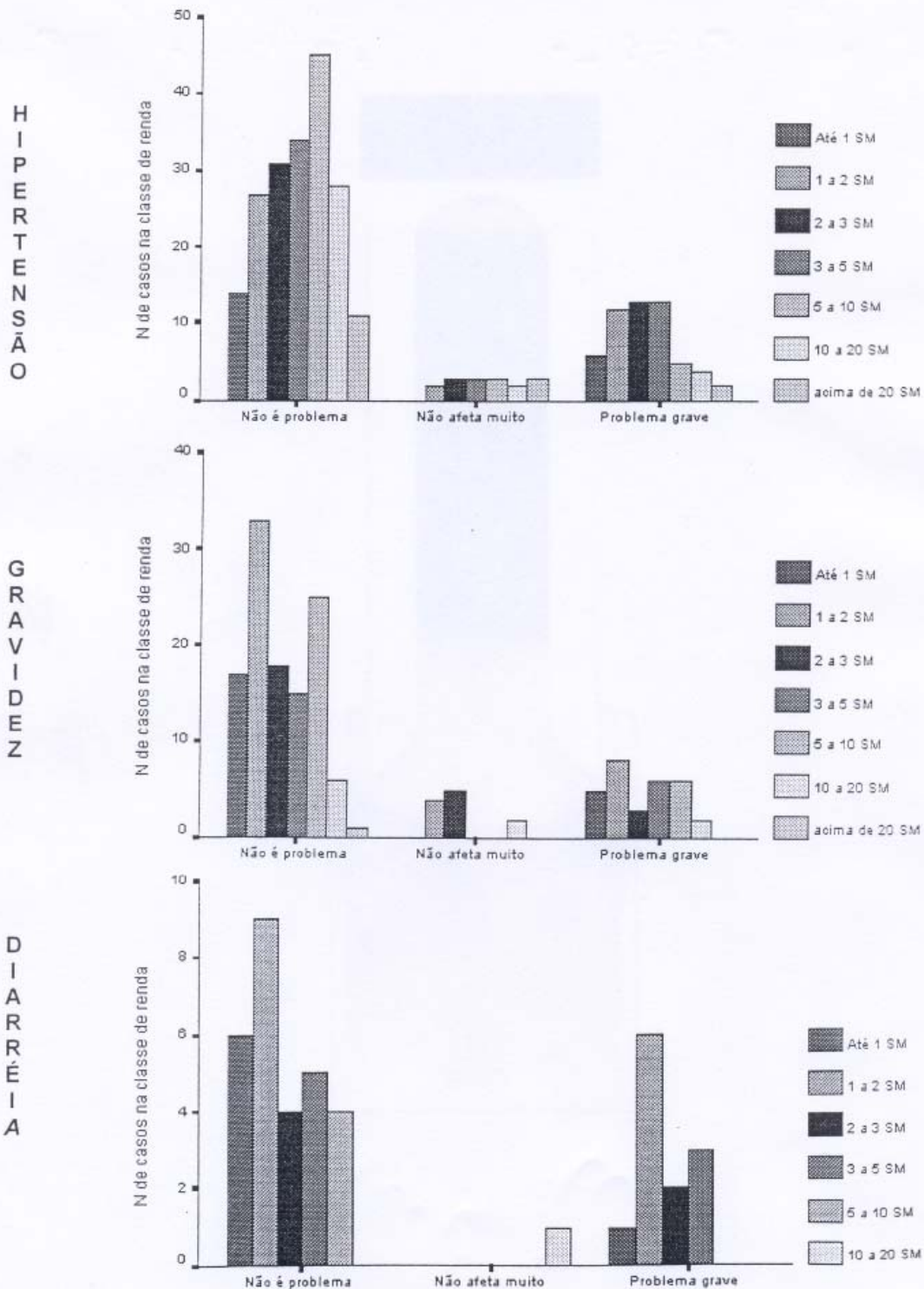
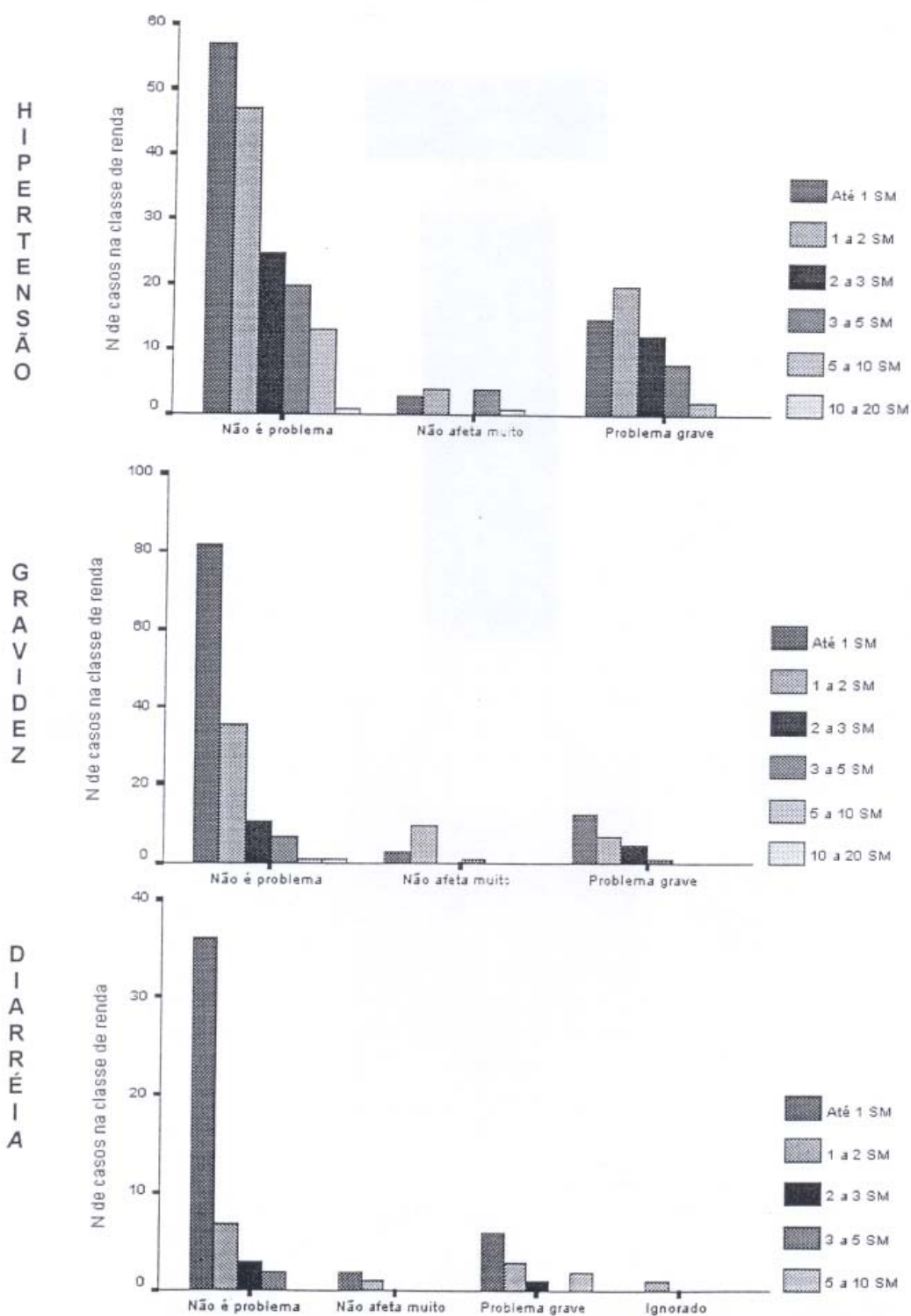


GRÁFICO 3.7 I
VALORAÇÃO DO SERVIÇO POR RENDA FAMILIAR PER CAPITA
GASTOS COM CONSULTAS E INTERNAÇÕES - SUS



A burocracia passa a ser problema mais grave à medida em que aumenta a renda para a cobertura Extra-SUS e, ao contrário, à medida que diminui a renda para a cobertura SUS. A espera é apontada como problema grave na Extra-SUS principalmente pelas faixas de mais baixa renda, o que pode estar relacionado ao tipo de plano. Na cobertura SUS é, como no quesito anterior, bem maior para as faixas de renda mais baixa.

A distância não apresenta variações significativas relativas à cobertura, indicando que pesa mais aqui o traçador. Mesmo assim, ela é apontada como problema grave mais para os mais pobres na cobertura SUS. Em hipertensão, de novo, cai a gravidade conforme aumenta a renda. Na cobertura Extra-SUS a maior gravidade tem presença de praticamente todas as faixas de renda.

A escolha do médico tem presença e distribuição relativamente similar para a maior gravidade em todas as faixas de renda da cobertura Extra-SUS, indicando ser um problema comum a esta cobertura. No SUS, mais uma vez, a gravidade é maior para os mais pobres.

A qualidade do serviço é apresentada como maior problema na cobertura Extra-SUS para os de renda mais baixa, reforçando a possibilidade de relação com o tipo de plano. Na cobertura SUS, mais uma vez, também é mais grave para os mais pobres. A qualidade das instalações tem comportamento similar, mas chama a atenção a maior presença de gravidade para as faixas de renda mais baixa na cobertura Extra-SUS.

Na valoração do gasto, o de medicamentos, como já visto, é o de maior gravidade e mais indicado na cobertura Extra-SUS. E obviamente a gravidade, como apontam os gráficos, está relacionada com a renda. Gastos com exames apresentam distribuição similar entre as faixas renda na cobertura Extra-SUS, de novo com maior peso das faixas mais baixas. E na cobertura SUS, embora exista o diferencial de renda, ele não é tão desfavorável aos pobres quanto nos quesitos anteriores, o que poderia indicar uma maior equidade dos recursos a partir da entrada no sistema. Essa característica se repete para consultas e internações, embora com menor presença das faixas de renda mais alta na indicação de gravidade. E para a cobertura Extra-

SUS, chama a atenção a gravidade para este quesito nas faixas entre 1 e 5 salários mínimos.

A última variável a ser apresentada entre as investigadas é a fonte regular de atenção (Tabela 3.34).

TABELA 3.34
PESSOAS COM FONTE REGULAR DE ATENÇÃO, POR COBERTURA

	Em % indivíduos					
	HIPERTENSÃO		GRAVIDEZ		DIARRÉIA	
	E.SUS	SUS	E.SUS	SUS	E.SUS	SUS
Extra-SUS	54,8	-	66,7	-	66,7	-
SUS	9,3	46,5	2,3	34,3	7,1	45,2
Pagamento Direto	11,5	13,1	6,4	6,9	4,8	8,2
Não possui	24,4	40,4	24,6	58,3	21,4	46,6
Ignorado	0,0	0,0	0,0	0,5	0,0	0,0
TOTAL	100	100	100	100	100	100

Verifica-se que este é, sem dúvida, um problema maior na cobertura SUS do que na Extra-SUS, já que aquela apresenta uma parcela bem maior de pessoas sem uma fonte regular de atenção, em especial para os traçadores de Gravidez e Diarréia.

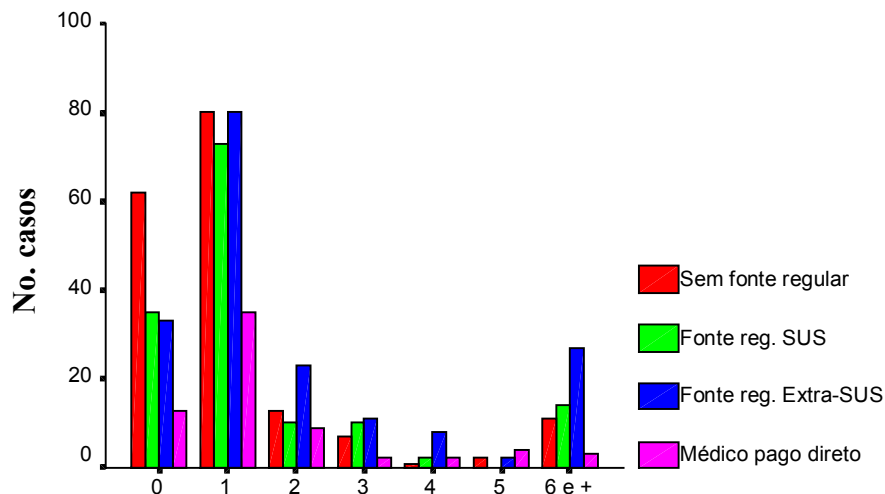
Para Gravidez, na cobertura Extra-SUS, a percentagem de pessoas com fonte regular (58.3%) é quase três vezes aquela verificada na cobertura SUS (24,6%). Para Diarréia é mais de duas vezes maior⁵. Para Hipertensão, ainda que menor a diferença, a proporção de pessoas sem fonte regular é 65% maior na cobertura SUS (40,4%) do que na cobertura Extra-SUS (24,4%).

A existência de uma fonte regular de atenção indica que a atenção médica está disponível para o paciente e é considerada uma variável importante na identificação de padrões de utilização de serviços por distintos grupos. A literatura indica uma relação positiva entre a existência de uma fonte regular e a utilização, mais

especificamente o número de consultas médicas (Hulka e Wheat,1985:449). A inexistência de uma fonte regular é, portanto, um fator que pode dificultar o acesso. Essa relação foi confirmada também pela pesquisa Comparative Health Policies in Latin America (Cess/Fiocruz-FGV/UAM:1998).

Os Gráficos 3.8 demonstram que a maioria dos indivíduos com traçadores que não realizou consulta não dispunha de uma fonte regular. Verifica-se também que conforme aumenta o número de consultas, diminui a participação de pessoas sem fonte regular de atenção e aumenta a de pessoas com fonte regular, com maior participação da cobertura Extra-SUS.

GRÁFICO 3.8
CONSULTAS POR FONTE REGULAR DE ATENÇÃO
HIPERTENSÃO



⁵ Para este traçador, 87,5% das crianças com cobertura Extra-SUS e que tinham médico de preferência este médico era um pediatra. Já para as crianças com cobertura SUS somente 34.2 % tinham como médico de preferência um pediatra.

GRÁFICO 3.8
CONSULTAS POR FONTE REGULAR DE ATENÇÃO

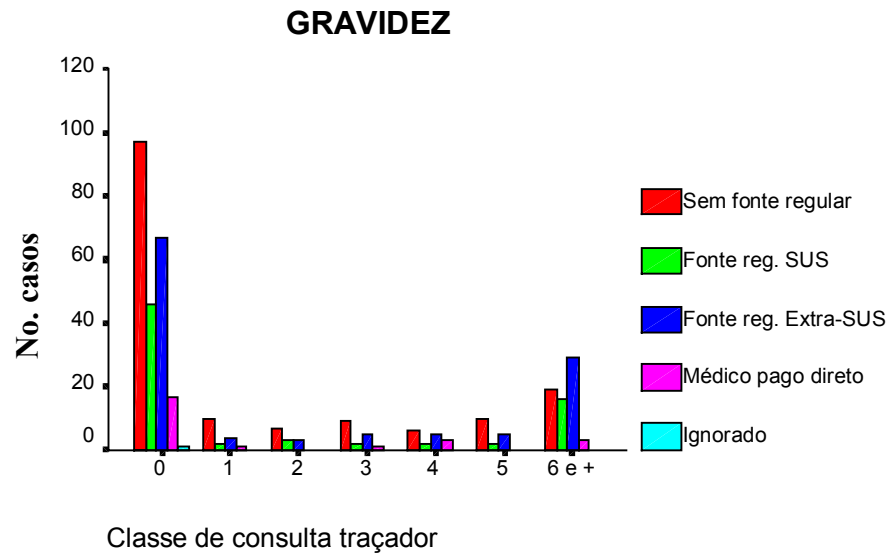
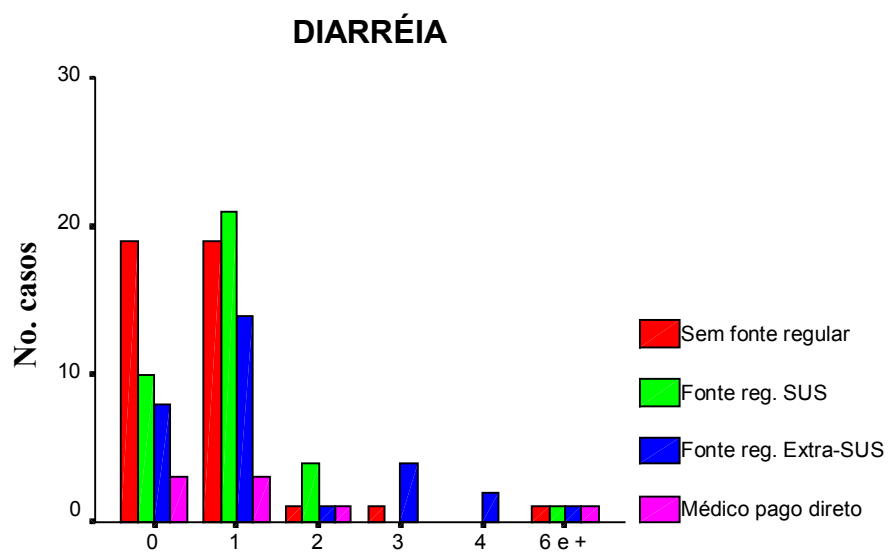


GRÁFICO 3.8
CONSULTAS POR FONTE REGULAR DE ATENÇÃO



Mediu-se essa mesma variável para o caso dos partos realizados pelas mulheres investigadas. Como é reconhecida a dificuldade para conseguir vagas na hora do parto, pretendeu-se saber se a inexistência de uma fonte regular de atenção influiria na ocorrência deste problema. A Tabela 3.35 indica que não.

TABELA 3.35
ESCOLHA DO LOCAL DO PARTO
POR FONTE REGULAR DE ATENÇÃO

Em % mulheres

LOCAL	FONTE REGULAR					TOTAL
	SEM FONTE REGULAR (1)	SUS	EXTRA-SUS	PAGAMENTO DIRETO	IGNORADO	
Escolha no pré-natal	67,1	57,5	78,0	76,0	100	69,3
Escolha na hora do parto	10,8	15,1	5,9	8,0	0,0	9,9
Encaminhamento para outro local	13,3	13,7	8,5	12,0	0,0	11,7
Direto à emergência	3,8	5,5	1,7	0,0	0,0	3,2
Não foi a serviço de saúde	0,0	1,4	0,0	0,0	0,0	0,3
Outro motivo	4,4	5,5	4,2	4,0	0,0	4,5
Não sabe	0,6	1,4	1,7	0,0	0,0	1,1
TOTAL	100	100	100	100	100	100

(1) Cobertura SUS (80%) e Extra-SUS (20%)

Verifica-se que a grande maioria das mulheres sem fonte regular de atenção realizou seu parto em locais definidos durante o pré-natal (67,1%). Esse percentual supera o de mulheres com fonte regular no SUS (57,5%) e não está muito distante do percentual daquelas com cobertura Extra-SUS (78%). Por outro lado, a existência de fonte regular parece não evitar a escolha do local no momento do parto,

principalmente na cobertura SUS, ou a troca de local na hora do parto, presente em todos os tipos.

A partir dos dados aqui levantados e das distintas dimensões analisadas, alguns aspectos merecem ser enfatizados.

Em primeiro lugar, identificou-se a cobertura Extra-SUS como bem mais expressiva do que é em geral apontado pelos estudos. Quanto à isto, deve-se lembrar, em primeiro lugar, que o tratamento dado aqui à cobertura foi distinto do usual. Partimos de uma diferenciação básica, qual seja, a distinção entre SUS e quaisquer outros tipos de cobertura cuja titularidade depende de pagamento e/ou da vinculação direta ou indireta a um segmento ocupacional ou instituição específica. A idéia era, como já explicitado, alcançar quaisquer tipos de vinculação fora do SUS, inclusive aquelas não atreladas às empresas disponíveis no mercado de assistência suplementar.

Por outro lado, como várias vezes explicitado, este número é representativo da amostragem por traçadores. De fato, aparecem distinções para a cobertura entre eles. A cobertura Extra-SUS é maior para Hipertensão e Gravidez, mas é menor para Diarréia, onde 63,5% têm cobertura exclusiva SUS. Embora o peso de hipertensão e gravidez possa ter influenciado os números encontrados, já por si apontam para o papel da necessidade e da distinção entre grupos populacionais nas estratégias de acesso aos serviços de saúde. Também, sendo diarréia reconhecidamente indicadora de situações de pobreza, as diferenças que apresenta quanto à cobertura e uso de serviços reforçam a situação de segmentação.

Na dimensão que aqui denominamos de **Condições de cobertura**, foram analisadas as características de cobertura em seus aspectos sócio-econômicos. Foi possível identificar que a cobertura Extra-SUS é hoje um recurso dos distintos setores sociais. Contudo, ela está fortemente influenciada pelas condições sócio-econômicas das famílias, em especial a renda. Verifica-se uma clara polarização entre os mais ricos e os mais pobres no acesso à essa cobertura. Há, principalmente, uma distinção muito maior entre os mais pobres e os de renda intermediária do que entre estes e os mais ricos. Ou seja, conforme aumenta a renda, diminuem as diferenças na cobertura Extra-SUS, com exceção para os mais

pobres. Para diarréia, considerando os estratos da amostra, a cobertura Extra-SUS nos mais ricos é 237% maior que a dos mais pobres; e destes para o estrato intermediário a diferença é de 177%. Isso se repete na renda, com polarização muito grande entre os mais pobres e mais ricos e entre as duas primeiras faixas de renda.

As distinções na cobertura ao interior das famílias certamente estão fazendo com que elas enfrentem situações que merecem ser melhor investigadas. Embora haja divergências na literatura sobre a centralidade da família para a formulação e implementação de políticas sociais e de saúde, é bastante consensual a noção de que a família tem papel fundamental nas estratégias de enfrentamento às condições de saúde e adoecimento, e portanto de acesso e utilização de serviços de saúde (Vasconcelos, 1999), o que é ainda mais verdadeiro para o caso brasileiro. Identificamos diferenças de cobertura ao interior das famílias, principalmente membros com e sem cobertura Extra-SUS, além da existência de planos diferenciados. Ademais, a presença de cobertura Extra-SUS está também relacionada ao tamanho das famílias, havendo diferença mais significativa na ausência desta cobertura para famílias a partir de 7 membros do que entre todas as composições com menos membros.

A polarização entre as duas coberturas fica mais evidente quando à renda se agregam os aspectos de escolaridade e qualificação ocupacional. A situação é sempre bem definida e clara nos extremos, em especial para renda e escolaridade. Fica bem evidente a cobertura exclusiva SUS para os mais pobres, menos educados e com menor qualificação e a Extra-SUS para o polo oposto. Já não se verifica essa regularidade ao interior da cobertura Extra-SUS. Embora os mais qualificados e com mais estudo tendam a ter mais esta cobertura, há variações importantes, como a maior cobertura Extra-SUS para os mais pobres mas com mais escolaridade ou os com menos escolaridade e maior renda. Essas variações podem estar relacionadas à vinculação com empresas e/ou instituições, conjugadas ou não com as características dos traçadores tratados.

Na segunda dimensão, **Tipos de cobertura Extra-SUS**, foram investigadas as características de financiamento e os intermediadores nesta cobertura, com o objetivo de identificar uma tipologia preliminar a partir de aspectos diferentes dos

usualmente tratados pela literatura. Aqui identificamos um outro aspecto distinto, qual seja, o fato de a cobertura Extra-SUS ser majoritariamente financiada pelas famílias, e não pelas empresas ou repartido entre estas e as famílias. Isso foi registrado para todos os estratos de renda, sendo proporcionalmente maior para os estratos intermediários. Também, não há diferenças significativas entre a proporção do financiamento família entre as distintas faixas de renda. Isso em princípio contraria a noção de que a cobertura Extra-SUS depende principalmente do vínculo empregatício.

Chama-se a atenção de novo para o fato de que o peso do financiamento exclusivo pela família pode estar sendo determinado pelos traçadores, argumento que merece as mesmas considerações tratadas para os resultados encontrados na cobertura. De fato, o traçador diarréia apresenta a maior proporção de financiamento exclusivo família na cobertura Extra-SUS, a segunda maior proporção em financiamento empresa e a mais baixa participação do financiamento empresa/família. Já entre os hipertensos, como esperado, a maior participação do financiamento empresa é para os mais novos. Contudo, a cobertura Extra-SUS aumenta à medida que aumenta a idade e com financiamento principalmente pelas famílias, indicando inicialmente a prevalência da renda sobre o vínculo, mesmo havendo relação de dependência.

Por outro lado, os aspectos apontadas acima relativos ao peso da renda para a definição da cobertura, assim como a irregularidade da cobertura Extra-SUS quanto à qualificação ocupacional, nos levam ao menos a levantar dúvidas sobre a já consolidada afirmação de que o peso desta cobertura depende principalmente da participação das empresas. Embora não tenhamos tratado deste aspecto, a situação do mercado formal de trabalho no Brasil não parece, ao menos a grossos olhos, ser o principal responsável pelo sustento do estupendo mercado privado de saúde não vinculado ao SUS.

Dentre os tipos de cobertura Extra-SUS, ficou clara a importância das empresas comerciais e seguradoras, às quais está vinculada a maior parte das famílias. Ademais, que é neste tipo onde o financiamento exclusivo pelas famílias é maior para todas as faixas de renda.

Destaca-se a identificação de número não desprezível de planos vinculados a serviços. Pôde-se assim confirmar não só a existência deste tipo de cobertura Extra-SUS, como também que ela é utilizada principalmente pelos setores mais pobres. Esses dois últimos aspectos merecem destaque na argumentação sobre o peso do financiamento das famílias na cobertura Extra-SUS.

Já nos planos vinculados à empresas/instituições públicas, destaca-se a importância da participação delas no financiamento de seus empregados. Entre todos os tipos, são os planos a elas vinculados onde há a maior participação do empregador no financiamento (considerada a soma do financiamento exclusivo e repartido). Esses beneficiários estariam assim supostamente em posição melhor que os demais.

A menor participação entre os tipos foi o dos planos fechados vinculados a empresas/instituições privadas. Contudo, nele registra-se a maior participação do financiamento exclusivo da empresa dirigido aos mais pobres, indicando um maior equilíbrio comparativo na relação entre a renda e a participação das empresas no financiamento.

Na dimensão **Qualificação da cobertura Extra-SUS**, verifica-se que os mais pobres apontam a melhor qualidade do serviço particular como motivo para filiação à cobertura Extra-SUS com maior proporção que os mais ricos. Já a falta de confiança no SUS é maior nas faixas de renda alta. Embora chamemos atenção no trabalho para os limites de conclusões tiradas neste tipo de caracterização, nos parece mais fidedigna para identificar os motivos de filiação à cobertura Extra-SUS a avaliação de que o SUS não atende às necessidades, por ter indicado um equilíbrio maior entre as faixas de renda.

Identificou-se que os motivos para possíveis trocas de planos pelas famílias estão vinculados ao financiamento. Onde a cobertura é financiada total ou parcialmente pelas empresas, a troca de emprego e troca de plano pelo empregador são mais indicadas, assim como diminuem os motivos relativos ao alto preço e principalmente à qualidade. Ao contrário, onde o financiamento é exclusivo das famílias, diminui a importância da troca de emprego ou troca de plano pelo empregador e aumenta a

importância do preço (o principal motivo) e da qualidade. De toda forma, a grande maioria dos entrevistados declara estar satisfeita com sua cobertura Extra-SUS.

A importância dada ao gasto com a cobertura Extra-SUS, como esperado, é maior para aqueles que a financiam exclusivamente. Contudo, não se distanciam muito destas as proporções encontradas para as famílias com financiamento empresa/família. Embora não se tenha dados para comparar essa informação com momentos anteriores, é sabido que tem crescido a participação dos empregados no financiamento da cobertura Extra-SUS. Isso é verdadeiro principalmente no caso das empresas públicas.

Apesar de não termos investigado a opção pela cobertura Extra-SUS para os que não a têm, sua presença nas diversas faixas de renda e os motivos para a filiação à ela são fortes indicadores de que a premissa é verdadeira, ao menos para a maioria. Entretanto, isso não autoriza supor, como indicam os dados de utilização, que a opção por uma cobertura implique na exclusão da outra, mas sim em uma complementariedade, que estaria relacionada, na cobertura SUS, às dificuldades de acesso e, na cobertura Extra-SUS, à dependência da renda, da situação de trabalho e do alcance da cobertura, que reprime também as condições de acesso.

Na dimensão de **Utilização**, a dificuldade de acesso se mostrou maior na cobertura SUS, mas principalmente para consultas gerais, sendo melhor a resposta para consultas relativas aos traçadores, ao menos hipertensão e gravidez. Já para diarreia, a situação se inverte. A diferença na ausência de consultas entre as duas coberturas é maior no traçador. Embora possa estar relacionado à não procura, não deixa de ser um diferencial de acesso e com peso maior para os mais pobres.

Um aspecto importante detectado foi a influência da fonte regular para a entrada no serviço, sendo problema maior na cobertura SUS do que na Extra-SUS, em especial para os traçadores de Gravidez e Diarreia. Entre os que não consultaram, a grande maioria não possuía fonte regular e, à medida que aumenta o número de consultas, aumenta também a proporção de pessoas com fonte regular, com maior participação da cobertura Extra-SUS. Entretanto, a existência de fonte regular parece não evitar a escolha do local parto somente no momento deste, principalmente na cobertura

SUS, ou também a troca de local na hora do parto, presente nas duas coberturas.

Considerando o acesso aos serviços, como esperado, a cobertura Extra-SUS apresenta melhor desempenho nas consultas gerais, mas há maior equilíbrio entre as coberturas nas consultas para os traçadores, inclusive gravidez, ao contrário das expectativas. Obviamente que essa entrada não está considerando dificuldades prévias, como espera, filas, etc. Mas pode-se atestar o equilíbrio, dada a facilidade de consultas na cobertura Extra-SUS. A satisfação com as consultas também não apresenta variações importantes entre as coberturas, estando as pessoas em geral satisfeitas ou muito satisfeitas. Esses aspectos indicam uma similaridade nas duas coberturas e, em contraste com os demais, reforçam a idéia de dificuldade de acesso como sendo o principal problema do SUS.

Isso pode ser atestado na valoração dos serviços para as duas coberturas. O SUS apresenta quase o dobro de opiniões negativas em relação a problemas típicos de entrada no sistema, como burocracia e espera para o atendimento, sempre com destaque para as faixas de renda mais baixas. A localização do serviço é também mais apontada como problema no SUS, e com maior peso nos traçadores (diarréia e hipertensão) e nos mais pobres. Na cobertura Extra-SUS a maior gravidade é apontada principalmente pelas faixas de renda mais baixas, possivelmente relacionada ao tipo de plano, o que também indica situação mais desfavorável aos mais pobres.

A possibilidade de escolha do médico, ao contrário do esperado, é indicada de forma similar em todas as faixas de renda na cobertura Extra-SUS e pode estar apontando insatisfação com um item reconhecidamente mais acessível nesta cobertura. É também indicado na cobertura SUS, mas com maior gravidade para os mais pobres.

Já com respeito a problemas relativos à qualidade do serviço e das instalações, diminui a diferença entre as coberturas, sendo para o primeiro item maior a gravidade na cobertura Extra-SUS e de novo para mais pobres. Nos custos as coberturas se equiparam na identificação de gravidade, sendo que a Extra-SUS supera a SUS no item medicamentos. De fato, os medicamentos apresentaram

maior importância nos gastos das duas coberturas, mas aí a cobertura Extra-SUS é mais citada que a SUS neste e nos outros itens (a exceção de consultas para o traçador em gravidez e exames para o traçador em diarreia, mas com pequena margem).

Chama-se a atenção que, na cobertura SUS, a valoração dos gastos, em especial exames, não apresenta a diferenciação entre faixas de renda verificada nos outros aspectos, o que pode ser indicativo de maior equidade na utilização, ou seja, a partir da entrada no sistema.

Um último aspecto a reforçar os limites das duas coberturas é o pagamento direto a médicos registrado por indivíduos com cobertura SUS, e a utilização do SUS por indivíduos com cobertura Extra-SUS. Se por um lado isso confirma as dificuldades de acesso ao SUS, confirma também a relevância da universalização, principalmente dadas as evidências da importância dos fatores sócio-econômicos para o acesso a serviços fora do Sistema Único.

CONCLUSÃO

Quando aqui utilizou-se a cobertura como categoria central de análise, buscava-se identificar continuidades e rupturas que o processo da reforma teria imputado ao padrão tradicional de segmentação das políticas sociais no Brasil. A separação entre cobertura SUS e Extra-SUS visou caracterizar a distinção mais importante introduzida pela reforma, qual seja, o acesso universal.

Assim, o ponto principal era a universalização, sua situação atual, limites e possibilidades. Identificou-se que a separação entre SUS e Extra-SUS é bem maior do que normalmente se aponta, porque estão as análises em geral centradas no crescimento do setor de planos e seguros. Contudo, a segmentação se mostra presente para além da vinculação a essas empresas. Embora elas venham crescendo no atendimento aos diversos tipos de cobertura, é a associação entre renda, de forma prioritária, com a vinculação a um dos tipos de cobertura Extra-SUS, que determina a segmentação. Isso porque pode-se constatar que o vínculo por si é responsável pela menor parcela do acesso à cobertura Extra-SUS. A maior parte é financiada diretamente ou de forma repartida.

Se é a associação entre renda e vínculo o que determina a segmentação, ela se concretiza no acesso aos serviços e na maior resolutividade da cobertura, expressa na resposta à necessidade de utilização. Pode-se avaliar que a cobertura Extra-SUS supera a cobertura SUS no acesso, se comparada com as desconfiças e dificuldades concretas experimentadas pelos beneficiários da cobertura SUS. Contudo, a cobertura Extra-SUS também apresenta problemas e a vinculação a ela não garante por si a resolutividade. Aí contará mais o alcance da cobertura, ou seja, a que se tem direito dentro da cobertura, aspecto claramente vinculado à capacidade de compra. Aqui de novo o vínculo pode facilitar a contratação de uma cobertura de amplo alcance com preço menor, mas não será possível sem o aporte da renda.

Verifica-se assim a persistência ou a não superação do padrão segmentado de acesso aos benefícios sociais, que privilegia as camadas superiores e médias da

sociedade, com importante participação dos profissionais médicos¹. Mas que agora não está mais estratificado por relações corporativas da cidadania regulada (Santos, 1987) ou pela inserção paulatina e inconstante, embora ampla e extensiva (Costa, 1999), das políticas sociais do período autoritário. Mas sim pela renda associada ou não ao vínculo ao trabalho, direto ou por dependência.

Chamou-se a atenção para a importante adesão das camadas mais pobres à cobertura Extra-SUS via financiamento direto, o que pode ser associado ao menos a uma democratização do mercado. A depender da capacidade de pagamento, todos podem aceder a serviços potencialmente iguais. Contudo, essa participação não deve ser utilizada como reforço à suposta falência do setor público. Nem precisam os defensores do SUS se preocuparem em apregoar e tentar medir os limites desse mercado. É óbvio que há limites, as empresas sabem disso e buscam estratégias para rompê-los. As duas premissas parecem reforçar a mesma lógica em sentidos opostos; o setor privado é indiscutivelmente melhor e a possibilidade de permanência do SUS é a pobreza da população; o que reforça a noção difundida da universalização excludente (Faveret e Oliveira, 1990).

A universalização não é excludente. Ao contrário, ela foi e continua sendo includente. Sem medo de exageros, pode-se considerar que a universalização via SUS foi uma das políticas sociais mais abrangentes e redistributivas da história do Brasil, só comparada talvez à equiparação dos benefícios sociais aos trabalhadores rurais, à universalização do ensino ou ao impacto social de políticas trabalhistas como o salário mínimo. Provavelmente nem a previdência social alcançou atingir os mais pobres com essa potência.

Da mesma forma, o SUS ainda está longe de ser, como eventualmente se afirma, uma política focalizada. E o problema aqui não é o perigo de que todos os que puderem acabem por procurar a cobertura Extra-SUS. Se as camadas médias e altas da sociedade o fazem, que possam também os pobres. Afinal, haverá infelizmente muitos outros a recorrer ao SUS. Mas sim porque falar de pobres em

¹ Pela preferência à prática autônoma da medicina, intrínseca ao modelo prevalecente de saber médico; apesar de esta autonomia estar cada vez mais restringida pelas novos tipos de administração do risco, como o *managed care*, a associação a convênios é sempre uma possibilidade de crescimento individual e melhoria de rendimentos, principalmente se associada à prática nas instituições públicas.

uma sociedade com os níveis de desigualdade e de concentração de renda aqui apresentados não é falar de uma parcela pequena da população. Ademais, nenhuma política de saúde focalizada no mundo é responsável pelo pagamento de 89% dos transplantes realizados em uma mesma localidade em um mesmo ano.²

Para cumprir o atendimento a prováveis 120 milhões de brasileiros que utilizam o SUS, identificaram-se aqui mudanças substantivas na estrutura organizacional e de gestão do setor. Mostrou-se que o processo da reforma sanitária alterou de fato a organização do sistema de serviços de saúde, atingindo as principais características que eram criticadas no sistema pré-reforma. O sistema é hoje mais transparente e democrático; alcançou romper a dicotomia institucional e a centralização excessiva, incorporando os níveis sub-nacionais na arena decisória e de implementação de políticas.

A descentralização possibilitou a ampliação da participação estatal no controle e oferta dos serviços de saúde, assim como incluiu os subníveis de governo, prefeituras em especial, como co-responsáveis pela saúde e como foco de demandas. Onde os governos locais priorizaram a implementação do SUS, melhorias foram reconhecidas pela população (Gallup, 1996). Destaca-se também o papel das instâncias gestoras de decisão e dos conselhos. Estes, se não como mecanismos de representação e controle social efetivo, para o que há limites concretos (Labra, 1993), ao menos como canais de interlocução e vocalização de demandas da população.

Mais recentemente o sistema vem buscando alterar as bases do modelo de atenção, ao criar estruturas de financiamento vinculadas a estratégias de organização de um modelo de atenção primária que, ao contrário de ser focal ou anacrônico, é fundamental para o “funcionamento de um sistema de saúde eficaz, eficiente e equitativo” (Mendes, 1996:273).

Contudo, verificou-se que essas transformações ainda não foram capazes de alterar as condições de acesso, qualidade e utilização dos serviços, assim como de impactar na melhoria das condições de saúde da população. O SUS penaliza os

² Dos 140 transplantes realizados em São Paulo em 1998, 124 foram pagos pelo SUS (Conasems, 1999 a:8).

que dele dependem, e mais ainda aqueles em condições mais desfavoráveis, que consideram o sistema insatisfatório, não atendendo a suas necessidades e que apresentam mais dificuldades de utilização.

Assim, apesar do caráter redistributivo da universalização, ela é hoje insuficiente e incompleta. É insuficiente porque ainda não alcançou garantir o direito efetivo à saúde de qualidade. Contudo, não “transformou originais portadores de direitos universais em diferentes cidadãos consumidores de benefícios estratificados” (Werneck Vianna, 1995:200). A universalização em verdade apenas inaugurou essa cidadania universal, não se podendo falar de uma cidadania original que teria sido corrompida em algum momento do processo. Fazer isso seria negar o lugar da cidadania como constituída e constituinte das relações entre Estado e sociedade (Fleury, 1994).

O padrão de cidadania tentativamente inaugurado na Constituição de 1988 não pode ser entendido desde fora dessas relações, a partir de um princípio de justiça dado em algum lugar fora delas. No caso brasileiro, pelas características da transição na década de 80, há ainda a especificidade da inserção da cidadania não só como cidadania social, mas também como recuperação da cidadania civil e política; portanto, mais do que um processo clássico de alargamento dos preceitos liberais e/ou corporativos, no caso brasileiro seria um processo de inversão de uma cidadania expansiva, mas segmentada, dirigida por um Estado autoritário, patrimonial e uma burocracia corrompida. Ou seja, para além da conquista da cidadania social, havia a consolidação da democracia e a transformação do próprio Estado.

Essa injunção foi efetiva no projeto da reforma, e daí sua complexidade, que merece mais do que análises simplificadas que contrapõem a proposta original ao que se “alcançou” de fato. Como discutido no 1º Capítulo, a inclusão de um padrão de cidadania social em uma transição pactada e sob a seqüência de governos nos quais essa concepção não era hegemônica, fez da implementação da reforma um processo difícil e conflituoso.

Daí também devem ser tomadas com cuidado leituras que tratam dos limites impostos à proposta da reforma, em especial o crescimento do mercado privado, como decorrência das iniciativas neoliberais. Se bem elas de fato existiram e existem, o conflito aqui identificado como central na implementação da reforma, qual seja, o fato de ela estar sendo implementada em conjunturas totalmente diversas daquela onde ela se constitui, cresce e se institucionaliza, não deve estar restrito a essas iniciativas. O perigo é mais uma vez buscarmos, desde fora das injunções políticas concretas e da constituição histórica da proteção social, os limites de efetivação da universalização.

A literatura de políticas de saúde é farta em comprovar a predominância do mercado privado na assistência à saúde no Brasil desde suas origens. A diferença fundamental neste setor privado, agora dominado pelas empresas comerciais e seguradoras é, no caso brasileiro, sua autonomia em relação ao Estado; relativa no que toca aos recursos e total no que toca ao controle e regulação (ao menos até bem recentemente). De resto, as diferenças dizem respeito a adaptações dentro de contextos locais de um fenômeno mundial decorrente do crescimento da área de saúde como setor de acumulação do capital.

Se bem essas especificidades devem ser estudadas e compreendidas, elas não explicam por si o crescimento do setor no país, cuja consolidação como alternativa de assistência e de mercado profissional se deu inclusive ainda na década passada. Ou seja, o crescimento do setor não seria uma consequência exclusiva da reforma, mas sim uma continuidade do padrão diferenciado de acesso ao sistema de saúde por parcelas distintas da população, ocupado pelo setor privado por sua longa predominância na oferta desses serviços no país e agora tomado pelo setor hegemônico neste tipo de serviço a nível mundial.

As iniciativas chamadas neoliberais foram importantes ao não breicar este processo, mas não se pode dar a elas todo o mérito. E aqui vale enfatizar que foi em um governo neoliberal onde o Estado pela primeira vez regulamenta esse setor, apesar da resistência do empresariado. É também onde se inicia um maior controle sobre medicamentos e se cria uma política para os genéricos. A regulação é um aspecto preconizado na agenda neoliberal em associação à privatização. Entretanto, os

capitais privados, em especial de setores monopólicos e internacionalizados, resistem a essa regulação quando em países periféricos, tendo sempre razoável sucesso.

Também não fez esse governo nenhuma proposta concreta para acabar com a universalização, embora se saiba que intenção houve. E isso tudo não por ter o país um governo neoliberal “de corte social”, mas porque são menos lineares ou causais e mais complexas e contraditórias as relações políticas que dão corpo às necessidades da infra - estrutura econômica.

Os elementos que explicam a persistência do padrão segmentado de proteção à saúde, apesar da universalização, estão a requerer novas dimensões de análise, que incorporem campos diversos das relações sociais (Viana, 1997), quem sabe culturais ou relativos ao comportamento das elites, que dêem conta da renovação constante da estratificação na proteção social brasileira.

A universalização é portanto incompleta menos por não incorporar de fato o conjunto da população e mais por seu caráter dual (Fleury, 1999). O Brasil é certamente o único país no mundo que possui um sistema universal que convive em separado com um potente setor privado de serviços. Assim, insuficiente e incompleta, ela é inequânime. E o seu maior risco hoje é de simplesmente continuar a sê-lo.

Pode-se concluir com uma pergunta. Quais são possibilidades de se incrementar o acesso aos serviços de saúde e torná-lo mais equânime diante das condições em que está estruturada a cobertura? Ou, se temos o direito universal e um sistema universal, como efetivar uma política de saúde universal?

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRAMGE - Associação Brasileira de Medicina de Grupo. 2000. Informe de Imprensa – Dados e números da medicina de grupo <http://www.abramge.com.br>, 6 p.
- ALMEIDA, C. 1998. O mercado privado de serviços de saúde no Brasil: panorama atual e tendências da assistência médica suplementar. *Textos para discussão no 599. Brasília: Ipea*, novembro, 61 p.
- ANDERSEN, R. 1968. A behavioral model of families use of health services. *Research Series No. 25. Center for Health Administration Studies, University of Chicago*, Chicago, Illinois.
- ANDERSEN, R. 1995. Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does It Matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 36: 1-10.
- ANDERSEN, R.; ADAY, L. 1978. Access to medical care in the U.S. - Realized and Potential. *Medical Care*. 16: 533-546
- ANDERSEN, R.; NEWMAN, JF. 1973. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Milbank Memorial Fund Quarterly*; 51: 95-124.
- ANDES (Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior). 1998. *Inform Andes*. Brasília:Andes, dezembro.
- ARROW, K. 1963 *Uncertainty and the welfare economics of medical care*. American Economic Review. 53: 941-973.
- BAHIA, L. 1999. *Seguros e planos de saúde uma “saída” à Brasileira: estudo da organização da oferta a partir de noções da teoria de seguros*. Tese de doutoramento. Ensp/Fiocruz.
- BAHIA, L. 1991. *Reestratificação das clientela na década de 80: um estudo exploratório do caso Amil*. Dissertação de Mestrado, Ensp/Fiocruz.
- BANCO MUNDIAL. 1993. *World development report — investing in health*. Oxford University Press, New York, NY, USA. 329 p.
- BANCO MUNDIAL. 1995. *Brasil - a organização, prestação e financiamento da saúde no Brasil: uma agenda para os anos 90*. Banco Mundial, Brasília, Brasil. Relatório 12655-BR, 343 p.

- BANCO MUNDIAL. 1997. *O Estado num mundo em transformação. Relatório sobre o desenvolvimento mundial*. Washington DC, 276p.
- BARROS, M.E. 1996. Política de saúde no Brasil: a universalização tardia como possibilidade de construção do novo. *Ciência e Saúde Coletiva*, 1, 5–17
- BARROS, M.E.; PIOLA, S.F.; VIANNA, S.M., 1996. *Política de Saúde no Brasil: Diagnóstico e Perspectivas*. Texto para discussão no Brasília: IPEA.
- BARROS, R.; MENDONÇA, R.; DUARTE, P.N. 1995. *Bem-estar, pobreza e distribuição de renda: uma avaliação das disparidades regionais — Documento de apoio para o relatório sobre o desenvolvimento humano no Brasil*. Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada e Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, Brasília, Brasil. 185 p.
- BERLINGUER, G., TEIXEIRA, S. e CAMPOS, G. Reforma sanitária Itália e Brasil. São Paulo: CEBES/HUCITEC.
- BIRSH, S. & ABELSON, J. 1993 *Is reasonable access what we want? Implication of and Challenges to Current Canadian Policy on Equity in Health Care*. International Journal of Health Services. vol. 23, n. 4: 629-653.
- BODENHEIMER, T. 1992 *Private Insurance Reform in the 1990s: Can it solve the health Care Crisis?* International Journal of Health Services, v.25, n.3, 1995.
- BRASIL, Ministério da Administração e Reforma do Estado/ Ministério da Saúde. 1996a. *Sistema de Atendimento de Saúde do SUS*. Brasília, mimeo.
- BRASIL, Ministério da Previdência e Assistência Social. 1996c. Política Nacional do Idoso – Perspectiva Governamental. *Seminário Internacional: Envelhecimento populacional: uma agenda para o final do século*. Brasília, julho, 33p.
- BRASIL, Ministério da Saúde 1997a. *O Ano da Saúde no Brasil – ações e metas prioritárias*. Brasília, março, 16p.
- BRASIL, Ministério da Saúde 1997b. *Agenda de Prioridades para a Política de Recursos Humanos na Gestão do SUS* Brasília: Secretaria de Projetos Especiais de Saúde/Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS, 8p.
- BRASIL, Ministério da Saúde. 1993. *Municipalização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei*. In: *Saúde em Debate*, número 38, março de 1993, pp 4-17.
- BRASIL, Ministério da Saúde. 1995a. *Plano de Ação do Ministério da Saúde 1995/1999*. Brasília, 157p.

- BRASIL, Ministério da Saúde. 1995b. *Informe sobre a Reforma do setor saúde no Brasil*. Ministério da Saúde, Brasília, 38 p.
- BRASIL, Ministério da Saúde. 1996b. *Gestão plena com responsabilidade pela saúde do povo*. Ministério da Saúde. Brasília 48 p.
- BRASIL, Ministério da Saúde. 1997c. *PPI - Programação Pactuada Integrada*. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, novembro, 16p.
- BRASIL, Ministério da Saúde. 1999a. *Análise de alguns aspectos de descentralização no Sistema Único de Saúde*. Documento da Secretaria de Assistência à Saúde e Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília, 48p.
- BRASIL, Ministério da Saúde. 1999b. *Programas e Projetos - Saúde da Família*. www.saude.gov.br/programas/pacs/psf.htm , 10p.
- BRASIL, Ministério da Saúde. 1999d. *Construindo uma proposta de Elaboração da Programação Pactuada Integrada para 1999 – PPI 99*. Relatório 5ª versão – Documento para discussão. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, abril, 29p.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. 1999c. *Demonstrativo de Evolução de Cinco projetos do Ministério da Saúde*. Brasília:SE/MS, 6p.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Sem data. *O que muda com o PAB?* Brasília, 25p.
- BRASIL, Ministério Público Federal, Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão 1998. *Parecer do Subprocurador Geral da República e Procurador Federal dos Direitos do Cidadão Wagner Gonçalves (sobre as terceirizações na Saúde)*. Brasília, 27 de Maio, 31p.
- BRASIL, Presidência da República, 1995c. *Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado*. Brasília, 84p.
- CARDOSO, F.H. 1977. *O modelo político Brasileiro*. Editora Difel, São Paulo, Brasil. 211 p.
- CARVALHO, A (coordenador) ET ALLI, 1998. *Gestão de Saúde: Curso de aperfeiçoamento para dirigentes municipais de saúde: programa de educação à distância*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; Brasília: UNB.
- CARVALHO, G. C. M. 1997. *Fundos de saúde e despesas com saúde*. <http://www.conasems.com.br/fundeor1.doc>, 19 p
- CARVALHO, G. C. M. 1999. CPMF, saúde e municípios. *Jornal do Conasems*, Ano IV, n 52, maio, pg 16.

- CARVALHO, G. C. M. 1999b. Análise da Execução Orçamentária do Ministério da Saúde em 1998. *Jornal do Conasems*, ano IV, março, p. 3
- CASTRO, M.H.G. 1992. Conflitos e interesses na implementação da reforma da política de saúde. *Saúde em Debate*, 35, 15–21.
- CEDEC - *Centro de Estudos de Cultura Contemporânea*, 1997a. *O processo de implantação do PAS: universalidade ou seletividade no acesso à saúde?* Relatório da segunda etapa. Coordenação Amélia Cohn e Paulo Eduardo Elias. Convênio APM/CRM-SP/SMPS, maio, 77p.
- CEDEC - *Centro de Estudos de Cultura Contemporânea*, 1996. *O processo de implantação do PAS: universalidade ou seletividade no acesso à saúde?* Relatório da primeira etapa (versão preliminar). Coordenação Amélia Cohn e Paulo Eduardo Elias. Convênio APM/CRM-SP/SMPS, novembro, 124p.
- CEDEC - *Centro de Estudos de Cultura Contemporânea*, 1996. *O processo de implantação do PAS: universalidade ou seletividade no acesso à saúde?* Relatório da terceira etapa. Coordenação Amélia Cohn e Paulo Eduardo Elias. Convênio APM/CRM-SP/SMPS, novembro, 77p.
- CEPAL - UN Economic Commission for Latin America. 1997. Cepal
- CEPAL/OPAS 1994. *Salud, Equidad y Transformacion Productiva En America Latina Y El Caribe*. Washington, Ops.
- CESS/FIOCRUZ/UAM. 1994. *Comparative Health Policies in Latin America. Feasibility Study, Paper 2*.
- CESS/FIOCRUZ-FGV/UAM. 1998. *Comparative Health Policies in Latin America*. Relatório Final. Rio de Janeiro, janeiro.
- CFM/FIOCRUZ- Conselho Federal de Medicina e Fundação Oswaldo Cruz. 1996. *Perfil dos médicos no Brasil (Vols. I e VI)*. CFM, Ministério da Saúde.
- CHEEMA, G. & RONDINELLI, D. 1983 *Decentralization and Development*. Beverly Hills/London: Sage Publications.
- CIEFAS - Comitê de Integração de Entidades Fechadas de Assistência à Saúde. 1999. <http://www.ciefas.com.br>.
- CNS (Conselho Nacional de Saúde). 1999. Subsídios para a Elaboração de Planos de Saúde no SUS. Documento apresentado pela representação dos

- prestadores de serviços de saúde à 90ª Reunião Plenária. Brasília, 01 e 02 de setembro de 1999, 53p.
- COMINETTI, R.; RUIZ, G. 1997. Evolución del gasto social em America latina: 1980-1995. *Cuaderno de la Cepal*, 80.
- CONASEMS (Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde) 1999. *Jornal do Conasems*, n 52, maio.
- CONASEMS (Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde) 1999a. *Jornal do Conasems*, n 55, ago/set.
- CONASS (Conselho Nacional de Secretários de Saúde). 1998. Cadernos Conass. *A Saúde na Opinião dos Brasileiros*.
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. 1999b. Inserção do Componente Assistencial dos Hospitais Universitários e de Ensino – Hus no Sistema Único De Saúde – Sus. -Utilização estratégica dos recursos do Fator De Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa de Saúde (Fideps) e de outras fontes. *II Oficina De Trabalho. Relatório Final*, 11 e 12 de agosto, 4p.
- CORDEIRO, H. 1991. *O INAMPS na nova república. Cadernos do IMS*. Instituto de Medicina Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 6, 16–24
- COSTA, N.R. 1996. Políticas sociais e crise do Estado. Relativizando crenças cognitivas. *Ciência e Saúde Coletiva*, 1, 28–34.
- COSTA, N.R. 1998. *Políticas públicas, justiça distributiva e inovação: saúde e saneamento na agenda social*. São Paulo: Hucitec. 173p.
- DAIN, S. 1986. *Crise fiscal e dilema redistributivo*. Departamento de Economia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil. Tese de concurso para professor titular. 235 p.
- FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS, 1987. Dicionário de Ciências Sociais. Rio de Janeiro: FGV.
- DRAIBE, S.M.; Viana, A.L.A.; Silva, P.L.B. 1990. *Desenvolvimento de políticas de saúde nos anos 80 — O caso Brasileiro*. Universidade Estadual de Campinas/Organização Panamericana de Saúde. Campinas, Brasil. 49 p.
- SCOREL, S. 1999. *Reviravolta na Saúde*. RJ: Fiocruz.
- EVANS, R.G. 1981. *Incomplete vertical integration: the distinctive structure of the health-care industry*. In Vander Gaag, J.; Perlman, M., ed., *Health, economics and health economics*. Amsterdam, Netherlands:North Holland Publishing Company: pp. 329–353.

- FAVERET, P. e Oliveira, P. J. 1990. A Universalização Excludente: Reflexões sobre as tendências do Sistemas de Saúde. Planejamento e Políticas Públicas, n° 3, pp. 139- 162.
- FERNANDES, M.A.; OLIVEIRA, M.M.; ROCHA, D.C.; AQUINO, L.M.; RIBEIRO, J.A. 1998b. Gasto Social das três esferas de governo - 1995. Texto para discussão no 598. Brasília: IPEA, 59p.
- FERNANDES, M.A.; OLIVEIRA, M.M.; ROCHA, D.C.; MARINHO, N.S.; RIBEIRO, J.A. 1998a. Dimensionamento e acompanhamento do gasto social federal. Textos para discussão no 547. Brasília: Ipea, fevereiro, 68p.
- FIORI, J.L. 1995. *Em busca do dissenso perdido*. Rio de Janeiro: Insight Editorial, 245 p.
- FLEURY, S. (org.) 1994. Montes Claros - A Utopia Revisitada. RJ: Abrasco, 1994.
- FLEURY, S. 1994. Equidade e reforma sanitária no Brasil. *Saúde em Debate*, 43, 44-52.
- FLEURY, S. 1994. *Estado sem Cidadãos – seguridade social na América Latina*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- FLEURY, S. 1995. A reforma da seguridade social in: *Conjuntura e saúde*, Nupes/Ensp/Fiocruz, n 21, julho-agosto, pp 11-29.
- FLEURY, S. BELMARTINO, S. e BARIS, B. (editores). 1999. *Reshaping health care in Latin America; a comparative analysis of health care reform in Argentina, Brazil and Mexico*. Ottawa:IDRC, no prelo.
- FLEURY, S. 1999. *Reforming Health Care in Latin America: Challenges and Options* in Fleury, S. Belmartino, S. E Baris, B. (Editores), *Reshaping health care in Latin America; a comparative analysis of health care reform in Argentina, Brazil and Mexico*. Ottawa: IDRC, no prelo.
- FLEURY, S. 1989. Reforma Sanitária: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez.
- FRENK & LODOÑO. 1995 *Structural Pluralism - Towards a New Model for Health Systems Reform in Latin America*. FUNSALUD/OPS.
- GIOVANELLA, L. e CARVALHO, A.I. 1998. *Efeitos da implantação do Piso de Atenção Básica sobre os padrões de equidade e eficiência do SUS*. Projeto de pesquisa. Nupes/Ensp/Fiocruz, 8p.
- GUIDO, I. & SANTOS, L. (1995). *Sistema Único de Saúde - Comentários à Lei Orgânica da Saúde* . SP: Hucitec, 2ª ed, 394p.

- GUIMARÃES, L. 1999 *Gestão estadual e a constituição de Consórcios Intermunicipais de Saúde nos Estados do Paraná, São Paulo e Mato Grosso, no período de 94 a 99*. Projeto de Dissertação de Mestrado apresentado à Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 7p.
- HALL, P. 1992 *The Movement from keynesianism to monetarism: institutional analysis and British economic policy in the 1970s* in: Thelen & Steinmo, orgs, *Structuring Politics*, New York: Cambridge.
- HELLANDER, I. ET ALLI 1995 *The growing epidemic of Uninsured: New Data on the Health Insurance Coverage of Americans*. International Journal of Health Services, v.25, n.3.
- HEYDEBRAND, W. 1989 *New Organisational Forms*. Work and Occupations. vol 16, n. 3.
- HOGGETT, P. 1996 *New Modes of Control in the Public Service*. Public Administration - an International Quarterly. Vol 74, n. 1.
- HULKA, B.; WHEAT, J. 1985. Patterns of Utilization. The patient Perspective. *Medical Care*, vol. 23, no 5, maio, pp. 438-460.
- HURST, J. 1991. *The reform of health care systems in seven OECD countries*. OCDE, 21p.
- HURST, J. 1991a. Reforming health care in seven European nations. *Health Affairs*, 1991 (Fall), 7-21.
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 1970a. *Anuário estatístico do Brasil*. Fundação IBGE, Rio de Janeiro, Brasil. Vol. 31, 772 p.
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 1970b. *Censo demográfico*. Ministério do Planejamento e Coordenação Geral e Fundação IBGE, Rio de Janeiro, Brasil. Vol. 1, 267 p.
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 1976. *Estatísticas da saúde: assistência médico-sanitária*. Fundação IBGE, Rio de Janeiro, Brasil. Vol.1, 73.
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 1991a. *Anuário estatístico do Brasil*. Fundação IBGE, Rio de Janeiro, Brasil. Vol. 51, 1024 p.
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 1991b. *Censo demográfico*. Secretaria de Planejamento, Orçamento e Coordenação e Fundação IBGE, Rio de Janeiro, Brasil. Vol. 1, 209 p.

- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 1992. *Estatísticas da saúde: assistência médico-sanitária*. Fundação IBGE, Rio de Janeiro, Brasil. Tabelas.
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 1995. *Anuário estatístico do Brasil*. Fundação IBGE, Rio de Janeiro, Brasil. Vol. 55, p. 1-1, 8-32
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 1998. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - 1997*. Rio de Janeiro: IBGE. Volume 19, números 1 e 25.
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 1997. *Pesquisa de Orçamentos Familiares 1995 - 1996. Primeiros Resultados*. Rio de Janeiro: IBGE.
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística 1998. PPV - *Pesquisa de Padrão de Vida* (Press Release). IBGE: Coordenação Geral de Comunicação Social, agosto.
- INSITUTO GALLUP. 1996. *Avaliação dos serviços públicos de atendimento à saúde*. Rio de Janeiro, Brasil. 53 p.
- IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada. 1996. *Relatório sobre o desenvolvimento humano no Brasil*. Rio de Janeiro: IPEA; Brasília: PNUD,185.
- LABRA, E. 1999. Universalidade e particularidades dos sistema de saúde. RJ:Fiocruz, mimeo., 24p.
- LABRA, E. 1993. Associativismo no setor saúde brasileiro e organizações de interesse do empresariado médico in *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, vol 3, nº 2, p. 193 – 233.
- LIGHT, D. 1992 *The Radical Experiment: Transforming Britain's National Health System to Interlocking Markets*. Journal of Public Health Policy, vol. 13, nº 2.
- LOBATO, L. 1994. *Corporação Médica e Reforma Sanitária*. Dissertação de mestrado. Escola Brasileira de Administração Pública, Fundação Getulio Vargas, Rio de Janeiro, 270p.
- MALIK, A.M. 1996. Qualidade em serviços de saúde nos setores público e privado. *Cadernos FUNDAP*. São Paulo: FUNDAP, N.1, junho, p 7-24.
- MARSHALL, T. H. 1967. *Cidadania, Classe Social e Status*. Rio de Janeiro:Zahar.
- MAYNARD, A & BLOOR, K. 1996 *Occasional Notes - Introducing a market to the United Kingdom's National Health Service* . The New England Journal of Medicine 334:604-608, february 29.

- MCKINLAY, J & DUTTON, D. 1974 *Social Psychological Factors Affecting Health Services Utilization*. Consumer Incentives for Health Care. edited by selma Mushkin. New York: Prodist.
- MÉDICI, A.C. 1990. *O setor privado prestador de serviços de saúde no Brasil: dimensão, estrutura e financiamento*. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística e Escola Nacional de Ciências Estatísticas. Relatórios Técnicos, no 2, 85 p.
- MÉDICI, A.C. 1991. *A medicina de Grupo no Brasil. Série Desenvolvimento de Políticas Sociais no 1*. Brasília: Opas.
- MÉDICI, A.C. 1992. *Os serviços de assistência médica das empresas: evolução e tendências recentes*. Textos para discussão. São Paulo: Iesp/Fundap, dezembro, 48p.
- MÉDICI, A.C. 1992b. Incentivos governamentais ao setor privado de saúde no Brasil. *Revista Brasileira de Administração Pública*. Rio de Janeiro: 26(2):79-115
- MÉDICI, A.C. 1993. *Gastos com saúde nas três esferas de governo: 1980–1990*. Instituto de Economia do Setor Público e Fundação de Administração Pública, São Paulo, Brasil. 19 p.
- MÉDICI, A.C. e CAMPOS, M.R. 1992. *Brasil: padrões da morbidade e utilização dos serviços da saúde* (uma análise da PNAD/86). Relatórios Técnicos. RJ: IBGE/ENCE, n 08/92, 126p.
- MENDES, E.V. 1993. *Distrito sanitário — O processo social de mudança das práticas sanitárias do sistema único de saúde*. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 310 p.
- MENDES, E.V. 1996. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec, 300 p.
- NAVARRO, V. 1995 *The Politics of Health Care Reform in the United States, 1992-1994: a Historical Review*. *International Journal of Health Services*, v. 25, n. 2
- NETO, E. 1997. A via do parlamento. pps 63–92 in Fleury, S.M., (organizadora). *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. Lemos Editorial, São Paulo, Brasil.
- NUPES (Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde). 1998. *Resumo informativo sobre a crise dos hospitais federais do Rio de Janeiro*. Documento elaborado para discussão do Projeto Conjuntura e Saúde. RJ:NUPES/Ensp/FIOCRUZ, novembro, 10p.
- O'DONNEL, R. 1987. Transições democráticas e políticas sociais. *Revista de Administração Pública*, 21(4), 9–16.

- OECD - Organisation for Economic Co-operation and Development. 1992. *The reform of health care: a comparative analysis of seven OECD countries*. OECD, Paris, França. 152 p.
- OLIVEIRA, J.A.; FLEURY, S.M. 1989. (In) *Previdência social: 60 anos de história da previdência no Brasil* (2a edição). Editora Vozes, Petrópolis, Brasil. 360 p.
- OPAS - Organização Panamericana de Saúde. 1998a. *Health in the Americas* 1998 edition,
- OPAS - Organização Panamericana de Saúde. 1998b. *Brasil. O perfil do sistema de serviços de saúde*. www.americas.health-sector-reform.org
- PAHO/WHO 1992 *The Public/ Private Mix in the National Health Systems and the Role of Ministries of Health*. Document Reproduction Series. Washington, august, nº 22.
- PNUD/IPEA/FJP/IBGE, 1998. Desenvolvimento humano e condições de vida: Indicadores Brasileiros – *Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil*. Brasília: Pnud/Ipea/FJP/IBGE.
- QUEIROZ, L. G. 1995. *Indução de Novas Práticas de Gestão do Sistema de Saúde: Análise do Componente Normativo do Ministério da Saúde*. Monografia apresentada como conclusão do Curso de Especialização em Saúde Coletiva da Faculdade de Saúde da Universidade de Brasília. Brasília, maio, 51p.
- QUINHÕES, T. 1997 *Novos Padrões Gerenciais no Setor Público no Sistema de saúde Canadense*. Cadernos ENAP. Brasília: ENAP, n.13.
- RIBEIRO, J.; COSTA, N. 1999. Consórcios Municipais no SUS. *Textos para Discussão n. 669*. Brasília: IPEA, setembro, 38p.
- ROEMER, M. 1991 *National Health Systems of the World*. New York: Oxford University Press
- SANTOS, L. 1997. O poder regulamentador do estado sobre as ações e os serviços de saúde. pps. 241-280 in Fleury, S.M., ed., *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. Lemos Editorial, São Paulo, Brasil.
- SANTOS, L. 1998. *Sistema Único de Saúde e o sistema de controle interno e externo*. www.conasems.com.br/lenir1.doc, julho, 10p.
- SANTOS, W. G. 1987 *Cidadania e Justiça – a política social na ordem brasileira*. Rio de Janeiro:Campus, 2ª ed.
- TEIXEIRA, S. M. F. et alii, 1988. *Antecedentes da reforma sanitária. Textos de Apoio*. Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz, 70p.

- TRAVASSOS, C. 1992 *Equity in the Use of Hospitals Contracted by a Compulsory Insurance Scheme in The City of Rio de Janeiro, Brazil, 1986*. Tese de doutoramento. London School of Economics and Political Science.
- VASCONCELOS, E. M., 1999. A priorização da família nas políticas de saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v.23, pp 6 – 19, set/dez.
- VIANA, A L. 1997. Enfoques metodológicas em políticas públicas: novos referenciais para o estudo de políticas sociais in Ana Maria Canesqui (organizadora) *Ciências Sociais e Saúde*. Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, pp 205 – 215.
- VOIGT, R. 1999. *O sistema de assistência à saúde da Eletrobrás*. Monografia de conclusão do curso de graduação em Serviço Social da Universidade Federal Fluminense.
- YOUNG, D. 1990 *Privatizing Health Care: Caveat Emptor*. International Journal of Health Planning and Management. vol.5, 235-270
- WERNECK VIANNA, M. L. 1995. *Articulação de interesses, estratégias de bem-estar e políticas públicas: a americanização (perversa) da seguridade social no Brasil*. Tese de doutoramento pelo Instituto Universitário de Pesquisa do Rio de Janeiro, IUPERJ.

Questionário de Screening

Fundação Getúlio Vargas - FGV
 Escola Brasileira de Administração Pública - EBAP
 Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ
 Programa Interinstitucional de Pesquisa de Demandas Sociais - PRODEMAN
 Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ

Estirão da amostra: _____
 U.F.: 33 - Rio de Janeiro
 Município: 0455 - Rio de Janeiro
 Distrito: 05 - Rio de Janeiro
 Subdistrito: _____
 Setor: _____

Entrevistador: _____ Código: _____
 Data início setor: ____/____/____ Data fim setor: ____/____/____

Nº de ordem da domicílio particular no setor	Endereço (onde não houver, nome do chefe de família)	Ocupação (1) ou vago (2)	Hipertensão arterial		Pré-natal e parto		Diarréia		Nº de questionários preenchidos		Observações
			Nesta casa moram pessoas com 20 anos ou mais? Deitas, quantas tem hipertensão? Foi o médico quem confirmou a doença? Quantas?	Nesta casa moram mulheres que tenham entre 15 e 49 anos? Alguma delas teve parto nos últimos doze meses (1 ano e meio)? Quantas?	Nesta casa mora alguma criança de 5 anos ou menos? Nos últimos 15 dias alguma dessa teve diarreia (evacuação líquida 3 vezes seguidas ou mais)?	Hiper- tensão e parto	Diarréia				
10	10	11									
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
21											
22											
23											
24											
25											
26											
27											
28											
29											
30											
31											
32											
33											
34											
35											
36											
37											
38											
39											
40											
41											
42											
43											
44											
45											
46											
47											
48											
49											
50											
51											
52											
53											
54											
55											
56											
57											
58											
59											
60											
61											
62											
63											
64											
65											
66											
67											
68											
69											
70											
71											
72											
73											
74											
75											
76											
77											
78											
79											
80											
81											
82											
83											
84											
85											
86											
87											
88											
89											
90											
91											
92											
93											
94											
95											
96											
97											
98											
99											
100											
Subtotal											

Questionário de Família – Composição e informações gerais sobre a família

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS - FGV
ESCOLA BRASILEIRA DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA - EBAP

FUNÇÃO OSWALDO CRUZ - FIOCRUZ

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UERJ
PROGRAMA INTERUNIVERSITÁRIO DE PESQUISA DE DINAMICAS SOCIAIS - PRODEMIA

1. Identificação do questionário

Estado Substítulo Número do setor Questionário

2. Características dos membros da família residentes no domicílio

Para maiores de 15 e 49 anos

0 a 5 anos

30 anos ou mais

Número da Pessoa	Nome	Relação com o chefe da família		Idade em anos	Sexo	Frequência escolar		Para maiores de 15 e 49 anos		0 a 5 anos		30 anos ou mais		Há outra pessoa da família morando na casa?
		Descrição	Chefe			Letra	Grado	Letra	Grado	Está gravida? (nº de meses da gestação)	Teve diarréias, vômitos, febre ou outras doenças?	Sufre de hipertensão arterial?	Algo foi confirmado por um médico?	
01														

Relação com o chefe
Chefe 1
Filho(a) 2
Outro parente 3
Agregado 4

Sexo
Homem 1
Mulher 2

Frequência escolar
Sim 1
Nunca frequentou 2
Faltou 3
Nunca frequentou 4

Grau concluído
Ainda não concluiu uma série 0
Primário, ginásio ou 1º grau 1
Científico, clássico, técnico profissionalizante ou normal (2º grau) 2
Faculdade ou 3º grau 3
Especialização, Mestrado, Doutorado 4
Não frequentou e nunca frequentou 5
Ignorado 9

3. Outros moradores não membros da família

Nome	Idade em anos	Relação com o chefe da família	Nome	Idade em anos	Relação com o chefe da família

4. Total de Pessoas

Membros da família (Q.2)

Moradores (Q.2+Q.3)

RELAÇÃO: Empregado (ou parentes destes) Pensionistas (e seus parentes) Convivente

Questionário de Família – Composição e informações gerais sobre a família

6. A família (ou algum de seus membros) tem direito a algum serviço particular de saúde?

- Sim (PROSSIGUA NA PERCURTA 7) 1. 1
 Não (VÁ PARA O QUADRO 9) 1. 3

7. Qual o motivo principal que levou a família a ter um serviço particular de saúde?

- Não nos custa nada 1. 2 O serviço particular é melhor 1. 8
 Não confiamos no serviço público 1. 4 Outras: 1. 0
 O serviço público não atende às 1. 0
 nossas necessidades principais 1. 6 Ignorado 1. 9

8. Características dos serviços particulares de saúde aos quais a família (ou algum de seus membros) tem direito

8.11. Indique o principal serviço particular de saúde ao qual a família tem direito:

Nome: _____ Cód 1 _____

8.12. Quem paga por este serviço?

Membro da família: Morador (indique o número) 1 5 1 1
 Não morador 1 9 9 0

Só o empregador (pessoa física ou empresa) 1 9 9 1

Empregador e membro da família residente (indique o número) 1 9 9 1

Empregador e membro da família não residente 1 9 9 3

Ignorado (ou não respondeu) 1 9 9 3

8.13. 1) Quantos anos a família tem este serviço? (X) (para menos de 1 ano) 1 1 1

2) Como a família considera o valor pago a esse serviço em relação à renda familiar?

Muito importante 1 6

Pouco importante 1 2

Não paga 1 9

8.15. Qual o seu grau de satisfação com este serviço particular de saúde?

... muito satisfeito? 1 5

... insatisfeito? 1 1

... ignorado 1 0

8.16. Antes desse serviço a família teve outros serviços particulares de saúde?

(se não, pule para 8.16) Sim () 1 Não () 3

8.17. Indique os motivos porque a família deixou de serviço particular de saúde:

Troca de emprego Sim () 1 Não () 3

A empresa (ou empregador) trocou de serviço Sim () 1 Não () 3

Alto preço cobrado pelo serviço Sim () 1 Não () 3

Baixa qualidade dos serviços prestados Sim () 1 Não () 3

Excesso de burocracia para o atendimento Sim () 1 Não () 3

Cobita poucos eventos Sim () 1 Não () 3

Era muito distante de casa Sim () 1 Não () 3

Outros, indique: _____ Sim () 1 Não () 3

(se não, pule para o Quadro 9)

5. Observações

.....

8.21. Indique o segundo serviço particular de saúde ao qual a família tem direito:

Nome: _____ Cód 1 _____

8.22. Quem paga por este serviço?

Membro da família: Morador (indique o número) 1 1 5 1 1
 Não morador 1 9 9 0

Só o empregador (pessoa física ou empresa) 1 9 9 1

Empregador e membro da família residente (indique o número) 1 9 9 1

Empregador e membro da família não residente 1 9 9 3

Ignorado (ou não respondeu) 1 9 9 3

8.23. 1) Quantos anos a família tem este serviço? (X) (para menos de 1 ano) 1 1 1

2) Como a família considera o valor pago a esse serviço em relação à renda familiar?

Muito importante 1 6

Pouco importante 1 2

Não paga 1 9

8.25. Qual o seu grau de satisfação com este serviço particular de saúde?

... muito satisfeito? 1 5

... insatisfeito? 1 1

... ignorado 1 0

8.26. Antes desse serviço a família teve outros serviços particulares de saúde?

(se não, pule para 8.26) Sim () 1 Não () 3

8.27. Indique os motivos porque a família deixou de serviço particular de saúde:

Troca de emprego Sim () 1 Não () 3

A empresa (ou empregador) trocou de serviço Sim () 1 Não () 3

Alto preço cobrado pelo serviço Sim () 1 Não () 3

Baixa qualidade dos serviços prestados Sim () 1 Não () 3

Excesso de burocracia para o atendimento Sim () 1 Não () 3

Cobita poucos eventos Sim () 1 Não () 3

Era muito distante de casa Sim () 1 Não () 3

Outros, indique: _____ Sim () 1 Não () 3

(se não, pule para o Quadro 9)

Cód 1 _____

8.28. Quem está coberto por este serviço?

Número 1-Sim 3-Não

01

02

03

04

05

06

07

08

09

10

11

12

13

14

15

8.29. Tem outro serviço particular de saúde?

Sim () 1

Não () 3

(se não, pule para o Quadro 9)

Questionário de Família – Composição e informações gerais sobre a família

Nome: _____		Cód. 1 1 1 1 1	
B.31. Indique o terceiro serviço particular de saúde ao qual a família tem direito:			
Nome: _____			
B.32. Quem paga por este serviço?			
Membro da família: Morador (indique o número) (1 5) (1 5)			
Só o empregador (pessoa física ou empresa) (1 9 9 0)			
Empregador e membro da família residente (indique o número) (1 9 9 1)			
Empregador e membro da família não residente (1 9 9 3)			
Ignorado (ou não respondeu) (1 9 9 9)			
B.33. Há quantos anos a família tem este serviço? (00 para menos de 1 ano)			
01 (1 9 9 9)			
02 (1 9 9 9)			
03 (1 9 9 9)			
04 (1 9 9 9)			
05 (1 9 9 9)			
06 (1 9 9 9)			
07 (1 9 9 9)			
08 (1 9 9 9)			
09 (1 9 9 9)			
10 (1 9 9 9)			
11 (1 9 9 9)			
12 (1 9 9 9)			
13 (1 9 9 9)			
14 (1 9 9 9)			
15 (1 9 9 9)			
B.34. Como a família considera o valor pago a esse serviço em relação à renda familiar?			
Muito importante (1 6)			
Pouco importante (1 2)			
Não paga (1 9)			
Ignorado (1 9)			
B.35. Qual o seu grau de satisfação com este serviço particular de saúde:			
...muito satisfeito? (1 7)			
...satisfeito? (1 5)			
...insatisfeito? (1 1)			
...ignorado? (1 9)			
...não utiliza (1 0)			
B.36. Antes desse serviço a família teve outros serviços particulares de saúde?			
(se não, pule para B.38) Sim () 1 Não () 3			
B.37. Indique os motivos porque a família trocou de serviço particular de saúde:			
Troca de emprego Sim () 1 Não () 3			
A empresa (ou empregador) trocou de serviço Sim () 1 Não () 3			
Alto preço cobrado pelo serviço Sim () 1 Não () 3			
Baixa qualidade dos serviços prestados Sim () 1 Não () 3			
Excesso de burocracia para o atendimento Sim () 1 Não () 3			
Cobria poucos eventos Sim () 1 Não () 3			
Era muito distante de casa Sim () 1 Não () 3			
Outros, indique: _____ Sim () 1 Não () 3			
(se não, pule para o Quadro 9)			
B.38. Quem está coberto por este serviço?			
Número 1 Sim 3 Não			
01 (1 9 9 0)			
02 (1 9 9 0)			
03 (1 9 9 0)			
04 (1 9 9 0)			
05 (1 9 9 0)			
06 (1 9 9 0)			
07 (1 9 9 0)			
08 (1 9 9 0)			
09 (1 9 9 0)			
10 (1 9 9 0)			
11 (1 9 9 0)			
12 (1 9 9 0)			
13 (1 9 9 0)			
14 (1 9 9 0)			
15 (1 9 9 0)			
B.39. Tem outro serviço particular de saúde?			
Sim () 1			
Não () 3			
(se não, pule para o Quadro 9)			

Observações

IC-19-04-01-01

Questionário de Família – Composição e informações gerais sobre a família

9. Características das atividades econômicas dos membros da família

Para pessoas de 10 anos ou mais

Número da pessoa	Nome	Você trabalha?	Apenas para os que trabalham		Renda média (em 3 meses) R\$	Renda de aposentadorias e pensões R\$	Rendas dos ativos fixos e financeiros R\$	Rendas eventuais (média em 3 meses) R\$	Renda Total (soma no Prodemam)
			Posição na ocupação	COD					
99									Total

Você trabalha?

0 Não, nunca trabalhou

1 Não, procurando trabalho

2 Não, aposentado

3 Não, já trabalhou

4 Sim

5 Sim

6 Sim

7 Sim

Posição na ocupação

1 Aposentado ou pensãoista

2 Conta própria em casa

3 Conta própria na rua

4 Empregado

5 Trabalhador doméstico

6 Ignorado

9

Observações

Questionário de Traçador – Hipertensão

FGV/EBAP - FIOCRUZ - UERJ / PRODEMAN

1. Identificação

Estado
 Subdistrito
 Setor
 Nº de ordem do domicílio
 Nº do questionário 2
 Pessoa hipertensa: Número
 Nome:

2. Você tem direito a algum tipo de serviço particular de saúde?

Sim 1
 Não 3 (PULE P/ PERGUNTA 4)

3. Como você considera o valor pago a esse serviço particular de saúde em relação à renda da sua família?

Muito importante 8
 Importante 6
 Pouco importante 4
 Não é importante 2
 Não paga pelo serviço 1
 Ignorado 9

4. Quando você tem algum problema de saúde, qual(is) serviço(s) de saúde você procura?

Nome do serviço	Código do serviço	Público ou Privado
	000	8

Público ou SUS - 1 Privado - 3 Filantropico - 5 Ignorado - 9

5. Você tem algum médico ou instituição que você prefere procurar para tratar de seus problemas de saúde?

Não 00

Cinco Pedras Outras
 Geral espec.

Sim, é um médico ou instituição...
 ...do serviço público de saúde 11...13...15
 ...particular pago por meu plano de saúde (inclui reembolso) 21...23...25
 ...do seu serviço particular de saúde 31...33...35
 ...particular totalmente pago por mim 41...43...45
 Sim, é um serviço...
 ...do público de saúde 51
 ...particular pago por meu plano de saúde (inclui reembolso) 61
 ...particular totalmente pago por mim 71
 Ignorado 99

HIPERTENSÃO - QUESTIONÁRIO 2

6. Pensando no serviço de saúde que você mais utiliza, você considera como problema:

Situação	Marque com X		
	Cod. do problema (1)	Não é problema (2)	Não é problema (3)
Ter que pagar taxas para consultas ou internações	51		
Ter que comprar os remédios	52		
Ter que pagar os exames de laboratório e raios X	53		
Não poder escolher o médico	54		
Ter que enfrentar muita burocracia para o atendimento	55		
Ser muito distante de casa	56		
Ter que esperar muito pelo atendimento	57		
Oferecer serviços de má qualidade	58		
Oferecer instalações de má qualidade	59		

7. Você teve despesas com sua hipertensão nos últimos seis meses ...

...com consultas ou internações? Caso sim, como você classifica esta despesa em relação à renda da sua família?

Muito importante 7
 Importante 5
 Pouco importante 3
 Não foi importante 1
 Não gastou 0
 Ignorado 9

...com medicamentos? Caso sim, como você classifica esta despesa em relação à renda da sua família?

Muito importante 8
 Importante 6
 Pouco importante 4
 Não foi importante 2
 Não gastou 0
 Ignorado 9

...com exames médicos? Caso sim, como você classifica esta despesa em relação à renda da sua família?

Muito importante 7
 Importante 5
 Pouco importante 3
 Não foi importante 1
 Não gastou 0
 Ignorado 9

8. Fora as despesas com hipertensão, você teve despesas com sua saúde em geral nos últimos seis meses...

...com consultas ou internações? Caso sim, como você classifica esta despesa em relação à renda da sua família?

Muito importante 7
 Importante 5
 Pouco importante 3
 Não foi importante 1
 Não gastou 0
 Ignorado 9

...com medicamentos? Caso sim, como você classifica esta despesa em relação à renda da sua família?

Muito importante 8
 Importante 6
 Pouco importante 4
 Não foi importante 2
 Não gastou 0
 Ignorado 9

...com exames médicos? Caso sim, como você classifica esta despesa em relação à renda da sua família?

Muito importante 7
 Importante 5
 Pouco importante 3
 Não foi importante 1
 Não gastou 0
 Ignorado 9

C:\Arq\04\2004\2004001

Questionário de Traçador – Hipertensão

9. Em comparação a outras pessoas da sua idade, você diria que sua saúde é...
- ...muito boa 8
 - ...boa 6
 - ...razoável 4
 - ...ruim 2
 - ...muito ruim 0
 - Ignorado 9

10. Há quantos anos sua hipertensão foi diagnosticada pelo médico?
(use 00 para menos de 1 ano) []

11. Você acha que sua hipertensão afeta as atividades do seu dia-a-dia? / Se sim: Que atividades são afetadas?
- Não 0
 - Sim, trabalho 1
 - Sim, estudo 2
 - Sim, esportes 3
 - Sim, tarefas domésticas 4
 - Sim, atividades sociais e de lazer 5
 - Sim, outras: 6
 - Ignorado 8
 - Digitar na final da série 9

12. Nos últimos 6 meses você teve algum dos seguintes problemas devido à sua hipertensão?

Problemas	Marque com X		
	Contra	Sim (1)	Ignorado (9)
Dor de cabeça	11		
Tonturas ou náuseas	12		
Sensação de confusão	13		
Zumbido nos ouvidos	14		
Falta de ar	15		
Problemas para urinar	16		
Acidente vascular-cerebral, tipo derrame	17		
Algum outro problema? _____	18		

13. Nos últimos seis meses você ficou 3 dias ou mais de repouso por causa da sua hipertensão?
- Não 000000
 - Sim
 - Primeiro episódio - nº de dias (1) []
 - Segundo episódio - nº de dias (1) (*) []
 - Terceiro episódio - nº de dias (1) (*) []
 - Ignorado 999999

(*) Para 98 dias ou mais, preencha 98
(=) Preencher 00 se não houve o episódio

14. Nos últimos seis meses você consultou algum médico para o tratamento da sua hipertensão?
- Sim 01
 - Não. Por quê?
 - Não foi necessário 10
 - Não conseguiu ser atendido. Por quê?
 - Devido à fila 20
 - Por falta de médico 21
 - Outro: 22
 - Não pôde ir ao médico. Por quê?
 - Não foi liberado do trabalho 30
 - Não tinha dinheiro para consulta 31
 - Não tinha dinheiro para passagem 32
 - Não tinha companhia 33
 - Outro: 34
 - Não, por outro motivo. Qual? 40
 - Ignorado 88
 - Digitar na final da série 99

15. E para sua saúde em geral, você consultou algum médico nos últimos seis meses?
- Sim 01
 - Não. Por quê?
 - Não foi necessário 10
 - Não conseguiu ser atendido. Por quê?
 - Devido à fila 20
 - Por falta de médico 21
 - Outro: 22
 - Não pôde ir ao médico. Por quê?
 - Não foi liberado do trabalho 30
 - Não tinha dinheiro para consulta 31
 - Não tinha dinheiro para passagem 32
 - Não tinha companhia 33
 - Outro: 34
 - Não, por outro motivo. Qual? 40
 - Ignorado 88
 - Digitar na final da série 99

16. Nos últimos seis meses você deixou de ir a alguma consulta marcada por médico ou a alguma consulta que era necessário ir?
- Não 0
 - Sim. Por quê?
 - Não foi liberado do trabalho 1
 - Não tinha dinheiro para consulta 2
 - Não tinha dinheiro para passagem 3
 - Não tinha companhia 4
 - Outro: 5
 - Ignorado 8
 - Digitar na final da série 9

Questionário de Traçador – Hipertensão

17. Informações sobre as consultas realizadas nos últimos seis meses:

I T E M	Motivo da consulta		Público/SUS, Filantrópico ou Privado	Qual serviço privado de saúde?		Como se sente em relação a consulta?	Fez outra consulta?	Observações
	Descrição	Cod.		Nome	Cod. consulta?			
01								

Como se sente em relação à consulta?

Muito satisfeito	8
Satisfeito	6
Insatisfeito	4
Muito insatisfeito	2
Ignorado	9

Tipo de Serviço

Público/SUS	1
Privado	3
Filantrópico	5
Ignorado	9

Fez outra consulta?

Sim	1
Não	3

18. Em seu tempo livre, você participa de alguma atividade...

Atividade	Controle	Marque com X					Ignorado
		Sempre (8)	Regularmente (6)	Poucas vezes (4)	Quase nunca (2)	Nunca (0)	
...Religiosa?	21						
...Política?	22						
...Desportiva ou de lazer?	23						
...Promovida por Assoc. de país?	24						
... Promovida por Assoc. de moradores?	25						
Alguma outra?	26						

19. Com que frequência você se reúne com amigos e familiares?

	Controle	Marque com X					Ignorado
		Não tem (1)	Sempre (8)	Regularmente (6)	Poucas vezes (4)	Quase nunca (2)	
Familiares	31						
Amigos	32						

20. Você costuma dividir com outras pessoas suas experiências diárias, sentimentos ou problemas...

- ...sempre 8
- ...regularmente 6
- ...poucas vezes 4
- ...quase nunca 2
- ...nunca 0
- Ignorado 9

21. Como você se sente quando recebe alguma ajuda de seus familiares, amigos ou conhecidos?

- Muito satisfeito 7
- Satisfeito 5
- Insatisfeito 3
- Muito insatisfeito 1
- Não recebe ajuda 0
- Ignorado 9

22. Com que frequência você costuma dividir com outras pessoas os problemas ou sentimentos relacionados à sua hipertensão?

- Sempre 8
- Regularmente 6
- Poucas vezes 4
- Quase nunca 2
- Nunca 0
- Ignorado 9

23. Você recebe ajuda de alguma pessoa quando você tem problemas de hipertensão? / Em caso positivo, como você se sente com relação a esta ajuda?

- Não recebe ajuda 0
- Sim, muito satisfeito 7
- Sim, satisfeito 5
- Sim, insatisfeito 3
- Sim, muito insatisfeito 1
- Ignorado 9

Questionário de Traçador – Diarréia

FGV/EBAP - FIOCRUZ - UERJ / PRODEMAN

DIARRÉIA - QUESTIONÁRIO 3

1. Identificação

Estrato

Subdistrito

Setor

Nº de ordem do domicílio

Nº do questionário 3

Criança que teve diarréia: Número

Nome:

Número da pessoa que prestou as informações

2. A criança tem direito a algum tipo de serviço particular de saúde?

Sim 1

Não 3 (PULE P/ PERGUNTA 4)

3. Como você considera o valor pago a esse serviço particular de saúde em relação à renda da sua família?

Muito importante 8

Importante 6

Pouco importante 4

Não é importante 2

Não paga pelo serviço 1

Ignorado 9

4. Quando a criança tem algum problema de saúde, qual(is) serviço(s) de saúde você procura?

Nome do serviço	Código do serviço	Público ou Privado
	000	8

Público ou SUS - 1 Privado - 3 Filantrópico - 5 Ignorado - 9

5. Você tem algum médico ou instituição que você prefere procurar para tratar dos problemas de saúde da criança?

Não 00

Cinco Pediatra Outras
Geral espec.

Sim, é um médico ou instituição...

...do serviço público de saúde..... 11... 13... 15

...particular pago por meu plano de saúde (inclui reembolso)..... 21... 23... 25

...do seu serviço particular de saúde..... 31... 33... 35

...particular totalmente pago por mim..... 41... 43... 45

Sim, é um serviço...

...do público de saúde..... 51

...particular pago por meu plano de saúde (inclui reembolso)..... 61

...particular totalmente pago por mim..... 71

Ignorado..... 99

6. Pensando no serviço de saúde que você mais utiliza, você considera como problema:

Situação	Código	Marque com X		
		Problema grave (5)	Não é problema (3)	Não é problema (1)
Ter que pagar taxas para consultas ou internações	61			
Ter que comprar os remédios	62			
Ter que pagar os exames de laboratório e raios X	63			
Não poder escolher o médico	64			
Ter que enfrentar muita burocracia para o atendimento	65			
Ser muito distante de casa	66			
Ter que esperar muito pelo atendimento	67			
Oferecer serviços de má qualidade	68			
Oferecer instalações de má qualidade	69			

7. Você teve despesas com a diarréia da criança ...

...com consultas ou internações? Caso sim, como você classifica esta despesa relação à renda da sua família?

Muito importante 7

Importante 5

Pouco importante 3

Não foi importante 1

Não gastou 0

Ignorado 9

...com medicamentos? Caso sim, como você classifica esta despesa em relação à renda da sua família?

Muito importante 8

Importante 6

Pouco importante 4

Não foi importante 2

Não gastou 0

Ignorado 9

...com exames médicos? Caso sim, como você classifica esta despesa em relação à renda da sua família?

Muito importante 7

Importante 5

Pouco importante 3

Não foi importante 1

Não gastou 0

Ignorado 9

8. Você teve despesas com a saúde geral da criança nos últimos seis meses...

...com consultas ou internações? Caso sim, como você classifica esta despesa em relação à renda da sua família?

Muito importante 7

Importante 5

Pouco importante 3

Não foi importante 1

Não gastou 0

Ignorado 9

...com medicamentos? Caso sim, como você classifica esta despesa em relação à renda da sua família?

Muito importante 8

Importante 6

Pouco importante 4

Não foi importante 2

Não gastou 0

Ignorado 9

...com exames médicos? Caso sim, como você classifica esta despesa em relação à renda da sua família?

Muito importante 7

Importante 5

Pouco importante 3

Não foi importante 1

Não gastou 0

Ignorado 9

Questionário de Traçador – Diarréia

9. Em comparação a outras crianças da mesma idade, você diria que a saúde da criança é...
- ...muito boa 3
 - ...boa 6
 - ...razoável 4
 - ...ruim 2
 - ...muito ruim 0
 - Ignorado 9

10. Você acha que a diarréia afetou as atividades do dia-a-dia da criança? / Se sim: Que atividades foram afetadas?
- Não 0
 - Sim, brincar 1
 - Sim, ir a creche ou escola 2
 - Sim, outras: _____ 3
 - Ignorado 8
 - Digitar no final da série 9

11. A criança teve algum dos seguintes problemas por causa da diarréia?

Problemas	Con- trole	Marque com X		
		Sim (1)	Não (3)	Ignor- ado (9)
Febre	21			
Diarréia com muco	22			
Diarréia com sangue	23			
Desidratação	24			

12. Você consultou algum médico para o tratamento da diarréia da criança?

- Sim 01
- Não. Por quê?
- Não foi necessário 10
- Não conseguiu ser atendido. Por quê?
- Devido à fila 20
- Por falta de médico 21
- Outro: _____ 22
- Não pôde ir ao médico. Por quê?
- Não foi liberado do trabalho 30
- Não tinha dinheiro para consulta 31
- Não tinha dinheiro para passagem 32
- Não tinha quem levasse 33
- Outro: _____ 34
- Não, por outro motivo. Qual?
- _____ 40
- Ignorado 88
- Digitar no final da série 99

13. E para a saúde em geral da criança, você consultou algum médico nos últimos seis meses?

- Sim 01
- Não. Por quê?
- Não foi necessário 10
- Não conseguiu ser atendido. Por quê?
- Devido à fila 20
- Por falta de médico 21
- Outro: _____ 22
- Não pôde ir ao médico. Por quê?
- Não foi liberado do trabalho 30
- Não tinha dinheiro para consulta 31
- Não tinha dinheiro para passagem 32
- Não tinha companhia 33
- Outro: _____ 34
- Não, por outro motivo. Qual?
- _____ 40
- Ignorado 88
- Digitar no final da série 99

14. Nos últimos seis meses a criança deixou de ir a alguma consulta marcada por médico ou a alguma consulta que você considerava necessária?

- Não 0
- Sim. Por quê?
- Não foi liberado do trabalho 1
- Não tinha dinheiro para consulta 2
- Não tinha dinheiro para passagem 3
- Não tinha quem o levasse 4
- Outro: _____ 5
- Ignorado 8
- Digitar no final da série 9

Questionário de Traçador – Diarréia
--

15. Informações sobre as consultas da criança realizadas nos últimos seis meses:

I T E M	Motivo da consulta		Púb- lico/SUS, Filantrópico ou Privado	Qual serviço privado de saúde?		Como se sente em relação à consulta?	Fez outra con- sulta?	Observações
	Descrição	Cod		Nome	Cod			
01								

<p>Como se sente em relação à consulta?</p> <p>Muito satisfeito 8</p> <p>Satisfeito 6</p> <p>Insatisfeito 4</p> <p>Muito insatisfeito 2</p> <p>Ignorado 9</p>	<p>Tipo de Serviço</p> <p>Público/SUS 1</p> <p>Privado 3</p> <p>Filantrópico 5</p> <p>Ignorado 9</p>	<p>Fez outra consulta?</p> <p>Sim 1</p> <p>Não 3</p>
---	--	--

16. Em seu tempo livre, você participa de alguma atividade...

Atividade	Con- tro- le	Marque com X					Ignor- ado (9)
		Sem- pre (8)	Regu- lar- mente (6)	Poucas vezes (4)	Quase nunca (2)	Nunca (0)	
...Religiosa?	21						
...Política?	22						
...Desportiva ou de lazer?	23						
...Promovida por Assoc. de pais?	24						
...Promovida por Assoc. de moradores?	25						
Alguma outra?	26						

17. Com que frequência você se reúne com amigos e familiares?

	Con- tro- le	Marque com X					Ignor- ado (9)
		Não sem- pre (1)	Sem- pre (8)	Regu- lar- mente (6)	Poucas vezes (4)	Quase nunca (2)	
Familiares	51						
Amigos	52						

18. Você costuma dividir com outras pessoas suas experiências diárias, sentimentos ou problemas...

- ...sempre 8
- ...regularmente 6
- ...poucas vezes 4
- ...quase nunca 2
- ...nunca 0
- Ignorado 9

19. Como você se sente quando recebe alguma ajuda de seus familiares, amigos ou conhecidos?

- Muito satisfeito 7
- Satisfeito 5
- Insatisfeito 3
- Muito insatisfeito 1
- Não recebe ajuda 0
- Ignorado 9

20. Com que frequência você costuma dividir com outras pessoas os problemas ou sentimentos com relação à saúde da criança?

- Sempre 8
- Regularmente 6
- Poucas vezes 4
- Quase nunca 2
- Nunca 0
- Ignorado 9

21. Você recebe ajuda de alguma pessoa quando a criança tem problemas de saúde? / Em caso positivo, como você se sente com relação a esta ajuda?

- Não recebe ajuda 0
- Sim, muito satisfeito 7
- Sim, satisfeito 5
- Sim, insatisfeito 3
- Sim, muito insatisfeito 1
- Ignorado 9

Questionário de Traçador – Pré-Natal e Parto

FGV/EBAP - FICRUZ - UERJ/PRODEMAN

1. Identificação

Estado
 Subdistrito
 Setor
 Nº de ordem do domicílio
 Nº do questionário 4
 Mãe ou mulher grávida: Número
 Nome:
 Número da pessoa que prestou as informações

2. Você tem direito a algum tipo de serviço particular de saúde?

Sim 1
 Não 3 (PULE P/ PERGUNTA 4)

3. Como você considera o valor pago a esse serviço particular de saúde em relação à renda da sua família?

Muito importante 8
 Importante 6
 Pouco importante 4
 Não é importante 2
 Não paga pelo serviço 1
 Ignorado 9

4. Quando você tem algum problema de saúde, qual(is) serviço(s) de saúde você procura?

Nome do serviço	Código do serviço	Público ou Privado

Público ou SUS - 1 Privado - 3 Filantropico - 5 Ignorado - 9

5. Você tem algum médico ou instituição que você prefere procurar para tratar de seus problemas de saúde?

Não 00

Clínico Geral Pediatra Outros espec.

Sim, é um médico ou instituição...

...do serviço público de saúde 11... 13... 15

...particular pago por meu plano de saúde (inclui reembolso) 21... 23... 25

...do seu serviço particular de saúde 31... 33... 35

...particular totalmente pago por mim 41... 43... 45

Sim, é um serviço...

...do público de saúde 51

...particular pago por meu plano de saúde (inclui reembolso) 61

...particular totalmente pago por mim 71

Ignorado 99

PRÉ-NATAL E PARTO - QUESTIONÁRIO 4

6. Pensando no serviço de saúde que você mais utiliza, você considera como problema:

Situação	Marque com X		
	Cada- trô- fe	Pro- blema seu	Não é pro- blema
Ter que pagar taxas para consultas ou internações	51		
Ter que comprar os remédios	52		
Ter que pagar os exames de laboratório e raios X	53		
Não poder escolher o médico	54		
Ter que enfrentar muita burocracia para o atendimento	55		
Ser muito distante de casa	56		
Ter que esperar muito pelo atendimento	57		
Preferir serviços de má qualidade	58		
Preferir instalações de má qualidade	59		

7. Você teve despesas com sua gravidez...

...com consultas ou internações? Caso sim, como você classifica esta despesa em relação à renda da sua família?

Muito importante 7
 Importante 5
 Pouco importante 3
 Não foi importante 1
 Não gastou 0
 Ignorado 9

...com medicamentos? Caso sim, como você classifica esta despesa em relação à renda da sua família?

Muito importante 8
 Importante 6
 Pouco importante 4
 Não foi importante 2
 Não gastou 0
 Ignorado 9

...com exames médicos? Caso sim, como você classifica esta despesa em relação à renda da sua família?

Muito importante 7
 Importante 5
 Pouco importante 3
 Não foi importante 1
 Não gastou 0
 Ignorado 9

8. Você teve despesas com seu parto...

...com consultas ou internações? Caso sim, como você classifica esta despesa em relação à renda da sua família?

Muito importante 7
 Importante 5
 Pouco importante 3
 Não foi importante 1
 Não gastou 0
 Ignorado 9

...com medicamentos? Caso sim, como você classifica esta despesa em relação à renda da sua família?

Muito importante 8
 Importante 6
 Pouco importante 4
 Não foi importante 2
 Não gastou 0
 Ignorado 9

...com exames médicos? Caso sim, como você classifica esta despesa em relação à renda da sua família?

Muito importante 7
 Importante 5
 Pouco importante 3
 Não foi importante 1
 Não gastou 0
 Ignorado 9

Questionário de Traçador – Pré-Natal e Parto

9. Você teve despesas com sua saúde em geral nos últimos seis meses...

...com consultas ou internações? Caso sim, como você classifica esta despesa em relação à renda da sua família?

- Muito importante 7
- Importante 5
- Pouco importante 3
- Não foi importante 1
- Não gastou 0
- Ignorado 9

...com medicamentos? Caso sim, como você classifica esta despesa em relação à renda da sua família?

- Muito importante 8
- Importante 6
- Pouco importante 4
- Não foi importante 2
- Não gastou 0
- Ignorado 9

...com exames médicos? Caso sim, como você classifica esta despesa em relação à renda da sua família?

- Muito importante 7
- Importante 5
- Pouco importante 3
- Não foi importante 1
- Não gastou 0
- Ignorado 9

10. Em comparação a outras pessoas da sua idade, você diria que sua saúde é:

- ...muito boa 8
- ...boa 6
- ...razoável 4
- ...ruim 2
- ...muito ruim 0
- Ignorado 9

11. Você acha que sua última/atual gravidez afetou as atividades do seu dia-a-dia? / Se sim, que atividades foram afetadas?

- Não 0
- Sim, trabalho 1
- Sim, estudo 2
- Sim, esportes 3
- Sim, tarefas domésticas 4
- Sim, atividades sociais e de lazer 5
- Sim, outras: 6
- Ignorado 8
- Digitar no final da série X. 9

12. Durante sua última/atual gravidez, você teve algum dos seguintes problemas?

Problemas	Marque com X			
	Con- tate	Sim (1)	Não (3)	Ignor- ado (9)
Enjôo, náusea ou vômitos	30			
Inchaço de mãos, pés ou rosto	21			
Incômodo ao urinar	33			
Fraqueza	23			
Muitas contrações	24			
Diminuição dos movimentos do bebê	25			
Sangramento ou corrimento vaginal	26			
Anemia	27			
Pressão baixa	28			
Ameaça de aborto	29			
Ameaça de parto antes do tempo	30			
Outro: _____	31			

13. Durante sua última/atual gravidez, você teve alguma das seguintes complicações?

Complicações	Marque com X			
	Con- tate	Sim (1)	Não (3)	Ignor- ado (9)
Aborto anterior	41			
Pressão alta	42			
Diabetes	43			
Gêmeos em partos anteriores	44			
Outro: _____	45			

14. Durante sua última/atual gravidez, você teve que ficar 3 dias ou mais de repouso?

- Não 000000
- Sim
- Primeiro episódio - nº de dias (*) / /
- Segundo episódio - nº de dias (*) (+) / /
- Terceiro episódio - nº de dias (*) (+) / /
- Ignorado 999999

(*) Para 98 dias ou mais, preencha 98
(+) Preencher 00 se não houve o episódio

15. Você fez consulta pré-natal durante sua última/atual gravidez?

- Sim (VÁ PARA PERGUNTA 16) 01
- Não, Por quê? (APOS RESPOSTA, VÁ PARA PERGUNTA 17)
- Não foi necessário 10
- Não conseguiu ser atendido, Por quê?
- Devido à fila 20
- Por falta de médico 21
- Outro: 22
- Não pôde ir ao médico, Por quê?
- Não foi liberado do trabalho 30
- Não tinha dinheiro para consulta 31
- Não tinha dinheiro para passagem 32
- Não tinha companhia 33
- Outro: 34
- Não, por outro motivo, Qual?
- 40
- Ignorado 88
- Digitar no final de série 99

Questionário de Traçador – Pré.Natal e Parto

16. Indique o número de consultas de pré-natal feitas por mês de gestação na sua última/atual gravidez.
- 1º mês - nº de consultas 1 ..
 - 2º mês - nº de consultas 2 ..
 - 3º mês - nº de consultas 3 ..
 - 4º mês - nº de consultas 4 ..
 - 5º mês - nº de consultas 5 ..
 - 6º mês - nº de consultas 6 ..
 - 7º mês - nº de consultas 7 ..
 - 8º mês - nº de consultas 8 ..
 - 9º mês - nº de consultas 9 ..

Nota: Registre 0 se não fez consulta no mês
8 para 8 ou mais consultas no mês
9 se o número de consultas é ignorado

17. No momento do seu último parto, você teve algum dos problemas seguintes?

Problemas	Marque com X			
	Con- trole	Sim (1)	Não (2)	Ignor- ado (3)
Rompimento da bolsa antes de começar a dilatação	61			
Contrações irregulares	62			
Outros: _____	63			

18. No momento do seu último parto, você teve alguma das seguintes complicações?

Complicações	Marque com X			
	Con- trole	Sim (1)	Não (2)	Ignor- ado (3)
Sangramento anormal	71			
Dificuldade de acomodação do bebê no canal do parto	72			
Falta de dilatação	73			
Sofrimento fetal	74			
O bebê estava sentado	75			
Circulação do cordão umbilical	76			
Hipertensão arterial	77			
Ameaça de parto prematuro	78			
Outro: _____	79			

19. Onde você fez seu último parto?

- Em serviço de saúde particular (Cód.: _____) 1
- público ou SUS 3
- Em casa 5
- Outro: _____ 7
- Ignorado (ou não respondeu) 9

20. Como foi feita a escolha do local de seu último parto?

- Serviço de saúde escolhido..... 1
- ...durante o pré-natal 3
- ...na hora do parto por ser mais perto 3
- ...por encaminhamento de outro serviço que não pôde atender no momento 5
- Foi direto a uma emergência 6
- Não deu tempo de ir a um serviço de saúde 7
- Outro motivo: _____ 8
- Ignorado 9

21. Como foi seu último parto?

- Normal 2
- Cesárea programada 4
- Cesárea não programada 6
- Ignorado 9

22. Após seu último parto, quantos dias você ficou:

- Internada
- De repouso na cama

Nota: Registre 99 para ignorado

23. E para sua saúde em geral, você consultou algum médico nos últimos seis meses?

- Sim 01

Não. Por quê?

- Não foi necessário 10

Não conseguiu ser atendido. Por quê?

- Devido à fila 20
- Por falta de médico 21
- Outro: _____ 22

Não pôde ir ao médico? Por quê?

- Não foi liberado do trabalho 30
- Não tinha dinheiro para consulta 31
- Não tinha dinheiro para passagem 32
- Não tinha companhia 33
- Outro: _____ 34

Não, por outro motivo. Qual?

- 40
- Ignorado 88

Digitar no final da série 99

24. Nos últimos seis meses você deixou de ir a alguma consulta marcada por médico ou a alguma consulta que era necessário ir?

- Não 0

Sim. Por quê?

- Não foi liberado do trabalho 1
- Não tinha dinheiro para consulta 2
- Não tinha dinheiro para passagem 3
- Não tinha companhia 4
- Outro: _____ 5
- 5
- Ignorado 8

Digitar no final da série 9

Questionário de Traçador – Pré.Natal e Parto

25. Informações sobre as consultas realizadas nos últimos seis meses:

I T E M	Motivo da consulta		Púb- co/SUS, Filantropico ou Privado	Qual serviço privado de saúde?		Como se sente em relação à consulta?	Fez outra con- sulta?	Observações
	Descrição	Cód.		Nome	Cód.			
01								

Como se sente em relação à consulta?

Muito satisfeito	8
Satisfeito	6
Insatisfeito	4
Muito insatisfeito	2
Ignorado	9

Tipo de Serviço

Público/SUS	1
Privado	3
Filantropico	5
Ignorado	9

Fez outra consulta?

Sim	1
Não	3

26. Em seu tempo livre, você participa de alguma atividade...

Atividade	Con- tro- le	Marque com X					
		Sem- pre (8)	Regu- lar- mente (6)	Poucas vezes (4)	Quase nunca (2)	Nunca (0)	Ignor- ado (9)
...Religiosa?	21						
...Política?	22						
...Desportiva ou de lazer?	23						
...Promovida por Assoc. de pais?	24						
...Promovida por Assoc. de moradores?	25						
Alguma outra?	26						

27. Com que frequência você se reúne com amigos e familiares?

	Con- tro- le	Marque com X						
		Não tem (1)	Sem- pre (8)	Regu- lar- mente (6)	Poucas vezes (4)	Quase nunca (2)	Nunca (0)	Ignor- ado (9)
Familiars	91							
Amigos	92							

28. Você costuma dividir com outras pessoas suas experiências diárias, sentimentos ou problemas...

...sempre	8
...regularmente	6
...poucas vezes	4
...quase nunca	2
...nunca	0
Ignorado	9

29. Como você se sente quando recebe alguma ajuda de seus familiares, amigos ou conhecidos?

Muito satisfeito	7
Satisfeito	5
Insatisfeito	3
Muito insatisfeito	1
Não recebe ajuda	0
Ignorado	9

30. Com que frequência você costumava dividir com outras pessoas os problemas ou sentimentos relacionados com a sua gravidez?

Sempre	8
Regularmente	6
Poucas vezes	4
Quase nunca	2
Nunca	0
Ignorado	9

31. Você recebeu ajuda de alguma pessoa quando você teve problemas decorrentes de sua gravidez? / Em caso positivo, como você se sente com relação a esta ajuda?

Não recebe ajuda	0
Sim, muito satisfeito	7
Sim, satisfeito	5
Sim, insatisfeito	3
Sim, muito insatisfeito	1
Ignorado	9

32. Como você se sentiu com a ajuda recebida no momento do parto?

Muito satisfeito	7
Satisfeito	5
Insatisfeito	3
Muito insatisfeito	1
Não recebeu ajuda	0
Ignorado	9

33. Alguém acompanhou você no momento do parto?

Não/ ninguém	33333
Marido/companheiro	Sim 1 Não 3 IG 9
Pai/mãe	Sim 1 Não 3 IG 9
Irmão/irmã	Sim 1 Não 3 IG 9
Sogra	Sim 1 Não 3 IG 9
Outros	Sim 1 Não 3 IG 9