



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE ECONOMIA
CURSO DE MESTRADO EM ECONOMIA

GEIDSON UILSON SEIXAS SANTANA

O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NA BAHIA: ASPECTOS SELECIONADOS
ACERCA DA SUA ORGANIZAÇÃO, PLANEJAMENTO E GESTÃO

SALVADOR

2012

GEIDSON UILSON SEIXAS SANTANA

**O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NA BAHIA: ASPECTOS SELECIONADOS
ACERCA DA SUA ORGANIZAÇÃO, PLANEJAMENTO E GESTÃO**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Economia da Faculdade de Economia da Universidade Federal da Bahia como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Economia.

Área de concentração: Economia Regional e Meio Ambiente

Orientador: Prof. Dr. Hamilton de Moura Ferreira Jr.

SALVADOR

2012

Ficha catalográfica elaborada por Vânia Cristina Magalhães CRB 5- 960

Santana, Geidson Uilson Seixas

S232 O Sistema Único de Saúde na Bahia: aspectos selecionados acerca da sua organização, planejamento e gestão./ Geidson Uilson Seixas Santana. – Salvador, 2012.

137f. il.; fig.; graf.; quad.; tab.

Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Economia, Universidade Federal da Bahia, 2012.

Orientador: Prof. Dr. Hamilton de Moura Ferreira Junior.

1. Economia da saúde – Bahia. 2. Saúde - Planejamento. I. Ferreira Júnior, Hamilton de Moura. II. Título. III. Universidade Federal da Bahia.

CDD – 338.433621



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

FACULDADE DE economia

FUNDADA EM 07.02.1905



CURSO DE MESTRADO EM ECONOMIA



TERMO DE APROVAÇÃO

GEIDSON WILSON SEIXAS SANTANA

**“O Sistema Único de Saúde na Bahia: aspectos selecionados acerca da sua Organização,
Planejamento e Gestão”**

Aprovada em 16 de novembro de 2012.

**Dissertação de Mestrado aprovada como requisito parcial para obtenção do
Grau de Mestre em Economia pela seguinte Banca Examinadora:**

Prof. Dr. HAMILTON DE MOURA FERREIRA JR. (ORIENTADOR)
(CME/UFBA)

Prof. Dr. PAULO ANTÔNIO DE FREITAS BALANCO
(CME/UFBA)

Profª Drª JOSENEIDE QUEIROZ FONSECA
(HRS)

Dedico ao usuário exclusivo do Sistema Único de Saúde (SUS), mote desse trabalho, sem o qual o produto final não teria nenhum valor.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao apoio e compreensão dos meus familiares durante todo o curso: Ana Lucia Santana, Maristela Seixas, Gleide Santana, Gleidison Santana, Andrea Barbosa, Joseilton Jr., Magnum Sacramento e Joseilton Neto.

Agradeço as amigas e parceiras do dia a dia, Marta Rossi e Diana Gonzaga, pela paciência, companheirismo, referência e estímulo.

Agradeço a Ana Carla da Cruz Silva e família pela torcida e a amizade.

Agradeço a Ludiara Santos, Jamilly Dias e Danielle Silva e Diana Lima pela atenção e apoio.

Agradeço a Maria Moraes, Luciana Silva, Luiz Rêgo, Lucas Lustosa, Rogério Condá, Andrea Soares, Fernando Victor, Elísia Santos e Victor Husmani pela disponibilidade e incentivo.

Agradeço a toda equipe do Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza do Estado da Bahia - Marco Aurélio, Alexandre Teixeira, Roberval Raimundo, Karina Oliveira, Normacy Araujo, Fábio Di Natale – pela presença, suporte e compreensão.

Agradeço a Martha Teixeira pelo debate das ideias. Cláudia Bacelar pelo suporte no TabWin/Datasus.

Agradeço a Eva Borges pela atenção e incentivo.

Agradeço aos pesquisadores da Unidade de Estudos Setoriais – UNES por todo apoio.

Agradeço ao meu orientador, Prof. Dr. Hamilton Ferreira de Moura Jr. pela oportunidade e disposição.

Por fim, agradeço aos professores, funcionários e colegas do mestrado.

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, (...)”

Constituição da República Federativa do Brasil,
Art. 196

RESUMO

O objetivo deste trabalho é analisar a organização do Sistema Único de Saúde (SUS) na Bahia, visando a apresentar aspectos do seu planejamento e gestão e compreender como a complexidade inerente ao modelo adotado exige uma estrutura de governança de caráter múltiplo. O SUS foi instituído a partir da Constituição Federal do Brasil, de 1988, e, desde então, passou por algumas modificações. Embora o Sistema Público de Saúde do Brasil tenha sido tomado como referência em outros países, sabe-se que este ainda não cumpre totalmente os objetivos definidos em sua concepção, tais como o acesso integral à atenção à saúde. A complexidade que envolve a oferta dos bens e serviços em saúde, em qualquer lugar no mundo, se mostra mais intensa nos países com dimensões espaciais mais amplas, a exemplo do Brasil. Nessas condições mecanismos diversos de governança seriam necessários para o setor de saúde. A análise do Sistema de Saúde Pública do Brasil mostrou que o enfrentamento dos problemas relacionados ao SUS, a exemplo da falta de diagnóstico precoce, deve passar pela construção de um modelo de gestão que garanta o funcionamento ágil e resolutivo dos serviços estatais de saúde. Quando se trata de um sistema como o SUS, as dimensões políticas, administrativas e clínicas estão continuamente inter-relacionadas e determinadas dimensões, em algumas ocasiões, têm dominância em relação a outras.

Palavras-chave: Governança. Sistema Único de Saúde (SUS). Azimute. Planejamento e gestão.

ABSTRACT

The objective of this study is to analyze the organization of the Unified Health System (SUS) in Bahia, seeking to present aspects of their planning and management and understand how the complexity inherent in the adopted model requires a governance structure of multiple character. The SUS was introduced from the Federal Constitution of Brazil in 1988, and since then has undergone some changes. Although the public health system in Brazil has been taken as a reference by other countries, it is known that it still does not fully meet the objectives defined on its conception, such as complete access to health care. The complexity involved in supply of goods and services in the health sector, anywhere in the world, appears more intense in countries with larger spatial dimensions, such as Brazil. Under these conditions, different governance mechanisms would become necessary for the health sector. Analysis of the Brazilian Public Health System showed that the confrontation of problems related to SUS, such as the lack of early diagnosis, should pass by the development of a management model that ensures an agile and resolute operation for the State health services. In the case of a system such as SUS, the political, administrative and clinic dimensions are continuously interrelated and some dimensions, in certain cases, have dominance over others.

Keywords: Governance. Unified Health System (SUS). Azimuth. Planning and management.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 –	Síntese cronológica de iniciativas relevantes no que tange ao processo de formação do sistema de saúde do Brasil	24
Figura 1 –	Sistema de Saúde	29
Figura 2 –	Interação entre agentes e agências no SUS	30
Quadro 2 –	Modelos de Sistemas de Saúde	31
Quadro 3 –	Cronologia da Forma de Organização do Sistema de Saúde: Brasil	32
Figura 3 –	Atendimento Integral	33
Figura 4 –	Esferas de poder e interação na consolidação do SUS	34
Figura 5 –	“Caminhos da Saúde”	35
Figura 6 –	Integralidade da Assistência – Nível de Atenção	36
Quadro 4 –	Principais pontos das Normas Operacionais do SUS	39
Quadro 5 –	Quadro Síntese: Mecanismos desenvolvidos para a implantação, consolidação e gestão do SUS	41
Figura 7 –	Blocos de Financiamento	44
Quadro 6 –	Conselhos de Saúde por Esfera de Poder	45
Figura 8 –	Estrutura de Financiamento do SUS	47
Quadro 7 –	Origem de Recursos Destinados à Saúde por Esfera de Poder	48
Figura 9 –	Síntese dos componentes de um sistema de saúde	52
Gráfico 1 –	Proporção de mortalidade por DCNT abaixo de 60 anos: país por grupo de renda	59
Gráfico 2 –	Mortalidade proporcional (% do total de mortes, todas as idades), Brasil – 2008	60
Figura 10 –	Taxa Bruta de Óbitos por 100 mil Habitantes por Grupo de Causas e Faixa Etária: Brasil – 2000, 2005 e 2010	61
Quadro 8 –	Capacidade do país para enfrentar e responder a DCNT: Brasil	65
Quadro 9 –	Metas nacionais para o enfrentamento das DCNT: 2011– 2022	66

Quadro 10 –	Diretrizes e principais ações para o enfrentamento das DCNT no Brasil: 2011– 2022	67
Gráfico 3 –	Taxa bruta de mortalidade (óbitos/100.000 habitantes) por câncer por unidades federativas do Brasil em 2000, 2005 e 2010	70
Figura 11 –	Taxa de mortalidade das cinco localizações primárias mais frequentes, ajustadas por idade, pela população mundial, por 100 mil: Brasil 2000 – 2010	71
Figura 12 –	Estimativa para o ano de 2012 de número de casos novos de câncer, por região	73
Figura 13 –	Taxa bruta de óbitos por 100 mil habitantes por grupo de causas e faixa etária: Bahia – 2000, 2005 e 2010	74
Figura 14 –	Taxa de mortalidade das 5 localizações primárias mais frequentes, ajustadas por idade, pela população mundial, por 100 mil: Bahia 2000-2010	78
Figura 15 –	Síntese do caminho a atenção à saúde: o caso do câncer	104
Figura 16 –	Microrregiões de Saúde – Bahia	105
Figura 17 –	Disposição espacial das equipes de saúde da família e agentes comunitários de saúde: Bahia – 2011	106
Figura 18 –	Disposição espacial do atendimento ambulatorial por categoria de atenção: Bahia – 2011	108
Figura 19 –	Disposição espacial do atendimento hospitalar por categoria de atenção: Bahia – 2011	109
Figura 20 –	Disposição espacial dos serviços de oncologia: Bahia – 2011	110
Quadro 11 –	Localização dos serviços de oncologia que atendem pelo SUS: Bahia – 2011	112
Figura 21 –	Disposição espacial do atendimento por itens específicos: Bahia – 2011	113
Figura 22 –	Disposição espacial de estrutura para diagnóstico: Bahia – 2011	114
Figura 23 –	Disposição espacial de profissionais de saúde com horas de trabalho em áreas específicas: Bahia – 2011	117
Figura 24 –	Disposição espacial do controle de tabagismo e apoio a diagnose e terapia: Bahia – 2011	119

Figura 25 –	Disposição Espacial do Serviço de Radioterapia: Bahia – 2011	120
Quadro 12 –	Serviço de Radioterapia Distribuído por Microrregião de Saúde, Município Estabelecimentos: Bahia – 2011	121

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Comparação do gasto público em saúde	50
Tabela 2 –	Posição da prevalência proporcional de mortalidade por faixa etária, segundo grupo de causas: Brasil – 2000, 2005 e 2010	63
Tabela 3 –	Variação percentual de óbitos por grupo de causa selecionado: Brasil (2000-2005-2010)	68
Tabela 4 –	Estimativa para o ano de 2012 da taxa bruta de incidência por 100 mil habitantes e de número de casos novos por câncer, segundo sexo e localização primária - BR	72
Tabela 5 –	Posição da prevalência de mortalidade por faixa etária, segundo grupo de causas: Bahia – 2000, 2005 e 2010	76
Tabela 6 –	Variação Percentual de óbitos por grupo de causa selecionado: Bahia (2000-2005-2010)	77
Tabela 7 –	Número de Óbitos Motivados por Câncer de Mama e de Próstata por Microrregião de Saúde da Bahia: 2000, 2005 e 2010	79
Tabela 8 –	Estimativas para o ano de 2012 das taxas brutas de incidência por 100 mil habitantes e de número de casos novos por câncer, segundo sexo e localização primária - Bahia	80
Tabela 9 –	Gasto público das três esferas com ações e serviços públicos em saúde, 2000 a 2010 (em R\$ bilhões de 2010, deflacionados pela média anual do IPCA)	84
Tabela 10 –	Gasto público das três esferas com ações e serviços públicos em saúde como proporção do PIB e <i>per capita</i>	85
Tabela 11 –	Produção ambulatorial, valores aprovados por subgrupos: Bahia 2008 – 2011 (em R\$ 1.000)	86
Tabela 12 –	Produção ambulatorial, valores aprovados por procedimento – mama: Bahia 2008-2011 (em R\$ 1.000)	87
Tabela 13 –	Produção ambulatorial, valores aprovados por procedimento – próstata: Bahia 2008-2011 (em R\$ 1.000)	88
Tabela 14 –	Movimentação de AIH, valores aprovados por subgrupos: Bahia 2008 – 2011 (em R\$ 1.000)	90
Tabela 15 –	Movimentação de AIH, valores aprovados por procedimento – mama:	91

Bahia 2008 – 2011 (em R\$ 1.000)

Tabela 16 –	Movimentação de AIH, valores aprovados por procedimento – próstata: Bahia 2008 – 2011 (em R\$ 1.000)	92
Tabela 17 –	Variáveis disponíveis por categoria para o setor de saúde	98
Tabela 18 –	Número de Equipamentos e /ou Serviços selecionados Por Estabelecimentos que Atendem pelo SUS: Bahia – 2011	116
Tabela 19 –	Composição quantitativa dos municípios da Bahia: Censo 2010	117

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AC	Acre
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AIS	Ações Integradas de Saúde
AL	Alagoas
AM	Amazonas
AP	Amapá
AVE	Acidente Vascular Encefálico
BA	Bahia
BH	Belo Horizonte
BR	Brasil
BR	Brasil
CACON	Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
CAP	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CE	Ceará
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CLPS	Consolidação das Leis da Previdência Social
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conferencia Nacional de Saúde
CO	Centro-Oeste

COFINS	Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social
CONASEMS	Conselho de Secretários Municipais de Saúde
CONASP	Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CPMF	Provisória sobre Movimentação Financeira
CSLL	Contribuição Sobre Lucro Líquido
DF	Distrito Federal
DIRES	Diretórios Regionais de Saúde
DRU	Desvinculação de Receita da União
EA	Efeito Aleatório
EC	Emenda Constitucional
EF	Efeito Fixo
ES	Espírito Santo
FAS	Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
FPAS	Fundo de Previdência e Assistência Social
FSE	Fundo Social de Emergência
GO	Goiás
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IAP	Pensões em Instituto de Aposentadoria e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICMS	Imposto de Circulação de Mercadorias e Serviços
IMC	índice de massa corporal
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INCA	Instituto Nacional do Câncer

INPS	Instituto Nacional da Previdência Social
IPCA	Índice de Preço ao Consumidor Ampliado
IPI	Imposto de Produtos Industrializados
IPTU	Imposto Predial e Territorial Urbano
IPVA	Imposto de Veículo Automotivo
IRRF	Imposto de Renda Retido na Fonte
ISS	Imposto Sobre Serviços
ITBI	Imposto sobre Transmissão de Bens Imóveis Intervivos
ITCMD	Imposto Sobre Transmissão <i>Causa Mortis</i> e Doações de Bens e Direitos
ITR	Imposto sobre Território Rural
LC	Lei Complementar
LOPS	Lei Orgânica da Previdência Social
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MA	Maranhão
MAC	Média e Alta Complexidade
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social
MG	Minas Gerais
MRS	Microrregião de Saúde
MS	Ministério da saúde
MS	Mato Grosso do Sul
MT	Mato Grosso
NE	Nordeste
NO	Norte
NOAS	Normais Operacionais da Assistência à Saúde

NOB	Normas Operacionais Básicas
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OMS	Organização Mundial da Saúde
OSS	Orçamento da Seguridade Social
PA	Pará
PA	Produção Ambulatorial
PAB	Piso Assistencial Básico
PAC	Programa de Aceleração do Crescimento
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAIS	Programa de Ações Integradas de Saúde
PB	Paraíba
PDI	Plano Diretor de Investimento
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PE	Pernambuco
PI	Piauí
PIASS	Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento
PIB	Produto Interno Bruto
PIS/PASEP	Programa de Integração Social e de Formação do Patrimônio do Servidor Público
PMC	Projeto Montes Claros
PND	Plano Nacional de Desenvolvimento preconizou
PPA	Plano de Pronta Ação
PPI	Programação Pactuada e Integrada a Assistência
PR	Paraná

PREVSAUDE	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PSA	Antígeno Específico da Próstata
PSF	Programa Saúde da Família
RJ	Rio de Janeiro
RN	Rio Grande do Norte
RO	Rondônia
RR	Roraima
RS	Rio Grande do Sul
SAMDU	Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência
SAMU	Serviços de Atendimento Móvel de Urgência
SC	Santa Catarina
SE	Sergipe
SE	Sudeste
SEI	Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SP	São Paulo
SU	Sul
SUDS	Sistemas Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TO	Tocantins
UCA	Unidade de Cobertura Ambulatorial
UNES	Unidade de Estudos Setoriais

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	19
2	A CONSTRUÇÃO DE UM SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO BRASIL: UMA BREVE INTRODUÇÃO	23
2.1	A SAÚDE APÓS A CONSTITUIÇÃO DE 1988: A IMPLEMENTAÇÃO DO SUS	23
3	AS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS: O CÂNCER DE MAMA E DE PRÓSTATA COMO ELEMENTO DE ANÁLISE	56
3.1	DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NO BRASIL: UMA CONTEXTUALIZAÇÃO	56
3.1.1	Breve introdução conceitual à neoplasia maligna (Câncer)	69
3.2	DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NA BAHIA	74
3.3	O GASTO COM O CÂNCER DE PRÓSTATA E DA MAMA A PARTIR DOS VALORES APROVADOS PELO SUS	81
4	O PLANEJAMENTO DA SAÚDE NA BAHIA: AS POSSIBILIDADES DO AZIMUTE	94
4.1	O QUE É O AZIMUTE	94
4.2	O AZIMUTE COMO INSTRUMENTO DE PLANEJAMENTO	96
4.3	UM EXERCÍCIO EM ATEÇÃO À SAÚDE A PARTIR DO AZIMUTE	100
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	124
	REFERÊNCIAS	

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) refletiu, em sua origem, o momento democrático vivenciado na época do seu processo de construção, com a participação ampla da sociedade neste processo. A partir de elementos que já vinham sendo tratados por vários segmentos coletivos, antes da Constituição Federal do Brasil de 1988, foi concebido um modelo de atenção à saúde de caráter público, com seus custos compartilhados entre todos os membros da sociedade. Esse sistema público tem por objetivo a oferta universal, integral e regionalizada dos serviços de saúde a todo e qualquer cidadão brasileiro. Nessas bases, a saúde foi inscrita na Constituição como um direito social básico¹ vinculado à cidadania. Desse modo, a saúde foi assumida como um direito do cidadão, viabilizado, financeiramente, de forma solidária com a sociedade, cujo funcionamento está vinculado a uma rede de serviços distribuída de maneira sistêmica e organizada em níveis de atenção que possibilite o acesso integral à saúde.

Embora o processo de descentralização tenha revelado a viabilidade e capacidade de expansão do acesso ao SUS, verifica-se que os mecanismos de regionalização, necessários para não tornar o sistema disperso e sem inter-relações municipais, não ocorreram com o fôlego exigido nas Secretarias Estaduais e no Ministério da Saúde. Sendo assim, com a implantação do SUS, foi observada certa ampliação do acesso a programas e ações relacionados ao cuidado, mas, no que tange aos procedimentos de média e alta complexidade, os resultados mostram que estes ainda não conseguem atender plenamente a demanda existente.

O momento de implantação do SUS, que, em relação aos sistemas nacionais de saúde iniciados em outros países, se deu tardiamente, coincidiu com o auge do neoliberalismo. Nesse período as críticas à intervenção do Estado e às políticas públicas eram fortes e encontravam espaço no mundo inteiro. Tal cenário, desfavorável, contribuiu para as principais limitações enfrentadas pelo SUS no que tange à sua consolidação: financiamento insuficiente; serviços na atenção primária abaixo da velocidade e qualidade de atendimento requeridos; precária regionalização e integração dos serviços entre municípios; baixa eficácia e eficiência

¹ Artigo 6º do Capítulo II da Constituição Federal – 1988, do Brasil.

de hospitais; ausência de uma política adequada de pessoal; e ausência de uma reforma sistêmica do modelo de organização e de gestão do SUS.

A Nova Economia Institucional apresentou o conceito de *estrutura de governança*, aplicável, também, ao setor público. Nessa perspectiva, *estrutura de governança* é o arcabouço institucional no qual a transação é realizada, ou seja, é um conjunto de instituições e de agentes diretamente envolvidos na realização e na garantia da transação. A viabilização de uma *estrutura de governança* envolve uma estrutura de custos e benefícios associados à organização das transações. Na *estrutura de governança* existem atributos consistentes e flexíveis, havendo, portanto, formas diversas que se adaptam a determinados tipos de transação. Não existindo uma organização que seja a mais eficiente em relação às demais possíveis. Nessa lógica, não cabe o enfrentamento entre o privado e o público, no sentido de apontar que o primeiro é sempre mais eficiente do que o outro e, por conseguinte, preferível. O que se deve ter em consideração é a especificidade da atividade a ser implementada, ressaltando qual arranjo teria maiores possibilidades de sucesso em cada caso. O ente público encontra-se subordinado a um regime jurídico de direito público, com características diferenciadas do regime jurídico do ente privado. Portanto, há na lógica incutida do direito público o aspecto do interesse do coletivo, ou seja, do conjunto da sociedade (MELLO, 2007; FIANI, 2002).

Conforme Arrow (1963), o setor saúde tem peculiaridades que o diferencia de outros setores da economia, cujas características não seriam incorporadas nas análises por vias clássicas de funcionamento do “mercado”. Em outras palavras, há uma complexidade intrínseca ao setor saúde que torna sua compreensão incompleta, com base nos pressupostos do “mercado competitivo”. Grande parte das características específicas desse setor é derivada do predomínio da incerteza. Na presença da incerteza, a informação ou o conhecimento passa a assumir *status* de uma mercadoria como outra qualquer, portanto, incorrendo em custos de produção e de transação. Nesse sentido, essa mercadoria tende a se concentrar nas mãos daqueles que mais podem gerar ganhos a partir dela.

O debate sobre o SUS enquanto modelo de atenção à saúde e seu caráter público é disseminado e já gerou diversos estudos. Entretanto, ainda existem campos de estudo em aberto sobre essas questões. Os estudos associados à economia da saúde oferecem uma variedade de possibilidades de desenvolvimentos. Nesse sentido, o objetivo deste trabalho é

analisar a organização do Sistema Único de Saúde (SUS) na Bahia, visando a apresentar aspectos do seu planejamento e gestão e compreender como a complexidade inerente ao modelo adotado exige uma *estrutura de governança* de caráter múltiplo. Uma *estrutura de governança* de caráter múltiplo significa a coexistência de diversas formas de governança, que podem envolver o mercado e a concorrência; as firmas com sua estrutura hierárquica e o Estado e os mecanismos de planejamento dialogando com as demais instituições de regulação e/ou de defesa da concorrência. Dessa forma a *estrutura de governança* de caráter múltiplo tem o papel de reunir os diversos instrumentos necessários ao planejamento e a alocação dos recursos econômicos. Portanto, os instrumentos adotados, voltados ao planejamento, estão intrincados com os processos de gestão que lance mão de mecanismos de incentivo, avaliação e controle que possam garantir o funcionamento e acesso aos bens e serviços de maneira ampla.

O SUS se constitui como sistema universal, integral e gratuito para todo cidadão brasileiro. Além desse sistema nacional e público, a constituição registra a possibilidade de atuação do setor privado na área, contudo, de maneira suplementar. Portanto, o cidadão brasileiro tem duas opções para ter acesso à atenção à saúde: via SUS ou pela via privada (de forma indireta, por meio de planos e seguros de saúde; de forma direta, por meio de pagamento por consultas e/ou procedimentos). Apenas 25% da população brasileira tem cobertura pelas vias suplementares (planos e seguros de saúde). Portanto, compreender um sistema que é a única opção para a grande maioria da população mostra-se relevante.

Além dessa introdução, o estudo encontra-se dividido em mais cinco capítulos. O segundo capítulo realizará a síntese do sistema de saúde brasileiro, buscando observar seu processo de construção e os modelos de implementação. Esse capítulo tem o objetivo de caracterizar a complexidade do sistema público de saúde implantado a partir da Constituição Federal do Brasil, de 1988, demonstrando o desafio do SUS, o qual já nasce “grande”, com a pretensão de servir a todos os brasileiros, independente de sua condição econômica e social.

O terceiro capítulo busca fazer um recorte analítico para focalizar a complexidade da realização do planejamento em saúde. Para tanto, escolheu-se, dentre as Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), o Câncer, mais especificamente o câncer de próstata e da mama. Portanto, esse capítulo realiza a análise em um nível micro da saúde, apontando para possíveis

especificidades que envolvem o processo de organização, planejamento e oferta de bens e serviços de saúde.

Por sua vez, o capítulo quatro avalia as possibilidades de uma ferramenta desenvolvida pelo estado da Bahia, o Azimnute/SEI, para auxiliar no processo de planejamento no campo da saúde e da educação. As consultas e as figuras geradas a partir dessa ferramenta são analisadas com base nas relações apresentadas no capítulo três. Dessa forma, realizam-se exercícios com tal ferramenta para tentar perceber seu alcance no que tange aos tipos de doenças selecionadas, e, diante disso, sugerir observações de suas possibilidades no campo do planejamento. Por fim, o último capítulo apresenta as considerações finais deste estudo.

2 A CONSTRUÇÃO DE UM SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO BRASIL: UMA BREVE INTRODUÇÃO

No processo de planejamento e organização de um sistema de acesso à atenção à saúde, é elementar que os gestores distribuídos das três esferas de governo (municipal, estadual e federal), estejam cientes dos caminhos que levam a formação e implantação de um sistema unificado e de pretensão caráter público e gratuito para todo e qualquer cidadão brasileiro.

Nesse sentido, a observação da evolução conceitual e da compreensão acerca da atenção à saúde, a partir de pontos emblemáticos da história, passou a ter papel fundamental no campo das ideias e práticas desenvolvidas pelos diversos setores da sociedade, seja ela em processo de organização ou sistematizada de forma técnica e ideológica.

Portanto, observar como a saúde pública se comportou no período pré e pós-constituição de 1988, assim como, analisar a sua existência e funcionamento, se mostra didaticamente essencial para a contextualização e percepção de uma realidade, devidamente assentada nos aspectos históricos dos fatos que culminam na atualidade do sistema público de saúde do Brasil.

2.1 A SAÚDE APÓS A CONSTITUIÇÃO DE 1988: A IMPLEMENTAÇÃO DO SUS

Antes de adentrar nas características do atual sistema público de saúde do Brasil, pode-se afirmar que em grande parte do período até o estabelecimento da Constituição de 1988, percebe-se que o sistema de saúde brasileiro tinha um caráter individual, com um foco particular e no atendimento fortemente privado. Constituído, em boa medida, por um processo excludente, pois apenas tinham direito garantido de acesso à saúde os trabalhadores formais organizados, supridos pelo sistema previdenciários, e aqueles cidadãos que não estavam cobertos pelo sistema previdenciário, só teriam esse acesso caso possuíssem renda suficiente para pagar uma clínica ou consultório.

Por sua vez, os indivíduos que não se enquadravam em nenhuma dessas categorias, ficavam aos cuidados do pífio modelo de saúde pública ou dos atendimentos filantrópicos. Dessa forma, a participação do Estado na saúde era residual e pontual, sendo esta fortemente

financiada e acessada pelo setor privado (indivíduos/famílias e empresas), direta e/ou indiretamente. Além disso, outra característica do sistema público era a centralização demasiada nas mãos do Governo Federal, o que, aliada a priorização de um sistema privado em detrimento de um sistema público, dificultava oportunizar o acesso à população.

Quadro 1 – Síntese cronológica de iniciativas relevantes no que tange ao processo de formação do sistema de saúde do Brasil

Ano	Especificação	Característica
1910	Departamento Nacional de Saúde Pública – DNSP	Mudança de paradigma: deixa-se de pensar apenas no combate das epidemias
1920	Caixas de Aposentadorias e Pensões – CAP	Permitia acesso à assistência médica e fornecimento de medicamentos aos trabalhadores formais; fragmentado e permitindo variações de regras
1933	Instituto de Aposentadoria e Pensões – IAP	Trabalhadores por categoria; inserção da União no financiamento conjuntamente com as empresas e trabalhadores; modelo “bismarckiano” – financiamento: contribuições do empregado e do empregador
1930	Ministério da Educação e Saúde Pública	Primeiro Ministério que envolve a Saúde diretamente, porém em segundo plano
1942	Ministério da Educação e Saúde	Pilares para compreensão da instituição saúde como um direito universal
1942	Serviço Especial de Saúde Pública – SESP	Saneamento, profilaxia da malária e assistência médico-sanitária aos trabalhadores da região, inicialmente, na Amazônia, depois, atuando em regiões distantes e de perfil socioeconômico desigual
1948	Plano Salte – Saúde, Alimentação, Transporte e Energia	Plano econômico envolvendo o setor saúde de forma específica. Não deslançou por falta de recurso.
1949	Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência – SAMDU	Atendimento domiciliar, financiamento consorciado entre todos os IAP’s e CAP’s restantes e o atendimento universal - limitado aos casos de urgência
1953	Ministério da Saúde	Promoção da saúde e da prevenção de doença: campanhas de vacinação e controle de endemias para toda a população, sem distinção; autônomo da educação, mas recebendo apenas aproximadamente 30% do total de recurso destinado ao então Ministério da Educação e Saúde
1960	Lei Orgânica da Previdência Social – Lei nº 3.807	Torna uniformes as regras normativas da seguridade social, mas mantendo a organização institucional segmentada
1963	Fundo de Assistência e Previdência do Trabalhador Rural	Segurados rurais ou dependentes rurais passam a ter o acesso, através do sistema IAP’s, à assistência à maternidade; auxílio doença; aposentadoria por invalidez ou velhice; pensão aos beneficiários em caso de morte; assistência médica e auxílio funeral
1966	Instituto Nacional da Previdência Social – INPS	Unifica os IAP’s, para dirimir os desgastes da segmentação institucional e viabilizar eficiência no sistema vigente; torna todo trabalhador urbano, com carteira assinada, contribuinte e beneficiário do sistema estabelecido

1967	Decreto Lei nº 200	Estabelece competências do MS: atividades médicas e paramédicas; ação preventiva em geral; vigilância sanitária de fronteiras e de portos marítimos, fluviais e aéreos; controle de drogas, medicamentos e alimentos e de pesquisas médico-sanitárias; formulação e coordenação da política nacional de saúde
1968	Plano Nacional de Saúde	Universalização do acesso e a integralização da assistência médica no MS; a privatização da rede pública e a adoção do preceito da livre escolha do profissional e do hospital de preferência do paciente
1974	Plano de Pronto Ação – PPA	Desvincula, ao menos no que tange à emergência, o acesso à assistência médica da contribuição da previdência
1974	Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social – FAS	Disponibilização de empréstimos com juros subsidiados aos hospitais privados, atuantes no sistema de assistência à saúde
1975	Lei nº 6. 229	Organização do Sistema de Saúde Nacional e estabelecimento das competências do Ministério da Saúde e do Ministério da Previdência e Assistência Social
1975	Projeto Montes Claros - PMC	Aplicação dos princípios de regionalização, hierarquização, administração democrática e eficiente; integralidade da assistência à saúde; atendimento por auxiliares de saúde à população participativa
1976	Consolidação das Leis da Previdência Social – CLPS	A incorporação dos cidadãos da zona rural à cobertura, onde estes trabalhadores passaram a ter acesso, mesmo de forma condicionada, à disponibilidade orçamentária e aos serviços de assistência médico-hospitalar
1976	Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento – PIASS	Atuação no Nordeste: estrutura básica e permanente de saúde pública para solução de problemas médico-sanitários de maior reflexo social
1977	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS	Gestão administrativa do complexo criado a partir do INPS, que passou a ser o grande comprador de serviços privados de saúde
1977	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social – SINPAS	Prestação da assistência médica - o principal fluxo de recurso ao SINPAS advém das contribuições, mensurado pela aplicação das alíquotas sobre o salário
1977	Fundo de Previdência e Assistência Social – FPAS	Respondia por volume considerável dos recursos federais destinados à saúde, com uma participação média de 80%
1981	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde - Prevsáude	Não chegou a ser implantado, mas levantou pontos úteis para as medidas tomadas em contextos mais favoráveis à sistematização de uma política de saúde nacional
1983	Programa de Ações Integradas de Saúde – PAIS	Inicia o processo de universalização da assistência médica
1984	Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária – Conasp	Visando a racionalização do modelo vigente
1986	Ações Integradas de Saúde – AIS	Maior inserção do setor público: serviços diretos dos estados, municípios; hospitais filantrópicos, públicos e universitários
1987	Sistemas Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS	Consolidação de todos os avanços alcançados até o momento

1986	Assembleia Nacional Constituinte	Estabelecida para discutir e elaborar a nova constituição do Brasil
1986	VIII Conferência Nacional de Saúde – CNS	Saúde como direito de todos: propõe o sistema único de saúde com os princípios da universalidade, integralidade e descentralização, perpassando pela participação popular e controle social
1988	Constituição Federativa do Brasil	Capítulo II, Art. 6º: fica estabelecido que a saúde deva ser um direito social, e define o formato de atuação do Estado nesse segmento

Fonte: Elaboração do autor, 2012

Destaca-se, também, como elemento negativo, a dicotomia existente a partir de determinado momento da atuação institucional, com a existência de duas instâncias com focos diferenciados para a saúde. Destarte, de um lado havia o Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS, o qual tinha mais poder e capacidade de direcionamento devido ao maior volume de recurso disponível na pasta, oriundo da captação das contribuições via trabalhadores formalizados.

De outro lado, havia o Ministério da Saúde, com uma atenção minimizada, no tocante ao recurso para tornar possível uma atuação mais agressiva na propagação dos serviços de saúde pública para a população. Além disso, associadas à força do MPAS, encontravam-se os interesses do setor privado da saúde, o qual era ofertante de serviços ao próprio Estado, e tinha como objetivo precípuo o lucro.

Portanto, o sistema de saúde brasileiro pré-constituição de 1988 teve um processo altamente centrado na atuação do setor privado e no financiamento privado das famílias de forma direta ou indireta, o que tornou esse sistema extremamente desigual, ineficiente e caótico.

A partir da Constituição Federal de 1988, observa-se um novo capítulo relacionado aos direitos sociais. Nesse escopo, o olhar ao acesso à saúde encontra-se descrito nas disposições “Da Ordem Social” da constituição, a qual possui o objetivo claro de conduzir ao bem-estar e à justiça social. Na “Disposição Geral” é contemplado o conceito de seguridade social, absorvendo o direito à saúde que, assim como o direito à previdência e à assistência social, serão assegurados tanto por iniciativas do poder público quanto da sociedade. Contudo, o papel do poder público é discriminado e deve obedecer a objetivos específicos para garantir a organização da seguridade social:

- I - universalidade da cobertura e do atendimento;
- II - uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais;
- III - seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços;
- IV - irredutibilidade do valor dos benefícios;
- V - equidade na forma de participação no custeio;
- VI - diversidade da base de financiamento;
- VII - caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa, com a participação da comunidade, em especial de trabalhadores, empresários e aposentados. (BRASIL, 2010, p. 33).

Dando sequência ao entendimento sobre o acesso ao serviço de saúde, a constituição assevera, na seção II Da Ordem Social, que a saúde é direito de todos e dever do Estado, resguardando o acesso universal e igualitário às ações e serviços concernentes a essa área para toda a população. Por sua vez, o Art. 198 coloca que as ações e serviços públicos de saúde constituem um sistema único baseado na descentralização, no atendimento integral e na participação social (BRASIL, 2010).

O Sistema Único de Saúde brasileiro é descrito de forma mais direta no Art. 4º da lei 8.080 de 1990, denominada de Lei Orgânica da Saúde. Esse artigo descreve que o SUS é formado pelo “conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público”. Além disso, confere a iniciativa privada participar do SUS em caráter suplementar, caso lhe seja conveniente.

Cabe, portanto, ressaltar que o sistema público de saúde brasileiro dá um grande passo, pois sai de um sistema que “garantia” acesso aos trabalhadores formais, em torno de 30 milhões de pessoas, para ofertar serviço a todos através de seu Sistema Único de Saúde, perfazendo, em números atuais, mais de 190 milhões de pessoas, para as quais, em 80% dos casos, a dependência do sistema é total (BRASIL, 2010).

A constituição elege, como de responsabilidade da União, estados, Distrito Federal e municípios, o financiamento do sistema de saúde, por meio do Orçamento da Seguridade Social - OSS e outras fontes. Lembrando que a sociedade é quem torna possível, direta e indiretamente, os recursos necessários ao financiamento do sistema. Além disso, sinaliza que as contribuições sociais advêm dos empregadores (folha de salários, faturamento e lucro), dos trabalhadores e das receitas de concursos de prognósticos.

Ainda em relação ao Orçamento da Seguridade social, o Art. 55 do “Ato das Disposições Constitucionais Transitórias” frisa que será destinado à saúde 30% do total do orçamento, até que seja aprovada a lei de diretrizes orçamentárias.

Compete destaque, no entanto, que no período que envolve a sua criação e sistematização, o SUS enfrentou forte mudança no âmbito da arrecadação e da distribuição dos recursos para diversas áreas. Nesse sentido, mesmo em um ambiente profícuo, em termos das articulações políticas e sociais para a sua implantação, o contexto econômico era deprimido e extremamente desfavorável à consecução desejada pela sistematização da saúde.

Portanto,

A redistribuição das receitas públicas entre as esferas de governo, determinada pela CF/88, e o elevado endividamento público, no ambiente de crise econômica, então presente no país, eram ingredientes que poderiam ter inviabilizado a implantação do sistema, não tivesse a proposta a legitimidade e o suporte político dos movimentos sociais. (PIOLA *et al.*, 2009, p. 114).

Por sua vez, é importante salientar os desafios da implantação do SUS, observando: 1) as dificuldades relacionadas ao seu financiamento na década de 1990; 2) os interesses econômicos hegemônicos envolvidos no setor da saúde; 3) as resistências à descentralização e compartilhamento do protagonismo entre as três esferas do “poder” e instância de controle social; 4) o desequilíbrio, a insuficiência e a desigualdade de distribuição das redes de serviços existentes; 5) capital humano com pouco preparo técnico, gestão caótica e irregular.

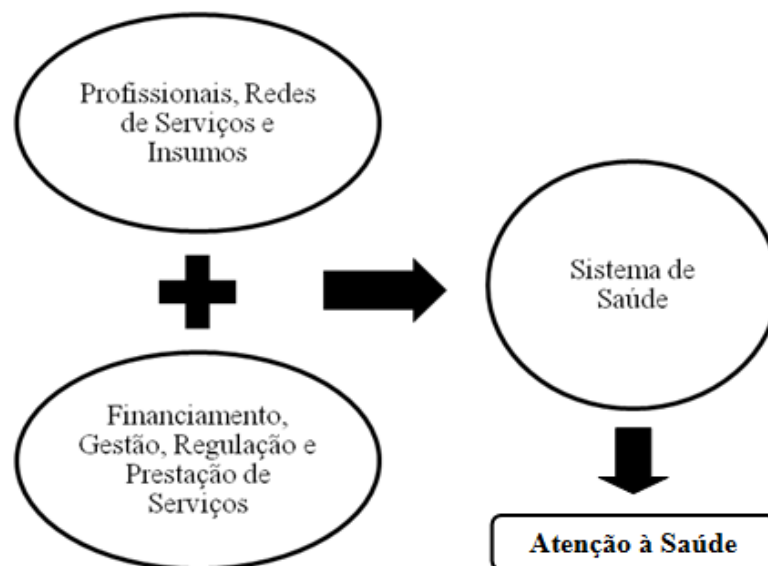
Ademais, ressalta-se que não foi observado, no Orçamento da Seguridade Social, o montante de recurso que lhe era de direito. A regularidade dos recursos canalizados ao OSS sofre de instabilidade, e diversos gastos foram realizados indevidamente com os recursos da OSS, fugindo do escopo da seguridade social. Ainda em relação ao problema do financiamento, a contração de recurso foi o principal problema no início da década de 1990. Sendo que no final desse período, a irregularidade no repasse do recurso ao Ministério da Saúde foi a dificuldade maior, afetando, até os dias de hoje, a execução da política setorial (UGÁ; PORTO, 2008; PIOLA *et al.*, 2009).

Para Mendes (2005), na disputa que fomenta a consolidação do SUS, devem-se observar dois movimentos, a saber: o primeiro, baseado no “princípio da construção da universalidade”, o

qual deveria ser viabilizado pela defesa intermitente de recursos financeiros seguros e suficientes ao sistema; o segundo, baseado no “princípio da contenção de gastos”, calcado na defesa da racionalidade econômica, confluindo para a diminuição do “gasto”, como instrumento de controle do déficit público. “Trata-se de um movimento dialético, pois os dois princípios têm raízes materiais e sociais, que convivem de forma permanente e contraditória, ao longo do processo de implementação do SUS”. (MENDES, 2005, p. 47).

O SUS, o qual pretendido pelo Brasil a partir da constituição de 1988, não pode se furtar de elementos mínimos necessários para se constituir um sistema de fato. Além disso, deve-se ter claro qual é o objetivo de um sistema de saúde desenhado em uma nação. O caso brasileiro, o objetivo do SUS, dentre outras coisas, é promover acesso à saúde para toda a sua população. Em outras palavras, garantir atenção à saúde a todos, independente das condições socioeconômicas. Portanto, os elementos necessários são observados na figura abaixo:

Figura 1 – Sistema de Saúde



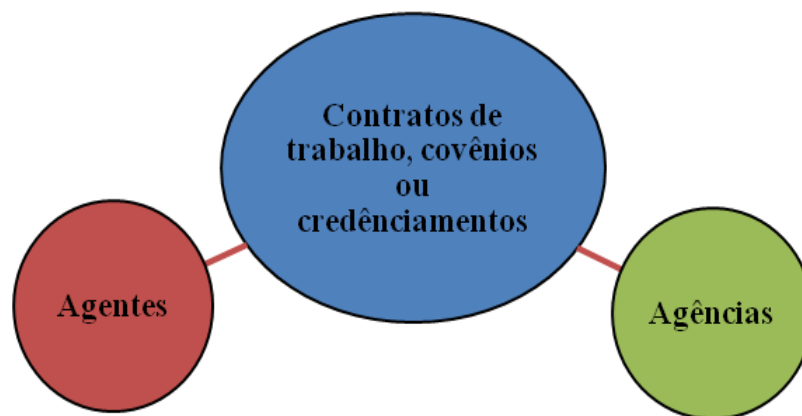
Fonte: Elaboração do autor, 2012

A Figura 1 acima se relaciona com o seguinte conceito:

Sistema de saúde é o conjunto de relações políticas, econômicas e institucionais, responsáveis pela condução dos processos referentes à saúde de uma dada população, que se concretizam em organizações, regras e serviços, que visam alcançar resultados condizentes com a concepção de saúde prevalecente na sociedade. (LOBATO; GIOVANELLA, 2008, p.107).

Desse modo, observa-se que o sistema, caracterizado até o momento, é composto por um conjunto de agências (instituições e empresas) e agentes (profissionais e trabalhadores da área) com o objetivo claro de assegurar às pessoas acesso à saúde (PAIM, 2009). Pode-se visualizar a interação desses entes da seguinte forma (FIGURA 2):

Figura 2 – Interação entre agentes e agências no SUS



Fonte: Elaboração do autor, 2012

Dessa forma, percebe-se a construção do SUS no bojo de um processo fortemente influenciado pela noção de bem-estar e justiça social, sendo componente presente em sua essência a noção de direito social, direito ao acesso à saúde, amparado por toda a sociedade (“responsabilidade solidária”) e organizado pelas estâncias governamentais com a participação do controle social. Portanto, o SUS resulta dessa vontade da sociedade de mudar a forma que o Brasil garantia aos seus cidadãos a atenção à saúde.

Nesse sentido, é a percepção histórica de uma sociedade que irá caracterizar a formatação de seu sistema. Além disso, a relação existente entre a sociedade e a responsabilidade que ela absorve conduzirá a organização e o funcionamento do sistema de saúde adotado, tendo reflexos na saúde de cada cidadão, sendo, portanto, uma relação mútua.

A proteção à saúde será tanto mais ampla quanto mais a sociedade entender a saúde como um problema coletivo, não de cada indivíduo ou família, mas de todos os cidadãos. (...) a proteção à saúde mais ampla está relacionada a sistemas de saúde universais, públicos e que incorporam a proteção à saúde como à cidadania. (...) os países que alcançaram os melhores indicadores de

saúde são aqueles que apresentaram sistemas universais e públicos com base solidária de financiamento (LOBATO; GIOVANELLA, 2008, p. 110 - 111).

A título de comparação, segue abaixo (QUADRO 2) modelos de sistema de saúde conforme a literatura:

Quadro 2 – Modelos de Sistemas de Saúde

Formas de	Sistema de Saúde		
	Seguro Social	Seguridade Social	De Cunho Liberal
Acesso	Meritocrático – Garantido via contribuição à previdência social	Universal	“Organizado” pelo mercado
Financiamento	Contribuições sobre a folha de salários (individualizada e identificável)	Impostos gerais e diretos	Gasto privado (direto + planos e seguros de saúde)
Controle	Estado	Estado	Mercado
Modificações no tempo	Incorporação de tributos gerais (viabilização ao acesso universal à atenção à saúde) e gasto privado; criação de fundo de redistribuição – sistema de solidariedade intergrupos.	Convivência com gastos privados (no máximo 30% do gasto)	Introdução da intervenção estatal: programas <i>Medicare</i> (Aposentados e seus dependentes - Contribuições sobre a folha de salários) e <i>Medicaid</i> (Pobres – impostos gerais)

Fonte: Elaboração do autor, 2012

O modelo brasileiro pretende-se universal, e busca atender de forma equânime todos os cidadãos. Nesse tipo de modelo, o qual é apontado como um dos mais eficientes, realizando mais com menos recursos, os serviços normalmente são prestados diretamente pelo Estado. Há espaço para a atuação do setor privado, porém, mesmo com essa participação, o Estado se configura como principal comprador dos serviços, possibilitando-lhe a definição dos que serão prestados, e uma capacidade de controle dos seus custos. Dessa forma, há possibilidade de equalização dos serviços prestados em todo o país.

Do ponto de vista do financiamento, quanto maior a participação do setor público maior será igualdade de acesso à atenção à saúde e garantia do direito à saúde. Além disso, a abrangência da cobertura dependerá da capacidade reguladora do Estado. Por outro lado, a chamada consolidação do SUS perpassa pelo ajuste da sua gestão, associado ao fluxo regular de recursos.

Efetivar a mudança do modelo de atenção, garantir a integralidade do atendimento, mediante a organização dos fluxos de cuidado para assegurar acesso a todos os níveis, articular prioridades locais e nacionais, implantar políticas capazes de responder às necessidades da população, assegurar disponibilidade dos serviços necessários, e desenvolver capacidades para a gestão dos serviços em todas as esferas de governo foram, e em certa medida continuam sendo, exigências para que o sistema, preconizado pela Constituição, convertesse-se em realidade. (PIOLA *et al.*, 2009, p. 115).

No que tange ao modelo adotado no Brasil, Paim (2009) coloca que “na realidade, (...), ainda se vê no Brasil atual uma mistura dos três tipos de proteção social, com consequências negativas para o desenvolvimento do SUS e para a consolidação de uma cidadania plena” (p. 41). Cronologicamente pode-se inferir da seguinte forma:

Quadro 3 – Cronologia da Forma de Organização do Sistema de Saúde: Brasil

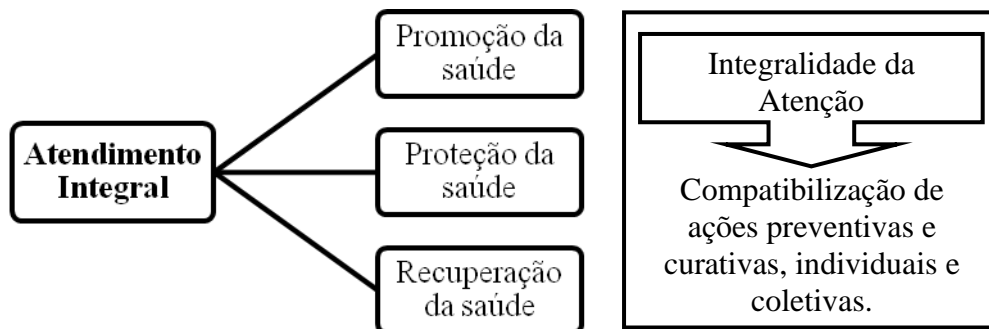
Período	Forma de Organização
Até 1920	Assistencialismo ou modelo <i>residual</i> – Proteção social incipiente
A partir de 1930	Seguro Social – trabalhadores urbanos
A partir de 1988 (Constituição)	Seguridade Social – Não consolidada

Fonte: Elaboração do autor, 2012

Contudo, baseado na concepção de seguridade social, o SUS preconiza uma sociedade solidária e democrática, movida por valores de igualdade e de equidade, sem discriminação ou privilégios. Nessa linha, o acesso à atenção à saúde deve ser universal, possibilitando a todos os brasileiros usufruir do serviço o qual necessita sem barreiras e interrupções, seja de cunho legal, econômico, físico ou cultural.

Portanto, nessa ótica, o atendimento deve ocorrer de maneira integral. O “atendimento integral” abrange três dimensões: 1) promoção da saúde – visa fomentar, cultivar, estimular, por intermédio de medidas gerais e inespecíficas, a saúde e a qualidade de vida das pessoas e das comunidades. Tem como princípio a atuação sobre as “causas das causas”, ou seja, nos determinantes socioambientais, cultivando o bem-estar e a qualidade de vida; 2) proteção da saúde – visa reduzir ou eliminar riscos, por meio de ações específicas. Adotando medidas baseadas em conhecimento científico que permite identificar fatores de risco e de proteção e 3) recuperação da saúde – visa diagnóstico precoce, tratamento oportuno e limitação do dano, evitando complicações ou sequelas (PAIM, 2009).

Figura 3 - Atendimento Integral



Fonte: Elaboração do autor, 2012, a partir BRASIL, 2009, Diretriz Constitucional para Ações e Serviços público de saúde

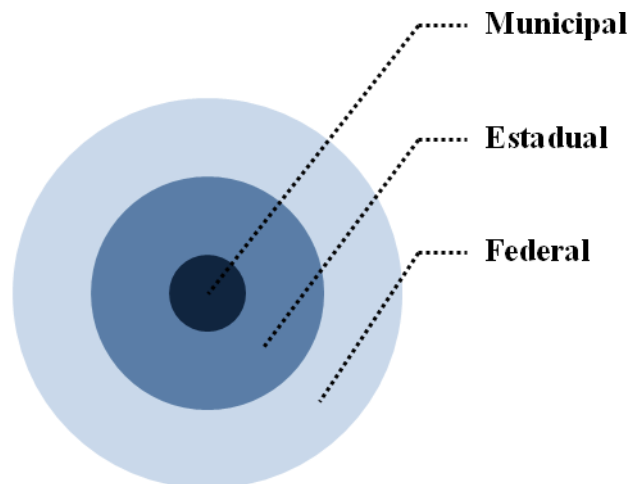
O Brasil é notadamente um país de grandes proporções espaciais, com distinções geográficas e peculiaridades regionais que afeta, sobremaneira, a consecução do atendimento integral na Saúde. O modelo para o enfrentamento desse desafio encontra-se fundado na descentralização do SUS. Dessa forma, a gestão do sistema de saúde passa para os municípios, com a consequente transferência de recursos financeiros para União e/ou estados, além da cooperação técnica. O que esse modelo busca é possibilitar que decisões ocorram nos municípios, estados e distrito federal, por meio de suas respectivas secretarias de saúde, cabendo ao órgão da União, o Ministério da Saúde, fazer a coordenação desse processo. É importante verificar como a descentralização se dá de fato, ou seja, o que habilita e tornar viável a transposição do poder técnico-político-administrativo para a esfera local (município). É no município que a descentralização se concretiza. Contudo, essa realização deve ocorrer de maneira conjunta entre as três esferas de governo. Sendo assim, o resultado esperado seria uma maior organicidade nos serviços de saúde pública ofertados, possibilitando acesso e cobertura mais satisfatoriamente. Além de condicionar à gestão pública, interação para o controle da oferta privada, consequentemente, favorecendo a otimização dos recursos públicos (VIEIRA, L. *et al.*, 2007).

Assim, o desenho da descentralização não descarta a interação entre as esferas, pelo contrário, preconiza, conforme descreve Paim (2009), que,

se um município não é capaz [de] garantir o atendimento de [algum] caso, deve estabelecer pactos com outras secretarias municipais que disponham

dos serviços em outros níveis do sistema, inclusive recorrendo ao apoio da secretaria estadual de saúde. Do mesmo modo, se um estado não pode resolver no seu território situações mais complexas, deve recorrer ao suporte do Ministério da Saúde, gestor nacional do SUS. (PAIM, 2009, p. 56-57).

Figura 4 – Esferas de poder e interação na consolidação do SUS²



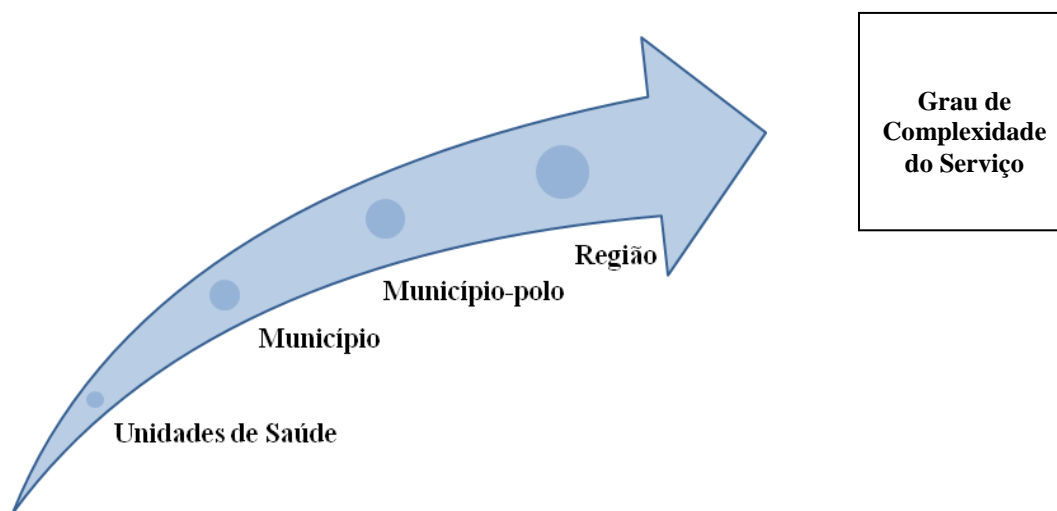
Fonte: Elaboração do autor, 2012

A Figura 4 acima conforma a ideia de que o SUS envolve as três esferas de poder legalmente constituídas. Cada uma dessas esferas exerce funções específicas, que visam possibilitar a existência do sistema. Nesse sentido, a *esfera federal*, por meio do MS, tem a função de formular a política nacional de saúde, de planejar, de criar normas, de avaliar e utilizar instrumento para o controle do SUS. Por sua vez, a *esfera estadual* tem a função de desenvolver programas e projetos federais, elaborar a política estadual de saúde, além de coordenar e planejar o SUS no âmbito estadual, em conformidade com as normas federais. Os recursos aplicados para o funcionamento das atividades da *esfera estadual* são próprios e da União. Por fim, a *esfera municipal* tem a função de atuar em parceria com as *esferas federal e estadual* para o desenvolvimento de programas e projetos, como também, poderá estabelecer, quando necessário, parceria com outros municípios. Além disso, o poder municipal deve elaborar a sua política de saúde; coordenar e planejar o SUS no âmbito municipal em conformidade com as normas federais e o planejamento estadual. Para tanto, os recursos aplicados nos municípios são próprios, estaduais e da União.

²Em termos de rigor, dever-se-ia considerar as esferas de poder em quatro níveis, motivado pela existência do Distrito Federal como categoria ímpar na formação federativa do Brasil. Contudo, a cargo de simplificação, aqui, o DF encontra-se incluso no mesmo patamar dos estados membros.

Por sua vez, é necessário ter-se em mente que o SUS é o conjunto de ações e serviços públicos de saúde. Nesse âmbito, as três esferas, descritas acima, deveriam se articular para formar uma rede de base regionalizada e hierarquizada, organizada a partir das diretrizes da descentralização, integralidade e participação da comunidade. Nesse sentido, o caminho a ser percorrido pela atenção à saúde deveria obedecer a critérios e graus conforme a real necessidade do “demandante”, de acordo com a ilustração abaixo:

Figura 5 – “Caminhos da Saúde”



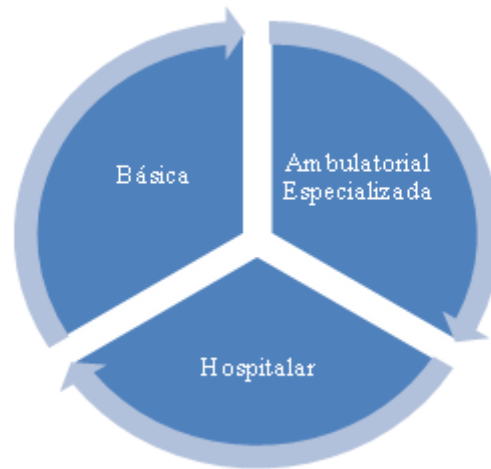
Fonte: Elaboração do autor, 2012

Por sua vez,

nos primeiros anos da implantação do SUS, muita ênfase foi concedida à descentralização e à busca de financiamento. Poucas foram as iniciativas para a organização dos serviços e para reorientação do modelo de atenção. Desse modo, as redes regionalizadas e hierarquizadas propostas pela Constituição e Lei Orgânica da Saúde ainda se encontram muito incipientes. (PAIM, 2009, p. 59).

Em termos de divisão, a saúde encontra-se em níveis de atenção, os quais conformam a integralidade do sistema de saúde. A classificação de cada nível é focada no grau de complexidade envolvido para a solução do problema ou na busca da prevenção do problema. Assim, do ponto de vista do nível de atenção, o SUS se configura da seguinte maneira:

Figura 6 - Integralidade da Assistência - Nível de Atenção



Fonte: Elaboração do autor, 2012

Dessa forma, na sequência do processo de implantação do SUS, a descentralização das ações e serviços de saúde vem sendo realizada, desde então, de forma gradual. Foram estabelecidas diversas Normas Operacionais Básicas – NOB's, iniciadas em 1991. As NOB's buscavam estabelecer condições ligadas à gestão local do sistema de saúde, para realizar repasse de recursos e transferir, mesmo que de forma parcial, poderes ao gestor local, para assim, promover o desenvolvimento das ações necessárias ao avanço do sistema de saúde. Nesse sentido, buscava fomentar a construção de planos, fundos e conselhos de saúde.

Além disso, ao logo do estabelecimento das diversas NOB's, estreitaram-se as relações entre o governo central e o municipal, sendo um avanço positivo em direção à municipalização da saúde, com o surgimento das transferências fundo a fundo, o que flexibilizou a forma de repasse de recurso, não exigindo o mecanismo dos convênios. Como também, foram se estabelecendo os níveis de gestão municipais e estaduais, conformando-lhes responsabilidades administrativas e financeiras distintas. Assim, quanto mais autonomia na gestão, mais cobrança havia por parte da União às outras esferas da federação, seja municipal ou estadual. As diversas NOB's constituídas exerceram o papel de catalisador no processo dessa descentralização desejada no sistema de saúde brasileiro.

Por outro lado, o sistema de alocação de recurso baseado nas NOB's apontou para alguns problemas. A partir de 1991, essa alocação ocorria com base nos serviços realizados (ambulatorial e hospitalar). Sendo a Autorização de Internação Hospitalar (AIH) faturadas

por diferentes prestadores de serviços, remunerada por procedimento e não pela quantidade de atos médicos efetuados em cada internação. As atividades ambulatoriais eram remuneradas com base em valores estabelecidos em tabela específica, de acordo com cada tipo de atendimento ambulatorial.

Dessa forma, a distribuição dos recursos era determinada pela capacidade instalada. Portanto, concentrava-se nas regiões com melhores condições socioeconômicas e sanitárias. Esse processo resultou na consolidação das diferenças regionais já existentes; valorizou e reduziu a atenção à saúde, à prestação de ações médico-assistenciais, desconsiderando a importância das ações de alcance coletivo. Além disso, contribuiu para limitar a relação com instância local a mecanismos de compra e venda de serviços, deslocando o papel do ente local no processo da descentralização. No ano de 1993, ocorrem algumas mudanças favoráveis à introdução de níveis de autonomia para a gestão das esferas infranacionais.

Contudo, a distribuição geográfica de recursos permaneceu parecida com a anterior, por manter os critérios de repasse para as instâncias locais que não preenchessem os requisitos, nem as responsabilidades estabelecidas para os estágios de gestão mais avançados, e por estimar o repasse ‘fundo a fundo’ a partir de séries históricas dos valores alocados (ÚGA; PORTO, 2008).

Outro instrumento importante no caminho da descentralização foi o Piso Assistencial Básico (PAB), que, diferente das NOB's, transfere recurso direto aos estados e municípios para realizar ações de atenção básica, sem priorizar a capacidade instalada da oferta de serviço. Esse modelo de repasse é transformador, por possibilitar a mitigação das desigualdades regionais promovida pelo critério de estrutura e capacidade de gestão local para definir o repasse de recurso.

Mas, se por um lado, essas medidas foram importantes no processo de descentralização, de maior produtividade e de efetividade das ações de saúde, por outro, houve uma propagação de equipamentos públicos de saúde nos municípios, sem que os mesmos atendessem aos critérios da economicidade, não sendo rara a verificação de ociosidade e atuação fora de escala, em hospitais com taxas de ocupação irrisórias. À medida que o processo de descentralização foi se aprofundando, além dos seus benefícios, foram surgindo problemas, nos quais os gestores

municipais não estavam preparados para atuar, e, em muitas vezes, contribuíam para o seu afloramento.

Portanto, os municípios “de maior porte começaram a ensaiar políticas de restrição do atendimento a pacientes de municípios vizinhos, com redes assistências menos resolutivas. [Bem como, municípios] que encaminhavam seus [pacientes] para atendimento em outras localidades” (PIOLA *et al.*, 2009, p. 118).

A partir de 2001, foram introduzidas as Normas Operacionais da Assistência à Saúde – NOAS’s. Em relação às NOB’s, ocorrem mudanças nos critérios para habilitação dos municípios, passando a exigir uma relação mais articulada entre o município e a região ao qual está inserido. Essa medida tem como foco mitigar os problemas distributivos e criar fluxo para acesso dos demandantes de serviços de saúde. Além disso, deu ênfase no papel central dos municípios na atenção básica.

Destaca-se, com as NOAS, a instituição do Plano Diretor de Regionalização (PDR), como o objetivo de definir as diretrizes para a organização regionalizada da assistência, buscando estabelecer sistemas de atenção funcionais e resolutivos em seus diversos níveis. Esse mecanismo deveria ser estabelecido pelo gestor estadual, com a participação do conjunto dos municípios, contendo divisão do território estadual em regiões e microrregiões de saúde, definidos a partir de critérios sanitários, epidemiológicos, geográficos, sociais, de oferta de serviços e de acessibilidade. Por sua vez, estabelecidas a divisão territorial, o PDR realizaria o diagnóstico dos problemas de saúde de maior frequência e estabeleceria prioridades de intervenções.

Ainda em relação ao PDR, para realizar suporte em nível de atenção básica, um ou mais municípios poderiam firmar módulos assistenciais resolutivos, atuando em nível da média complexidade. Além disso, o PDR deveria conter fluxos de referências para todos os níveis de complexidade e dispositivos de relacionamento intermunicipal, bem como formação de redes assistenciais específicas.

A Programação Pactuada e Integrada à Assistência (PPI) é outro mecanismo importante do ponto de vista da definição da gestão e alocação de recurso, conforme critérios específicos,

como objetivo de viabilizar o acesso equânime aos serviços de saúde para a população brasileira no que tange a todos os níveis de complexidade. Dessa forma, defini-se o PPI como

um processo instituído no âmbito do SUS para a alocação dos recursos da assistência à saúde nos estados e municípios brasileiros, resultante da definição, negociação e formalização dos pactos entre os gestores, das prioridades, metas, critérios, métodos e instrumentos, no sentido de definir de forma transparente os fluxos assistenciais no interior das redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços, bem como, os limites financeiros destinados para cada município, explicitando a parcela destinada à assistência da própria população e das referências recebidas de outros municípios. (BRASIL, 2002, p. 1).

Portanto, são um mecanismo que pertencem aos esforços de consolidação de um processo geral de planejamento em saúde, abarcando as três esferas de poder constituídos – federal, estadual e municipal. Composto, assim, pelos princípios que regem os planos estadual e municipal de saúde, a “agenda de saúde”, o “quadro de metas” e o PDR.

Mas, observa-se que, assim como, nas outras normas, (...) “muitas das determinações das NOA’s não foram implantadas, mas a maioria dos conceitos e instrumentos propostos nestas, para organização do sistema de saúde, vem sendo consolidada por meio de outros instrumentos e iniciativas” (PIOLA *et al.*, 2009, p. 119). No Quadro 4 a seguir são pontuados alguns destaque em relação às Normas Operacionais do SUS.

Quadro 4 – Principais pontos das Normas Operacionais do SUS

Norma Operacional	Principais Pontos
NOB-SUS 01/1991 Resolução n. 258/1991/Inamps	Criou a Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA), para o financiamento de atividades ambulatoriais; Instituiu a Autorização de Internação Hospitalar (AIH) para o financiamento de internação hospitalar; Recebeu acentuadas críticas, principalmente pelo fato de estabelecer o convênio como mecanismo de articulação e repasse de recursos e por ser centralizadora, embora se apresentasse como apoio à descentralização e com reforço do poder municipal.
NOB-SUS 01/1992 Portaria n. 234/1992/MS	Criou o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), como instância gestoras colegiadas do SUS; Enfatizou a necessidade da descentralização de ações e serviços de saúde; Normalizou o Fundo Nacional de Saúde; Descentralizou o planejamento e a distribuição das AIH’s entre as secretarias estaduais de saúde.
NOB-SUS 01/1993 Portaria n. 545/1993/MS	Lançou o documento “Descentralização das ações e serviços de saúde – a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei”; Formalizou princípios aprovados na IX Conferência Nacional de Saúde (1992); Enfatizou a municipalização da saúde; Criou a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) como órgão de assessoramento técnico ao Conselho Nacional de Saúde e aos conselhos estaduais de saúde, respectivamente, estabeleceu padrões

	de gestão do sistema: incipiente, parcial e semiplena.
NOB-SUS 01/1996 Portaria n. 1.742/1996/MS	Instituiu responsabilidades, prerrogativas e requisitos das condições de gestão plena da atenção básica e plena municipal da saúde para os municípios e avançada do sistema estadual e plena de sistema estadual para os Estados; O município torna-se o principal responsável por atender às necessidades do cidadão, ao passo que os Estados tornam-se meros mediadores; A União normaliza e financia, enquanto o município gera e executa; Criou o Piso de Atenção Básica (PAB); Aprimorou o planejamento e definiu a criação da Programação Pactuada e Integrada (PPI); Definiu como gestão a atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde (municipal, estadual ou federal), mediante exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria.
NOAS-SUS 01/2001 Portaria n. 95/2001/MS	A ênfase na municipalização (otimização) dá lugar à ênfase na regionalização (otimização); Criou mecanismos para fortalecimento da capacidade de gestão do SUS e atualizou os critérios de habilitação de estados e municípios; Instituiu o Plano Diretor de Regionalização (PDR) e o Plano Diretor de Investimento (PDI); Criou a gestão plena de atenção básica ampliada; A partir dessa publicação, os municípios puderam se habilitar em gestão plena de atenção ampliada e em gestão plena de sistema municipal; Os estados puderam se habilitar em gestão avançada do sistema estadual e em gestão plena do sistema estadual.
NOAS-SUS 01/2002 Portaria n. 373/2002/MS	Estabeleceu modificações e revogou a NOAS-SUS 01/2001; Assumiu compromissos, na pessoa do gestor municipal, perante os outros gestores do SUS – União, estados e demais municípios – e perante a população sob a responsabilidade.

Fonte: Elaboração do autor, 2012, a partir de FIGUEIREDO e outros, 2007

O modelo baseado nas ‘normas’, instituídas para promover o arranjo necessário à implementação factual da descentralização do SUS, foi se desgastando e atingindo o seu limite. Principalmente em termos de possibilidades de avanço dos processos que eram exigidos para tornar real o desejo colocado na constituição no que tange à saúde. Nesse sentido, visando considerar todos os aspectos particulares das regiões, foi estabelecido um novo modelo, com elementos de controle e avaliação baseados em resultados. Para tanto, estabeleceu-se, em 2006, o Pacto pela Saúde.

Nesse contexto, buscava-se quebrar a rigidez das ‘normas’ de cunho nacional, tornando possível a construção de entendimentos regionais a cerca da operacionalização do sistema. Por um lado, na perspectiva positiva, observa-se o carácter descentralizador dessa medida, mas por outro, tornaram “mais demorados e complexos os processos de negociação entre a esfera federal e as instâncias subnacionais” (PIOLA et al, 2009, p. 120). Além disso, os entraves na gestão permaneceram com a pouca autonomia relegada às unidades locais sublinhadas pela escassez de recursos.

Portanto,

O repasse de recurso com destino predefinido pelo MS, e a consequente perda de autonomia das instâncias locais para aplicá-los em razão de suas correspondentes necessidades, transformam o princípio organizacional da descentralização em apenas desconcentração de recursos. (...) o critério distributivo adotado no Brasil não leva em conta as existências de desigualdades nas necessidades populacionais por serviço de saúde, já que não incorpora as variáveis determinantes das necessidades relacionadas a aspectos demográficos, epidemiológico e socioeconômico para definição dos repasses. (ÚGA; PORTO, 2008, p. 502).

Complementando o quadro 4 acima, com objetivo de congregar os conceitos e mecanismos desenvolvidos no âmbito formal da consolidação do SUS, segue abaixo o quadro 5, constando, de maneira sintética, os pontos fundamentais que compõem o processo de implantação, consolidação e gestão do SUS.

Quadro 5 – Quadro Síntese: Mecanismos desenvolvidos para a implantação, consolidação e gestão do SUS

Mecanismos	Objetivo
Normais Operacionais Básicas (NOB)	Regulamenta o processo de descentralização da gestão dos serviços e ações no âmbito do SUS e estabelece os mecanismos de financiamento das ações de saúde, em particular da assistência hospitalar e ambulatorial, e das diretrizes para os investimentos no setor
Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS)	Amplia as responsabilidades dos Municípios na Atenção Básica; Estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; Cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS e atualiza os critérios de habilitação de Estados e Municípios
Política de Gestão Estratégica e Participativa no SUS (ParticipaSUS)	Orienta as ações de governo na promoção e aperfeiçoamento da gestão democrática no âmbito do SUS
Pacto pela Saúde – Consolidação do SUS	Superar dificuldades da imposição das normas operacionais em um país grande e desigual e o seu excessivo caráter técnico-processual. Dividido em três componentes: i) Pacto pela Vida - prioridades: saúde do idoso; câncer de colo de útero e de mama; mortalidade infantil e materna; doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; promoção da saúde e atenção básica à saúde; ii) Pacto em Defesa do SUS - prioridades: implementar um projeto permanente de mobilização social e elaborar e divulgar a carta dos direitos dos usuários do SUS e iii) Pacto de Gestão do SUS - prioridades: definir de forma inequívoca a responsabilidade sanitária de cada instância gestora do SUS e estabelecer as diretrizes para a gestão do SUS

Sistema de Planejamento do SUS	Pactuar diretrizes gerais para o processo de planejamento no âmbito do SUS e os instrumentos a serem adotados pelas três esferas de gestão; Formular metodologias e modelos básicos dos instrumentos de planejamento, monitoramento e avaliação que traduzam as diretrizes do SUS, com capacidade de adaptação às particularidades de cada esfera administrativa; Implementar e difundir uma cultura de planejamento que integre e qualifique as ações do SUS entre as três esferas de governo e subsidiar a tomada de decisão por parte de seus gestores; Desenvolver e implementar uma rede de cooperação entre os três entes federados, que permita um amplo compartilhamento de informações e experiências; Apoiar e participar da avaliação periódica relativa à situação de saúde da população e ao funcionamento do SUS, provendo aos gestores informações que permitam o seu aperfeiçoamento e/ou redirecionamento; Promover a capacitação contínua dos profissionais que atuam no contexto do planejamento do SUS; E monitorar e avaliar o processo de planejamento, as ações implementadas e os resultados alcançados, de modo a fortalecer o Sistema e a contribuir para a transparência do processo de gestão do SUS
Blocos de Financiamento	Organizar e transferir, por meio do ‘fundo a fundo’, para conta única e específica a cada bloco de financiamento, os recursos federais, considerando as especificidades das ações e serviços de saúde, possibilitando maior monitoramento e controle

Fonte: Elaboração do autor, 2012

Continuando com o modelo de planejamento e financiamento do SUS, tem-se que as transferências intergovernamentais de recursos para a área da saúde, entre União, estados e municípios, bem como a participação da comunidade na gestão do SUS, são regulamentadas pela Lei 8.142/90. Dentre os avanços dessa legislação, encontra-se o estabelecimento do Fundo Nacional de Saúde, com repasse regular e automático, mediante condições específicas, aos estados, Distrito Federal e municípios. Além disso, tem-se a constituição de fundos, conselhos, planos e relatórios municipais e estaduais de saúde. Destacadamente, os pontos de avanço da legislação vigorando a partir de 1990 são:

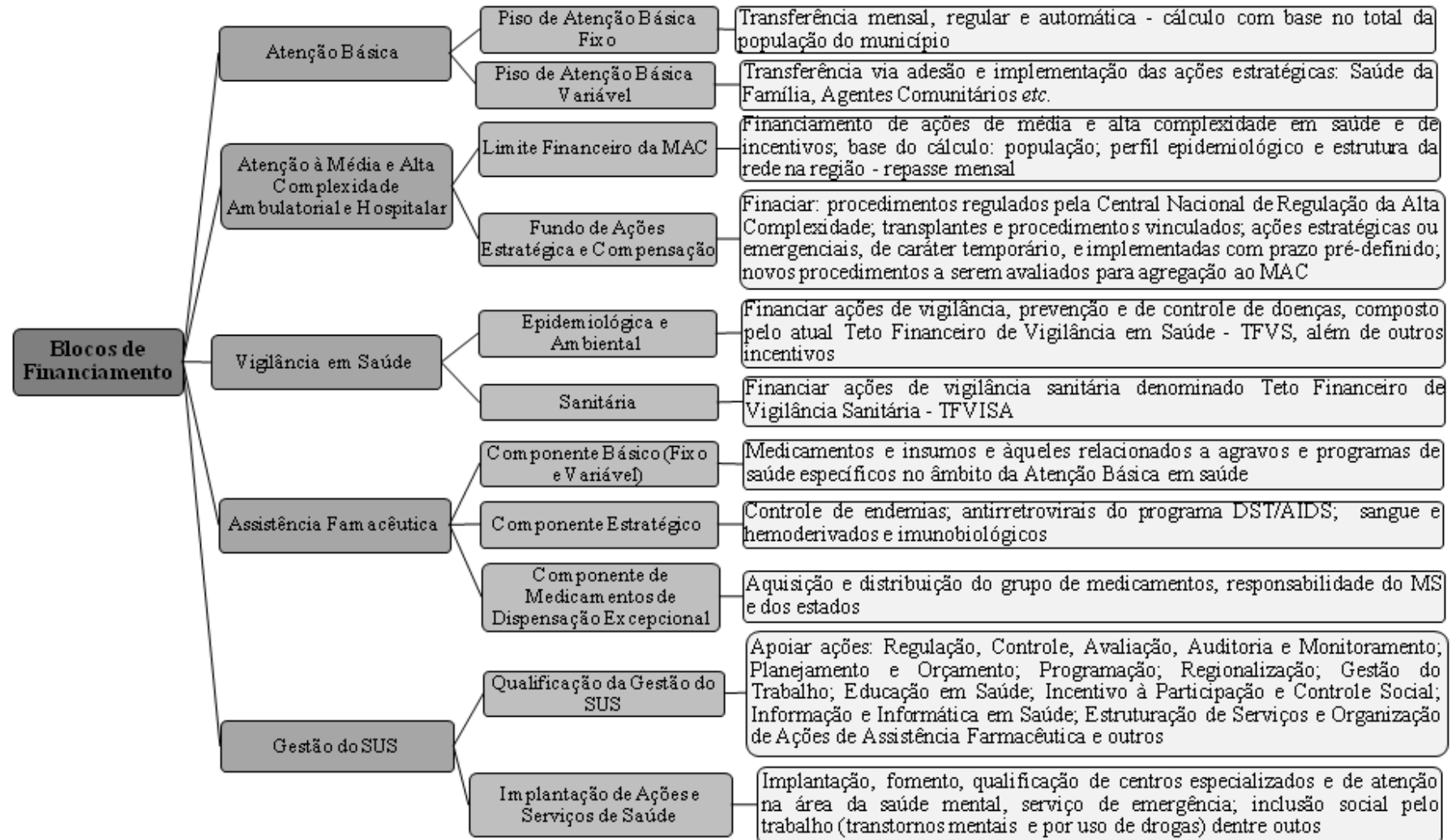
- 1) **Fundo de saúde** – instrumento de gestão dos recursos destinados ao financiamento das ações e serviços públicos de saúde existentes nas três esferas de poder; responsável por receber e repassar os recursos financeiros (oriundos da União, estados e municípios) destinados às ações e serviços de saúde;
- 2) **Plano de Saúde** – elaborado a cada quatro anos, com revisões anuais, caracteriza-se pela definição das intenções política, diagnósticos, estratégias, prioridades e metas a serem apresentadas aos respectivos conselhos de saúde de cada esfera de poder. Tem como função orientar a ação dos gestores e informar à população sobre o que pretende realizar o SUS nas três esferas de governo num tempo determinado; documentos técnicos de planejamento: análise da situação de saúde, com objetivos, metas,

estratégias e mecanismos de monitoramento e avaliação, norteados pela definição da programação anual das ações e serviços de saúde prestados. Considera três eixos para a sua elaboração: condições de saúde da população; determinantes e condicionantes de saúde e gestão em saúde. É submetido para apreciação e aprovação ao Conselho de Saúde da respectiva esfera que o elaborou. É o plano de saúde que consolida o planejamento de saúde de cada esfera de governo em dado período (FIGUEREIDO *et al.*, 2007; PAIM, 2009; BRASIL, 2009);

- 3) **Relatório de Gestão** – meio de comprovação ao gestor máximo do SUS (MS) da aplicação de recursos transferidos aos estados, Distrito Federal e municípios, refere-se ao resultado da programação estabelecida anteriormente, orientando redirecionamentos em caso de necessidade (PAIM, J., 2009, p. 64; BRASIL, 2009, p. 16);
- 4) **Plano de carreira, cargos e salários** – princípios e diretrizes que orientam o ingresso e instituem oportunidades e estímulos para o desenvolvimento pessoal e profissional dos trabalhadores, com o objetivo de contribuir para a qualificação dos serviços prestados (BRASIL, 2009).

Do ponto de vista da organização do financiamento, o perfil da estrutura do SUS é complexo e intrincado, o qual segue regras claramente definidas por um arcabouço legal relativamente denso. Portanto, os Blocos de Financiamento são as formas pelas quais esse arcabouço se personifica e conduz a distribuição dos recursos, por meio de categorias específicas, conforme Figura 7 abaixo:

Figura 7 - Blocos de Financiamento



Fonte: Elaboração do autor, 2012, com base em BRASIL, 2009, na Subseção I, Dos Blocos de Financiamento, da Seção II, Da Administração Orçamentária e Financeira do regulamento do SUS

A conexão entre os aspectos concernentes ao financiamento e à forma de desenhar a política da saúde em cada esfera de governo é fundamental para o funcionamento satisfatório do SUS. Nesse sentido, é importante perceber qual o papel do Conselho de Saúde que, conforme parágrafo 2º, Art. 1º da Lei nº 8.142/90, possui caráter permanente e deliberativo, atuando na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, considerando os aspectos econômicos e financeiros, sendo suas decisões homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo. Desse modo, observam-se da seguinte forma as características dos conselhos:

Quadro 6 – Conselhos de Saúde por Esfera de Poder

Conselho	Papel	Observação
Municipal de Saúde - CMS	Aprovar políticas de saúde no âmbito municipal	-
Estadual de Saúde - CES	Negociar e pactuar com a Comissão Intergestores Bipartite - CIB e deliberar sobre as políticas de saúde no âmbito estadual	Compõem o CES: diversos segmentos da sociedade*; Compõem a CIB: representantes das Secretarias Municipais de Saúde e Secretaria Estadual de Saúde
Nacional de Saúde - CNS	Negociar e pactuar com a Comissão Intergestores Tripartite - CIT e deliberar sobre as políticas de saúde no âmbito nacional	Compõem a CNS: representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários; Compõem a CIT: representantes do Ministério da Saúde, das Secretarias Municipais de Saúde e Secretarias Estaduais de Saúde

*Gestores, usuários, profissionais, entidades de classe etc.

Fonte: Elaboração do autor, 2012, a partir de BRASIL, 2009

Observa-se, até esse ponto, o quanto o SUS vai além de “mero meio de financiamento e de repasse de recursos para estados, municípios, hospitais, profissionais e serviços de saúde. Não é um sistema de serviços de saúde destinado apenas aos pobres e ‘indigentes’” (PAIM, 2009, p. 72). No entanto,

(...) apesar dos esforços para a racionalização e democratização do sistema de saúde brasileiro nas últimas décadas, persistem a segmentação, a duplicidade de esforços e o desperdício de recursos, com a consequente insatisfação dos cidadãos, dos profissionais e demais trabalhadores do setor. Muitos hospitais criaram duas portas de entrada, uma para os clientes de planos e seguros de saúde e outra somente para usuários do SUS. Além disso, o trabalho médico em regime parcial no setor público e o fluxo de clientes de planos de saúde, (...), reforçam as desigualdades na oferta de serviços e na acessibilidade da população. (PAIM, 2009, p. 86).

Nesse momento, portanto, cabe questionar, quais os problemas do SUS. Obviamente, esse questionamento vem sendo realizado de forma frequente nos últimos anos, fomentando debates que de um lado defende que há falta de recurso constante e suficiente de outro lado aponta que na verdade o que falta é um modelo de gestão que consiga direcionar os recursos existentes de maneira adequada, afirmando que não há necessidade de aumento no financiamento. No entanto, o problema não é tão simples e não deve ser colocado de forma polarizada, ou seja, o problema de financiamento de um lado e o modelo de gestão do outro.

Portanto, pode-se destacar que os desafios do SUS se caracterizam por um mosaico de elementos que orbitam a questão da gestão e do financiamento de forma concomitante. Nesse sentido, estão em um mesmo plano a questão do volume de recurso e da fonte segura e permanente de financiamento; a distribuição desigual da infraestrutura do sistema de serviço de saúde, destacadamente, o número de estabelecimentos e de trabalhadores por localidade; a capacidade de organização e a gestão do sistema para atingir a resolutividade e o acesso mínimo necessário ao bem-estar da população.

Em relação aos efeitos das questões salientadas no parágrafo anterior, pode-se apontar que,

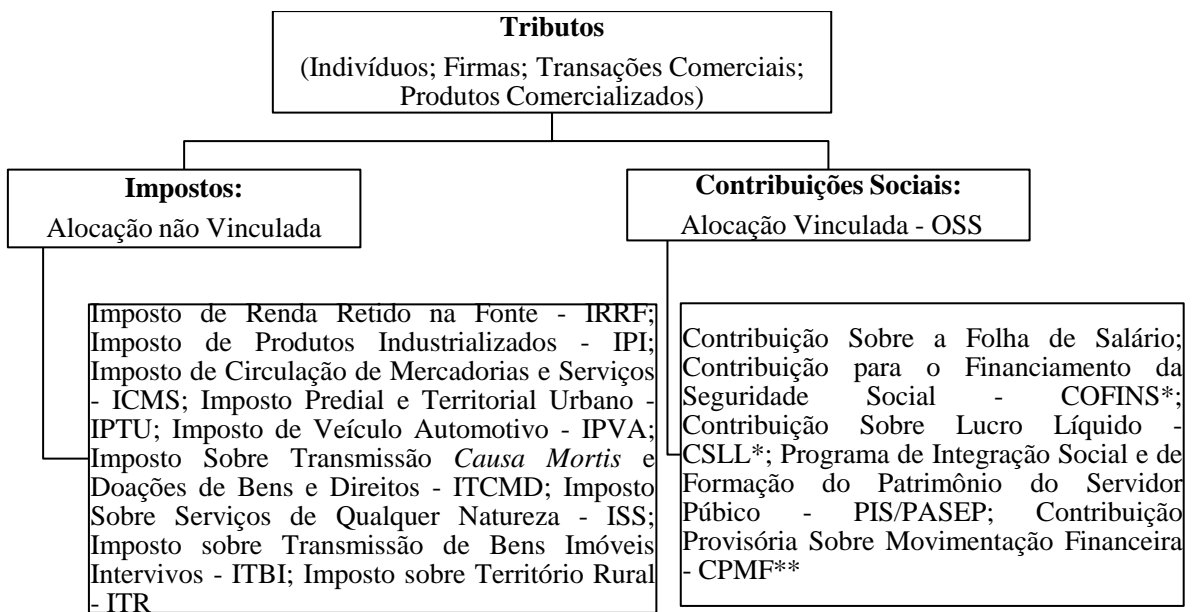
(...) o acesso a procedimentos especializados e de média complexidade permanece como um dos pontos fracos do sistema, comprometendo a continuidade e oportunidade da oferta de ações e serviços. A ausência de investimentos na fase inicial do SUS manteve o sistema fortemente dependente de provedores privados, para hospitalização e oferta de meios diagnósticos, e a rede privada lucrativa tende a concentrar-se em áreas de maior rentabilidade (...). A existência de um grande número de municípios, que não dispõem de serviços especializados, conduz à discussão para a necessidade de aprofundar os esforços de planejamento e regionalização e de ampliar o investimento público para assegurar a disponibilidade de uma rede de serviços resolutiva. Outro aspecto de relevo, no tocante aos reflexos da saúde no Brasil, são os problemas de superlotação dos Prontos Atendimentos (PAs) e das urgências dos hospitais (...). [Os] determinantes desta superlotação [são] a baixa resolutividade da atenção primária; a falta de organização do acesso dos usuários aos serviços de saúde, em particular ao atendimento de urgência; os problemas de capacitação profissional, entre outros. (PIOLA *et al.*, 2009, p. 125-128).

Corroborando com os elementos destacados por Piola e outros (2009), a partir de 1993, o SUS não mais recebeu as transferências que, historicamente, eram feitas pela Previdência Social para a assistência à saúde. A Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira -

CPMF, criada em 1996, também não teve o impacto esperado, uma vez que, houve a retração de outras fontes que eram utilizadas no financiamento da saúde.

A estrutura de financiamento do SUS se funda na arrecadação de tributos dos indivíduos e das firmas, dividido em impostos e contribuições sociais. Essas duas categorias de tributos se desdobram em uma série de itens, conforme figura abaixo:

Figura 8 - Estrutura de Financiamento do SUS



* Contribuições sem vinculação; ** Extinta em 2007.

Fonte: Elaboração do autor, 2012, a partir de PAIM 2009; BRASIL, 2009

Os diversos impostos e contribuições são de caráter federal, estadual e municipal, com percentuais e peculiaridades nas suas formas de arrecadação. O quadro a seguir distingue os tributos que constituem as receitas direcionadas à saúde por esfera de poder, para o cumprimento da Emenda Constitucional 29/2000. Além disso, observa-se a participação de tributos oriundos de uma esfera na outra.

Quadro 7 – Origem de Recursos Destinados à Saúde por Esfera de Poder

Poder	Descrição da Origem da Receita	Observações
União	IRRF; IRPF; IRPJ; IPI; IPI Exportação; PIS/PASEP; Cofins-Importação; PIS/PASEP-Importação; Cofins; CSLL; ICMS Exportação (Lei Kandir); ITR	-
Estados	ICMS; IPVA; ITCMD; IRRF; Fundo de Participação dos Estados – FPE; IPI – Exportação; ICMS Exportação (Lei Kandir); Receita de Dívida Ativa Tributária de Impostos, multas, juros e correção monetária de impostos	Além de impostos estaduais, recebe recursos oriundos de arrecadações via União
Municípios	ICMS; IPVA; IPTU; ISS; ITBI; ITR; IRRF; Fundo de Participação dos Municípios – FPM; IPI – Exportação; ICMS Exportação (Lei Kandir); Receita de Dívida Ativa Tributária de Impostos, multas, juros e correção monetária de impostos	Além de impostos municipais, recebe recursos oriundos de arrecadações federais e estaduais

Fonte: Elaboração do autor com base em BRASIL, 2012, 2012

Do ponto de vista conceitual, os impostos que incidem diretamente sobre a renda das famílias e das empresas são aqueles que não podem ser transferidos a outro agente econômico pelos mecanismos econômicos da lógica do mercado. Já os impostos indiretos incidem sobre as transações comerciais ou produtos comercializados, possibilitando sua transferência ao consumidor final através dos preços de produtos e serviços. Existem três categorias de tributos: 1) *progressivo* (incide proporcionalmente mais sobre a maior renda – impostos diretos); 2) *proporcional* (incide igualmente sobre todas as rendas) e 3) *regressivo* (incide mais que proporcionalmente sobre a menor renda – impostos indiretos). Diante do exposto, tanto na Figura 8 quanto no Quadro 7, observa-se que a grande maioria dos tributos incide na produção e distribuição de bens e serviços. Como os produtores e prestadores de serviços repassam seus custos mediante preços, fica, objetivamente, claro que a grande responsabilidade do financiamento da saúde é do consumidor em geral.

Ainda assim, percebe-se, mais uma vez, a inter-relação do financiamento do SUS nas três esferas de poder.

As transferências, regulares e eventuais da União para estados, municípios e Distrito Federal, estão condicionadas às contrapartidas destes níveis de governo, em conformidade com as normas legais vigentes. Esses repasses ocorrem por meio de transferências “fundo a fundo”, realizadas pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) diretamente para estados, Distrito Federal e municípios, ou pelo Fundo Estadual de Saúde aos municípios, de forma regular e automática, propiciando que gestores estaduais e municipais contem com recursos previamente pactuados, no devido tempo, (...). As transferências regulares e automáticas constituem a principal modalidade de transferência de recursos federais para os estados, municípios e Distrito

Federal, para financiamento das ações e serviços de saúde, contemplando as transferências “fundo a fundo” e os pagamentos diretos a prestadores de serviços e beneficiários cadastrados, (...). (PAIM, 2009, p. 95).

No entanto, apesar de uma estrutura de sistema claramente definida e com fontes de recursos delineados, a questão do financiamento ainda se coloca como problema fundamental a ser solucionado. A falta de estabilidade e a desvinculação de receitas importantes à saúde faz crescer as necessidades de financiamento no setor. Destaca-se como elementos potencializadores dessas necessidades (ÚGA; PORTO, 2008):

- Os recursos destinados à saúde representam apenas 17% do OSS e 5% da despesa total da União desde o ano 2000. A evidência da prioridade absoluta do ajuste fiscal se configura na denominada Desvinculação de Receita da União (DRU) (1994), que desvinculam 20% dos recursos arrecadados do OSS. A DRU é derivada do Fundo Social de Emergência - FSE (destinado para pagamento da dívida pública no momento de sua criação); várias receitas da União têm a sua parte ou totalidade destinada a fins específicos: 21,5% e 22,5% da arrecadação do IR e do IPI destinam-se, respectivamente, ao Fundo de Participação dos Estados e dos Municípios; ainda as contribuições sociais vinculadas ao OSS destinam-se exclusivamente a ele. Dessa forma, o FSE e a DRU consomem hoje parte de receitas vinculadas a programas sociais (OSS) ou à descentralização (FPE e FPM);
- Renúncia fiscal praticada pelo Estado brasileiro (deduções de IR pessoa física e jurídica sobre gasto privado com saúde, educação etc.) – renúncia fiscal de cerca de 2% do PIB;

Portanto, conforme Úga e Porto (2008), diferente de alguns países que guardam o caráter *welfariano*, onde a participação do setor público fica acima de 80%, (...) no Brasil, a participação do setor público no gasto nacional em saúde é aproximadamente 44% - sendo igual à norte-americana, cujo sistema de saúde é tido como padrão do modelo liberal. A título de comparação, segue abaixo alguns países selecionados e seus respectivos percentuais de gasto público com a saúde. Observa-se que o Brasil aplica-se quase a metade relacionado ao primeiro país da lista.

Tabela 1 - Comparação do gasto público em saúde*

Países	%
Canadá	85,0
Reino Unido	84,1
França	77,9
Alemanha	76,9
Espanha	73,6
Dinamarca	70,6
Portugal	67,8
Brasil	43,3

*Porcentuais governamentais em relação ao gasto total dos países na área, quando se considera os investimentos públicos e privados.

Fonte: CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE *apud* LUÍSE, 2012

Para um sistema, que se pretende universal aos seus cidadãos, o percentual de recurso público destinados à saúde brasileira fica fora dos padrões mínimos que garanta o acesso à atenção à saúde preconizada pela constituição de 1988. Já foram mencionados que sistemas onde ocorre o predomínio do financiamento privado, o valor *per capita* do gasto em saúde é superior quando comparado aos sistemas de saúde financiados, preponderantemente, por recursos oriundos de impostos gerais (recursos públicos).

Mas por outro lado, foi verificado, também, que nesses sistemas baseados no financiamento privado, não só há um quantitativo expressivo de pessoas excluídas do acesso à atenção à saúde, como os indicadores de saúde da sua população não são satisfatórios. No que tange ao Brasil, corroborando a ideia de que o modelo calcado no setor privado é caro e tem cobertura e níveis de resultados aquém do volume de recurso despendido, verifica-se que o SUS absorve 3,7% do Produto Interno Bruto – PIB, sendo destinado ao atendimento 75% da população brasileira. Por outro lado, os gastos do setor privado correspondem a 3,5% do PIB, sendo destinado à cobertura de 25% dos brasileiros (LUÍSE, 2012).

Mesmo com a constituição de 1988, a relação do gasto público em saúde com a realidade da população brasileira remete, até meados da década de 1990, a períodos pré-constituição: sistema de saúde centralizado e financiamento de forte cunho federal. A Emenda Constitucional – EC 29 buscou reverter tal quadro, preconizando a participação infranacional no financiamento da saúde. A EC 29 previa aumento de recurso para a saúde e distribuição da responsabilidade do financiamento entre os entes federados, objetivando a vinculação compulsória de recursos nos respectivos orçamentos da União, estados, Distrito Federal e municípios. Além disso, com alteração dos artigos 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da

Constituição Federal, a EC 29 estabelece a necessidade peremptória de aplicação de proporções mínimas da receita das três esferas de poder, sendo fixada por meio de lei complementar, conforme §3º Art. 198 da Constituição Federal de 1988, revisada a cada cinco anos. Dessa forma, o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias passou a contar com o Art. 77, destaca-se, portanto, a seguinte formação (BRASIL, 2000):

“Art. 77. Até o exercício financeiro de 2004, os recursos mínimos aplicados nas ações e serviços públicos de saúde serão equivalentes:”

“I - no caso da União:” (AC)

“a) no ano 2000, o montante empenhado em ações e serviços públicos de saúde no exercício financeiro de 1999 acrescido de, no mínimo, cinco por cento;” (AC)

“b) do ano 2001 ao ano 2004, o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto – PIB;” (AC)

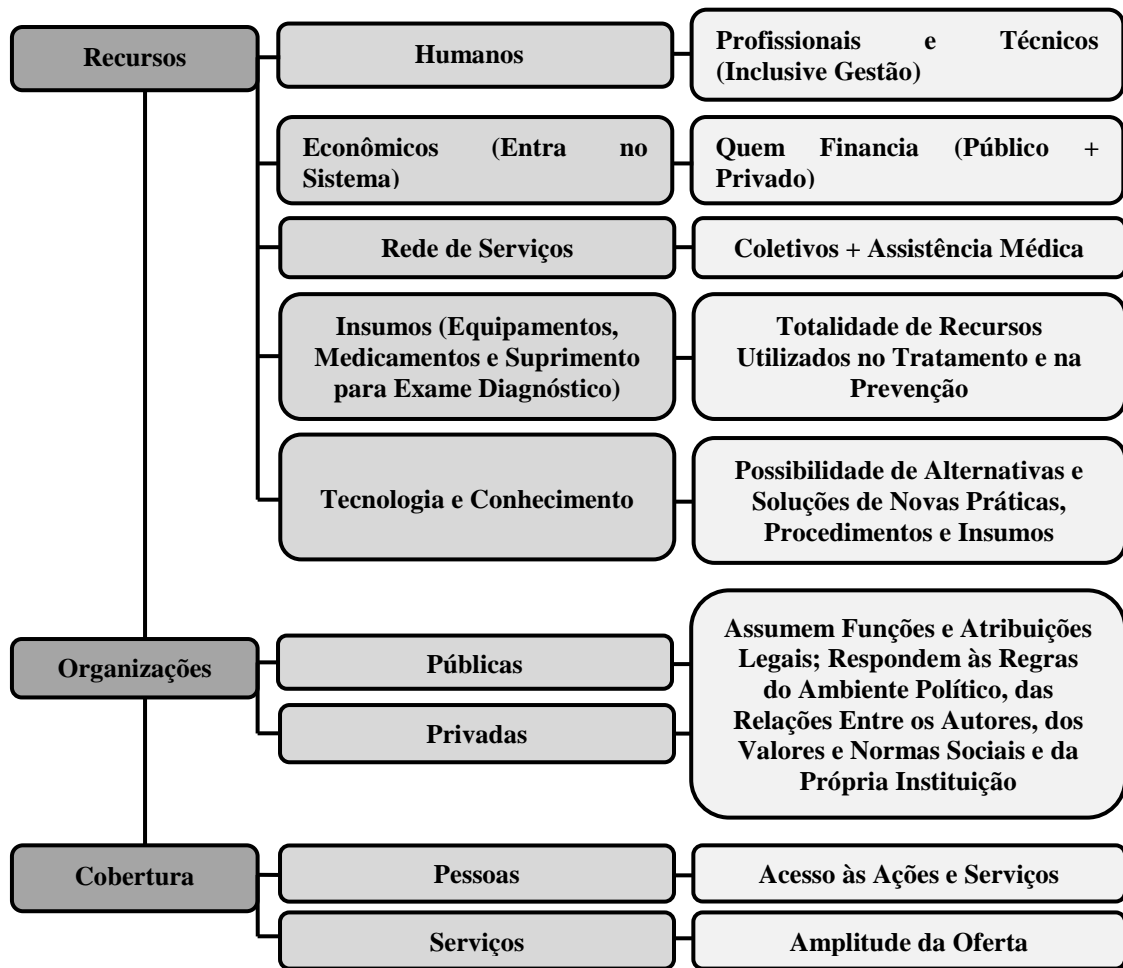
“II - no caso dos Estados e do Distrito Federal, doze por cento do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios; e” (AC)

“III - no caso dos Municípios e do Distrito Federal, quinze por cento do produto da arrecadação dos impostos, a que se refere o art. 156, e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3.º.” (AC)

“§ 2.º Dos recursos da União apurados nos termos deste artigo, quinze por cento, no mínimo, serão aplicados nos Municípios, segundo o critério populacional, em ações e serviços básicos de saúde, na forma da lei.” (AC).

Cabe salientar que no período da aprovação da EC 29, ainda não havia a lei complementar que regulamentaria as proporções e vinculações orçamentárias do financiamento da saúde em caráter infranacional. Acreditava-se, no entanto, que até o ano de 2004 tal lei estaria em vigor. Mas, mesmo assim, os legisladores, por vias de precaução, inseriram dispositivo que garantia, na ausência da lei complementar, a aplicação do disposto no art. 77, acima compilado.

Figura 9 - Síntese dos componentes de um sistema de saúde



Fonte: Elaboração do autor, 2012

Após treze anos da aprovação da EC 29, foi decretada e sancionada a lei que a regulamenta. Em termos de volume de recursos, as proporções continuam as mesmas. Dessa forma, o governo federal fica responsável pelo repasse do montante empenhado no exercício anterior, acrescido da variação do PIB daquele ano. Por sua vez, estados e municípios são responsáveis por 15% e 12% respectivamente de recursos a serem aplicados em ações e serviços públicos de saúde. As expectativas, no entanto, é que, ao menos, a participação do orçamento da União no financiamento das ações e serviços de saúde tivesse uma vinculação mínima de 10% do PIB. Pois, desde a promulgação da EC 29, o que ocorreu foi aumento na participação das receitas de estados e municípios para o financiamento da saúde e redução virtual da participação do governo federal. Assim, enquanto em 1980 a União respondia por 75% do montante público destinado à saúde, os estados e municípios respondia com 25%. Já em 1988,

a participação da União apresenta trajetória decrescente, passando a participar com 46% do montante público, e os estados e municípios com participação de 54% (ARAÚJO, 2012).

O volume de recurso, ou formas de financiamento da saúde, é uma parte importante, fundamental, para o desenvolvimento da saúde de uma nação. No entanto, a organização e as condições de acesso do sistema de saúde é a outra parte que completa a estruturação necessária e suficiente ao funcionamento pleno da atenção à saúde. A figura 9 sintetiza os elementos que, de uma forma ou de outra, compõem um sistema de saúde. Dependendo do modelo adotado, certos elementos serão mais dominantes e privilegiados que outros. Mas, de modo geral, para o funcionamento a contento de um sistema devem ter recursos disponíveis em quantidade, qualidade e estabilidade de acesso, sejam recursos humanos, econômicos *etc.*

Outro elemento substancial é a organização, de onde se brota os modelos e práticas de gestão do sistema, envolvidas em princípios e diretrizes que conduzirão aos objetivos estabelecidos. A confluência dos recursos com a organização gerará o nível e abrangência da cobertura do sistema, tornando possível o atendimento da demanda populacional por serviços e bens de saúde.

Percebe-se, portanto, que após a constituição de 1988, o sistema de saúde brasileiro deu um salto importante no que tange à sua organização e diretrizes. Ficam, então, asseguradas as bases que conferem acesso à saúde pública a todos os cidadãos. Dessa forma, a concepção do SUS tem sido reconhecida mundialmente como uma das mais importantes políticas de saúde, sendo lembrada por ser um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. No entanto, mesmo sendo considerado um avanço fantástico do ponto de vista da organização e normas, delimitadas a partir da década de 1990 com a regulamentação do SUS, o sistema público brasileiro passa por questões cruciais para atingir a sua consolidação.

O problema do financiamento é unanimidade na grande maioria dos especialistas no assunto. Assim, enquanto países com sistemas similares ao brasileiro aplicam em média 7% a 10% de seus PIB's para viabilizar o sistema, o Brasil aloca apenas cerca de 3,7%, montante considerado insuficiente, segundo os especialistas do setor, para o tamanho e os desafios impostos ao SUS, quando de sua criação no bojo da “constituinte cidadã”. Essa situação é caracterizada pelo subfinanciamento. Portanto, o formato que foi estabelecido para ser público e de livre acesso a todos, vivencia uma lógica inversa na subvenção dos investimentos, pois

mais da metade dos investimentos verificados no país tem direcionamento ao setor privado, o qual atende apenas 25% da população. Outro elemento de destaque nesse aspecto, denominado “setor suplementar”, tem ganhado força, contudo sua sustentação encontra-se calcada num forte mecanismo de subsídios público indireto a esse mercado, tanto do ponto de vista das deduções de impostos de renda pessoa física e jurídica, aplicados sobre as despesas com plano de saúde e com despesas médicas, quanto do atendimento das coberturas negadas pelo setor suplementar, significando o não atendimento por essas vias, mas sendo resolvido, ou pela via do desembolso direto da família, quando há condições financeiras, ou pelo atendimento na rede do SUS. Dessa forma, é comum que os procedimentos mais caros sejam canalizados, por este setor, ao SUS. Por sua vez, tem relevância o volume de recurso que o Estado renuncia em prol das entidades denominadas “sem fins lucrativos” e à indústria farmacêutica. Para compreender o peso dessas renúncias, o volume de recurso que o Estado abriu mão em 2004 somou R\$ 4,6 bilhões, valor que quase triplicou no ano de 2011, chegando a R\$ 13, 4 bilhões. Para alguns especialistas, o montante necessário para dobrar o volume de recurso ao SUS corresponde ao financiamento indireto realizado pelo Estado ao setor privado. Portanto, percebe-se um padrão de financiamento conflitante com o preconizado pelos princípios que regem o SUS (MENDES, 2012; LUÍSE, 2012).

Associada à questão do financiamento do sistema, aponta-se a existência de problema de gestão, apesar dos avanços verificados nas últimas décadas. Dessa forma, ainda há um descompasso na organização da rede, sobretudo no que tange a rede de referência e contrarreferência, penalizando diretamente a população que depende única e exclusivamente do SUS, pois o cidadão que tem acesso ao “sistema suplementar” alcança mais rapidamente a estrutura de diagnóstico e, conseqüentemente, tem a possibilidade de maior precocidade na detecção de problemas e uma “resolutividade” mais acelerada, sendo comum o acesso mais rápido a tratamento mais complexo por meio do SUS.

Portanto, o SUS é um sistema complexamente organizado, mas tem alguns entraves do ponto de vista da limitação e inconstância do recurso, quanto do modelo de gestão estabelecido. Dentro desse contexto, é fundamental que os gestores, de maneira geral, estejam munidos de boas equipes técnicas e de ferramentas que lhe possibilite a percepção de sua realidade e congregue os elementos necessários à tomada de decisão em um ambiente de escolha estritamente delicado. Nesse sentido, as escolhas podem levar o recurso público a atender com

muito mais velocidade aos anseios da sociedade, mitigando os impactos tanto sociais quanto econômicos da não resolução dos problemas de saúde do cidadão.

3 AS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS: O CÂNCER DE MAMA E DE PRÓSTATA COMO ELEMENTO DE ANÁLISE

Após a breve explanação sobre a construção do sistema de saúde brasileiro e as possibilidades avanço da concepção de um modelo lógico e sustentável de atenção à saúde, de forma gratuita e acessível a todos, este capítulo busca contextualizar e focalizar a análise das questões da saúde no Brasil, culminando, de forma mais direta, para o comportamento desse setor na Bahia. Contudo, para essa empreitada, foi realizado um recorte específico dentro das denominadas Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), o que fez desembocar nas neoplasias malignas, mais especificamente, os casos de câncer de mama feminino e de próstata, por suas altas taxas de incidência, no mundo, no Brasil e na Bahia. Dessa forma, busca-se contextualizar duas patologias específicas, para, posteriormente, proceder com a análise sobre possíveis mecanismos e instrumentos que auxiliem no processo de planejamento e gestão da saúde na Bahia.

3.1 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NO BRASIL: UMA CONTEXTUALIZAÇÃO

Os cânceres estão definidos no grupo das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Portanto, antes da análise específica sobre câncer, será realizada contextualização das DCNT de maneira geral. Assim, as DCNT são doenças de longa duração e progressão lenta. Os quatro principais tipos de DCNT são as cardiovasculares (ex.: ataques cardíacos e derrames), cânceres, doenças respiratórias crônicas (ex.: obstrução pulmonar crônica e asma) e diabetes. As DCNT são doenças multifuncionais relacionadas a fatores de risco não modificáveis (ex.: idade, sexo e raça) e os modificáveis (ex.: tabagismo, consumo excessivo de álcool, obesidade, consumo excessivo de sal e gorduras saturadas, insuficiência na ingestão de frutas e verduras e sedentarismo). Outros fatores estão associados a determinantes sociais (desigualdades sociais, diferenças no acesso aos bens e serviços, a baixa escolaridade, renda e a desigualdade de acesso à informação).

Conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2010), as DCNT têm graves consequências socioeconômicas, pois interferem no desenvolvimento individual e da família, causando dificuldades no seu desenvolvimento social e econômico, por consequência,

afetando as condições sociais e econômicas locais, conforme a magnitude da incidência das DCNT. A publicação da OMS (2010) aponta que a distribuição e o impacto das DCNT e seus fatores de risco é extremamente desigual, impondo uma carga desproporcional em países de renda média e baixa (OMS, 2010).

As DCNT não têm sua prevalência acentuada apenas pelo envelhecimento da população, mas também pelos efeitos negativos da globalização, como o comércio desleal e o “*marketing irresponsável*”, a urbanização não planejada e uma vida cada vez mais sedentária. O consumo de calorias nos alimentos encontra-se em níveis bastante elevados. A propaganda dos alimentos altamente calóricos ocupa espaço no consumo das crianças, cuja alimentação tem sido pautada por uma composição desequilibrada de nutrientes e proteínas, aliada à falta de atividade física. Em outras palavras, melhoria nas condições de renda, industrialização e mecanização da produção, melhor acesso aos alimentos, globalização de hábitos não saudáveis, contribuem para o risco de DCNT. Tais mudanças se colocam como grande desafio aos gestores da área da saúde, pois as DCNT causam grandes impactos na qualidade de vida das pessoas, motivando mortes prematuras e gerando grandes efeitos econômicos para todos, indivíduos, famílias e sociedade. Portanto, há uma necessidade de políticas e leis que visem minimizar a ocorrência de fatores de risco, pois a evolução das DCNT ocorre de maneira rápida e seus efeitos são de longo prazo e de alto custo para o sistema de saúde de qualquer nação. Contudo, são as pessoas vulneráveis e socialmente desfavorecidas que mais ficam doentes e morrem mais cedo em decorrências das DCNT, comparadamente com as pessoas em condições sociais favoráveis, possuidoras de melhor educação, melhor trabalho e, conseqüentemente, melhor renda (OMS, 2010; BRASIL, 2011).

As informações presentes nos relatórios da OMS (2011) advêm de registros, relatórios de unidades de saúde, realizados anualmente que são enviadas pelos respectivos países. Dessa forma, é possível ocorrer algumas dificuldades em alguns países na captação e divulgação de dados. Em casos patentes de má qualidade de dados, são usadas pesquisas domiciliares e censos para se estimar o dado. Segundo publicação da OMS (2011), *Noncommunicable Diseases Country Profiles 2011*, as doenças não transmissíveis foram responsáveis por 63% dos 57 milhões de óbitos ocorridos no mundo em 2008. Especificamente, as doenças cardiovasculares, diabete, cânceres e doenças respiratórias crônicas responderam por 36 milhões desses óbitos.

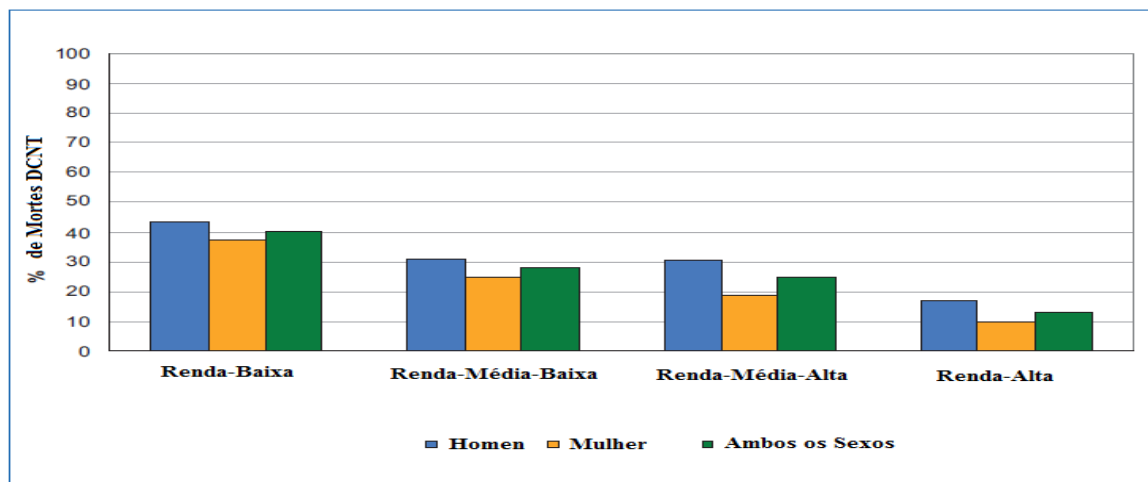
No site da OMS encontra-se a descrição de “dez fatos sobre doenças crônicas”, com informações referentes ao ano de 2011. Os dez fatos são: 1) Doenças crônicas são responsáveis por 60% de todas as mortes no mundo; 2) 80% das mortes por DCNT ocorrem em países de média e baixa renda; 3) quase metade das mortes por DCNT ocorrem em pessoas com menos de 70 anos; 4) em todo mundo, as DCNT afetam as mulheres e homens quase igualmente; 5) os principais fatores de risco para as DCNT é uma dieta pouco saudável, sedentarismo e uso do tabaco; 6) sem nenhum tipo de ação, 17 milhões de pessoas morreram prematuramente este ano (2011) de uma DCNT; 7) um bilhão de adultos estão acima do peso – sem ação, este número passará para 1,5 bilhão em 2015; 8) 22 milhões de crianças abaixo de cinco anos estão acima do peso; 9) o uso do tabaco causa pelo menos cinco milhões de morte por ano; 10) se os fatores de riscos mais importantes para DCNT forem eliminados, pelo menos, 80% das doenças cardíacas, acidente vascular cerebral e diabetes do tipo 2 seriam impedidas, assim como 40% dos cânceros.

O aumento e as tendências verificadas mundialmente em relação às DCNT encontram-se relacionadas, conforme a OMS (2011), ao processo de industrialização, urbanismo, desenvolvimento econômico e globalização alimentar. Esse processo desemboca na alteração das dietas alimentares, no aumento progressivo do sedentarismo e no aumento do consumo do tabaco. Destaca-se a evolução das mortes atribuídas a doenças cardiovasculares. Essas doenças encontram seus fatores de risco na elevação do colesterol e tensão arterial, na dieta pobre em frutas e vegetais, sedentarismo e no tabagismo. O relatório da OMS (2011) afirma que a ocorrência de óbitos por DCNT encontra-se, intimamente, relacionada com o padrão de renda de cada país. A mudança acelerada nos hábitos alimentares em âmbito mundial, calcada em uma dieta exacerbada em caloria, níveis elevados de açúcares e gordura saturada, tem causado forte impacto na saúde. Esse comportamento leva a mais e mais casos de DCNT. Associada a uma alimentação desregulada e desequilibrada, o estilo de vida sedentário é outro fator que contribui fortemente para o aumento das DCNT, conseqüentemente, o óbito relacionado a ela.

A grande preocupação apontada pela OMS (2011) é que, apesar das DCNTs estarem se elevando em todas as nações, independente do seu padrão econômico, nos países em vias de desenvolvimento a velocidade é maior. Já nos países mais pobres, os índices chamam mais atenção, pois o crescimento das DCNT se articula com o crescimento das doenças infecciosas.

Em relação aos países por grupo de renda predefinido, observa-se, conforme o gráfico 1 abaixo, que são nos países de *renda-baixa* onde o número de DCNT são maiores. Na sequência, observam-se os países de *renda-média-baixa* e os países de *renda-média-alta*. No entanto, as proporções das DCNT em países de *renda-alta* também são consideráveis. Contudo, chama atenção que os grupos *renda-média-baixa* e *renda-média-alta* possuem, quando considerados ambos os sexos, proporções de mortalidade em decorrência de DCNT muito próximas. Pode-se, dessa forma, dividir a gráfico abaixo em três grupos, ao invés de quatro como sugere a OMS (2011). Assim, têm-se países de *renda-baixa* (41%), *renda-média-baixa* e *renda-média-alta* (25%-28%) e *renda-alta* (13%) com suas respectivas proporções de óbitos em decorrência das DCNT. Isso implica que em países de *renda-baixa* a proporção de mortalidade por DCNT é três vezes maior do que em países de *renda-alta*. Por sua vez, nos países de *renda-média-baixa* e de *renda-média-alta* a proporção de óbitos por DCNT é, aproximadamente, duas vezes maior do que me países de *renda-alta*.

Gráfico 1- Proporção de mortalidade por DCNT abaixo de 60 anos: país por grupo de renda



Fonte: Adaptado de WHO, 2011

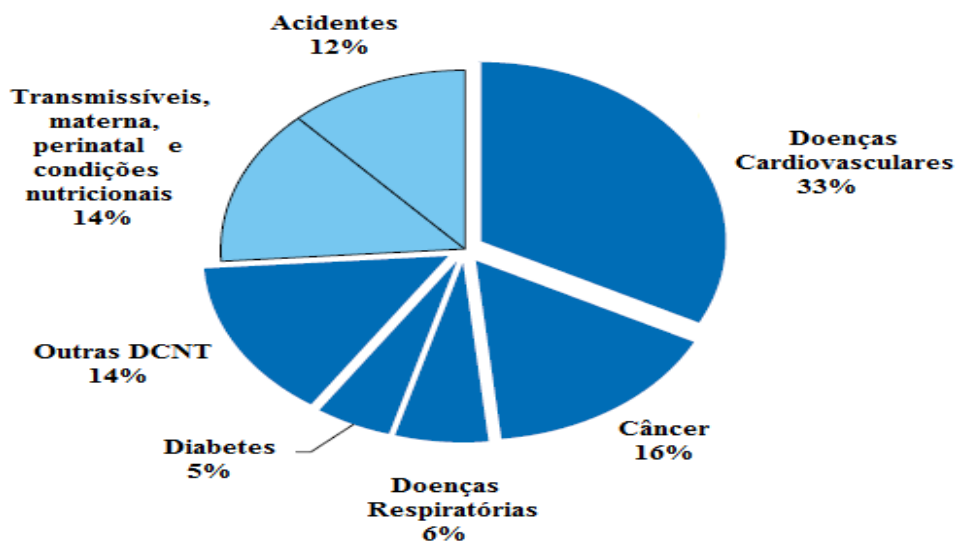
Ainda em relação às observações apontadas pela OMS (2011), são os fatores de risco evitáveis, os vilões e elementos motivadores dos óbitos por DCNT. O relatório assinala que há dificuldade e incapacidade de enfrentamento de tais fatores em todos os países. Destacadamente, os fatores de riscos com maiores responsabilidades pelos óbitos em âmbito mundial são: o aumento da pressão arterial (13%); uso do tabaco (9%); aumento do açúcar no sangue (6%); sedentarismo (5%); o sobrepeso e a obesidade (5%). Os fatores de risco variam entre os países, influenciados, por exemplo, pela renda e pelo gênero. Países com um padrão de renda alto prevalecem o sedentarismo e o colesterol elevado entre as mulheres. Já em

países de renda média é mais comum, entre os homens, o uso de tabaco, o excesso de peso e a obesidade.

Portanto, a redução dos fatores de risco perpassa a alteração no estilo de vida da população. Assim, alteração na dieta alimentar, privilegiar frutas, vegetais, frutos secos e cereais integrais; substituir as gorduras animais saturadas por gorduras vegetais insaturadas; reduzir as doses de alimentos salgados e doces; iniciar a prática de exercício físico diário; mantendo um peso normal – Índice de Massa Corporal entre 18,5 e 24,9 e eliminando o consumo de tabaco, são elementos necessários para mudança da realidade observada em relação às DCNT.

O Brasil é classificado no grupo de *renda-média-alta* (*group income-upper-middle*) no relatório da OMS (2011). Os dados utilizados pela OMS (2011) tem origem em diversas fontes. Os dados sobre fatores de risco e mortalidade são baseados em dados dos países, quando disponíveis, e ajustados pelo método de padronização para maior comparabilidade. Assim como verificado mundialmente, as DCNT constituem o problema de maior magnitude no Brasil, atingindo, fortemente, camadas pobres da população e grupos vulneráveis, correspondendo a 74% (GRÁFICO 2) das causas de morte e de 75% dos gastos com atenção à saúde no SUS (BRASIL, 2012; WHO, 2011).

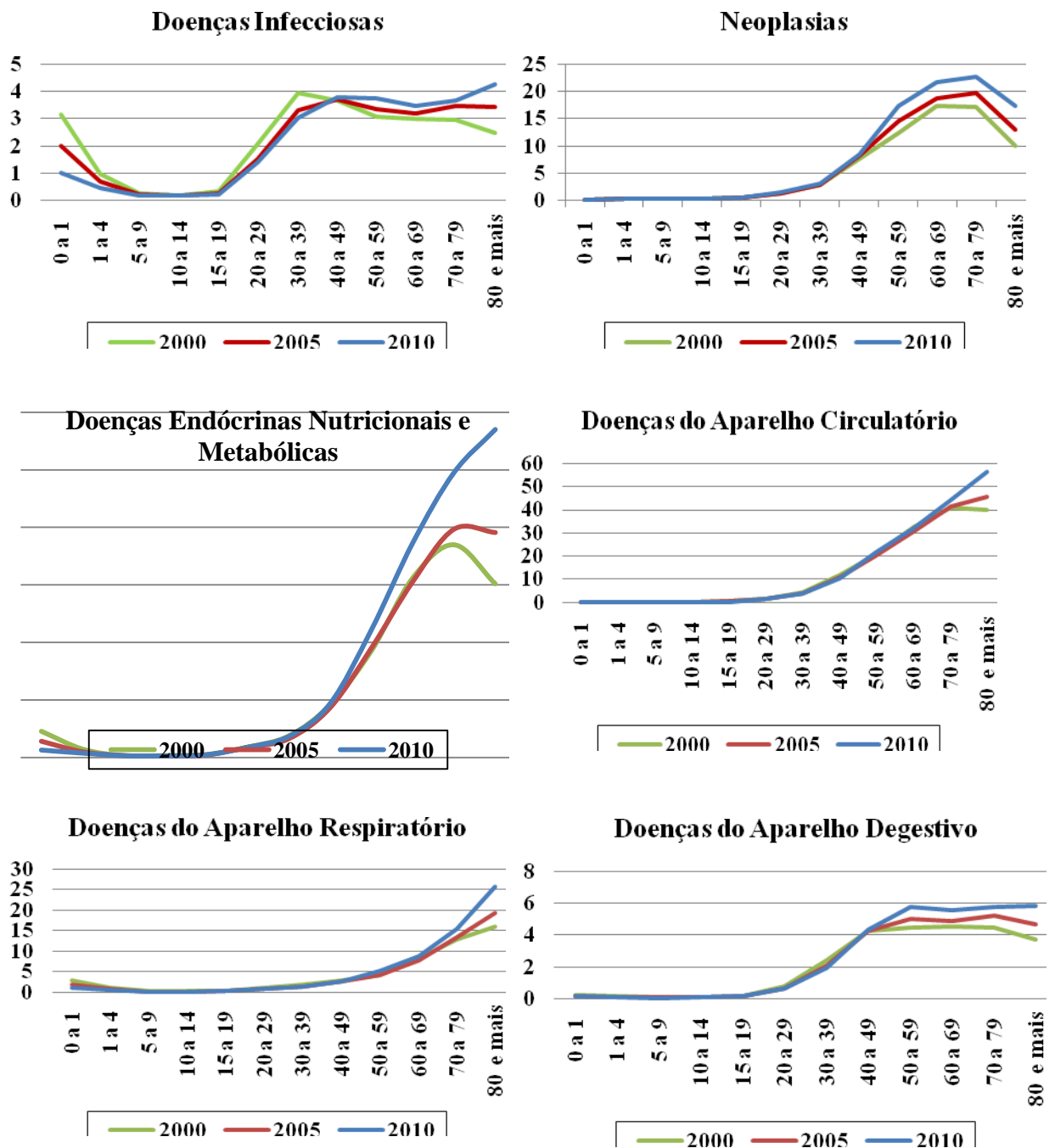
Gráfico 2 – Mortalidade proporcional (% do total de mortes, todas as idades), Brasil - 2008

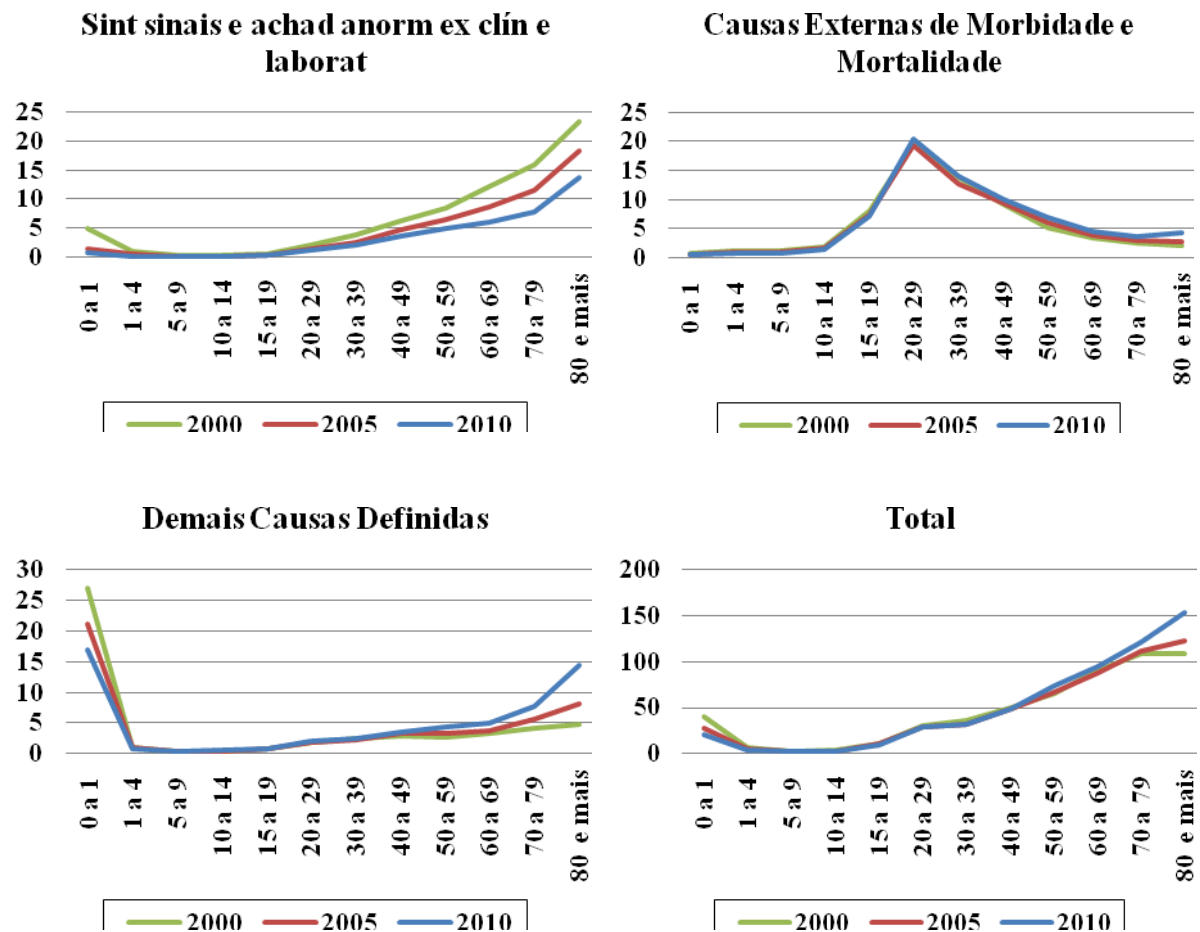


Fonte: Adaptado de WHO, 2011

Ainda em relação às proporções das doenças que mais matam no Brasil, a figura 10 abaixo, em consonância com a Figura 2 acima, demonstra a evolução em um recorte de tempo, destacando o papel preponderante das DCNT. Os dados para 2010 salientam que as doenças do aparelho circulatório (28,71%) figuraram em primeiro lugar no número de óbitos no Brasil, seguido de óbitos em decorrência de neoplasias (15,74%)

Figura 10 – Taxa Bruta de Óbitos por 100 mil Habitantes por Grupo de Causas e Faixa Etária: Brasil - 2000, 2005 e 2010





Fonte: Elaboração do autor com dados do DATASUS, 2012

De maneira geral, verificando o número de óbitos ocorrido no Brasil por principais grupos de causa, o padrão etário apontado pela figura 10 destaca a predominância das mortes nas faixas etárias mais elevadas (50-59 e 60 anos ou mais). A tendência encontrada indica, naturalmente, que quanto mais avançada a idade, maior é o número de óbito em relação ao universo da população. A exceção fica por conta das mortalidades por causas externas, quando o intervalo de idade que vai dos 15 aos 49 anos corresponde a 68,52% das mortes. Do ponto de vista da evolução nos intervalos de tempo destacados, observa-se a manutenção dessa tendência em praticamente todos os grupos de causa. Portanto, o que ocorre é um aumento, de maneira generalizada, no número de óbito no Brasil e a manutenção do padrão etário nas categorias selecionadas.

Por outro lado, quando a comparação é realizada entre uma doença específica e o total de doenças por faixa etária as conclusões são diferentes. Nesse sentido, ainda há, naturalmente, uma convergência de óbitos em faixas etárias mais avançadas, porém, ocorre uma distribuição

mais equilibrada entre as faixas etárias e as causas de mortes. Observa-se, portanto, que existe dominância nas mortes motivadas por causas externas em quase todos os grupos de idade, sobretudo nos grupos mais jovens. Contudo, chama atenção o comportamento das mortes motivadas por neoplasias.

Assim, as neoplasias figuram em quase todas as faixas etárias entre as três primeiras causas de morte no Brasil e, quando desconsiderando os óbitos por demais causas definidas, aponta-se na direção de ocupar a segunda posição, conforme demonstra sua evolução nos períodos de tempo delineados (TABELA 2). Portanto, podendo indicar que, mesmo com a questão do envelhecimento sendo um fator de peso nas causas de morte, em relação às neoplasias, de forma relativa, há a tendência de distribuição desse peso por quase todas as faixas etárias.

Tabela 2 – Posição da prevalência proporcional de mortalidade por faixa etária, segundo grupo de causas: Brasil – 2000, 2005 e 2010

Faixa Etária (anos)	2000			2005			2010		
	1º	2º	3º	1º	2º	3º	1º	2º	3º
Menor que 1	67,35	12,30	7,85	75,11	7,19	6,33	80,85	4,89	4,86
1 a 4	19,01	18,48	16,47	20,20	19,37	17,21	23,90	21,31	15,81
5 a 9	38,33	14,63	12,04	36,26	17,21	14,02	32,64	21,08	14,50
10 a 14	47,93	11,90	10,23	47,70	13,58	11,23	42,96	17,43	12,32
15-19	70,03	6,56	6,29	72,07	6,90	5,10	72,69	7,63	4,80
20-29	63,82	7,08	6,75	67,32	6,20	5,32	68,71	6,64	4,82
30-39	37,58	12,10	10,87	39,96	11,67	10,38	42,74	11,30	9,63
40-49	23,90	18,09	15,10	22,28	19,38	16,88	21,61	20,35	17,25
50-59	31,66	19,18	12,96	30,22	21,77	9,64	28,96	23,40	9,22
60 e mais	37,88	19,17	14,38	37,71	15,12	15,06	35,88	16,69	13,49
Total	27,53	14,34	12,73	28,20	14,64	12,68	28,71	15,74	12,60

Fonte: Elaboração do autor com dados do DATASUS, 2012

Legenda:

- I. Infecciosas e parasitárias
- II. Neoplasias (tumores);
- IX. Doenças do aparelho circulatório;
- X. Doenças do aparelho respiratório;
- XX. Causas externas de morbidade e mortalidade;
- XVIII. Sint sinais e achadnormexclín e laborat
- Demais causas definidas.

No que tange ao sexo³, de maneira geral morrem mais homens do que mulheres por ano, sendo 57,12% de homens e 42,85% de mulheres, quando consideradas todas as causas de mortes conjuntamente. Claramente, na categoria de causas externas, a qual envolve mortes violentas (acidente em geral e agressões), as mortes são dominadas pelo sexo masculino, com 82,50% contra 17,42% de mortes femininas. No caso específico das neoplasias, segue-se a mesma tendência, com 53,74% de homens e 46,26% de mulheres. O fato das mortes masculinas serem maiores que as mortes femininas pode ser explicado pelo comportamento do homem em relação aos serviços de saúde em geral, ou seja, a presença masculina nesses ambientes é menor que a feminina.

Portanto, associa-se ao hábito de prevenção vinculado a cada gênero, sendo que se acumula a ideia social de que o ato do cuidar encontra-se relacionado ao âmbito feminino. Ou seja, ao homem não compete o cuidado, sua virilidade é suficiente, fazendo com que a prevenção não seja rotina no universo masculino, gerando a procura por serviços de saúde apenas mediante algum sintoma específico, geralmente em condições de emergência. Outras questões relacionam-se a ideia do “não saber” de algo grave como fator de “proteção”, a exposição do próprio corpo (vergonha), a falta de unidade específica ao tratamento da saúde do homem e estruturas e campanhas de saúde pouco voltadas para este público (GOMES; NASCIMENTO ; ARAÚJO, 2007).

Para o acompanhamento das DCNT, dessa forma, incluindo também o câncer, a OMS (2011) define os seguintes indicadores:

- Tabagismo Atual Diária: a porcentagem da população de 15 anos ou mais de idade, que fuma tabaco diariamente.
- Inatividade Física: a porcentagem da população de 15 anos ou mais, que pratica menos de 30 minutos de atividade moderada por semana, ou menos de 20 minutos de atividade vigorosa, três vezes por semana, ou o equivalente.
- Aumento da Pressão Arterial: a porcentagem da população com 25 anos ou mais de idade, com pressão arterial sistólica ≥ 140 mmHg e / ou pressão arterial diastólica ≥ 90 mmHg, ou em uso de medicação para baixar a pressão arterial.

³ Dados retirados de “informações de saúde”, Datasus, via tabnet. As diferenças percentuais se devem às informações ignoradas.

- Glicose Sanguínea Elevada: a porcentagem da população com 25 anos ou mais de idade, com um valor de glicose plasmática em jejum de $\geq 7,0$ mmol/ L(126 mg/ dl), ou em uso de medicação para a glicose sanguínea elevada.
- Excesso de Peso: a porcentagem da população com 20 anos ou mais de idade, com um índice de massa corporal de (IMC) ≥ 25 kg/m².
- Obesidade: a porcentagem da população com 20 anos ou mais de idade, com um índice de massa corporal de (IMC) ≥ 30 kg/m².
- Colesterol Elevado: a porcentagem da população com 25 anos ou mais de idade, com um valor de colesterol total de $\geq 5,0$ mmol/ L(190 mg/ dl)

Quadro 8 – Capacidade do país para enfrentar e responder a DCNT: Brasil

Há unidade/Filial/Departamento no MS com responsabilidade para DCNT	Sim	Há uma política integrada ou tópico específico/programa/plano de ação em operação para:	
Há recurso disponível para:		Doenças cardiovasculares	Sim**
		Câncer	Sim**
Tratamento e controle de DCNT	Sim	Doenças respiratórias crônicas	Sim**
Prevenção e promoção da saúde de DCNT	Sim	Diabetes	Sim**
Vigilância, monitoramento e avaliação de DCNT	Sim	Álcool	Sim**
		Dieta pouco saudável/Excesso de peso/obesidade	Sim**
Sistema de informação sobre saúde inclui:		Atividade física	Sim**
		Tabaco	Sim**
Mortalidade por causa específica de DCNT	Sim		
Morbidade de DCNT	Sim		
Fatores de risco de DCNT	Sim		
Há registro nacional de câncer de base populacional	Sim	Número de medidas (m)POWER contra o tabaco implementadas	2/5

**Coberto pela política integrada/programa/plano de ação

Fonte: Adaptado de WHO, 2011

Por sua vez, associados aos indicadores elencados acima, a OMS busca vislumbrar a capacidade que cada nação possui de enfrentar as DCNT. Para tanto, observa-se outro

conjunto de indicadores relacionados com a infraestrutura, financiamento, vigilância, desenvolvimento de política/estratégia e implementação de política de enfrentamento ao tabaco.

Assim, conforme Quadro 8 acima, o Brasil apresenta boa capacidade de enfrentamento das DCNT por: possuir uma unidade/agência/departamento no Ministério da Saúde responsável pelas DCNT; haver recursos disponíveis para o tratamento e controle das DCNT; para a prevenção e promoção à saúde de DCNT, para vigilância, monitoramento e avaliação das DCNT; possuir sistema nacional de informação sobre saúde que inclui mortalidade por causa específica de DCNT, morbidade por DCNT e fatores de riscos para DCNT; possuir registro nacional do câncer na população; possuir sistema integrado ou política/programa/ação específica direcionado a doenças cardiovasculares, ao câncer, a doenças respiratórias crônicas, a diabetes, ao álcool, ao sedentarismo e ao combate ao fumo. Contudo, o número de medidas implementadas para o enfrentamento do tabaco encontra-se afastado do mais alto nível de realização, que é cinco.

Quadro 9 - Metas nacionais para o enfrentamento das DCNT: 2011-2022

Metas Nacionais Propostas
Reduzir as mortes prematuras (<70 anos) por DCNTs em 2% ao ano
Reduzir a prevalência de obesidade em crianças e adolescentes
Deter o crescimento da obesidade em adultos
Reduzir as prevalências de consumo nocivo de álcool e do tabagismo
Aumentar a prevalência de atividade física no lazer
Aumentar o consumo de frutas e hortaliças e reduzir o consumo médio de sal
Aumentar para 95% a cobertura de mamografia em mulheres entre 50 e 69 anos
Aumentar a cobertura em 95% de exame preventivo de câncer de colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos
Tratar 100% de mulheres com diagnóstico de lesões precursoras de câncer

Fonte: BRASIL, 2011

Da mesma forma, ainda em relação à capacidade de enfrentamento das questões relacionadas às DCNT, destaca-se que o Brasil, através do Ministério da Saúde, elaborou o *Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, 2011-2022*, lançado em 2011. O objetivo da iniciativa pública, nos próximos dez anos, é

desenvolver e implantar políticas integradas para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco. Para tanto, visa-se o fortalecimento dos serviços de saúde, a partir dos seguintes eixos: a) vigilância, informação, avaliação e monitoramento; b) promoção da saúde e c) cuidado integral (Ver QUADROS 9 e 10).

Quadro 10 – Diretrizes e principais ações para o enfrentamento das DCNT no Brasil: 2011-2022

Diretriz	Principais Ações
Vigilância, informação, avaliação e monitoramento	Realizar Pesquisa Nacional de Saúde – 2013 (em parceria com o IBGE)
	Estudos sobre DCNT
	Portal do Plano de DCNT - monitorar e avaliar implantação do plano; desenvolver sistema de gestão
Promoção da saúde	Atividade física: Programa Academia da Saúde; Programa Saúde na Escola; Praças do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC); Reformulação de espaços urbanos saudáveis e Campanhas de comunicação
	Alimentação saudável: Alimentação saudável nas escolas; Aumento da oferta de alimentos saudáveis; Regulação da composição nutricional de alimentos processados; Redução dos preços dos alimentos saudáveis; Plano Intersetorial de Controle e Prevenção da Obesidade; Regulamentação da publicidade de alimentos
	Tabagismo e álcool: Adequação da legislação nacional que regula o ato de fumar em recintos coletivos; Ampliação das ações de prevenção e de cessação do tabagismo; Fortalecimento da política de preços e aumento de impostos dos produtos derivados do tabaco e álcool; Intensificação de ações referente à venda de bebidas alcoólicas a menores de 18 anos; Prevenção e a redução do uso de álcool e do tabaco; Fomentar legislação específica em relação ao controle de pontos de venda de álcool e horário noturno de fechamento de bares e outros pontos correlatos de comércio no âmbito local.
	Envelhecimento ativo: Implantação de um modelo de atenção integral ao envelhecimento ativo; Promoção do envelhecimento ativo e ações de saúde suplementar; Incentivo à prática da atividade física regular; Capacitação das equipes de profissionais da Atenção Básica; Incentivar a ampliação da autonomia e independência para o autocuidado e o uso racional de medicamentos; Criar programas para formação do cuidador
Cuidado integral	Definir e implementar protocolos e diretrizes clínicas das DCNT com base em evidências de custo-efetividade
	Capacitação e telemedicina: Capacitação das equipes da Atenção Básica em Saúde
	Medicamentos gratuitos: Ampliação do acesso gratuito aos medicamentos e insumos
	Câncer do colo do útero e de mama: Fortalecer as ações de prevenção e qualificação do diagnóstico precoce e tratamento dos cânceres do colo de útero e de mama
	Atenção às Urgências: Fortalecimento do cuidado ao portador de DCNT na rede de urgência
	Atenção Domiciliar: Ampliação do atendimento a pessoas com dificuldades de locomoção ou que precisem de cuidados regulares, mas não de hospitalização
	Linha do Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e Acidente Vascular Encefálico (AVE) na Rede de Atenção às Urgências: Qualificação e integração de todas as unidades de saúde da Rede de Atenção às Urgências

Fonte: Elaboração do autor a partir de BRASIL, 2012

Apesar das iniciativas do Brasil, no que tange às DCNT, estarem em sintonia com as recomendações dos órgãos internacionais voltados à melhoria das condições de saúde das nações, os dados destacados acima demonstram que, assim como acontece em nível mundial, as DCNT são as que mais matam no Brasil. A Tabela 3 abaixo aponta a evolução relativa do número de óbitos por grupo de causa selecionado ao longo de três intervalos de tempo específicos. Assim, fica evidenciada a participação marcante das DCNT entre as principais causadoras de morte no Brasil. Dessa forma, observa-se um crescimento acentuado nas mortes causadas por doenças endócrinas nutricionais (48,63%) e das metabólicas e das neoplasias (48,52%) no intervalo 2000-2010.

Tabela 3 – Variação percentual de óbitos por grupo de causa selecionado: Brasil (2000-2005-2010)

Grupo de causas	$\Delta\%$	$\Delta\%$	$\Delta\%$
	2000-2005	2005-2010	2000-2010
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	4,75	4,71	9,68
II. Neoplasias (tumores)	22,32	21,42	48,52
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	14,17	30,18	48,63
IX. Doenças do aparelho circulatório	8,95	14,95	25,24
X. Doenças do aparelho respiratório	10,22	22,30	34,79
XI. Doenças do aparelho digestivo	16,43	15,90	34,93
XVIII. Sint sinais e achadnormexclín e laborat	-23,05	-23,77	-41,35
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	7,80	12,24	21,00
Demais causas definidas	8,01	17,99	27,44
Total	6,35	12,92	20,10

Fonte: Elaboração do autor com dados do DATASUS, 2012

Por sua vez, aproximando os resultados da tabela 3 com os resultados apontados na Tabela 2, as mortes motivadas por neoplasias passa ter conotações mais preocupantes. Nesse sentido, além do crescimento relativo na quantidade de óbitos por neoplasias, esta prevalece como a principal causa de morte em boa parte das faixas etárias discriminadas, quando desconsiderado o óbito por causa externa.

3.1.1 Breve introdução conceitual à neoplasia maligna (Câncer)

Realizada breve contextualização, volta-se, a partir desse tópico, para as questões específicas envolvendo neoplasia maligna. Destarte, segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), câncer é a denominação atribuída a um conjunto de mais de cem doenças que possuem como característica comum o crescimento desordenado de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se para outras regiões do corpo. É o crescimento desordenado de células

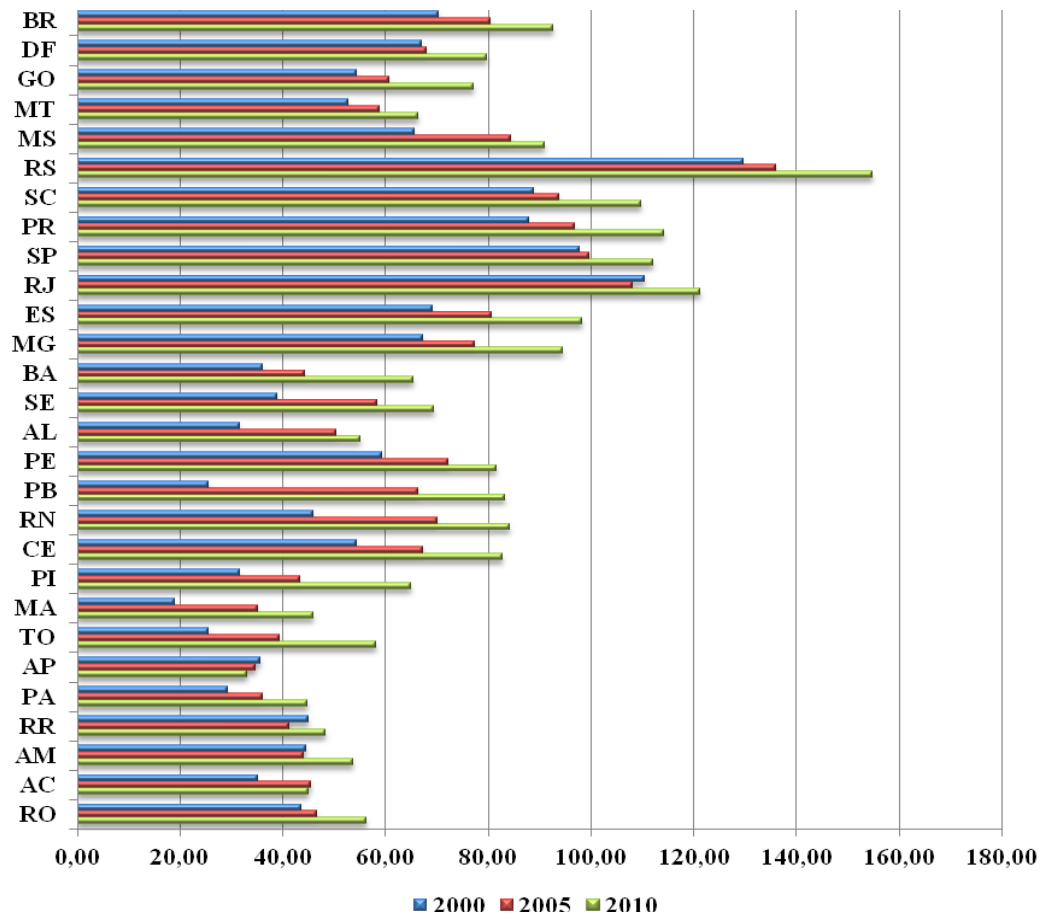
que tipifica um câncer como maligno, ou seja, a velocidade e a agressividade na formação de tumores (neoplasia maligna). Há diversos tipos de cânceres, correspondentes aos diversos tipos de células do corpo e a capacidade de multiplicação e de invasão a tecidos e órgãos vizinhos ou distantes (BRASIL, 2012).

As causas que conduzem ao câncer são diversas e estão associadas a elementos internos e externos ao organismo. Costumes, hábitos e o meio ambiente do indivíduo são considerados causas externas. Por sua vez, as condições genéticas predeterminadas são definidas como causas internas. Contudo, causas internas e externas estão inter-relacionadas e podem interagir, contribuindo conjuntamente ao desenvolvimento da patologia. Dessa forma, organismos com baixa capacidade de proteção a agressões externas, por exemplo, poderão ter maiores chances de desenvolver tumores que outro organismo em condições melhores no que tange à sua defesa. Contudo, a prevalência de causa é a externa, sendo 80% a 90% dos casos de cânceres associados a fatores ambientais (BRASIL, 2012).

A quantidade de tempo e a intensidade da exposição que as células forem submetidas aos fatores de risco é o que determinará o desenvolvimento do câncer. Existem os fatores de risco herdados e os encontrados no meio ambiente. Este último, como delineado acima, é o de maior prevalência (80% a 90%). O ambiente pode ser entendido como geral (água, terra e ar), ocupacional (indústrias químicas e afins), de consumo (alimentos, medicamentos), social e cultural (estilo e hábitos de vida).

Para observar o comportamento da taxa de mortalidade motivada por cânceres no Brasil, foi realizado o recorte temporal 2000-2005-2010. Assim, houve no país aumento na taxa de mortalidade motivada por cânceres entre 2000-2005 e 2005-2010, sendo que a variação da taxa atingiu 24,03% no intervalo 2000-2010. Da mesma forma, nas Unidades Federativas, de maneira geral, verificou-se aumento na taxa bruta de mortes motivadas por câncer nos períodos destacados. No entanto, observa-se maior intensidade nos estados da Paraíba, Maranhão, Tocantins, Piauí, Rio Grande do Norte, Bahia, Sergipe e Alagoas, todos com variação em suas taxas acima de 40% quando comparados os anos de 2000 e 2010. Enfatiza-se que, dos nove estados citados, oito encontram-se na região Nordeste, caracterizando a região como a espacialidade onde as causas de morte motivadas por cânceres tiveram maior avanço em termos proporcionais (GRÁFICO 3).

Gráfico 3: Taxa bruta de mortalidade (óbitos/100.000 habitantes) por câncer por unidades federativas do Brasil em 2000, 2005 e 2010



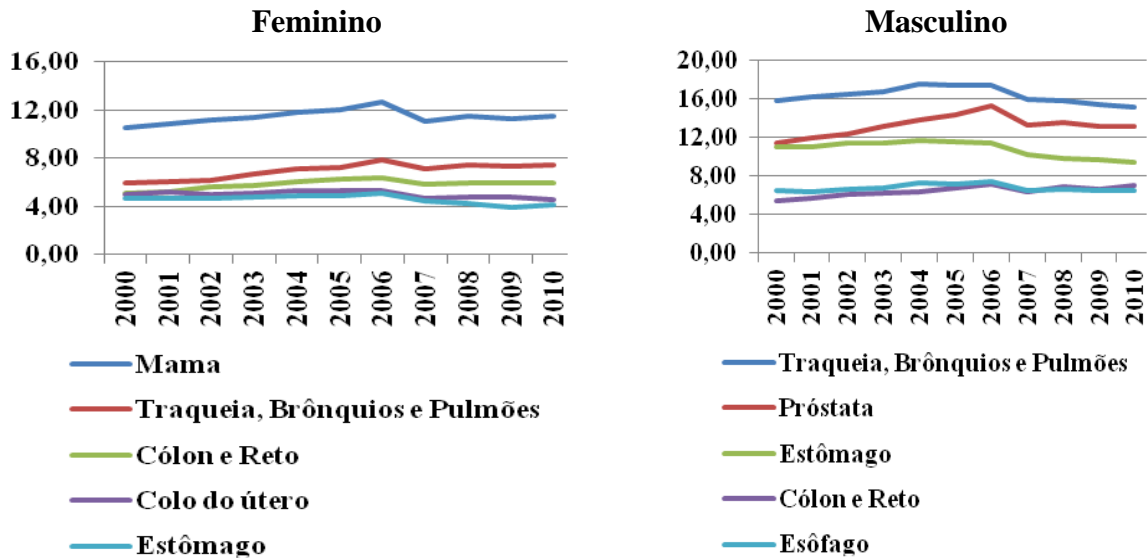
Fonte: Elaboração do autor com dados do DATASUS, 2012

Por sua vez, percebe-se que na região Sul e Sudeste, respectivamente, estão as maiores taxas de mortalidade por câncer, assumindo, assim, status de concentração desse tipo de causa de morte. Destaca-se, na região Sul, as elevadas taxas verificadas no estado do Rio Grande do Sul. Por outro lado, as menores taxas encontram-se na região Norte, sendo, desta região, o único estado, o Amapá, a apresentar redução na taxa bruta de mortalidade motivada por cânceres no intervalo de tempo 2000-2010 (GRÁFICO 3).

A figura abaixo busca demonstrar a evolução e a predominância dos principais tipos de cânceres no Brasil no intervalo de tempo 2000-2010. Dessa maneira, verifica-se que em 2010, os cinco tipos de câncer mais frequentes em mulheres, pela ordem de frequência, foram o de mama, de traqueia, brônquios e pulmões, de cólon e reto, de colo do útero e o de estômago. Já

nos homens, os principais tipos de câncer foram o de traqueia, brônquios e pulmões, de próstata, de estômago, de cólon e reto e de esôfago.

Figura 11 - Taxa de mortalidade das cinco localizações primárias mais frequentes, ajustadas por idade, pela população mundial, por 100 mil: Brasil 2000-2010



Fonte: Elaboração do autor, 2012 a partir de BRASIL, 2012

No que tange ao sexo feminino, chama atenção o comportamento do câncer de mama como determinante de mortalidade. Assim, observa-se no Figura 11 que, entre os anos 2000-2006, houve ascendência do câncer de mama, interrompida entre 2006-2007, mas retomada, e mantida, no período entre 2008-2010. Por sua vez, quando considerado o intervalo total, 2000-2010, verifica-se, também, crescimento na frequência de mortes motivada por câncer de mama.

Já em relação ao sexo masculino, apesar do câncer de traqueia, brônquios e pulmões apresentar maior frequência na causa de morte por câncer, o intervalo 2000-2010 aponta uma tendência decrescente motivada por essa localização primária. Porém, chama atenção o comportamento do câncer de próstata durante o período. Dessa forma, o câncer de próstata apresentou-se crescente entre o intervalo 2000-2006, passando a decrescer entre 2006-2007, mas mantendo uma trajetória irregular entre 2007-2010. Contudo, considerando o intervalo 2000-2010 o aumento na frequência desse tipo de câncer como causa de morte no Brasil aumentou 16,33%. O mesmo destaque cabe ao câncer de cólon e reto, mesmo com sua baixa frequência em relação ao câncer de próstata (FIGURA 11).

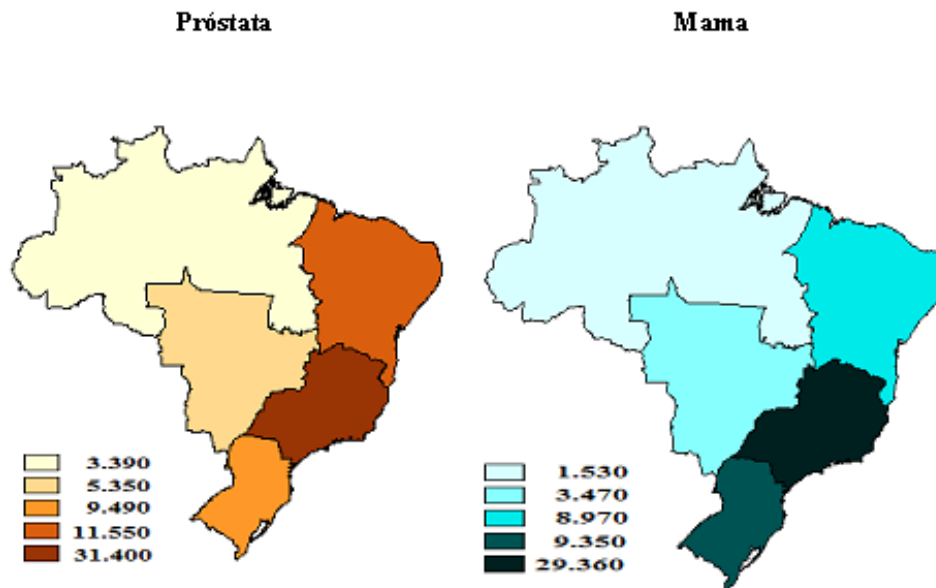
Tabela 4 - Estimativa para o ano de 2012 da taxa bruta de incidência por 100 mil habitantes e de número de casos novos por câncer, segundo sexo e localização primária* - BR

Localização Primária Neoplasia Maligna	Estimativa dos Casos Novos			
	Homens		Mulheres	
	Casos	Tx. Bruta	Casos	Tx. Bruta
Próstata	60.180	62,54	-	-
Mama Feminina	-	-	52.680	52,5
Colo do Útero	-	-	17.540	17,49
Traqueia, Brônquios e Pulmão	17.210	17,9	10.110	10,08
Cólon e Reto	14.180	14,75	15.960	15,94
Estômago	12.670	13,2	7.420	7,42
Todas as Neoplasias	257.870	267,99	260.640	259,86

Fonte: Elaboração do autor, 2012, a partir de BRASIL, 2011

A estimativa da taxa bruta de incidência de câncer para o ano de 2012 confirma a próstata e a mama feminina com as principais localizações primárias de neoplasia maligna no Brasil. As outras localizações primárias seguem conforme o Figura 11 apontou, ficando ausente apenas a localização esôfago. Portanto, assim como observado no período entre 2000-2010, o comportamento do câncer de mama feminina e de próstata se confirma nessa estimativa de incidência de novos casos. Dessa forma, na Tabela 4, fica patente a grande diferença na taxa bruta desses tipos de câncer em relação aos demais tipos. Assim, verifica-se uma concentração dos casos de câncer em dois tipos específicos e que atingem de forma exclusiva a mulher (mama feminina) e homem (próstata). Por sua vez, a distribuição espacial da estimativa de casos novos de câncer de mama feminina e de próstata, em números absolutos, aponta para uma concentração na região sudeste do país (FIGURA 12).

Figura 12 - Estimativa para o ano de 2012 de número de casos novos de câncer, por região



Fonte: Elaboração do autor, 2012, a partir de BRASIL, 2011

Portanto, observou-se nesse tópico a evolução das doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil. O comportamento das DCNT no Brasil segue uma tendência mundial. Além disso, no conjunto das principais doenças crônicas que afligem a população brasileira, verifica-se que os cânceres, destacadamente, o de próstata e de mama feminina, vêm ocupando lugar significativo em causas de mortes definidas. Dessa maneira, assim como recomendado mundialmente, o país vem adotando medidas para o enfrentamento desse tipo de doenças, fomentando a prevenção, estimulando mudanças no estilo de vida, implementando ações voltadas para melhoria nos hábitos alimentares e de atividade física.

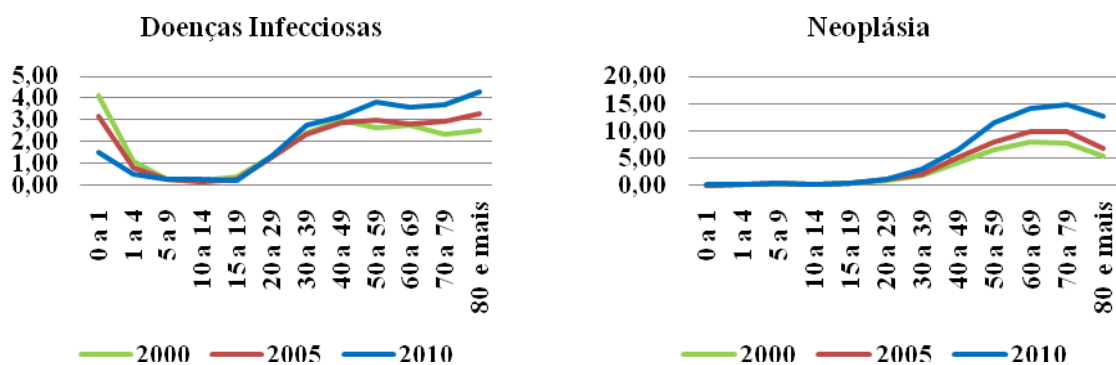
3.2 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NA BAHIA

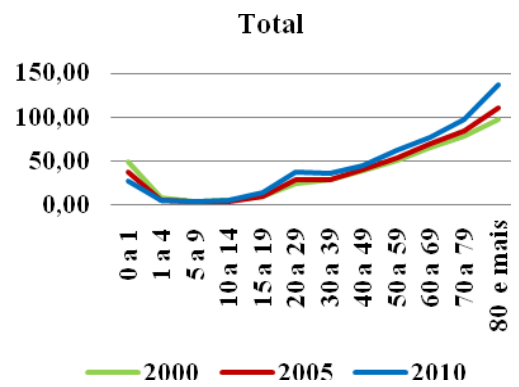
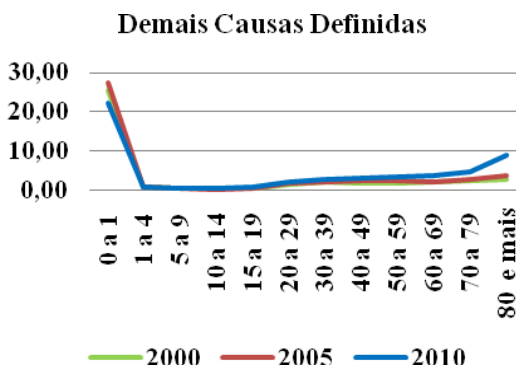
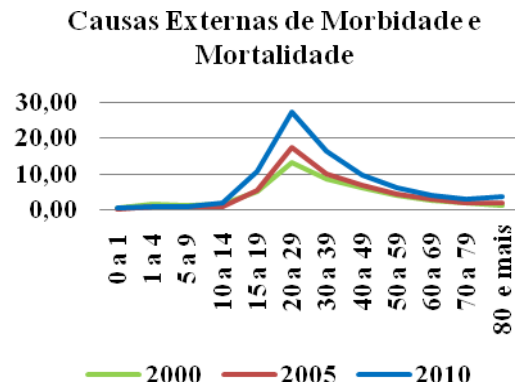
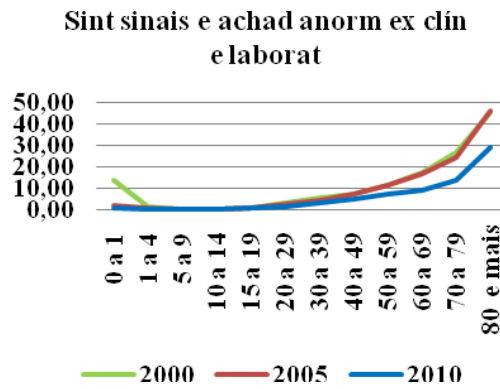
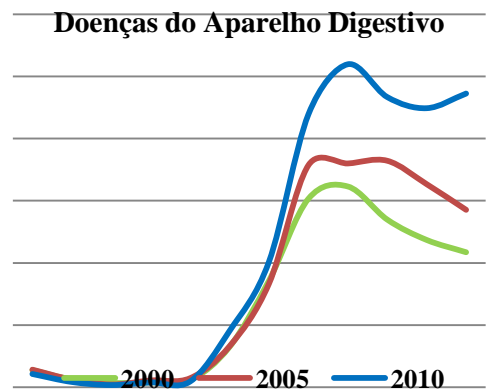
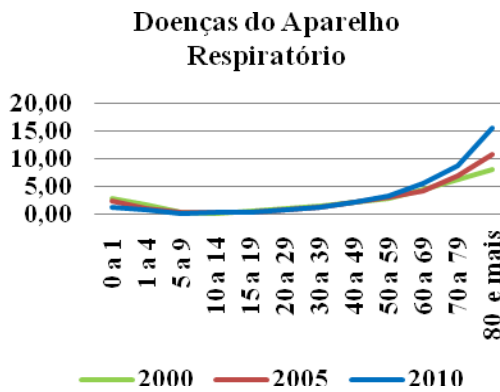
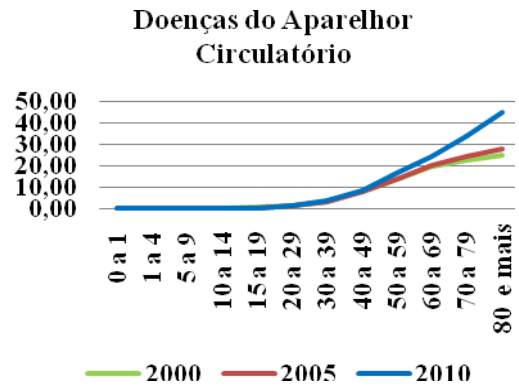
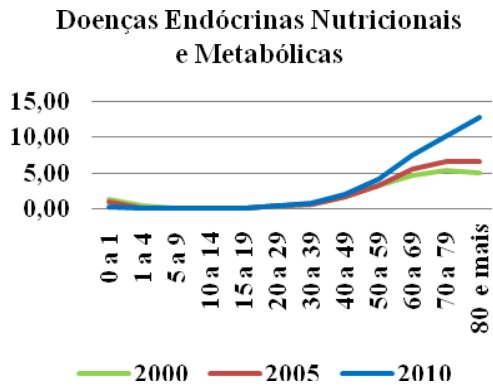
A Figura 13 abaixo revela que as causas de morte, discriminadas por faixa etária, na Bahia, assumem comportamento similar ao que ocorre no Brasil. Ou seja, no aspecto global, quanto mais elevada a idade, maiores são as taxas de óbito. Mas essa realidade muda quando se observa causa por causa. Nesse sentido, assim como verificado no Brasil, as mortes motivadas por causas externas atingem muito mais os jovens/adultos, sobretudo a faixa que vai de 15 aos 49 anos, com um ápice na faixa que vai de 20 a 29 anos, ponto a partir do qual o movimento é decrescente.

Cabe destacar, no âmbito do foco desse estudo, o comportamento dos óbitos provocados pelas neoplasias malignas. Dessa forma, verifica-se que, do ponto de vista de todas as neoplasias, as faixas etárias percorridas de 0 a 19 anos delineia o intervalo onde ocorre o menor número de óbitos por esse tipo de causa. Contudo, a partir desse ponto, percebe-se uma trajetória crescente dos óbitos. Assim, dos 19 aos 59 anos a trajetória é totalmente ascendente, havendo pontos de inflexão a partir dos 60 anos. Esse comportamento denota que parte considerável dos óbitos, relativos aos cânceres, acometem pessoas em faixas etárias caracterizadas entre jovens e adultos em idade ativa.

Do ponto de vista do recorte de tempo realizado, o comportamento de cada causa de óbitos, com pouca variação nas tendências, são essencialmente os mesmos. Assim, verifica-se, de maneira geral, o aumento no número de óbitos em praticamente todos os tipos de causa, ao mesmo tempo em que se observa que as trajetórias, por faixa etária, ao longo dos anos destacados, conferem similaridades entre si. Portanto, nos períodos de tempo investigados, vê-se que tal comportamento pode apontar para certo grau de estabilidade do perfil epidemiológico por faixa etária na Bahia.

Figura 13 - Taxa bruta de óbitos por 100 mil habitantes por grupo de causas e faixa etária: Bahia - 2000, 2005 e 2010





Fonte: Elaboração do autor com dados do DATASUS, 2012

Em relação à prevalência proporcional de mortalidade por faixa etária, segundo grupo de causas, a Bahia tem um comportamento um pouco diferente do Brasil. Mas, assim como no país, há dominância na prevalência dos óbitos por causas externas e demais causas. Além disso, há presença relevante das doenças do aparelho circulatório como causa de morte entre os baianos. Contudo, no caso da Bahia, os óbitos motivados por sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e laboratoriais, que não foram registrados em outra parte, se apresentam com maior destaque em relação ao que ocorre no país (TABELA 2).

Portanto, a Tabela 5 aponta para uma composição semelhante na prevalência proporcional de mortalidade por faixa etária, nos anos destacados (2000, 2005 e 2010), quando considerados grupos de causas com as maiores taxas na Bahia. Havendo, dessa forma, no que tange às neoplasias malignas, uma pequena variação para o ano de 2010, quando comparado com os anos, 2000 e 2005, os quais permaneceram de maneira idêntica. Ou seja, para ano de 2010, as neoplasias malignas passam a vigorar entre as maiores prevalências proporcionais nas faixas etárias de 5 a 9 anos e de 40 a 49 anos.

Tabela 5 – Posição da prevalência proporcional de mortalidade por faixa etária, segundo grupo de causas: Bahia – 2000, 2005 e 2010

Faixa Etária (anos)	2000			2005			2010		
	1º	2º	3º	1º	2º	3º	1º	2º	3º
Menor que 1	52,74	28,09	8,50	75,21	8,66	6,41	81,67	5,66	4,38
1 a 4	21,56	21,06	18,21	21,76	19,42	16,25	22,74	19,83	17,61
5 a 9	32,21	17,00	14,54	32,43	14,74	14,00	37,23	17,12	13,04
10 a 14	38,45	14,56	14,17	32,86	17,49	12,06	45,23	12,43	8,29
15-19	54,74	11,92	7,98	63,44	8,90	8,22	77,73	6,36	4,64
20-29	55,13	13,01	6,76	63,29	9,20	6,45	73,87	5,54	4,45
30-39	31,27	19,13	12,49	36,49	15,29	11,13	45,55	10,44	8,80
40-49	22,40	19,52	16,25	19,07	18,66	17,30	21,53	19,45	14,40
50-59	27,81	22,65	13,25	26,10	21,82	15,00	27,37	18,68	11,67
60 e mais	37,39	27,96	8,75	33,36	27,55	10,05	32,96	16,68	13,29
Total	29,70	21,25	10,56	25,33	21,27	11,80	24,77	15,94	13,26

Fonte: Elaboração do autor com dados do DATASUS, 2012

Legenda:

- I. Infeciosas e parasitárias
- II. Neoplasias (tumores);
- IX. Doenças do aparelho circulatório;
- X. Doenças do aparelho respiratório;
- XX. Causas externas de morbidade e mortalidade;
- XVIII. Sint sinais e achadanormexclín e laborat
- Demais causas definidas.

Por sua vez, analisando a evolução porcentual dos óbitos na Bahia no período destacado, considerando o grupo de causa, percebe-se que causas externas de morbidade e mortalidade, neoplasias (tumores), doenças endócrinas nutricionais e metabólicas, além das doenças do aparelho digestivo tiveram valores muito superiores quando comparados às outras categorias no período 2000 e 2010. Nessa lógica de observação, os óbitos motivados por neoplasias ocupa a segunda posição, ficando atrás apenas de causas externas. Assim, o seu crescimento de 92,77% significou sair de 4.756 óbitos, em 2000, para 9.168 óbitos, em 2010. Dessa forma, assim como ocorre no Brasil, a Bahia aponta para uma forte evolução positiva nos casos de morte relacionados aos cânceres, seguindo uma tendência verificada não apenas em âmbito nacional, como mundial (TABELA 6).

Tabela 6 – Variação Percentual de óbitos por grupo de causa selecionado: Bahia (2000-2005-2010)

Grupo de Causas	$\Delta\%$	$\Delta\%$	$\Delta\%$
	2000-2005	2005-2010	2000-2010
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	6,00	10,82	17,46
II. Neoplasias (tumores)	28,70	49,78	92,77
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	18,12	49,14	76,16
IX. Doenças do aparelho circulatório	8,51	37,47	49,18
X. Doenças do aparelho respiratório	10,33	21,65	34,21
XI. Doenças do aparelho digestivo	27,50	36,74	74,34
XVIII. Sintomas e achados normais e laboratoriais	-7,52	-38,20	-42,85
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	21,18	59,41	93,17
Demais causas definidas	9,20	15,77	26,42
Todas as categorias	7,95	18,01	27,39

Fonte: Elaboração do autor com dados do DATASUS, 2012

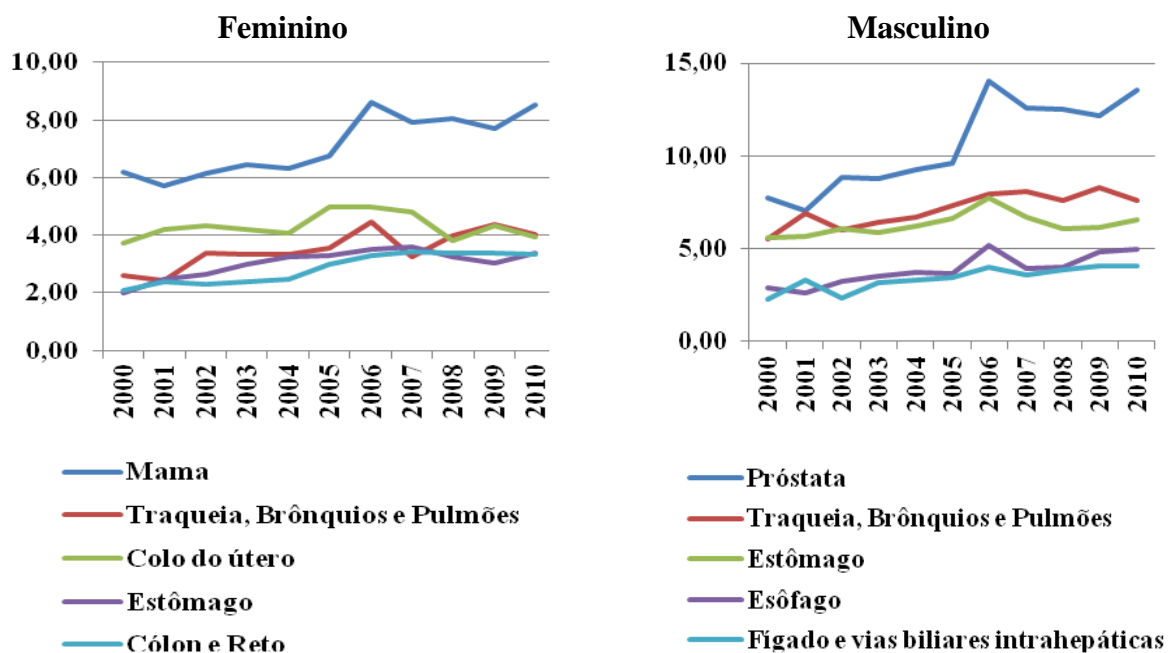
Como colocado acima, os óbitos motivados por neoplasias apresentaram resultados significantes no recorte de tempo realizado nesse estudo. Com o objetivo de verificar como se comportaram os principais tipos de cânceres, que acometeram tanto as mulheres quanto os homens baianos, a Figura 14 apresenta as cinco localizações primárias mais frequentes no intervalo de tempo 2000-2010.

Considerando os tipos de cânceres registrado em mulheres, na Bahia, no intervalo 2000-2010, percebe-se que o câncer de mama segue uma trajetória crescente em todo o período, apesar de pequenas oscilações e uma queda entre 2006-2007, com certa estabilidade em 2008, mas voltando a crescer em 2009, fechando o intervalo de tempo com uma tendência crescente. A trajetória, até então descrita, é equivalente ao que ocorre no Brasil no mesmo período. Em relação aos outros quatro tipos de câncer dentre os principais enfrentados pelo gênero

feminino, o câncer de colo do útero aparece como o segundo em taxa de mortalidade, apresentando, de maneira geral, comportamento estável ao final do período, apesar das oscilações verificadas entre 2000-2004; 2004-2008 e 2008-2010. Por sua vez, chama atenção a trajetória ascendente entre 2000-2010, das mortes motivadas por câncer de cólon e reto, de traqueia, brônquios e pulmões; e de estômago (FIGURA 14).

Do ponto de vista do gênero masculino, destacadamente, o câncer de próstata mostra uma trajetória fortemente ascendente como causa de morte no período observado. Ressalta-se o comportamento da curva em ascensão entre 2000-2005, mesmo com alguns pontos de inflexão, e o intervalo 2005-2006, com uma forte inclinação, para, em seguida, se constatar uma inflexão, caracterizada pelo intervalo 2006-2009, sendo retomada a tendência crescente, visualizado no intervalo 2009-2010. De forma ampla, o câncer de próstata, como causa de óbito entre os homens, cresceu de maneira considerável na Bahia no intervalo 2000-2010. Essa foi uma tendência verificada no Brasil. Contudo, a diferença fica no fato de que o câncer de próstata na Bahia ocupa a primeira posição entre as localizações primárias que mais causaram morte durante todo o período observado (FIGURA 14).

Figura 14 - Taxa de mortalidade das 5 localizações primárias mais frequentes, ajustadas por idade, pela população mundial, por 100 mil: Bahia 2000-2010



Fonte: Elaboração do autor, 2012, a partir de BRASIL, 2012b

Portanto, em relação às neoplasias malignas que mais mataram na Bahia, destaca-se o câncer de mama feminino, ocorrendo exclusivamente entre as mulheres, e o câncer de próstata, ocorrendo exclusivamente entre os homens. O comportamento desses dois tipos de localização primária é similar ao que ocorre no Brasil. Demonstrando, assim, não ser um fenômeno isolado, mas que necessita de intervenções articuladas e multissetoriais, não só do ponto de vista do cuidado como da prevenção e diagnóstico precoce.

Tabela 7 - Número de Óbitos Motivados por Câncer de Mama e de Próstata por Microrregião de Saúde da Bahia: 2000, 2005 e 2010

Microrregião de Saúde	Neoplasias malignas da mama			Neoplasias malignas da próstata		
	2000	2005	2010	2000	2005	2010
Alagoinhas	10	7	22	24	21	24
Barreiras	4	9	6	2	1	9
Brumado	6	5	11	7	20	39
Camaçari	14	11	23	12	19	31
Cruz das Almas	6	4	12	5	7	17
Feira de Santana	39	38	48	46	45	107
Guanambi	3	9	10	14	16	28
Ibotirama	2	1	5	4	2	14
Ilhéus	7	11	21	3	15	35
Irecê	7	7	11	8	9	24
Itaberaba	7	5	2	6	12	31
Itabuna	11	25	15	27	37	42
Itapetinga	1	4	4	10	6	14
Jacobina	3	4	10	4	16	19
Jequié	6	4	19	14	28	45
Juazeiro	3	13	11	5	11	22
Paulo Afonso	4	2	10	3	6	15
Porto Seguro	1	5	11	6	11	16
Ribeira do Pombal	1	7	13	6	3	25
Salvador	174	176	284	145	159	206
Santa Maria da Vitória	3	3	5	4	5	14
Santo Antônio de Jesus	9	5	19	12	16	36
Seabra	4	1	6	2	5	6
Senhor do Bonfim	2	3	8	3	4	17
Serrinha	5	7	15	14	14	43
Teixeira de Freitas	4	2	18	1	10	33
Valença	6	7	9	4	7	13
Vitória da Conquista	3	14	19	11	21	53
Município ignorado - BA	1	9	2	3	3	2
Total	346	398	649	405	529	980

Fonte: Elaboração do autor com dados do DATASUS, 2012

A Tabela 7 acima demonstra, claramente, a concentração de óbitos nas Microrregiões de Saúde de Salvador e Feira de Santana, ambas em as localizações primárias. Essa concentração é acompanhada e justificada por outro tipo de concentração, a populacional. De maneira

geral, ocorre aumento das mortes nos períodos observados, mas verifica-se uma elevação mais intensa nos óbitos por câncer de próstata, ou seja, as mortes nos homens apresentam uma ascendência mais veloz do que nas mulheres, quando observados os dois principais tipos de cânceres que os atingem de maneira específicas. Portanto, esse comportamento pode refletir do maior cuidado com a atenção à saúde por parte da mulher e das políticas e campanhas públicas voltadas para este gênero. Dessa forma, observa-se que a saúde dos homens, enquanto elemento sistemático de prevenção, diagnóstico precoce e cuidado imediato, ainda carece avançar quando comparado ao que ocorre no âmbito feminino.

Para o ano de 2012, o Instituto Nacional do Câncer (INCA) estimou que, na Bahia, a taxa bruta de incidência de câncer de próstata será de 39,83/100.000 habitantes e o de mama será de 27,64/100.000 habitantes. Além disso, a tabela 8 reforça que, assim como ocorre no Brasil, os cânceres de próstata e mama feminina são os de maior prevalência na Bahia, com taxas de incidência de novos casos bem superiores às localizações primárias subsequentes. Apontando, assim, para a manutenção de uma tendência crescente dos óbitos motivados por tais patologias, pois, em grande parte dos casos o diagnóstico ocorre tardiamente.

Tabela 8 - Estimativas para o ano de 2012 das taxas brutas de incidência por 100 mil habitantes e de número de casos novos por câncer, segundo sexo e localização primária* - Bahia

Localização Primária Neoplasia Maligna	Estimativa dos Casos Novos			
	Homens		Mulheres	
	Casos	Tx. Bruta	Casos	Tx. Bruta
Próstata	2.930	39,83	-	-
Mama Feminina	-	-	2.110	27,64
Colo do Útero	-	-	1.030	13,52
Traqueia, Brônquio e Pulmão	520	7,09	330	4,28
Cólon e Reto	390	5,33	540	7,03
Estômago	510	6,99	370	4,81
Todas as Neoplasias	10.330	140,33	10.290	134,68

* Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10

Fonte: Elaboração do autor, 2012, a partir de BRASIL, 2011

Destaca-se que o diagnóstico tardio é um problema generalizado no Brasil, não se restringindo a um ou dois tipos de cânceres. Este aspecto encontra-se diretamente ligado às condições que envolvem os profissionais, estabelecimentos e equipamentos para o diagnóstico clínico no sistema de saúde brasileiro. Destaca-se também que, de maneira geral, segundo o CONASS, para cada mil novos casos de câncer, independente do tipo e desconsiderando o câncer de pele, entre quinhentos e seiscentos irão recorrer à cirurgia oncológica, setecentos

necessitaram de quimioterapia e seiscentos novos casos dependerão de radioterapia (CONASS, 2005).

3.3 O GASTO COM O CÂNCER DE PRÓSTATA E DE MAMA A PARTIR DOS VALORES APROVADOS PELO SUS

Após breve discussão acerca das condições das DCNT, desembocando mais especificamente nas neoplasias malignas da mama feminina e da próstata, cabe observar qual o seu comportamento, na Bahia, em termos de recursos despendidos. Em outras palavras, é importante buscar entender qual o custo direto que o poder público canaliza para o enfrentamento dessa patologia. Dessa forma, tal análise mostra-se relevante pelo fato evidenciado acima, quando se trata da estrutura e organização do SUS. Pois este coloca entre os maiores entraves para o funcionamento mais equilibrado do sistema, a capacidade de manutenção de um mecanismo estável de financiamento, ao se tratar das demandas de atenção à saúde da sociedade.

Sabe-se de todos os esforços imprimidos pela sociedade organizada para possibilitar e garantir as condições suficientes ao financiamento “solidário”, termo já preconizado na constituição de 1988. Nesse sentido, destaca-se a aprovação da Emenda Constitucional nº 29/2000 (EC 29), mantendo a vinculação dos estados e municípios, em montantes, respectivamente, de 12 e 15% dos seus orçamentos. No entanto, sua regulamentação deu-se apenas no ano de 2011, publicada na forma da Lei Complementar 141/2012 (LC 141/2012), trazendo em seu bojo a quebra do “princípio de financiamento solidário da seguridade e dificultou acréscimos superiores à variação do PIB, transformando o que deveria ser piso em teto para o aporte de recursos federais à saúde” (FIOCRUZ, 2012c, p. 59).

Sendo assim, associa-se à questão de uma fonte estável de financiamento da saúde pública universal aos brasileiros, a eficiência no gasto nas esferas públicas, com a necessidade da organização da prestação do serviço de forma integrada, que não permita o sobreamento das ações e o desperdício dos recursos, os quais já são de todo limitados. O desafio, portanto, encontra-se em concatenar o cuidado com a alocação do orçamento público, os resultados de sua execução e transparência na implementação de uma programação específica. Desse ponto de vista, há a reafirmação do papel do Estado, mas dentro de uma perspectiva mais associada com as transformações contemporâneas do mundo. Contudo, em se tratando de um país que

ainda não realizou um desenvolvimento econômico, que permita as condições materiais necessárias para assegurar proteção social a todos os cidadãos, o Estado assume, também, importância na indução desse desenvolvimento necessário, passando a exercer a função de entidade de inclusão e mitigação das desigualdades. Portanto, o papel do Estado fica ancorado na perspectiva de evolução de um processo de gestão pública das estruturas sistêmicas, as quais se encontram em seu bojo. Destarte,

a noção de gestão pública, que tende a substituir a de administração pública, remete não apenas aos meios e/ou a resultados em termos de eficiência operacional. Tal noção incorpora os objetivos e, particularmente, a forma de sua definição, bem como considera a eficácia social ou sistêmica da atuação governamental, no sentido de ser capaz de alterar o seu entorno e garantir objetivos públicos. (FIOCRUZ, 2012c, p. 68).

Nesse tocante, dentro de qualquer segmento do setor público, os mecanismos de planejamento fazem par com os mecanismos de gestão. Especificamente o setor saúde envolve a evolução permanente das patologias que acometem a população, sobretudo o desenvolvimento de formas patológicas diretamente ligadas ao processo de aumento da renda, assim como às mudanças no padrão de consumo de uma dada sociedade. Então, devem-se ponderar os aspectos do planejamento em saúde, que considerem, que na atualidade, o enfrentamento das doenças passa por uma mudança forte em termos de composição de custo à sociedade, pois a transição epidemiológica mundial aponta para a necessidade cada vez mais premente de cuidados contínuos e permanentes, nos casos onde se encontram as DCNT. Dessa forma, o modelo de assistência tornou-se mais complexo, menos linear e essencialmente multidisciplinar, sendo que “o modelo assistencial de Leavell e Clark (1965), que propunha organização da assistência e da prevenção em saúde pelos níveis primário, secundário e terciário, passa a requerer uma revisão profunda” (FIOCRUZ, 2012c, p. 139).

Contudo, deve-se estar atento a essa afirmação, pois ela aponta para a necessidade de entrelaçamento entre os diversos níveis de atenção à saúde, mas apontar para o papel fundamental da atuação na atenção básica, que tem a possibilidade de mitigar grande parte dos anseios relacionados à saúde de uma população, porém com a certeza de que não resolve todos os problemas envoltos na atenção à saúde. Nesse sentido, o nível primário de atenção à saúde, denominada de “porta de entrada” no sistema de saúde, atua de forma mais ampla, exercendo a função de coordenação e integração das formas de atuação em saúde. Nesse aspecto, a integração do cuidado tem vantagens crescentes em relação à eficiência econômica,

pois tem a possibilidade de induzir a ação específica necessária a cada paciente, conformando a "racionalização" na utilização dos recursos, evitando, portanto, procedimentos desnecessários e/ou sobreamento das ações de saúde (FIOCRUZ, 2012c).

Por sua vez, torna-se importante a avaliação de que o gasto em saúde não é elemento suficiente para garantir a denominada "resolutividade", pois não resolve *vis à vis* as desigualdades de acesso aos serviços disponíveis. Portanto, a observação do comportamento da eficiência, da efetividade e equidade dos gastos cumpriria a outra face necessária ao desempenho desejado de um sistema de saúde, com sua gestão voltada a tais aspectos, pois funciona como fator complementar, possibilitando o aperfeiçoamento do sistema em todos os níveis, inclusive o do financiamento.

Cabe lembrar, antes de realizar uma análise dos valores despendidos com o câncer de mama e próstata, que o sistema de saúde brasileiro tem o caráter universal, com o objetivo de atender a toda a população por meio dos esforços do poder público, realizando sua organização e canalização dos recursos necessários para tais objetivos. A universalidade de um sistema público de saúde exige uma capacidade de organização, planejamento, financiamento e a alocação desse financiamento de forma eficiente. Nos países em que tal modelo foi adotado, o volume de participação do setor público no financiamento é preponderante, a exemplo dos países membros da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico - OCDE, com média de 70% de participação. Por sua vez, no Brasil, a participação fica em torno de 43%, correspondendo a 3,77% do PIB em 2010 (ver TABELA 10). Dessa forma, "o país é, possivelmente, o único com sistema universal de saúde, ao menos do ponto de vista legal, onde o gasto privado é maior que o público" (FIOCRUZ, 2012c, p. 173).

Contudo, cabe ressaltar que o financiamento público de alguma forma se estende ao setor privado, seja direta ou indiretamente, a exemplo das renúncias fiscais, tanto para pessoa física quanto para jurídica. Contemplando desde entidades filantrópicas a grandes indústrias de medicamento e grandes hospitais privados, não vinculados às universidades públicas, que investem em pesquisa.

Tabela 9 - Gasto público das três esferas com ações e serviços públicos em saúde, 2000 a 2010 (em R\$ bilhões de 2010, deflacionados pela média anual do IPCA)

Ano	Esfera						Total
	Federal	% no total	Estadual	% no total	Municipal	% no total	
2000	38,74	59,80%	12,02	18,50%	14,03	21,70%	64,79
2001	40,04	56,10%	14,73	20,70%	16,55	23,20%	71,33
2002	40,64	52,80%	16,56	21,50%	19,76	25,70%	76,96
2003	38,93	51,10%	17,51	23,00%	19,71	25,90%	76,15
2004	43,94	50,20%	21,53	24,60%	22,05	25,20%	87,52
2005	46,70	49,70%	21,67	23,10%	25,50	27,20%	93,87
2006	49,17	48,40%	23,89	23,50%	28,48	28,00%	101,54
2007	51,58	47,50%	26,27	24,20%	30,77	28,30%	108,63
2008	53,62	44,70%	30,77	25,70%	35,55	29,60%	119,94
2009	61,21	45,90%	33,88	25,40%	38,35	28,70%	133,44
2010	61,97	44,70%	37,02	26,70%	39,72	28,60%	138,70

Fonte: SPO/MS (Esfera Federal) e Siops (Esferas Estadual e Municipal — extraídos em 13 de junho de 2011), retirado de FIOCRUZ, 2012c

Portanto, de forma ilustrativa, as Tabelas 9 e 10 colocam a composição do gasto público por esfera ao longo da década de 2000. Observa-se, portanto, na Tabela 9, que, de maneira geral, o gasto ampliou em termos absolutos, mais que dobrando. Contudo, essa ampliação, não foi acompanhada em termo proporcional quando verificado o comportamento da esfera federal, a qual apresenta subsequentes decréscimos, passando de uma proporção de 59,80% para 44,70% de participação nos gastos. O contrário ocorre com os estados e municípios que, respectivamente, saem de 18,50% e 21,70%, para 26,70% e 28,60% na participação dos gastos, com uma evolução semelhante entre si. Por sua vez, a Tabela 10 agrega as três esferas de poder para apresentar alguns indicadores relacionados ao PIB e ao dispêndio *per capita*. Dessa forma, tem-se que o gasto público em proporção do PIB, ao longo da década de 2000, sofre pequenas elevações, saindo de 2,89% em 2000, fechando em 3,77% em 2010. Esse percentual frustra as perspectivas colocadas nos debates sobre o financiamento público do sistema de saúde brasileiro, sobretudo a proposta que se coloca para tornar o SUS de fato universal. Por sua vez, o gasto *per capita* tem uma evolução significativa, contudo, quando comparado à Argentina, que teve em 2009 gasto público *per capita* de aproximadamente R\$ 1.600,00, por exemplo, esse montante passa a ter outro significado. Dessa forma, percebe-se que, mesmo com avanço relevante no gasto público em saúde, com um crescimento real do gasto *per capita* real em 89,73%, ainda há muito a ser trilhado para que o sistema de saúde público brasileiro atinja padrões de gastos condizentes com os seus objetivos.

Tabela 10 - Gasto público das três esferas com ações e serviços públicos em saúde como proporção do PIB e *per capita*

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

Fonte: SPO/MS (Esfera Federal) e Siops (Esferas Estadual e Municipal — extraídos em 13 de junho de 2011), retirado de FIOCRUZ, 2012c

Portanto, os indicadores descritos na Tabela 9 destacam a importância que estados e municípios vem tomando ao longo da década de 2000 no processo de financiamento da saúde pública, invertendo visivelmente a condição em relação à União, que anteriormente predominava como ente majoritário no financiamento público da saúde. Dessa forma, coloca-se necessidade um processo de planejamento e gestão que contribua para a percepção da realidade de cada local, envolvendo articulação e transversalidade de atuação entre o estado e os municípios que o compõe, observando as especificidades inerentes a cada estrutura e necessidade concernente ao setor saúde e as possíveis aderências e cooperações com outras áreas.

Em relação aos elementos específicos destacados do setor saúde, utilizados como mote de análise para os objetivos desse estudo, segue alguns dados referentes aos valores aprovados pelo SUS em procedimentos, em um primeiro momento de forma geral, em um segundo momentos relativos à questão das neoplasias malignas, culminando no câncer de mama e de próstata. Para tanto, foi utilizada a base de dados do DATASUS, por meio da ferramenta Tabwin, programa de tabulação e tratamento de dados, disponível para download no site do DATASUS. Dessa forma, foram realizados filtros por procedimentos e subgrupos de procedimentos, tanto para a Produção Ambulatorial (PA) quanto para a movimentação de Autorização de Internação Hospitalar (AIH), tomando como recorte temporal os anos de

2008 a 2011, para o estado da Bahia. Esse recorte justifica-se pela padronização das informações nas categorias de PA e de AIH, onde para anos anteriores a 2008 a forma de apresentação das informações segue uma organização diferente, podendo ocorrer distorções no momento da comparação entre os dados, portanto, optou-se pelo padrão mais atual das informações disponíveis. Por sua vez, todos os valores das tabelas 11 a 16 foram deflacionados pelo Índice de Preço ao Consumidor Ampliado (IPCA), tendo o ano de 2011 como base.

Cabe ressaltar que o filtro realizado no Tabwin, tanto para os casos de câncer da mama quanto para os casos de câncer da próstata, considerou aqueles procedimentos que continha, em sua descrição, relação com uma das duas neoplasias malignas, ou seja, aquele procedimento que poderia ser destacado claramente por ser direcionado, através da descrição, aos casos de uma dessas duas patologias. Nesse sentido, há procedimentos que não foram contabilizados nas respectivas tabelas, diminuindo, portanto, o volume de valores de fato aprovados e destinados a procedimentos específicos voltados aos dois tipos de câncer aqui sublinhados.

Tabela 11 – Produção ambulatorial, valores aprovados por subgrupos: Bahia 2008-2011
(em R\$ 1.000)

Subgrupo de procedimentos	2008	2009	2010	2011	Total
Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos	208.759,02	299.056,53	239.308,43	216.827,33	963.951,32
Diagnóstico em laboratório clínico	116.040,05	157.737,19	123.870,75	116.321,79	513.969,78
Tratamento em nefrologia	85.947,60	137.904,15	110.291,58	111.241,73	445.385,06
Tratamento em oncologia	59.881,61	84.441,54	70.235,04	74.120,21	288.678,40
Tratamentos clínicos (outras especialidades)	32.264,91	49.399,55	36.170,49	38.617,79	156.452,74
Medicamentos de dispensação excepcional	50.053,94	79.638,73	18.795,36	0,00	148.488,03
Diagnóstico por ultrassonografia	26.900,86	45.278,46	35.114,46	28.221,93	135.515,71
Diagnóstico por radiologia	31.892,61	41.960,78	28.642,39	27.738,72	130.234,51
Cirurgia do aparelho da visão	12.101,52	26.366,67	55.145,33	26.047,90	119.661,42
Métodos diagnósticos em especialidades	21.384,99	33.294,03	32.729,32	24.111,48	111.519,82
Outros	158.412,01	256.942,94	232.000,40	203.025,35	850.380,70
Total Subgrupo de procedimentos	803.639,13	1.212.020,57	982.303,55	866.274,23	3.864.237,48

Fonte: Elaboração do autor a partir do TABWIN; DATASUS, 2012

A Tabela 11 elenca os dez principais itens, em termos de volume de recurso aprovados pelo SUS, referentes à Produção Ambulatorial por subgrupo de procedimentos. No geral, essa seleção representa cerca de 78% do volume de recurso total do subgrupo de procedimento. Do ponto de vista das neoplasias malignas, o tratamento em oncologia figura na quarta posição em montantes aprovados nos anos destacados, representando 7,47% do volume de recursos aprovados no intervalo de tempo delineado. Contudo, deve-se ressaltar que a questão da oncologia perpassa outros itens salientados na Tabela 11. Dessa forma, por exemplo, figuram procedimentos inerentes ao processo de detecção do câncer nos subgrupos consultas/atendimentos/acompanhamentos, diagnóstico em laboratório clínico, diagnóstico por ultrassonografia.

Portanto, a participação nos valores da Tabela 11, no que tange às neoplasias malignas, vai além dos valores apontados no item tratamento em oncologia. Nesse sentido, resalta-se o volume de recurso necessário ao enfrentamento das questões que envolvem o diagnóstico e o tratamento em oncologia, o que verbaliza a necessidade de um processo de planejamento que priorize os mecanismos de prevenção.

Tabela 12 – Produção ambulatorial, valores aprovados por procedimento - mama: Bahia 2008-2011
(em R\$ 1.000)

Procedimento	2008	2009	2010	2011	Total
Quimioterapia do carcinoma de mama avançado - 2ª linha	5.016,76	6.584,13	4.605,43	4.443,79	20.650,11
Ultrassonografia mamaria bilateral	1.493,85	2.472,56	2.157,33	2.108,84	8.232,59
Quimioterapia do carcinoma de mama (prévia)	1.414,37	2.176,59	1.572,22	2.216,20	7.379,38
Hormonioterapia do carcinoma de mama em estágio II	972,88	1.756,67	1.354,50	1.357,98	5.442,03
Quimioterapia do carcinoma de mama avançado - 1ª linha	507,53	716,32	975,41	2.237,20	4.436,46
Hormonioterapia do carcinoma de mama avançado - 2ª linha	995,25	1.240,56	869,72	950,33	4.055,86
Quimioterapia do carcinoma de mama em estágio II	132,37	278,73	757,78	1.906,40	3.075,29
Quimioterapia do carcinoma de mama em estágio III	594,56	764,60	812,74	1.012,00	3.183,90
Hormonioterapia do carcinoma de mama em estágio III	573,61	887,95	665,06	701,08	2.827,70
Hormonioterapia do carcinoma de mama em estágio I	629,32	876,29	652,23	650,20	2.808,04
Outros procedimentos	1.741,86	2.606,26	1.677,43	734,92	6.760,46
Total	14.072,36	20.360,66	16.099,86	18.318,94	68.851,82

Fonte: Elaboração do autor a partir do TABWIN; DATASUS, 2012

Por sua vez, as Tabelas 12 e 13 buscam captar valores aprovados por procedimentos referentes a itens específicos aos casos de câncer da mama e da próstata. Nesse sentido, no caso da Produção Ambulatorial, os valores aprovados por procedimentos referentes ao câncer de mama são bem superiores aos valores aprovados concernentes ao câncer da próstata. Dessa forma, na Tabela 12, observa-se que, avaliando todo o intervalo de tempo, os dez procedimentos sublinhados representam 90,18% do total do volume de recursos em relação a todos os procedimentos, sendo que desse total, 56,24% são de procedimentos de quimioterapia. Destaca-se, portanto, os valores relativos ao tratamento do câncer da mama mediante ao processo da quimioterapia, considerando suas diversas formas e dosagens, conforme estágio da doença, que teve um acréscimo de 54,14% no volume de recurso aprovados pelos SUS entre 2008 e 2011. Se for considerado a hormonioterapia, os valores destinados ao tratamento teve um crescimento de aproximadamente de 70% ao longo do intervalo de tempo em destaque.

Logo, percebe-se que os procedimentos relativos ao tratamento teve um crescimento considerável, apontando para a tendência de aumento de incidência de câncer, em geral, na Bahia, onde os custos são mais elevados, tanto do ponto de vista social quanto econômico. De maneira geral, houve um aumento dos valores aprovados ao longo do intervalo, correspondendo a uma elevação de 30,18%.

Tabela 13 – Produção ambulatorial, valores aprovados por procedimento - próstata: Bahia 2008-2011
(em R\$ 1.000)

Procedimento	2008	2009	2010	2011	Total
Hormonioterapia do adenocarcinoma de próstata avançado - 1ª linha	3.760,45	5.930,41	4.613,09	4.899,07	19.203,01
Dosagem de Antígeno Prostático Específico (PSA)	2.810,85	3.935,66	3.122,18	2.950,98	12.819,67
Quimioterapia do adenocarcinoma de próstata resistente a hormonioterapia	1.348,80	2.035,55	1.116,92	1.058,40	5.559,67
Ultrassonografia de próstata (via abdominal)	793,07	1.313,24	907,47	816,70	3.830,49
Hormonioterapia do adenocarcinoma de próstata avançado - 2ª linha	853,33	1.143,97	796,21	903,19	3.696,70
Biopsia de próstata	55,04	81,64	148,55	220,58	505,81
Ultrassonografia de próstata (via transretal)	71,18	153,71	136,18	101,40	462,46
Dosagem de fração prostática da fosfatase ácida	11,64	16,03	11,60	9,11	48,38
Massagem de próstata (por sessão)	0,42	0,27	0,06	0,21	0,96
Total	9.704,76	14.610,48	10.852,25	10.959,64	46.127,13

Fonte: Elaboração do autor a partir do TABWIN; DATASUS, 2012

Por outro lado, a Tabela 13 apresenta uma diversidade um pouco maior em relação ao câncer da mama, por tipo de procedimento, com valores aprovados no que tange ao câncer da próstata. Dessa forma, há elementos de tratamento, que são os de maiores valores, e elementos de diagnósticos. Observa-se que os valores em geral, dentro da categoria produção ambulatorial, são consideravelmente inferiores em relação ao câncer da mama. No entanto, de forma geral, há uma tendência ascendente de valores aprovados ao longo do intervalo de tempo, assim como ocorre no caso do câncer da mama. Destaca-se o crescimento nos valores aprovados em procedimentos de biópsia da próstata, com uma elevação de aproximadamente 300%, o que pode denotar uma melhor política de atenção à saúde do homem, já que os valores no início da série são muito diminutos em relação a incidência dessa neoplasia a cada ano.

Contudo, o valor destinado ao tratamento mantém-se dentro da mesma realidade que a do câncer de mama, correspondendo a 61,70% dos valores aprovados em procedimentos no intervalo entre 2008 e 2011. O que denota, possivelmente, a necessidade de uma atuação maior no campo da prevenção e do diagnóstico precoce, para evitar tratamentos tardios, mais caros e com poucas chances de cura.

Tabela 14 – Movimentação de AIH*, valores aprovados por subgrupos: Bahia 2008-2011
(em R\$ 1.000)

Subgrupo de procedimentos	2008	2009	2010	2011	Total
Tratamentos clínicos (outras especialidades)	223.524,18	381.236,33	292.349,66	228.043,21	1.125.153,39
Parto e nascimento	63.034,80	100.640,56	70.543,42	53.475,32	287.694,09
Cirurgia obstétrica	40.156,72	62.331,10	49.787,56	40.352,15	192.627,54
Outras cirurgias	15.469,01	49.397,19	49.741,10	54.611,49	169.218,79
Cirurgia do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal	36.221,46	57.660,30	41.951,96	32.607,05	168.440,77
Cirurgia do aparelho circulatório	28.912,24	53.406,41	34.375,97	35.420,96	152.115,59
Cirurgia do sistema osteomuscular	28.551,70	42.686,85	33.450,17	28.204,88	132.893,59
Cirurgia do aparelho geniturinário	24.739,98	34.115,73	26.365,68	20.185,03	105.406,43
Cirurgia e Tratamento em oncologia	17.948,98	24.205,40	18.389,59	15.991,25	76.535,21
Cirurgia do sistema nervoso central e periférico	9.192,68	16.836,02	11.528,41	10.172,97	47.730,08
Outros procedimentos	36.887,26	67.327,25	50.199,04	48.089,84	202.503,40
Total Subgrupo de procedimentos	524.639,01	889.843,15	678.682,56	567.154,15	2.660.318,87

*Autorização de Internação Hospitalar

Fonte: Elaboração do autor a partir do TABWIN; DATASUS, 2012

Dando continuidade às categorias selecionadas por meio do Tabwin, a partir da Tabela 14, observa-se o comportamento das movimentações das Autorizações de Internação Hospitalar – AIH no que tange aos valores aprovados por procedimentos e subgrupos de procedimentos. Dessa forma, a Tabela 14 apresenta os dez principais itens, em volume de valores autorizados por subgrupo de procedimentos. Os tratamentos clínicos são os que absorvem o maior volume de recurso (42,29% do total do subgrupo de procedimentos), muito pelo fato de envolver diversas especialidades não específicas nos procedimentos necessários ao tratamento das diversas patologias emergentes da população em geral, dentre elas, a própria neoplasia maligna. Observa-se, também, que o número de procedimentos relacionados às cirurgias razoáveis, envolvendo, em termos de volume de recursos aprovados pelo SUS, é por cerca de 40% do total do subgrupo de procedimentos indicados na Tabela 14. Dessa forma, nessa fase da atenção à saúde, o nível de complexidade, e, por conseguinte, a estrutura de custo, aumenta consideravelmente, associada às maiores chances de sequelas ou óbitos, agravando o impacto social e econômico das patologias que acometem os cidadãos.

Considerando, no subgrupo de procedimentos, os valores aprovados direcionados à cirurgia e tratamento em oncologia no período em relevo, tem-se que, em relação ao valor total, este representa cerca de 3%, perfazendo um montante de R\$ 76,5 milhões. Por sua vez, de forma conjunta, esses dois procedimentos tiveram uma redução de 10,91% nos valores aprovados. Contudo, quando verificados separadamente, o resultado muda. Os valores referentes à cirurgia em oncologia tem uma redução de 36,27% (passa de R\$ 12,6 milhões em 2008 para R\$ 8,0 milhões em 2011). Por outro lado, aos valores concernentes ao tratamento em oncologia tem forte aumento dentro do intervalo de tempo destacado, crescendo 117,36% (passa de R\$ 3,6 milhões em 2008 pra R\$ 7,9 milhões em 2011).

Tabela 15 – Movimentação de AIH, valores aprovados por procedimento - mama: Bahia 2008-2011
(em R\$ 1.000)

Procedimento	2008	2009	2010	2011	Total
Mastectomia radical c/ linfadenectomia axilar em oncologia	399,44	237,75	215,44	156,73	1.009,36
Plástica mamária feminina não estética	146,21	200,54	168,36	143,64	658,75
Mastectomia simples	100,50	110,69	93,52	58,16	362,87
Mastectomia radical c/ linfadenectomia	93,74	111,51	56,98	30,35	292,58
Drenagem de abscesso de mama	51,34	93,20	79,13	59,72	283,39
Plástica mamaria reconstrutiva - pós mastectomia c/ implante de prótese	54,22	71,57	40,19	22,98	188,96
Ressecção de lesão não palpável de mama com marcação em oncologia	44,49	18,94	33,80	17,38	114,61
Mastectomia simples em oncologia	15,16	9,70	12,72	11,61	49,19
Segmentectomia de mama em oncologia	7,35	1,75	7,53	6,54	23,17
Total	912,45	855,66	707,67	507,10	2.982,88

Fonte: Elaboração do autor a partir do TABWIN; DATASUS, 2012

Considerando, especificamente, os procedimentos relativos ao câncer de mama, a partir da movimentação de AIH, têm-se na tabela 15 os valores aprovados entre os anos de 2008 e 2011. Quando comparados com as informações referentes à Produção Ambulatorial, os valores aprovados por AIH são bastante inferiores. Em termos de procedimento, a mastectomia, em geral, foi onde se concentrou o maior volume de valores aprovados, com 57,46% relativos ao total de procedimentos. Contudo, chama atenção a redução dos valores aprovados em quase todos os procedimentos selecionados, sendo apenas o procedimento para drenagem de abscesso da mama o único a obter elevação. Dessa forma, destaca-se que as maiores reduções foram nos dois tipos de mastectomia radical elencados na Tabela 15 (60,76% e 67,62%), na mastectomia radical é retirada toda a mama, os gânglios linfáticos,

podendo ser retirado parte do músculo, se caracterizando como uma intervenção bastante agressiva, tanto do ponto de vista físico quanto psíquico. Portanto, há evidências de que vem ocorrendo melhorias nas condições de prevenção e/ou diagnóstico precoce, possibilitando tratamentos menos agressivos e com maiores possibilidades de cura e com estrutura de custo menos elevada.

Tabela 16 – Movimentação de AIH, valores aprovados por procedimento - próstata: Bahia 2008-2011
(em R\$ 1.000)

Procedimento	2008	2009	2010	2011	Total
Prostatectomia suprapúbica	1.016,26	1.841,24	1.399,35	1.065,57	5.322,42
Ressecção endoscópica de próstata	639,00	994,62	637,45	440,82	2.711,89
Prostatovesiculectomia radical em oncologia	363,51	546,50	610,84	410,04	1.930,89
Prostatectomia em oncologia	464,36	406,52	205,99	158,66	1.235,52
Prostatovesiculectomia radical	67,39	114,71	67,24	37,52	286,85
Drenagem de abscesso prostático	24,12	11,27	15,36	2,17	52,92
Total	2.574,63	3.914,83	2.936,24	2.114,79	11.540,48

Fonte: Elaboração do autor a partir do TABWIN; DATASUS, 2012

Por fim, a Tabela 16 contempla os valores aprovados por procedimentos relacionados ao câncer da próstata, partindo da movimentação de AIH. Nessa categoria, os valores referentes ao câncer da próstata se apresentam mais elevados que os valores para procedimentos destinados ao enfrentamento do câncer da mama, diferente do que ocorre nas informações provenientes da Produção Ambulatorial. Da mesma forma que ocorre na tabela 15, há redução nos valores aprovados em quase todos os procedimentos quando considerado a variação entre 2008 e 2011. No entanto, tanto o procedimento da prostatectomia suprapúbica apresenta uma elevação (4,85%) quanto a prostatovesiculectomia radical em oncologia (12,80%), sendo procedimentos de intervenção mais agressiva. Esse aumento pode implicar, por um lado, na elevação do cuidado com a saúde do homem, passando a verificarem-se mais consultas e, conseqüentemente, mais diagnósticos e necessidade de tratamento. Por outro lado, pode significar uma postura profissional condizente com realização de procedimentos que poderiam ser evitados.

Pode-se observar, portanto, mediante filtros e relações específicas, o volume de valores aprovados pelo SUS para procedimentos envolvendo a questão do câncer na Bahia, durante um período de tempo previamente selecionado. Ressalta-se que os valores aqui verificados encontram-se no nível da média e alta complexidade da atenção à saúde, sendo o nível onde

os custos são mais elevados, além da diminuição das chances de sucesso nas intervenções pertinentes às neoplasias malignas. Ressalva-se, também, que muitos procedimentos que se apresentaram de forma geral, contempla em seu bojo o enfrentamento das questões em oncologia, tal como exames e intervenções no que tange ao cuidado. Ou seja, os valores específicos relativos aos procedimentos em oncologia, e, por conseguinte, os valores específicos concernentes ao câncer da mama e ao câncer da próstata, apresentados nas tabelas acima, podem conter subestimações que não foram captadas pela metodologia e filtros adotados. Contudo, os valores discriminados apontam a importância das intervenções para o enfrentamento dos casos do câncer de mama e do câncer da próstata, seja o da prevenção e/ou do diagnóstico, seja o do tratamento. Destacando que, no que tange às neoplasias malignas, os maiores valores aprovados são voltados mais para o processo de tratamento do que para o diagnóstico. Apontando, tanto para o fato de que os custos para o tratamentos são mais elevados, quanto para certa prevalência no processo de tratamento em relação à prevenção/diagnóstico precoce. Revela-se, dessa forma, que é necessário o enfrentamento dessas questões de maneira que envolva procedimentos que priorizem a prevenção e diagnóstico, para tornar possível, quando necessário, o tratamento mais eficiente, eficaz e menos custoso em oncologia. Isso indica a necessidade de um processo de planejamento contínuo, com base em informações atuais e acessíveis aos gestores do setor, além de equipe multidisciplinar qualificada e profissionais estimulados por meio de mecanismos de incentivos que contemplem não só as questões pecuniárias, mas de estrutura, estabilidade e condições de trabalho.

4 O PLANEJAMENTO DA SAÚDE NA BAHIA: AS POSSIBILIDADES DO AZIMUTE

4.1 O QUE É O AZIMUTE

A palavra Azimute é de origem árabe, significando caminho ou direção. Do ponto de vista da geografia, o azimute é uma medida de abertura angular usada para definir a posição de um ponto no espaço. O projeto desenvolvido pela Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia (SEI), envolve a concentração de um banco de dados georeferenciado, contendo informações pertinentes a serviços públicos de ordem básica. Em princípio, os dados estão centrados em Educação e Saúde. A forma como essas informações se apresentam está relacionada com os aspectos da demanda da população por serviços e suas características e com a oferta disponível para atender as demandas, sempre em bases geográficas.

Os dados que alimentam o Azimute/SEI são provenientes do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), do Censo Escolar do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais, do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e da Matriz Social do Ministério do Desenvolvimento Social (DS). Portanto, o Azimute/SEI se configura como um sistema de informações multidimensionais (SGANZERLA, 2012).

As pesquisas realizadas no Azimute podem ser de duas formas. Uma forma, mais simples, é denominada de pré-definida. Assim, tal opção de pesquisa já traz elementos preestabelecidos, com possibilidades de mudanças pelo usuário, podendo alterá-las, mas obtendo resultados mais rápidos e com poucas interações entre as bases de dados. Outra forma, denominada de avançada, requer um pouco mais de habilidade e atenção. Mas o usuário pode realizar as interações que desejar para obter resultados diversos e condizentes com suas necessidades específicas.

Dessa forma, as possibilidades de comparação, correlação e cruzamento de variáveis aumentam potencialmente. Todos os resultados das pesquisas, sejam as pré-definidas ou as avançadas, podem ser visualizados em tabelas e cartogramas com legendas, sendo exportáveis para o computador do usuário, o qual poderá fazer uso mais flexível do resultado.

Portanto, está contido no Azimute/SEI dados que cobrem todos os 417 municípios da Bahia, estabelecidos em parâmetros demográficos e socioeconômicos, associados aos estabelecimentos de Educação e Saúde existentes. Tais estabelecimentos são tanto públicos com privados, cobrindo, portanto, toda a rede estadual.

4.2 O AZIMUTE COMO INSTRUMENTO DE PLANEJAMENTO

O objetivo imposto ao Azimute/SEI é que o mesmo possa contribuir na elaboração das políticas públicas, considerando toda extensão do estado da Bahia e a especificidade local, seja do município, seja da região ao qual o município se insere. Assim, o desafio do Azimute é proporcionar uma base para a observação da oferta localizada de serviços elementares à população (educação e saúde), relacionando-se com as características demográficas e socioeconômicas, para subsidiar os gestores macro e micro no desenvolvimento de ações que possam de forma objetiva, melhorar as condições de acesso aos bens e serviços públicos.

Para cumprir seu objetivo, o azimute segue uma organização específica no que tange à divisão geográfica, dependendo do setor ao qual se deseja observar. Como no caso desse estudo, aqui proposto, o setor específico é o da saúde, os destaques realizados a partir desse ponto, no tocante ao Azimute/SEI, estarão ligados a este setor. Assim, para início de uma pesquisa avançada, o usuário dispõe de três categorias para seleção de variáveis até definir que tipo de resultado deseja obter a partir da base de dados contida no Azimute/SEI.

A primeira categoria refere-se ao tipo de informação e ao ano base ao qual deseja formatar a pesquisa. Assim, nesse campo, podem-se definir informações relativas ao território, tendo como opções de escolha a base município ou setor censitários. Além disso, é nesse campo que se define qual setor deseja operar as variáveis, se o setor de saúde ou de educação. Em ambas as escolhas deve-se definir qual o ano base das variáveis.

A segunda categoria concerne à área de pesquisa, ou seja, qual divisão geográfica o usuário deseja realizar a pesquisa. Dessa forma, relativos ao setor saúde, encontra-se a disposição do pesquisador a opção de proceder a investigação em relação a todo estado (agregação total), por município, por Território de Identidade, por Diretórios Regionais de Saúde (DIRES), por Macrorregião de Saúde e Microrregião de Saúde (MRS).

A terceira e última categoria, antes de solicitar o resultado, é a do “filtro”. Nessa categoria o usuário torna sua investigação mais específica e aderente aos próprios objetivos. As variáveis dispostas nessa categoria subdividem-se conforme a área de pesquisa e setor selecionados (as duas primeiras categorias). Assim, as opções de variáveis obedecem, no que diz respeito à área de pesquisa, a subcategorias. Sendo elas: cadastral, socioeconômica e educacional. Por sua vez, as variáveis que estão relacionadas à categoria setor, dividem-se em subcategorias diretamente relacionadas com o setor, ou seja, cadastral, atendimento, serviço, equipamentos, leitos e profissionais. As subcategorias, portanto, oferecem ramificações que possam tornar a pesquisa mais específica.

Conforme Tabela 17, existem diversas opções disponíveis em todas as subcategorias do setor saúde. As possibilidades de cruzamento e correlação com tais variáveis tornam a ferramenta muito útil para compreender o comportamento da oferta do setor saúde, nas especialidades selecionadas. Além disso, cada relação, em termos de estrutura, infraestrutura e capital humano dos serviços disponíveis, poderá ser conectada com a realidade da população, ou seja, pode-se visualizar o perfil socioeconômico dos indivíduos que vivem na dimensão geográfica específica.

Do ponto de vista do planejamento, a ferramenta aponta para grandes potencialidades de análise, por viabilizar, de maneira simples e direta, instrumento de observação e acompanhamento que aponte para necessidades específicas de melhorias no que tange à oferta de bens e serviços públicos de saúde, isso de maneira localizada.

Nesse sentido, no campo mais objetivo e específico, para um gestor da área de saúde, que enfrenta desafios além do simples ajuste de orçamento disponível para obterem determinado resultado, por estarem tratando diretamente com a vida, a avaliação espacial e do perfil, tanto etário quanto social dos indivíduos dessa especialidade, poderá lhe fornecer elementos que o conduza a uma utilização mais correta e direcionada do recurso. Por conseguinte, pode-se evitar a evolução de casos inicialmente simples ou não complexos, que, do ponto de vista do custo, tendem a requerer menos recursos. Além disso, há a possibilidade da preservação da mão de obra sadia e ativa disponível à sociedade. Por outro lado, o inverso significa tratamento cada vez mais dispendioso, a depender do grau e estágio da patologia. Pessoas não saudáveis são impossibilitadas de realizarem atividades produtivas e, quando não vão a óbito,

ficam dependentes de terceiros ou de suporte governamental para a manutenção de sua existência.

Dessa forma, a disposição das variáveis, associadas a observações técnicas que auxiliem gestores do setor específico, contribui de maneira direta para o aperfeiçoamento da utilização do recurso público para o direcionamento das políticas, possibilitando que o planejamento seja realizado conforme as bases reais existentes, ou seja, associando disponibilidade orçamentária e necessidades de intervenções, conforme a observação técnica das condições locais.

Nesse sentido, as possibilidades do Azimute/SEI são positivas e ganham importância para o exercício do planejamento, necessário e fortemente exigido, ainda mais quando se trata da “coisa” pública, no âmbito dos governos estadual e municipal.

Tabela 17 - Variáveis disponíveis por categoria para o setor de saúde

Cadastral	Atendimento	Serviço	Equipamentos	Leitos	Profissionais
Código CNES	Ambulatório	Anatomia Patológica/Citopatologia	Total de Equipamentos	Total de Leitos	Horas em Ambulatório
Estabelecimento	Internação	Saúde Auditiva	Total de Equipamentos de Imagem	Clinica Geral	Horas em Hospital
Localização Exata	Apoio à Diagnose e Terapia	Saúde do Trabalhador	Gama Câmara	Cirurgia Geral	Horas em Outras Áreas
Logradouro	Urgência	Atenção à Tuberculose	Mamografia com Comando Simples	Geriatria	Total de Horas
Número	Epidemiologia e/ou Sanitária	Atenção Psicossocial	Mamografia com Esteriotaxia	Ginecologia	
Complemento	Farmácia ou Cooperativa	Cardiologia	Raio X até 100 mA	Obstetricia	
Bairro	Ambulatorial - Atenção Básica	Controle de Tabagismo	Raio X até 100 a 500 mA	Pediatria	
CEP	Ambulatorial - Média Complexidade	Controle e Acompanhamento à Gestação	Raio X mais de 500 mA	Psiquiatria	
Atende pelo SUS	Ambulatorial - Alta Complexidade	Eleetroencefalograma	Raio X Dentários	Transplante	
Ensino/Pesquisa	Hospitalar - Atenção Básica	Emergência	Raio X com Fluoroscopia	UTI Adulto	
Esfera Administrativa	Hospitalar - Média Complexidade	Endoscopia	Raio X para Densitometria Óssea	UTI Infantil	
Natureza da Organização	Hospitalar - Alta Complexidade	Equipe de Saúde da Família	Raio X para Hemodinâmica	UTI Neonatal	
Tipo de Estabelecimento		Fisioterapia	Tomografia Computadorizada	Unidade Intermediária	
Tipo de Prestador		Laboratório Clínico (Patologia Clínica)	Ressonância Magnética	Outras Especialidades	
		Odontologia	Ultrassom Doppler Colorida		
		Oftalmologia	Ultrassom Ecograma		
		Oncologia/Alta Complexidade	Ultrassom Convencional		
		Órteses e Próteses e/ou Meios Auxiliares de locomoção	Total de Equipamentos Ópticos		
		Ortopedia/Alta Complexidade	Endoscópio das Vias Respiratórias		
		Parto de Alto Risco	Endoscópio das Vias Urinárias		
		Planejamento Familiar/Esterilização	Endoscópio digestivo		
		Programas de Agentes Comunitários - PACS	Optometria		
		Radiologia	Laparoscopia/Video		
		Radioterapia	Microscópio Cirurgia		
		Regulação Médica Central - SAMU 192	Total de Equipamentos		
		Ressonância Magnética	Eleetrocardiograma		
		Nefrologia	Eleetroencefalograma		
		Tomografia Computadorizada	Total de Equipamentos Odontológico		
		Transplantes/Alta Complexidade			
		Triagem Neonatal			
		Ultrassonografia			
		Urgência			
		Videolaparoscopia			
		Vigilância Epidemiológica			
		Vigilância Sanitária			

Fonte: Elaboração do autor a partir do AZIMUTE; SEI, 2012

Cabe destacar, no entanto, que a ferramenta encontra-se disponível para o público em geral, mas ainda não foi lançada oficialmente. Encontra-se em fase de homologação, tendo o uso mais interno, apesar de ser acessível online pelo *site* <http://www.azimute.sei.ba.gov.br/>, excetuado a sua divulgação externa no ambiente acadêmico, professores, pesquisadores e estudantes. No momento a SEI encontra-se em fase final de ajustes e de carga de novas bases, sugeridas e absorvidas em um processo de diálogo com o público interno e externo. Diante disso, fará o lançamento oficial da ferramenta em março de 2013. A partir do lançamento, o objetivo é capitalizar o uso da ferramenta entre os diversos gestores, principalmente os gestores municipais. Para tanto, a SEI pretende convocar e capacitar o máximo de gestores para o conhecimento das possibilidades e vantagens de se ter um instrumento como esse no auxílio do processo de planejamento e gestão.

4.3 UM EXERCÍCIO EM ATENÇÃO À SAÚDE A PARTIR DO AZIMUTE

Nesse estudo, dentro do setor saúde, se destacou as neoplasias malignas como objeto de análise, realizando recorte em dois tipos de cânceres: o de mama feminina e o de próstata. Portanto, este tópico servirá como exercício, a partir da base do Azimute/SEI, de observação de elementos que possam conduzir ao enfrentamento desses dois tipos de cânceres, em três níveis: prevenção, diagnóstico e cuidado. Tais níveis encontram-se inseridos na lógica apontada na Figura 3 (p. 30): promoção, proteção e recuperação da saúde, sendo as duas primeiras categorias as mais recomendadas para atuação, por proporcionar ou a prevenção ou o diagnóstico precoce, o que possibilita a não ocorrência da patologia ou tratando-a de maneira rápida, evitando danos à vida e custos maiores à sociedade.

Em relação ao câncer de mama feminino, a sua prevenção de forma primária ainda encontra dificuldade, isso devido à variação dos fatores de riscos e das características genéticas que envolvem o estudo das causas dessa patologia. Portanto, não há uma concepção específica para a prevenção primária desse tipo de câncer que possa ser aplicado de maneira geral à população. Contudo, alguns elementos são básicos para proceder à prevenção desse tipo de neoplasia.

Assim, é preciso cuidar-se em termos de dieta alimentar equilibrada e atividade física regular, com o objetivo de evitar a obesidade, pois o excesso de peso potencializa o risco de desenvolvimento de células malignas. Portanto, a diminuição das gorduras endógenas, com

redução de peso, complementada com dieta rica em vitamina A, possibilita maior prevenção. Outro hábito que deve ser evitado é o da ingestão de álcool em qualquer nível de consumo, por ser um grande fator de risco a esse tipo de tumor. Destacadamente, os fatores de risco que envolvem o câncer de mama são: idade acima de 50 anos; histórico próprio ou na família; não possuir filhos; exposição significativa a raio X; primeira menstruação cedo (≤ 12 anos); menopausa tardia (≥ 55 anos); classe socioeconômica alta; primeira gestação após os 30 anos; dieta rica em gorduras e uso prolongada de anticoncepcional oral (não há entendimento definitivo sobre esse último item). Com a identificação dos grupos de risco a atuação ocorre por meio de medicações preventivas (o INCA assinala que não há evidências científicas que indiquem a quimioprevenção para o câncer de mama), cirurgia e maior atenção ao grupo no tocante aos estímulos a hábitos consorciados de dieta equilibrada e atividade física (BRASIL, 2003b).

Do ponto de vista do diagnóstico, ainda tratando do câncer de mama feminino, as mulheres devem ser orientadas a realizar o autoexame da mama a partir dos 20 anos, sendo repetido a cada 3 anos até os 40 anos, passando a ser realizados anualmente após essa faixa etária. Contudo, o INCA (BRASIL, 2003a) assevera que o exame clínico das mamas deve ser parte do atendimento integral à mulher em todas as faixas etárias. Recomenda-se, para aquelas mulheres que apresentam riscos elevados para o desenvolvimento da doença, a realização de mamografia a partir 35 anos, sendo repetida aos 40 anos, passando, após essa faixa etária, a ser realizado a cada 2 anos até os 50 anos, para então ser realizados a cada ano após os 50 anos. Mediante o diagnóstico precoce, as chances de tratamento com sucesso são muito maiores e mais simples, ocorrendo intervenções cirúrgicas bem menos complexas, conservadoras e exclusivas, evitando, nas maiorias dos casos, o tratamento com radioterapia ou de quimioterapia.

Em relação ao autoexame, o INCA aponta preocupação quando este é utilizado como método isolado de diagnóstico precoce, recomendando que esse tipo de procedimento faça parte de ação educativa de saúde, que promova à mulher o conhecimento do próprio corpo, mas frisa a necessidade do exame físico realizado por profissional de saúde qualificado para tal. Esse fato, apontado pelo INCA, baseia-se em pesquisas científicas que apontam que o autoexame das mamas não é eficiente para a detecção precoce e não contribui para a redução da mortalidade por câncer de mama. Além disso, traz consequências negativas, como aumento do número de

biópsias de lesões benignas, falsa sensação de segurança nos exames falsamente negativos, e impacto psicológico negativo nos exames falsamente positivos.

No processo de diagnóstico, há exames específicos para sanar possíveis dúvidas a cerca da malignidade ou não das células, perceber estágio da doença e definição do tratamento a ser direcionado caso a caso. Para tanto, realiza-se a denominada biópsia, que é o processo de retirada de parte ou de todo o nódulo ou área suspeita, para análise e procedimento do diagnóstico com maior precisão.

O tratamento do câncer de mama se diferencia pelo fato de ser loco-regional (usando a cirurgia e a radioterapia) ou sistêmico (usando quimioterapia e hormonioterapia). Do ponto de vista da evolução tecnológica, a forma de tratamento desse tipo de câncer avançou bastante, pois era muito comum a retirada inteira da mama, do músculo inferior da mama, os gânglios da região da axila, quando surgia um tumor (mastectomia radical). O que se vê hoje, com o diagnóstico precoce, é a remoção de pequenos fragmentos mamários e alguns gânglios da parte inferior do braço, além desse processo ser esteticamente muito melhor, é economicamente mais em conta (cirurgias conservadora). Contudo, o tipo de intervenção dependerá do tamanho do tumor. Tumores maiores que 3 cm fazem com que a probabilidade de cura por meio de cirurgia conservadora diminua. Com tumores “grandes”, entre 4 cm e 5 cm, o risco do tumor retornar (recidiva) é de pelo menos 30%. A opção, nesses casos, é realizar quimioterapia antes da intervenção cirúrgica, para diminuir o tamanho do tumor, para depois disso possa ser avaliada a viabilidade da cirurgia conservadora. Outra opção é realizar a mastectomia completa associada a cirurgia plástica de reconstrução da mama.

Por sua vez, considerando o câncer da próstata, assim como no câncer de mama, ainda não há acúmulo suficiente de evidências e conhecimento que garantam uma forma concreta para se estabelecer estratégias de prevenção, isso por conta de não se ter, até o presente momento, claramente definida a história natural desse tipo de câncer. Da mesma forma como ocorre no câncer de mama, os fatores de riscos associados ao câncer da próstata estão relacionados à idade igual ou superior a 50 anos (incidência e mortalidade aumentam exponencialmente a partir dessa idade), histórico familiar (pai ou mãe acometido pela patologia antes dos 60 anos – pode aumentar o risco de 3 a 10 vezes – refletindo tanto características hereditárias quanto estilo de vida familiar) e homens da raça negra (pesquisas realizadas nos Estados Unidos

apontam que homens da raça negra desenvolveram mais esse tipo de doença que homens brancos ou orientais). Mesmo não havendo uma estratégia concreta de prevenção do Câncer da próstata, alguns hábitos básicos podem contribuir para a proteção dessa glândula masculina. Assim, mesmo não havendo, ainda, certeza da contribuição da dieta em relação à gênese da doença, o hábito alimentar, configurado em uma dieta pobre em gordura e rica em frutas e legumes, grãos e cereais integrais, alimentos providos de vitamina A, D e E, ajuda a diminuir o risco do câncer, bem como o risco de qualquer outra doença crônica não transmissível. Além disso, existem outros fatores associados ao surgimento do câncer de próstata, como o consumo excessivo de álcool, tabagismo e vasectomia. Outro elemento fundamental na prevenção e controle da doença é a prática de atividade física regular (BRASIL, 2002).

Do ponto de vista do diagnóstico do câncer da próstata, são realizados alguns exames específicos. O mais utilizado é o do toque retal, porém há algumas limitações nesse tipo de exame que deixam de fora do alcance do profissional cerca de 40% a 50% dos tumores. De forma semelhante ao toque retal, ocorre o exame via ultrassonografia ou ecografia transretal, para visualizar a próstata e outras estruturas do assoalho pélvico a fim de detecção do tamanho ou da forma. Outro tipo de exame usado é o do nível de Antígeno Específico da Próstata (PSA) no sangue. Contudo, o diagnóstico que indica maior certeza da existência da neoplasia maligna da próstata é realizado por meio da biopsia para efetuar estudo histopatológico do tecido. A biopsia deve ser realizada quando encontradas anormalidades no toque retal ou na dosagem do PSA. Em relação ao PSA há grandes discussões acerca de sua viabilidade quando comparados aos benefícios proporcionados por esse tipo de exame. O INCA não recomenda que tal exame seja usado como método de rastreamento do câncer de próstata, pelo fato do desconhecimento da história natural desse tipo de câncer, existe estudos em andamento para melhor posição quanto a sua utilidade nesse sentido.

No que tange ao câncer da próstata, segundo o INCA (BRASIL, 2002), o tratamento deve ser individualizado, levando em consideração idade, estadiamento do tumor (estágio do câncer), grau histológico, tamanho da próstata, co-morbidade, expectativa de vida, anseios do pacientes e os recursos técnicos existentes. Considerando todas as recomendações, as possibilidades de tratamento são por meio da cirurgia radical, radioterapia e observação vigilante. A prostatovesicuclectomia radical retropúbica (PTR) ou cirurgia radical é denominada como procedimento padrão-ouro para o tratamento do câncer da próstata

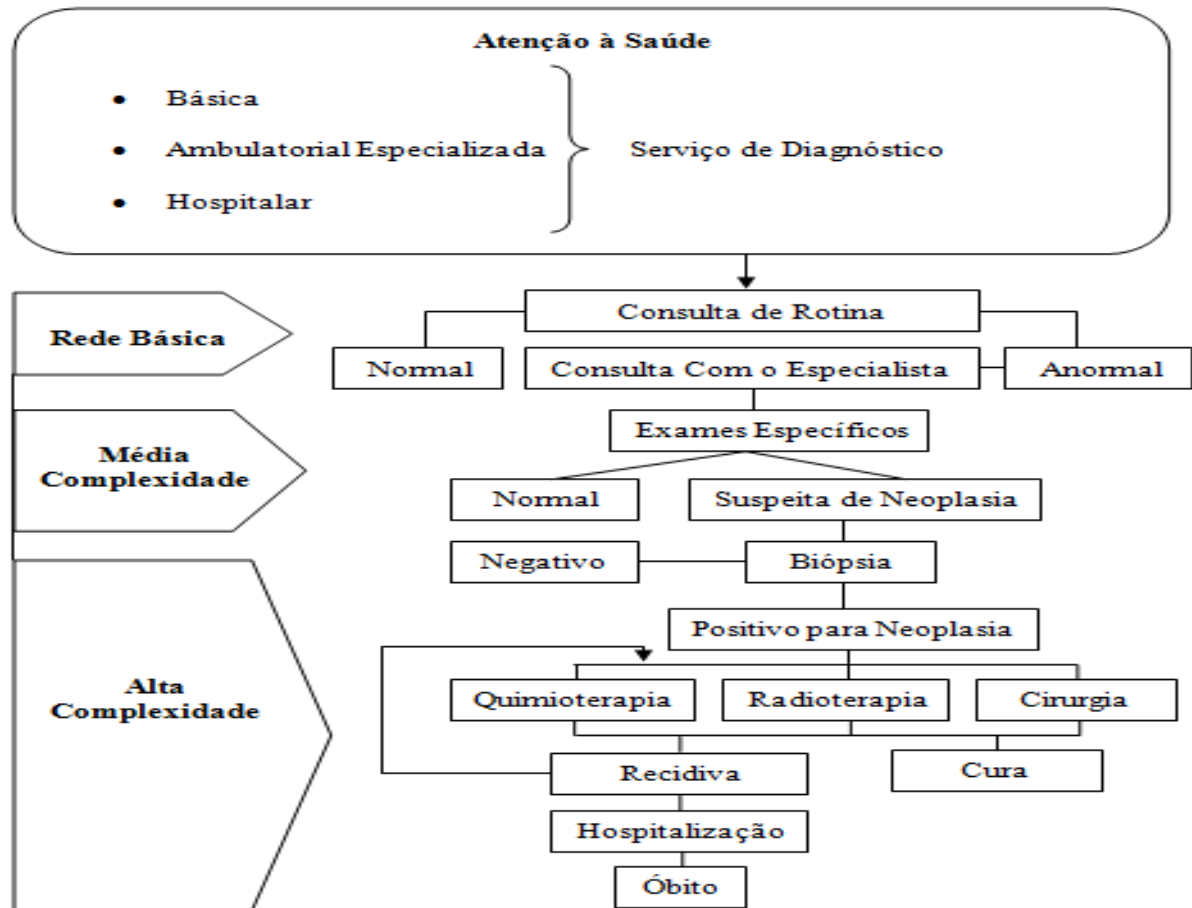
localizada, confirmado, se consiste na retirada da próstata, além de parte do tecido do seu entorno, por via abdominal, perineal ou laparoscópica.

A observação vigilante segue a lógica de que o câncer da próstata pode ter um crescimento muito lento, sendo possível que alguns indivíduos nunca precisem de um tratamento, para, em caso de um comportamento anormal, realizar intervenção mais incisiva. No entanto, nesse caso, é recomendada a indivíduos com mais de 75 anos de idade, expectativa de vida diminuta, com tumores de baixo grau histológico (estudo para verificar o comportamento biológico do tecido orgânico). Por sua vez, a radioterapia pode ser usada para tratamento inicial, onde ocorre baixo grau do câncer, não sendo necessária a intervenção cirúrgica, servindo, também, como primeira etapa de um tratamento conjunto com a terapia hormonal, além de ser utilizado como medida de complementação quando a cirurgia não consegue retirar completamente o câncer, ou pode ser utilizado na redução do tumor ou para o alívio de sintomas. Quando confirmada a existência do cancro, recomenda-se, aos pacientes com níveis específicos de PSA, a cintilografia óssea, que é o exame realizado com material radioativo aplicado e concentrado no osso do paciente. Esse exame é indicado por ser importante na percepção do estágio do câncer e possível processo de metástase, se caracterizando como um mecanismo de rastreamento.

Outro elemento fundamental refere-se aos cuidados paliativos em cânceres avançados, o que requer uma abordagem multidisciplinar com as competências necessárias ao acompanhamento do pacientes (enfermagem, serviço social, psicologia e fisioterapia), conhecimento da história natural da doença e conduta de comunicação intensa entre paciente e familiar relacionada ao apoio.

Diante do exposto acima, tanto em relação ao câncer de mama quanto ao câncer da próstata, observa-se a necessidade de uma série de medidas relacionadas à prevenção, à promoção e ao cuidado da saúde. Nesse sentido, percebe-se que a composição da estrutura, associada aos profissionais específicos, existente em dada localidade, será fundamental na atenção à saúde. Para sintetizar o caminho a ser percorrido pelo cidadão no que tange à atenção à saúde direcionada ao câncer, segue abaixo a Figura 15.

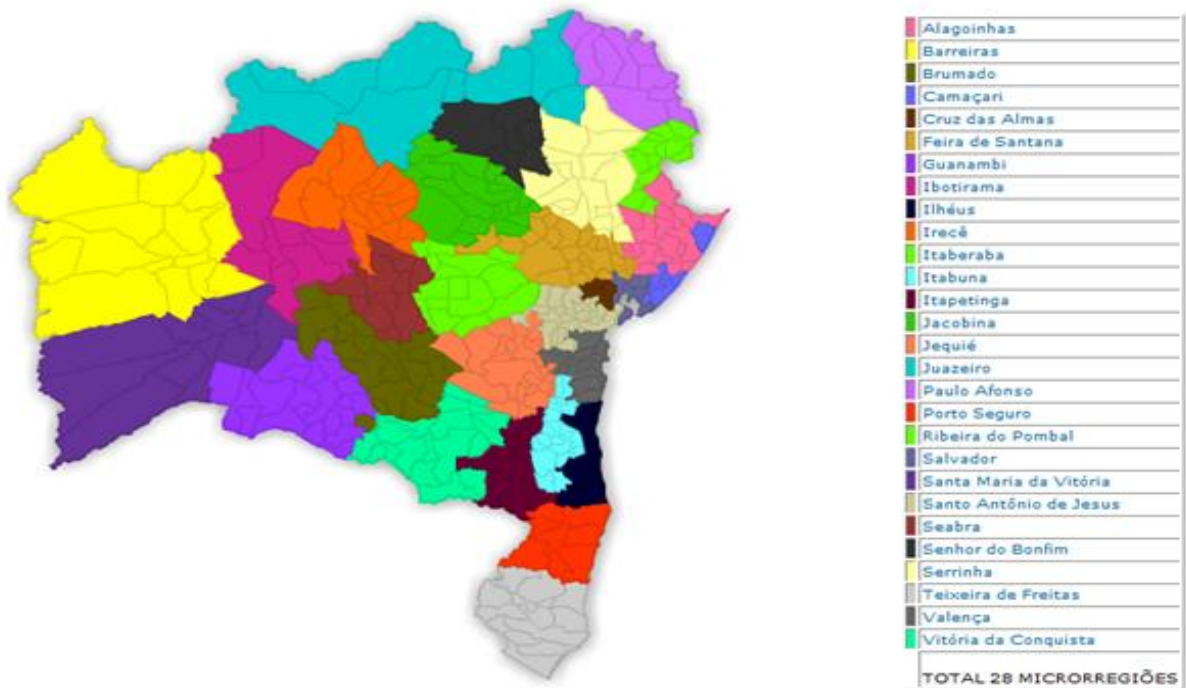
Figura 15 – Síntese do caminho a atenção à saúde: o caso do câncer



Fonte: Adaptado de FERREIRA JUNIOR, 2012

Com base na figura acima e nos pontos caracterizados nos parágrafos anteriores, podem-se realizar alguns exercícios no Azimute/SEI, com o objetivo de perceber sua factibilidade perante as necessidades requeridas aos casos especificados nesse estudo, relacionando-os ao processo de planejamento e gestão. Além disso, a partir dos exercícios, pode-se constatar de que forma as variáveis e relações disposta no Azimute /SEI são úteis como ferramenta de auxílio na oferta de bens e serviços específicos do setor saúde, sendo que o caso em questão concerne ao câncer de mama e da próstata. Para o objetivo pretendido, as consultas que se seguem foram realizadas com o filtro “atende pelo SUS” com o intuito de observar a oferta pública de serviços e equipamentos destinados à atenção à saúde da população baiana no ano de 2011. Além disso, o recorte espacial realizado é o da Microrregião de Saúde (MRS), cuja divisão pode ser verificada na Figura 16.

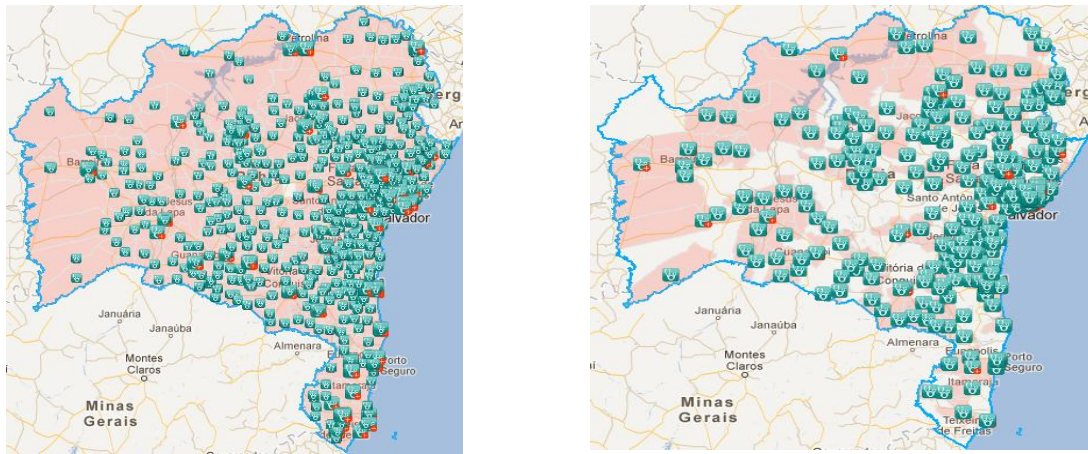
Figura 16 – Microrregiões de Saúde - Bahia



Fonte: BAHIA, 2012

Conforme colocações acima e a relação explicitada na Figura 17, a atenção básica é denominada a ‘porta de entrada’ do ponto de vista do “caminho natural” da atenção à saúde. Dessa forma, de acordo com os preceitos e princípios que estruturam essa “porta de entrada”, será - ou deveria ser – nessa categoria que o processo da prevenção deve ser alimentado. Nesse sentido, o Programa Saúde da Família (PSF), que iniciou em 1994, segue a lógica da promoção e da proteção do indivíduo sem perder o foco na família e na comunidade as quais ele encontra-se inserido. Portanto, é no nível de atuação primária que se encontra o PSF (HENRIQUE; CALVO, 2009). Outro elemento importante nesse processo da atenção primária, visando atuar fortemente na prevenção, é o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). O PACS remonta ao início da década de 1990, mas foi instituído de fato no ano de 1997, seguindo-se a sua regulamentação, tendo o papel claramente direcionado à reorganização dos serviços municipais de saúde e à integração das ações multidisciplinares direcionadas à comunidade na qual atua, sendo compreendido como estratégia transitória para o PSF. Esse dois programas assumem posição importante no processo de descentralização dos recursos do SUS (BRASIL, 2001).

Figura 17 – Disposição espacial das equipes de saúde da família e agentes comunitários de saúde:
Bahia – 2011



Equipe Saúde da Família

Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS

Fonte: Elaboração do autor a partir do AZIMUTE; SEI, 2012

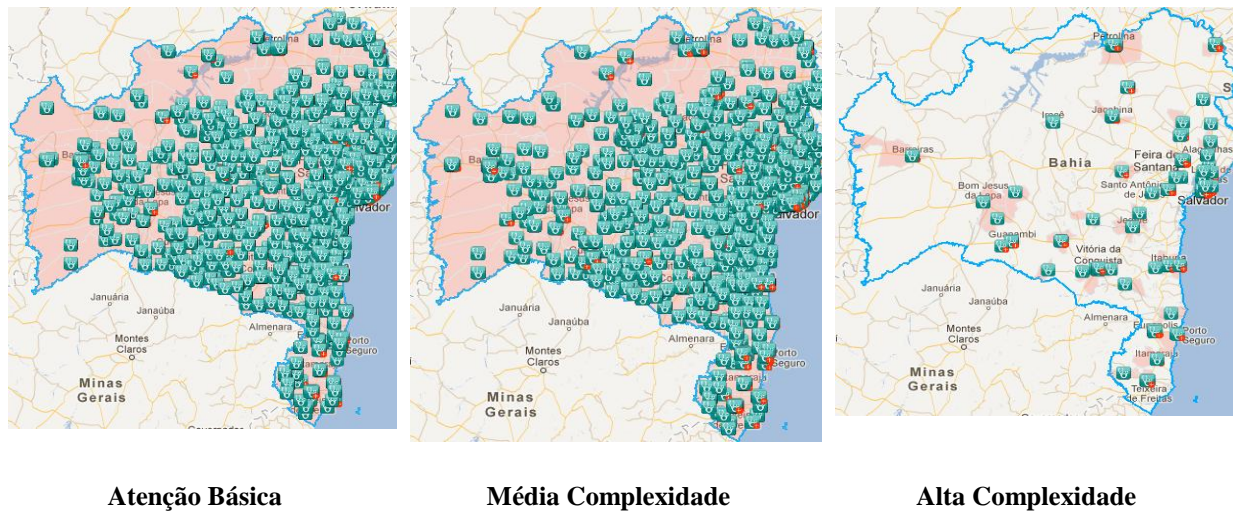
Dessa forma, a Figura 17 coloca a distribuição espacial das equipes PSF e PACS na Bahia. Do ponto de vista específico desse estudo, a importância dessas duas imagens decorre da possibilidade de visualizar a capacidade, em termo quantitativo e da distribuição espacial, da atuação preventiva em qualquer tipo de DCNT, por conseguinte, em atuação desejada na prevenção de fatores de risco que acarretem os cânceres de mama feminina e da próstata. Portanto, entende-se que é nesse nível de atuação, com a capacitação e recursos físicos, financeiros e humanos necessários, que se desenvolve a orientação de hábitos alimentares preventivos e protetores e da prática de atividade física. Além disso, é nessa esfera, contendo profissionais devidamente treinados, que o processo de diagnóstico precoce terá seu início, a partir do momento que tal profissional percebe algum distúrbio e encaminha o paciente a profissionais e/ou exames específicos para avançar no campo do diagnóstico. Esses são elementos pontuados na Política Nacional de Atenção Oncológica (Portaria 2.439), que destaca a importância da promoção, prevenção, diagnóstico e tratamentos, além de quais e como as categorias de atenção à saúde podem e devem atuar.

Portanto, para o ano de 2011 eram 2.663 equipes do PSF, contabilizados em 416 municípios dos 417 que compõem a Bahia e 424 equipes PACS em 225 municípios. Observa-se que quanto mais se avança para o interior do estado, considerando o distanciamento da Região Metropolitana de Salvador (RMS), e as Microrregiões de Saúde (MRS) em seu entorno, há menos concentração dessas equipes, sendo que as MRS's de Santa Maria da Vitória,

Barreiras, Juazeiro, Senhor do Bonfim e Paulo Afonso são as espacialidades com o menor número desse tipo de serviço de saúde. No entanto, estudos apontam para a maior dificuldade de cobertura de PSF em grandes centros como, por exemplo, Salvador, que, do ponto de vista proporcional, apresenta baixa cobertura do PSF. Essa situação pode ser fundamentada pelo modelo de implantação seguido pelo programa em áreas mais carentes de serviços de atenção básica, onde o apoio financeiro à concretização das equipes teve grande poder de indução da política de saúde, além da necessidade de menos equipe para atingir um grau de cobertura intermediário ou satisfatório, o que não ocorre nos grandes municípios. Dessa forma, o contingente populacional e o nível de atenção existente nos municípios são uma variável importante para a distribuição do PSF (HENRIQUE; CALVO, 2009). Contudo, as MRS's citadas são aparentemente mais carentes que as demais em termo quantitativos de equipes PSF.

Por outro lado, após contato realizado nas unidades de atenção básica, denominado como primeiro nível de atenção à saúde no SUS, pode acontecer o direcionamento para consultas e exames com um especialista, ocorrendo agendamento ou marcação de consulta e/ou exames, conforme necessidade, especialidade e disponibilidade. Em outras palavras, o processo que leva às marcações de consulta e/ou encaminhamento para exames tem seu início nas unidades de atenção básica, realizando, assim, o denominado mecanismo da regulação. Do ponto de vista de quando se inicia a atenção à saúde, as unidades básicas realizam, não apenas o papel fundamental da prevenção, mas, também, o de direcionar para o diagnóstico mais rápido e, se necessário, confluência do cuidado requerido de forma precoce. Mas é importante frisar que, nesse nível de atenção à saúde, decorrem procedimentos mais simples e baratos, com amplo poder de solução de boa parte dos problemas comuns da sociedade, revelando-se como a alternativa mais plausível para o enfrentamento das questões de saúde, que perpassa, sobretudo, a limitação de recursos financeiros disponíveis. Ou seja, sendo este modelo menos custoso e mais efetivo na resolução e prevenção de diversas patologias, cabe aos gestores e à sociedade em geral pautarem-se nessa lógica para a confluência de ações necessárias ao seu pleno desenvolvimento. Contudo, as necessidades dos pacientes não são de todo dirimidas nesse ambiente (BRASIL, 2007).

Figura 18 – Disposição espacial do atendimento ambulatorial por categoria de atenção: Bahia - 2011



Fonte: Elaboração do autor a partir do AZIMUTE; SEI, 2012

Ainda em relação ao atendimento da população em geral, a Figura 18 demonstra três categorias do atendimento ambulatorial. Percebe-se que o atendimento ambulatorial voltado à atenção básica tem maior volume, em termos de distribuição espacial, na Bahia, revelando as mesmas características apontadas na figura anterior no que concerne ao PSF. O número de estabelecimentos com atendimento ambulatorial com atenção básica é de 5.546, com cobertura nos 417 municípios baianos. Da mesma forma, o atendimento ambulatorial de média complexidade apresenta certa densidade na distribuição espacial no estado, contemplando os 417 municípios, com 3.784 estabelecimentos. Por sua vez, o atendimento ambulatorial da alta complexidade é visivelmente pulverizado no território baiano, perfazendo 249 estabelecimentos em 49 municípios. O atendimento ambulatorial é destinado a procedimentos simples sem exigência de uma estrutura complexa, tendo como característica a não internação do paciente. Além disso, configura-se como um conjunto de consultórios com várias especialidades médicas com preparo ao pronto atendimento, com ações básicas de saúde e enfermagem. Dessa maneira, tanto pode atender pacientes com grau menos complexo de patologia quanto com grau mais complexo, realizando, até mesmo, cirurgias de pequeno porte, desafogando os leitos dos hospitais e minimizando custos com encaminhamentos desnecessários. O funcionamento e atendimento nesses ambientes são de grande valia tanto do ponto de vista da prevenção quanto do diagnóstico do câncer de mama e de próstata, contribuindo com a redução da mortalidade motivada por essas localizações primárias. Portanto, por meio de consultas, exames e possíveis cirurgias de moderada complexidade e a recepção de pacientes com suspeita, diagnóstico provisório ou confirmado da patologia,

poderá conduzir para as mais diversas especialidades dentro das áreas específicas (mastologista e urologia) em um processo de triagem.

Figura 19 – Disposição espacial do atendimento hospitalar por categoria de atenção: Bahia – 2011



Fonte: Elaboração do autor a partir do AZIMUTE; SEI, 2012

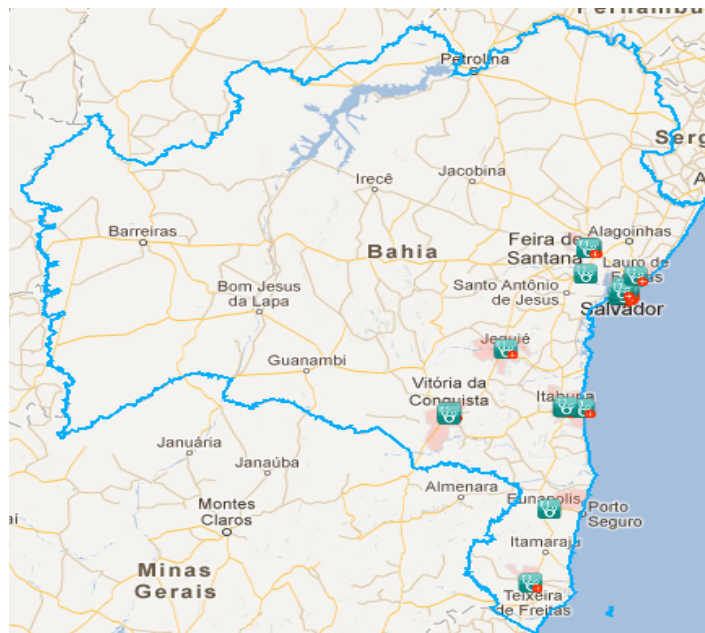
Por outro lado, e complementando o atendimento ambulatorial de média e alta complexidade, encontra-se o atendimento hospitalar de média e alta complexidade. É importante destacar o papel de complementaridade que a denominada Média e Alta Complexidade – MAC exerce em relação à atenção básica. Dessa forma, percebe-se o desenho de um sistema montado em níveis de atenção, para, em princípio, melhor dispor a oferta aos demandantes por saúde, considerando necessidades e disponibilidades de recursos financeiros. No entanto, cabe ressaltar que,

os serviços de especialidade e a atenção hospitalar de média complexidade tornaram-se, frequentemente, a verdadeira porta de entrada do sistema, atendendo diretamente grande parte da demanda que deveria ser atendida na rede básica, perdendo-se tanto a qualidade no atendimento primário quanto no acesso da população aos tratamentos especializados (...), representando, além disso, ampliação ineficiente dos gastos do SUS. (BRASIL, 2007, p. 20).

Diante disso, a Figura 19 mostra que o atendimento hospitalar de média complexidade apresenta cobertura razoável no território baiano, representado por 542 estabelecimentos distribuídos em 332 municípios. Mas visualiza-se que municípios das MRS's de Santa Maria da Vitória, Barreiras, Ibotirama, Irecê, Paulo Afonso, Senhor do Bonfim e Jacobina têm menos concentração relativo aos demais MRS's. Porém, quando se trata de atendimento

hospitalar de alta complexidade e de internação hospitalar, a pulverização fica evidente. No primeiro, são 58 estabelecimentos divididos em 23 municípios, destinados a atender a população de 417 municípios. No segundo, são 31 estabelecimentos em 14 municípios. Considerando a dimensão territorial da Bahia, a distância entre determinadas localidades e o quantitativo populacional, percebe-se que a capacidade de atendimento da oferta nessa categoria encontra-se limitada. Do ponto de vista do paciente com câncer de mama ou de próstata, os quais devem ser assistidos por estabelecimentos desse nível, o acesso no tempo exato significa a possibilidade da cura, qualidade de vida e/ou a sobrevivência do paciente.

Figura 20 – Disposição espacial dos serviços de oncologia: Bahia – 2011



Fonte: Elaboração do autor a partir do AZIMUTE; SEI, 2012

Por sua vez, a Figura 20 dispõe, de forma mais específica, a distribuição espacial dos estabelecimentos com serviços de oncologia na Bahia. Portanto, fica clara que as localidades mais contempladas com serviços dessa natureza encontram-se próximas da capital. Ou seja, dos 34 estabelecimentos existentes na Bahia, 24 estão localizados nas MRS's de Salvador, de Feira de Santana, de Camaçari e Cruz das Almas (ver QUADRO 11), concentrados em quatro municípios. Por outro lado, ocorre relativa concentração no sul e sudoeste baiano, envolvendo as MRS's de Ilhéus, Itabuna, Porto Seguro, Teixeira de Freitas, Jequié e Vitória da Conquista, comportando 10 estabelecimentos dos dezenove elencados, em seis municípios.

Portanto, conforme a Política Nacional da Atenção Oncológica (Portaria N° 2.439), a MAC tem papel fundamental na realização de diagnóstico e terapêutica especializada, inclusive cuidados paliativos, garantida a partir do processo de referência e contra-referência dos pacientes. Além de possibilitar o acesso dos doentes com diagnóstico clínico ou com diagnóstico definitivo de câncer a esse nível de atenção, possibilita percepção da extensão da neoplasia (estadiamento), o tratamento, cuidado e assegura a qualidade de acordo com rotinas e condutas estabelecidas. Destaca-se, portanto, que a assistência se dará por meio de Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia e Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON).

Quadro 11 – Localização dos serviços de oncologia que atendem pelo SUS: Bahia – 2011

Micro-Região de Saúde	Município	Estabelecimento	
Camaçari	Camaçari	ONCOBAHIA	
Cruz das Almas	São Félix	HOSPITAL NOSSA SENHORA DA POMPEIA	
	Feira de Santana	HOSPITAL DOM PEDRO DE ALCÂNTARA	
Feira de Santana	Feira de Santana	IHEFS	
	Feira de Santana	ION	
	Feira de Santana	IHEF CLINICA DE HEMATOLOGIA E ONCOLOGIA	
	Feira de Santana	HOSPITAL SÃO JOSÉ MATERNIDADE SANTA HELENA	
Ilhéus	Ilhéus	HELENA	
	Itabuna	HOSPITAL MANOEL NOVAES	
Itabuna	Itabuna	HOSPITAL CALIXTO MIDLEJ FILHO	
	Itabuna	HOSPITAL SÃO LUCAS	
Jequié	Jequié	HOSPITAL SANTA HELENA	
Porto Seguro	Santa Cruz	HOSPITAL PROFESSOR JOSÉ MARIA DE	
	Cabrália	MAGALHÃES NETTO	
	Salvador	AMBULATÓRIO DOCENTE ASSISTENCIAL DA BAHIANA	
	Salvador	HOSPITAL SANTO ANTÔNIO	
	Salvador	HOSPITAL ARISTIDES MALTEZ	
	Salvador	HOSPITAL SÃO RAFAEL	
	Salvador	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR EDGARD SANTOS	
	Salvador	HOSPITAL SANTA ISABEL	
	Salvador	HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS	
	Salvador	HOSPITAL ANA NERY	
	Salvador	CICAN	
	Salvador	HOSPITAL ESPANHOL	
	Salvador	HOSPITAL PORTUGUÊS	
	Salvador	HOSPITAL MARTAGAO GESTEIRA	
Salvador	Salvador	NOB NÚCLEO DE ONCOLOGIA DA BAHIA SC LTDA	
	Salvador	ONCO	
	Salvador	IGA INSTITUTO GERALDO ANDRADE DE MEDICINA	
	Salvador	CLION	
	Salvador	INSTITUTO DE ONCOHEMATOLOGIA PEDIÁTRICO DA BAHIA	
	Salvador	HOSPITAL DO SUBURBIO	
	Teixeira de Freitas	Teixeira de Freitas	HOSPITAL MUNICIPAL DE TEIXEIRA DE FREITAS
		Vitória da Conquista	ICON
	Vitória da Conquista	Vitória da Conquista	ONCOMED QUIMIO
		Vitória da Conquista	ONCOMEDRAD

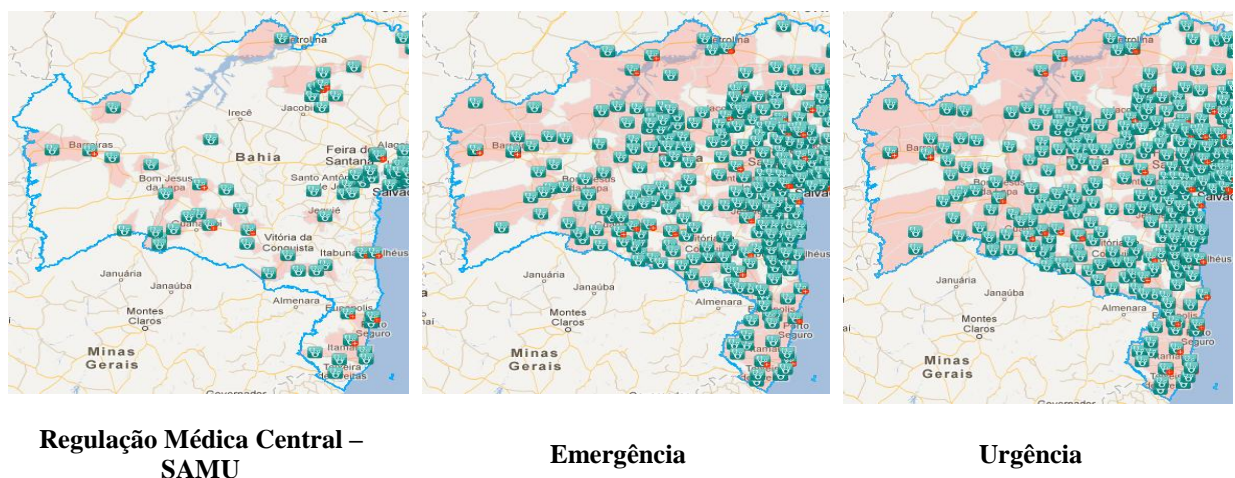
Fonte: Elaboração do autor a partir do AZIMUTE; SEI, 2012

Dando sequência no exercício de identificação da estrutura de oferta dos bens e serviços de saúde na Bahia, que podem contemplar as questões do câncer de mama feminina e de próstata, observam-se os serviços de urgência e emergência, os quais têm grande importância

no atendimento de acidentes, envenenamentos e violência, sobretudo nas faixas etárias entre 15 e 49 anos. Porém, esse ambiente, mais direcionado a traumas específicos, pode atuar de forma decisiva em casos de pacientes com câncer. Em muitos casos, tais pacientes são encaminhados, de alguma forma, a estes locais, onde podem ter sua primeira avaliação pertinente ao pré-diagnóstico ou ao diagnóstico. Do ponto de vista da estrutura, esses ambientes deveriam possuir radiologia convencional, laboratório de análise clínica, tomografia computadorizada, ultrassonografias, equipe capacitada em diagnósticos e em realizações de cirurgias, enfim, condições mínimas para absorver e solucionar problemas diversos, quando possível, que requerem rapidez. Um bom atendimento, correto e preciso, nesses ambientes, possibilitam a diminuição de perdas econômicas, previdenciárias e dispêndios com tratamentos de alto custo devido a complicações mal resolvidas e/ou identificadas.

Na Figura 21 pode-se observar a distribuição espacial dos Serviços de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU, existentes em 74 estabelecimentos e distribuídos em 70 municípios; de Emergência, com 498 estabelecimentos em 293 municípios e de Urgência, com 619 estabelecimentos em 313 municípios. No que tange ao SAMU, observa-se uma grande carência no estado da Bahia, conforme quantitativo descrito e o vazio verificado no primeiro mapa da Figura 21. Além disso, denota-se, mais uma vez, a concentração dos serviços na porção mais litorânea do estado.

Figura 21 – Disposição espacial do atendimento por itens específicos: Bahia – 2011

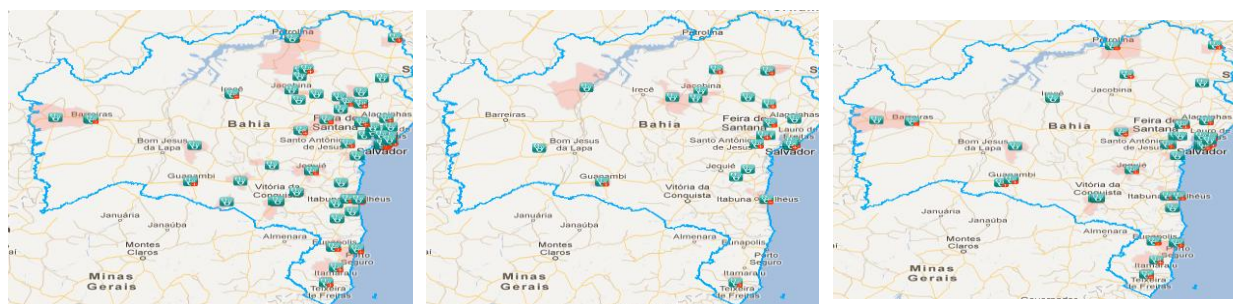


Fonte: Elaboração do autor a partir do AZIMUTE; SEI, 2012

Considerando, a partir desse ponto, a estrutura para diagnóstico na Bahia, observa-se uma distribuição espacial diversa dos equipamentos existentes no estado. No entanto, antes de uma avaliação sobre essa condição, cabe lembrar que a atenção ao câncer envolve todas as ações e serviços de saúde. Nesse sentido, em relação à detecção precoce das neoplasias, as dificuldades de acesso para a maioria da população ainda é um grande problema. O funcionamento de uma estrutura de diagnóstico, entrelaçada com a estrutura de prevenção (instância previa) e de cuidado, é fundamental para a consecução do controle do câncer. Pois, sabe-se que 1/3 dos casos de câncer podem ser prevenidos, 1/3 curado ou controlado e 1/3 apenas paliado. No entanto, a configuração das ações de controle ainda são pouco integradas, sem a efetividade necessária à redução da mortalidade, além de ocorrer ênfase na assistência terapêutica superespecializada de alta complexidade. Portanto, para aquela porção da população que conta, única e exclusivamente, com o SUS para acessar todas as fases da atenção à saúde, o que se percebe é a detecção da doença já em estágio avançado, apresentando grande grau de dificuldade no tratamento e custos muito elevados. Por sua vez, esse elemento pode funcionar como indicador de organização do sistema de saúde (BRASIL, 2012).

Assim, as características de planejamento e organização apresentadas, no que tange ao controle do câncer, apontam para uma gestão pouco resolutiva e com baixa eficiência, no sentido da não redução da mortalidade na magnitude esperada e do foco em ações de altos custos, o que, diante de uma estrutura de financiamento historicamente problemática, acaba sendo um contrassenso com a utilização dos recursos disponíveis, que são limitados, pois poderiam ser focalizados e direcionados a ações que evitassem os níveis de atenção com estrutura de custo elevada.

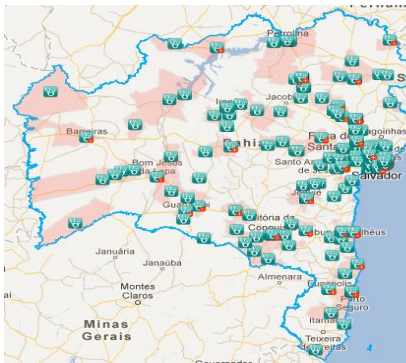
Figura 22 – Disposição espacial de estrutura para diagnóstico: Bahia – 2011



Mamógrafo com Comando Simples

Mamógrafo com Estereotaxia

Tomógrafo Computadorizado



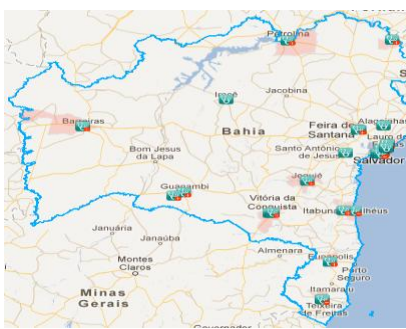
Ultrassom Ecógrafo



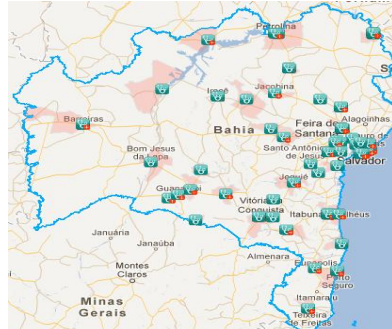
Ultrassom Doppler Colorido



Ultrassom Convencional



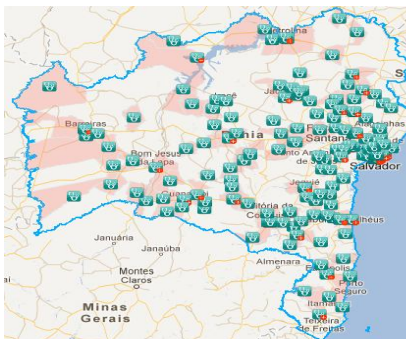
Ressonância Magnética



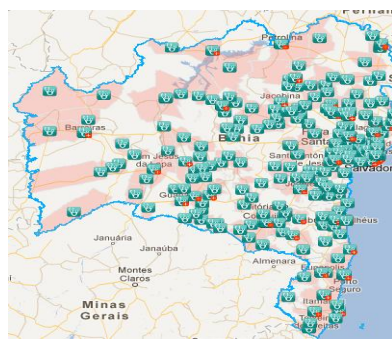
Microscópio Cirúrgico



Laparoscópico – Vídeo



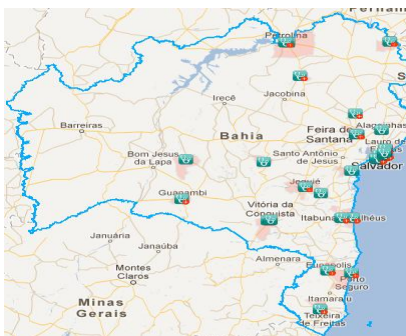
Raio X até 100 mA



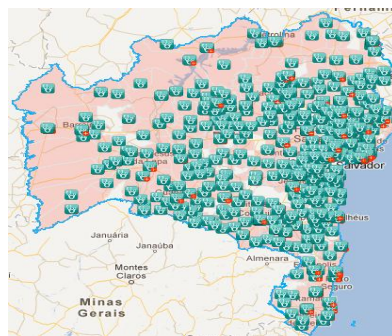
Raio X de 100 até 500 mA



Raio X mai de 500 mA



Raio X para Densidade Óssea



Laboratório Clínico

Fonte: Elaboração do autor a partir do AZIMUTE; SEI, 2012

Retomando o caso específico da estrutura de diagnóstico na Bahia, a Figura 22, acima, com a seleção de alguns itens específicos, a partir do Azimute/SEI, demonstra que ocorre dispersão de vários instrumentos importantes no diagnóstico, seguindo, portanto, a lógica de que regiões mais próximas do litoral e da capital são contempladas com a maior parte dos estabelecimentos com esses itens. A observação quantitativa da distribuição escalonada no mapa (ver TABELA 18) denota a concentração de alguns equipamentos importantes em uma quantidade diminuta de municípios. Assim, percebe-se, por exemplo, que mamógrafos, equipamento de ressonância magnética e laparoscópio-vídeo existem, relativamente, em poucas localidades. De maneira geral, as MRSs de Santa Maria da Vitória, Barreiras, Ibotirama, Juazeiro, Irecê, Jacobina e Senhor do Bonfim, possui uma estrutura de diagnóstico menos densa que as demais MRSs.

Tabela 18 – Número de Equipamentos e /ou Serviços selecionados Por Estabelecimentos que Atendem pelo SUS: Bahia – 2011

Equipamento	Quantidade	
	Estabelecimentos	Municípios
Mamógrafo com comando simples	135	50
Mamógrafo com estereotaxia	29	20
Tomógrafo computadorizado	87	29
Ultrassom ecógrafo	291	112
Ultrassom Doppler colorido	301	66
Ultrassom convencional	502	222
Ressonância magnética	43	17
Microscópio cirúrgico	178	46
Laparoscópico-vídeo	101	31
Raios-X até 100 mA	298	135
Raios-X de 100 mA	540	206
Raios-X mais de 500 mA	90	46
Raios-X para densidade óssea	49	21
Laboratório clínico	1.037	359

Fonte: Elaboração do autor a partir do AZIMUTE; SEI, 2012

Ainda em relação à estrutura de diagnóstico, no que tange aos equipamentos e serviços relativos à detecção do câncer, deve-se considerar a economicidade no processo de planejamento e distribuição em termos espaciais. Portanto, há fatores como a densidade populacional e número de casos novos decorrente por 1.000 habitantes que devem ser ponderados para a implantação de uma rede de atendimento que envolva não só o diagnóstico, mas o tratamento das neoplasias específica.

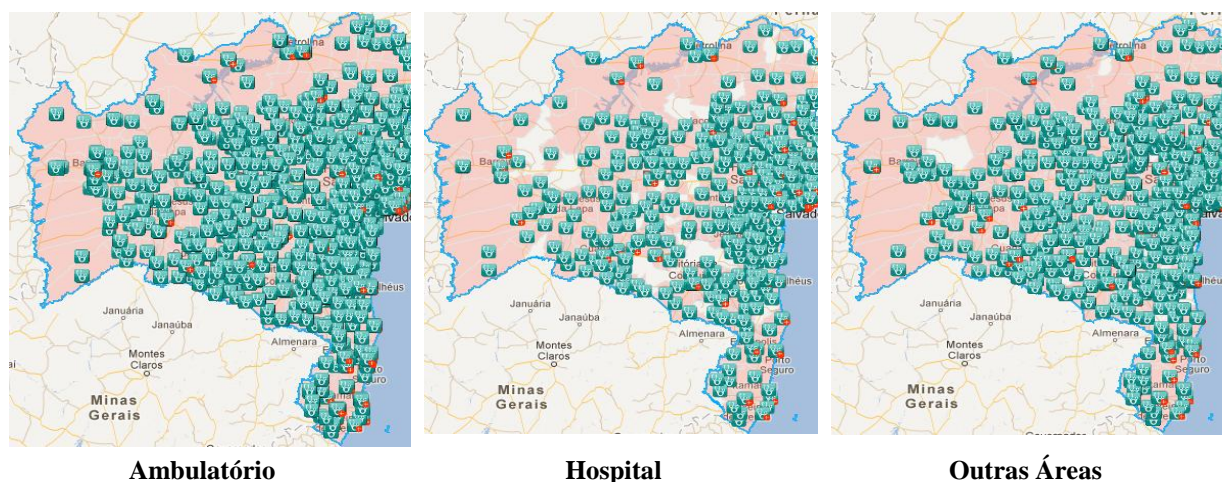
Assim, em termos populacionais, pode-se encontrar na base do Azimute/SEI informações relevantes que são parâmetro auxiliares ao gestor, seja estadual, seja municipal. Dessa maneira, a título de informação, destaca-se que dos 417 municípios baianos, apenas 16 possuem mais de 100 mil habitantes, sendo que desses 16, apenas 2 têm mais de 500 mil habitantes (Salvador, com 2,6 milhões, e Feira de Santana, com 556,6 mil). Além disso, a maioria dos municípios, 374, possuem menos de 50 mil habitantes, sendo 248 destes como menos de 20 mil habitantes (ver TABELA 19). Por outro lado, não há disponível no Azimute/SEI a estimativa de novos casos de neoplasia no Estado da Bahia. Enfim, são elementos e parâmetros que o gestor precisa ter em mãos, associado com disponibilidade de recursos e a Política Nacional de Atenção Oncológica, para avançar na gestão dos problemas relacionados à atenção da saúde voltada para o câncer.

Tabela 19 – Composição quantitativa dos municípios da Bahia: Censo 2010

Tamanho populacional (Municípios)	Municípios		População	
	Nº	%	Nº	%
Até 5.000	9	2,16	36.748	0,26
De 5.001 a 10.000	60	14,39	474.181	3,38
De 10.001 a 20.000	179	42,93	2.534.489	18,08
De 20.001 a 40.000	112	26,86	3.022.003	21,56
De 40.001 a 50.000	14	3,36	623.867	4,45
De 50.001 a 100.000	27	6,47	1.769.987	12,63
De 100.001 a 500.000	14	3,36	2.323.333	16,58
Mais de 500.000	2	0,48	3.232.298	23,06
Total	417	100,00	14.016.906	100,00

Fonte: IBGE, 2010

Figura 23 – Disposição espacial de profissionais de saúde com horas de trabalho em áreas específicas:
Bahia – 2011

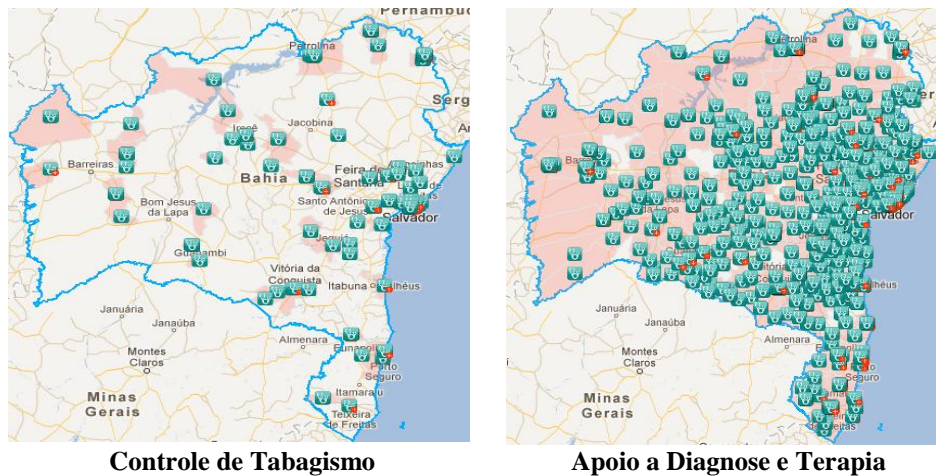


Fonte: Elaboração do autor a partir do AZIMUTE; SEI, 2012

Apresentou-se, acima, de forma sucinta e exploratória, a estrutura de diagnóstico na Bahia, por meio de alguns itens selecionados que, de uma forma ou de outra, guardam relação com a atenção oncológica. No entanto, essa estrutura só terá sentido mediante a existência de um corpo profissional capacitado e atuante. Nesse sentido, a partir da Figura 23, observa-se a disposição espacial dos profissionais de saúde por área específica, tendo como filtro a quantidade de horas prestadas nos estabelecimentos de saúde registrados pela CNES. Assim, o que a CNES capta são todos os profissionais que atuam em determinado estabelecimento, por meio do cadastro do estabelecimento que deve informar, dentre outras coisas, o conselho ao qual pertence o profissional. É importante destacar que um profissional poderá atuar em mais de um estabelecimento e que haverá uma identificação relacionada a cada estabelecimento que este profissional tenha vínculo. Assim, as informações não servem para observar o número de profissionais existentes, mas, sim, o número de horas de cada profissional em determinado estabelecimento.

Dessa forma, havia, no ano de 2011 na Bahia, 7.111 estabelecimentos, na área de ambulatorios, que registram a atuação, em horas, de profissionais de saúde 417 municípios. Por sua vez, no que tange à área hospitalar, formam 736 estabelecimentos em 338 municípios. Já em outras áreas, observou-se 2.129 estabelecimentos em 382 municípios. Nesse sentido, considerando a metodologia da CNES, o território baiano apresenta uma razoável cobertura em termos de estabelecimento. Contudo, essa informação teria uma contribuição melhor ao gestor do setor saúde se pudesse, dentro do Azimute/SEI, visualizar não apenas a quantidade de horas exercida, mas que tipo de profissional é portador dessas horas nos estabelecimentos de saúde.

Figura 24 – Disposição espacial do controle de tabagismo e apoio a diagnose e terapia: Bahia - 2011



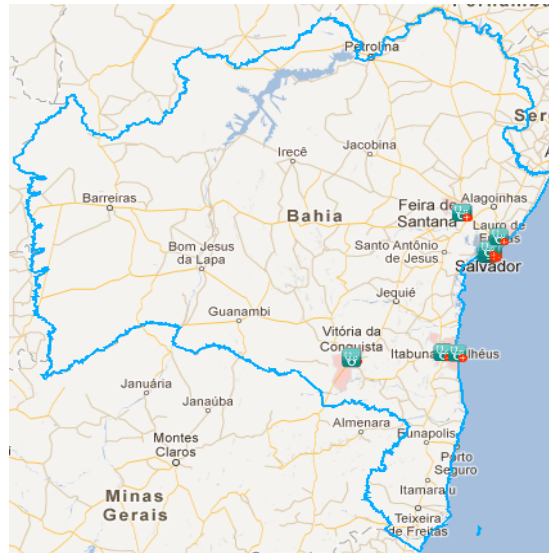
Fonte: Elaboração do autor a partir do AZIMUTE; SEI, 2012

Em se tratando da questão oncológica, de maneira geral, alguns serviços são importantes. Assim, com base disponível no Azimute e SEI (ano), foram selecionados alguns serviços específicos e discriminada sua distribuição espacial no mapa (FIGURA 24). Assim, conforme já sinalizado anteriormente, um dos fatores de risco associado ao câncer é o uso do tabaco, dessa forma, é importante haver uma atenção a tal fator, com o objetivo de mitigar os seus efeitos no organismo humano, possibilitando a prevenção de alterações em células que posteriormente se manifestem como algum tipo de neoplasia. Assim, já se percebe uma trajetória descendente da prevalência do tabagismo e do consumo total de cigarros entre adultos no Brasil como um todo, mas há ainda uma concentração desse fator de risco entre os grupos populacionais com baixo nível de educação (IGLESIAS *et al.*, 2007).

Desse modo, observa-se que o “serviço de controle de tabagismo” na Bahia encontra-se distribuído em 153 estabelecimentos, abrangendo apenas 54 municípios. O número observado é diminuto em relação ao benefício à saúde da população e à redução dos gastos com assistência a doenças associadas, os quais são bastante elevados. Outro importante serviço refere-se ao apoio à diagnose e terapia, funcionando no esclarecimento de diagnóstico e no procedimento terapêutico. Na Bahia, existem 1.915 estabelecimentos oferecendo esse tipo de serviço, distribuído em 366 municípios. Em termo de distribuição especial, apesar de relativa cobertura no que tange ao quantitativo de municípios com serviço de diagnose e terapia, percebe-se que as MRSs de Santa Maria da Vitória, Barreiras, Ibotirama (porção mais ao

norte), Juazeiro e Paulo Afonso apresentam uma menor densidade em relação às outras MRSs.

Figura 25 – Disposição Espacial do Serviço de Radioterapia: Bahia – 2011



Fonte: Elaboração do autor a partir do AZIMUTE; SEI, 2012

Por sua vez, a Figura 25 mostra a distribuição do serviço de radioterapia, método específico que tem como principal função a destruição de células tumorais, buscando causar o menor dano possível às células sãs ao seu redor. Portanto, é um serviço superespecializado, com equipamento de alto custo, sendo que um “(...) serviço básico de radioterapia [com] acelerador linear, sistema de planejamento tridimensional, equipamento de branquiterapia de alta taxa de dose, aparelho de tomografia computadorizada custa R\$ 6.000.000,00 (seis milhões de reais)” ao setor público (ARAÚJO, 2010, p. 1).

Além do alto custo do equipamento, há um problema de capacitação dos profissionais de saúde do Brasil para operar tais equipamentos, o que torna mais complexa a tarefa de facilitar o acesso mais rápido a localidades com carência na atenção ao tratamento do câncer. Na Bahia existem 21 estabelecimentos com serviço de Radioterapia, localizados em seis municípios, distribuídos conforme a Quadro 12. Assim como ocorre no Brasil de forma geral, a Bahia apresenta um déficit na oferta desse serviço e concentração em MRS de saúde muito próximas uma da outra. De forma sucinta, o ponto que pode ser o limitador, da oferta mais ampla desse serviço, se relaciona com o seu alto custo de implantação e dificuldade da ocorrência de profissionais capacitados. Assim, estes são elementos disponíveis aos gestores

para que os mesmo possam realizar o planejamento e tomar as medidas necessárias e compatíveis com a realidade da localidade a qual se encontra inserido.

Quadro 12 - Serviço de Radioterapia Distribuído por Microrregião de Saúde, Município
Estabelecimentos: Bahia – 2011

Microrregião de Saúde	Municípios	Estabelecimento
Camaçari	Camaçari	ONCOBAHIA
	Feira de Santana	HOSPITAL DOM PEDRO DE ALCÂNTARA
Feira de Santana	Feira de Santana	IHEFS
	Feira de Santana	ION
	Feira de Santana	IHEF CÍNICA DE HEMATOLOGIA E ONCOLOGIA
	Feira de Santana	HOSPITAL SÃO JOSÉ MATERNIDADE SANTA HELENA
Ilhéus	Ilhéus	HOSPITAL MANOEL NOVAES
Itabuna	Itabuna	HOSPITAL CALIXTO MIDLEJ FILHO
	Itabuna	HOSPITAL SANTO ANTÔNIO
	Salvador	HOSPITAL ARISTIDES MALTEZ
	Salvador	HOSPITAL SÃO RAFAEL
	Salvador	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR EDGARD SANTOS
Salvador	Salvador	HOSPITAL SANTA ISABEL
	Salvador	CICAN
	Salvador	HOSPITAL ESPANHOL
	Salvador	HOSPITAL PORTUGUÊS
	Salvador	ONCO
	Salvador	INSTITUTO DE ONCOHEMATOLOGIA PEDIÁTRICO DA BAHIA
Vitória da Conquista	Vitória da Conquista	ICON
	Vitória da Conquista	ONCOMED QUIMIO
	Vitória da Conquista	ONCOMEDRAD

Fonte: Elaboração do autor a partir do AZIMUTE; SEI, 2012

Diante das possibilidades vislumbradas pelo recorte acima realizado, com a ferramenta Azimute/Sei, pode-se, por meio de elementos mais qualitativos associados, identificar, por exemplo, equipamentos públicos já existentes operando com capacidade ociosa; estabelecimentos públicos com atendimento de serviços de saúde com baixa taxa de ocupação; pode-se, também, perceber formas de articulação regional para suprir as demandas de um grupo de municípios, propondo a constituição de consorcio *etc.* Dessa forma, o gestor terá possibilidade de evitar desperdícios de recursos públicos, implementando serviços, estabelecimentos e equipamentos de saúde com base em elementos que conduza a viabilidade econômica, evitando a ineficiência. Essa estratégia é ainda mais necessária quando se trata de

serviços de saúde de alto custo, como ocorre com o câncer. São decisões de “investimento” por parte do gestor do orçamento público, que requer condições tecnicamente claras para enfrentar não apenas a limitação orçamentária, mas as questões políticas de realizar ou não determinado empreendimento. O ponto fundamental a ser enfrentado é o aumento da capacidade da resolutividade do SUS.

Além disso, conforme o MS, o gestor público não vai se deparar com a situação ideal, a qual combina a demanda por atenção à saúde com a disponibilidade de recursos e condições necessárias aos atendimentos dessa demanda. Dessa forma, existirá sempre a necessidade da escolha, o que pressupõe a utilização de critérios para auxiliar na decisão a ser tomada. Quando se trata de critérios, é importante a objetividade e a clareza na sua definição, para tornar legítima cada escolha proveniente do contexto do momento. Assim, observando parâmetros gerais ou específicos e considerando as diretrizes do MS, os gestores terão como principais critérios:

população a ser atendida; necessidade de cobertura assistencial; mecanismos de acesso aos fluxos de referência e contrarreferência; capacidade técnica e operacional do serviço (de acordo com as normas técnicas específicas, se houverem); série históricas de atendimentos realizados e identificação de demanda reprimida; integração com os mecanismos de regulação e com os demais serviços assistências ambulatoriais e hospitalares que compõem a rede de assistência e disponibilidade de financiamento. (BRASIL, 2007, p. 41).

Do ponto de vista da ferramenta, o Azimute/SEI apresenta grande potencialidade de uso. Mas têm alguns desafios para a sua consolidação como elemento de apoio e auxílio na gestão dos setores ao qual pretende. Assim, no que tange à saúde, a periodicidade dos bancos de dados disponíveis e sistematizados devem condizer com as necessidades específicas de cada gestor, ao menos, aquele gestor que tem a função de atuar na organização mais ampla do sistema de saúde, seja do município, seja do estado.

Outra questão preponderante nesse desafio é a relação direta entre as rotinas já exercidas pelos gestores, com seus modelos, métodos e sistemas específicos de planejamento e a forma de apresentação e aceitação do Azimute/SEI nesse Ambiente. Ou seja, a ferramenta pode apresentar-se muito bem estruturada, mas, na visão ou para o dia a dia de determinados gestores, ela se mostra inapta ou não se configura útil, por terem lógicas diferentes.

Contudo, a potencialidade que essa ferramenta apresenta é positiva, sobretudo no que tange à gestão municipal, por possibilitar um ambiente de fácil manejo e com diversas informações congregadas, concernentes a cada localidade, em uma base de acesso via rede mundial de computadores. O importante é que essa ferramenta possua um trabalho permanente de manutenção, alimentação e de procedimentos e controle claros direcionados aos gestores. Pois, não sendo dessa maneira, qualquer sistema, mesmo que muito bem elaborado, não será útil em nada, apenas consumirá os recursos necessários a sua implantação, entrando em desuso logo após esse fato.

Portanto, o fundamental para qualquer ferramenta de gestão é essa conexão e sensibilização anterior, com permanente capacitação do público alvo, no sentido de melhor aproveitar o instrumento e alcançar o objetivo final, ou seja, perceber a realidade de forma mais real possível e a partir dela, programar, planejar, pleitear e diminuir desperdícios, possibilitando à população acesso aos bens e serviços públicos com a resolutividade necessária a cada setor

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo deste trabalho foi analisar a organização do Sistema Único de Saúde (SUS) na Bahia, visando a apresentar aspectos do seu planejamento e gestão e compreender como a complexidade inerente ao modelo adotado exige uma estrutura de governança de caráter múltiplo. Os estudos na literatura em economia da saúde apontam que o modelo brasileiro de atenção à saúde, após a Constituição Federal do Brasil, de 1988, passou por transformações consideráveis em seu processo de organização, voltadas para a garantia do acesso a todos, de forma integral e gratuita. Nesse sentido, o SUS se tornou reconhecido mundialmente como uma importante política de saúde pública, por ser um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. No entanto, mesmo sendo considerado um grande avanço do ponto de vista da organização e normatização das ações de saúde públicas, com a regulamentação do SUS a partir da década de 1990, o sistema nacional de saúde brasileiro enfrenta dificuldades para a sua efetiva consolidação, que podem estar relacionadas à inadequação de seu modelo de gestão e planejamento. A hipótese exibida foi que, em um sistema complexo e nas dimensões atualmente vigentes, se faz necessária uma *estrutura de governança* de caráter múltiplo para torná-lo executável e viável em seus aspectos social e econômico.

Dentre os entraves apontados na literatura em economia da saúde, sobre o modelo público de saúde do Brasil, o financiamento tem ocupado espaço razoável. Enquanto países com sistemas similares ao brasileiro conseguem aplicar um volume de recursos financeiros suficiente para viabilizar o modelo adotado, o Brasil vem alocando um montante considerado insuficiente para o tamanho e os desafios impostos ao SUS. Por outro lado, embora o denominado “setor suplementar” tenha ganhado força, sua sustentação encontra-se calcada em um forte mecanismo de subsídios públicos indiretos. Isso ocorre tanto do ponto de vista das deduções de imposto de renda da pessoa física e jurídica, aplicadas sobre as despesas com planos de saúde e às despesas médicas, quanto do ponto de vista do atendimento das coberturas não realizadas pelo setor suplementar. Por sua vez, aponta-se a existência de problema de gestão, apesar dos avanços verificados nas últimas décadas.

Dessa forma, ainda existe um descompasso na organização da rede, o qual penaliza diretamente a grande parcela da população que depende única e exclusivamente do SUS. No que tange ao diagnóstico, os problemas são mais graves para o indivíduo dependente do SUS,

pois o cidadão que tem acesso ao “sistema suplementar” alcança mais rapidamente a estrutura de diagnóstico e, conseqüentemente, tem a possibilidade de maior precocidade na detecção de problemas e uma “resolutividade” mais acelerada, sendo comum o acesso mais rápido a tratamentos mais complexos por meio do SUS.

Dessa forma, no segundo capítulo deste trabalho foram descritos os principais aspectos que conformam o SUS, onde se verificou que este é um sistema complexamente organizado, mas apresenta alguns entraves do ponto de vista da limitação e inconstância de recursos financeiros e do modelo de gestão estabelecido. Percebeu-se, portanto, que ainda há um descompasso na organização da rede, sobretudo no que tange a rede de referência e contrarreferência. Dentro desse contexto, foi colocado que seria fundamental para os gestores, de maneira geral, a disponibilização de equipes técnicas capacitadas e de ferramentas associadas às rotinas e atividades do setor que possibilitassem uma melhor percepção de sua realidade e reunisse os elementos necessários à tomada de decisão em um ambiente de escolhas estritamente delicadas. Nesse sentido, as escolhas podem levar o recurso público a atender aos anseios da sociedade em um período de tempo mais curto, mitigando os impactos tanto sociais quanto econômicos da não resolução dos problemas de saúde do indivíduo.

O terceiro capítulo trouxe um recorte mais específico, realizado em um nível micro, para exemplificar a complexidade inerente ao SUS e à sua organização. Nesse sentido, tomou-se como elementos de análise o câncer de próstata e da mama, categorizados como Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT). Buscou-se, portanto, contextualizar e focalizar a análise das questões da saúde no Brasil, a partir da avaliação do comportamento desse setor na Bahia. No conjunto das principais doenças crônicas que afetam a população brasileira e baiana, verificou-se que os cânceres de próstata e de mama feminina, vêm ocupando lugar significativo em causas de mortes definidas. Destacou-se que o diagnóstico tardio é um problema generalizado no Brasil, não se restringindo a um ou dois tipos de cânceres. Este aspecto encontra-se diretamente ligado às condições que envolvem os profissionais, estabelecimentos e equipamentos para o diagnóstico clínico no sistema de saúde brasileiro. Observou-se com os dados específicos para a Bahia que, no que tange às neoplasias malignas, os maiores valores de recursos financeiros, aprovados por procedimento no SUS, estão mais concentrados no processo de tratamento do que no diagnóstico. Apontando, tanto para o fato de que os custos para o tratamentos são mais elevados, quanto para certa prevalência no processo de tratamento em relação à prevenção/diagnóstico precoce.

A análise dos dados da Bahia revelou, dessa forma, que é necessário o enfrentamento do descompasso existente entre diagnóstico e tratamento de maneira a priorizar os procedimentos de prevenção e diagnóstico e tornar possível, quando necessário, o tratamento mais eficiente, eficaz e menos custoso em oncologia. Isso indica a necessidade de um processo de planejamento contínuo, com base em informações atuais e acessíveis aos gestores do setor, além de equipes multidisciplinares, qualificadas e profissionais estimulados por meio de mecanismos de incentivos que contemplem não só as questões pecuniárias, mas de estrutura, estabilidade e condições de trabalho.

O quarto capítulo analisou as possibilidades apresentadas para o setor de saúde com a ferramenta desenvolvida no estado da Bahia, por meio da Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia (SEI), denominada de Azimute/SEI. Essa ferramenta tem por objetivo contribuir para a elaboração das políticas públicas, considerando toda extensão do estado da Bahia e a especificidade local, seja do município, seja da microrregião na qual o município se insere. Assim, o desafio do Azimute é proporcionar uma base para a observação da oferta localizada de serviços elementares à população (educação e saúde), relacionando-se com as características demográficas e socioeconômicas de cada área, para subsidiar os gestores macro e micro no desenvolvimento de ações que possam qualificar as condições de acesso aos bens e serviços públicos. Nesse sentido, verificou-se que a ferramenta aponta boas possibilidades no seu uso para o auxílio no processo de gestão das políticas públicas no campo da saúde.

Contudo, mesmo apresentando grande potencialidade, o Azimute/SEI teria ainda alguns desafios para a sua consolidação como elemento de apoio e auxílio na gestão dos setores aos quais contempla. No que tange à saúde, a periodicidade dos bancos de dados disponíveis e sistematizados deve condizer com as necessidades específicas de cada gestor, particularmente para os gestores que atuam na organização e tomada de decisões no sistema de saúde pública, seja do município, seja do estado. Outro desafio observado para a ferramenta foi a necessidade de gerar uma relação direta entre as rotinas já exercidas pelos gestores, com seus modelos, métodos e sistemas específicos de planejamento e a forma de apresentação e adequação do Azimute/SEI nesse ambiente. Contudo, a potencialidade que essa ferramenta apresentou é bastante alta, sendo positiva, sobretudo no que tange à gestão municipal, por possibilitar um ambiente de fácil manejo e com a reunião de diversas informações

concernentes a cada localidade, cuja base pode ser acessada através da rede mundial de computadores (*internet*). No entanto, sob essa ferramenta deve ser estabelecido um trabalho permanente de manutenção, alimentação e de otimização de procedimentos de dados e controle direcionados aos gestores.

A análise da organização do SUS no Brasil mostrou a existência de uma estrutura administrativa altamente complexa e com objetivos diferenciados, os quais têm limitada interação e articulação, requerendo maior esforço nos processos que conduzam a mecanismos de ‘intersectorialidade’. Essa complexidade administrativa exige do gestor a atenção na utilização e criação de parâmetros e indicadores que auxiliem na gestão e no planejamento no âmbito macro e micro das ações de sustentação do sistema, tornando as intervenções mais próximas da realidade ou mitigando o distanciamento que ocorre em sistemas com a complexidade do SUS. Nesse sentido, o processo de expansão do SUS, dentro da lógica proposta pela Constituição de 1988, enseja um nível de articulação muito alto, contemplando, de forma concatenada e em rede, os entes pertencentes a esse organismo.

Nesse sentido, o estudo apontou que o conhecimento das especificidades do SUS e das necessidades locais, por parte dos seus gestores, é fundamental para o avanço e a consolidação da atenção à saúde como direito efetivo do cidadão. Dessa forma, uma *estrutura de governança* de caráter múltiplo se mostra adequada por reunir, concomitantemente, os instrumentos necessários ao planejamento e à alocação dos recursos econômicos. Destacando-se que os instrumentos adotados para a consecução dos objetivos de planejar e alocar corretamente os recursos disponíveis estão relacionados com os processos de gestão que se utilizam de mecanismos de incentivo, avaliação e controle que possam garantir o funcionamento e acesso aos bens e serviços de maneira ampla.

Portanto, o acesso à variáveis de decisão, associadas às observações técnicas que auxiliem gestores de setores específicos, contribui de maneira direta para o aperfeiçoamento da utilização do recurso público e para o direcionamento das políticas. Ademais, esse acesso possibilita que o planejamento seja realizado em correspondência com as bases reais existentes, ou seja, associando disponibilidade orçamentária e necessidades de intervenções, conforme a observação técnica das condições locais. Nesse sentido, as possibilidades do Azimute/SEI são positivas e se mostram relevantes para o exercício do planejamento

necessário, ainda mais quando se tratam de ações públicas descentralizadas e executadas no âmbito dos governos estadual e municipal.

Ademais, o SUS é um sistema complexamente organizado, mas possui alguns entraves do ponto de vista da limitação e variação dos recursos financeiros e do modelo de gestão estabelecido. Dentro desse contexto, é fundamental que os gestores deste sistema estejam munidos de equipes técnicas qualificadas e de ferramentas que possibilitem a percepção de suas respectivas realidades locais e congreguem os elementos necessários à tomada de decisão. Nesse sentido, escolhas mais qualificadas podem canalizar o recurso público para um atendimento mais eficaz da população beneficiada com esses serviços, mitigando impactos sociais e econômicos resultantes da não resolução dos problemas de saúde do cidadão.

Portanto, no escopo conceitual de níveis de interação na *estrutura de governança* de caráter múltiplo, ferramentas, tal qual o Azimute/SEI, podem exercer papel importante no auxílio à organização e compreensão do problema a ser enfrentado. No entanto, concluiu-se que tais instrumentos são meios de ação poderosos, mas que não haverá utilidade se sua funcionalidade não for absorvida nas rotinas dos agentes responsáveis pelos processos de tomada de decisões e pela formulação e implementação das políticas específicas à cada área. Dessa forma, o trabalho aponta para um campo de pesquisa que envolva a conexão entre sistemas complexos de saúde e *estrutura de governança* de caráter múltiplo.

Outras extensões possíveis de pesquisa nesta área estariam associadas à investigação da relação entre o ambiente de tomada de decisão e a interação entre as diversas instituições e modelos de atuação para promover melhores níveis de acesso à saúde pública, integral e resolutiva. Nesse sentido, a análise de um modelo de governança recentemente implantando na Bahia, a parceria público-privada (PPP) realizada para a implantação e gestão do Hospital do Subúrbio de Salvador, se mostra como um estudo de caso relevante para a identificação dos elementos de integração dos processos de tomada de decisões, gestão e execução dos serviços relacionados de saúde.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, C. **Carta ao povo**. São Paulo: Sociedade Brasileira de Radioterapia, 2010. Disponível em: < <http://www.sbradioterapia.com.br/pdfs/cartapresidente/carta06042010.pdf> >. Acesso em: 09 dez. 2012.
- ARAÚJO, L. Universalização da saúde esbarra no projeto do estado. **Revista Caros Amigos - A primeira à esquerda**, São Paulo, v. 16, n. 59, p. 4-7, nov. 2012.
- ARROW, K. Uncertainty and the welfare economics of medical care. **The American Economics Review**. Nashville, v. 52, n. 5, p. 941-73, dec. 1963. Disponível em: < <http://www.aeaweb.org/aer/top20/53.5.941-973.pdf> >. Acesso em: 24 ago. 2012.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6023**: informação e documentação - referências - elaboração. Rio de Janeiro, 2002. 24 p.
- AZEREDO, T. M. A. A relação de agência na ótica da nova economia institucional. **Revista Senac**, Belo Horizonte, v. 3, p. 2, 2007. Disponível em: < <http://www3.mg.senac.br/NR/rdonlyres/ersopfqqqbdr3vt5oyb7nhy5fknjnspqvoo64vydjl5nrwjs3nta6rw6zlmvrbtymb14xptw67gja/tulio.pdf> >. Acesso em: 20 jul. 2012.
- BAHIA, L.; SCHEFFER, M. **Planos e seguros de saúde**: o que todos devem saber sobre a assistência médica suplementar no Brasil. São Paulo: UNSP, 2010. 156 p.
- BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia – SESAB. **Regiões de assistência em saúde**. Disponível em: <http://www1.saude.ba.gov.br/mapa_bahia/visaomicrocomlegenda.asp>. Acesso em: 15 set. 2012.
- BANCO CENTRAL DO BRASIL. **Manual de finanças públicas**. 2012a. Disponível em: < <http://www.bcb.gov.br/htms/infecon/finpub/> >. Acesso em: 15 set. 2012.
- BANCO MUNDIAL. **Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil**: melhorando a qualidade do gasto público e gestão de recursos. Relatório n. 36601-BR. Brasil, fev. 2007. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/Governanca_SUS_-_Relatorio_banco_mundial.pdf>. Acesso em: 26 out. 2012.
- BELLI, Paolo. **How adverse selection affects the health insurance market**. 2001. Washington, DC: World Bank Policy Research. (Working paper, n. 2.574). Disponível em: < <http://ssrn.com/abstract=632643> >. Acesso em: 15 set. 2012.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de média e alta complexidade no SUS**. Brasília: CONASS, 2007. 248 p. (Coleção Progestores - para entender a gestão do SUS, 90).
- _____. **Constituição da república dos Estados Unidos do Brasil. 16 de Julho de 1934**. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao34.htm >. Acesso em: 14 abr. 2012.

_____. **Constituição da república federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm >. Acesso em: 15 abr. 2012.

_____. Decreto-lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967. Dispõe sobre a organização da Administração Federal, estabelece diretrizes para a Reforma Administrativa e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, 27 fev. 1967. Disponível em: < <http://www3.dataprev.gov.br/sislex/paginas/24/1967/200.htm> >. Acesso em: 14 abr. 2012.

_____. Decreto-lei n. 4.682, de 24 de janeiro de 1923. Lei Eloy Chaves. Cria, em cada uma das empresas de estradas de ferro existentes no país, uma caixa de aposentadoria e pensões para os respectivos empregados. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, 28 jan. 1923. Disponível em: < <http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/23/1923/4682.htm> >. Acesso em: 11 abr. 2012.

_____. **Decreto n. 3.048, de 06 de maio de 1999**. Aprova o Regulamento da Previdência Social, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, 07 mai. 1999. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D3048.htm#art3 >. Acesso em 08 abr. 2012.

_____. Decreto nº 77.077, de 24 de janeiro de 1976. Expede a Consolidação das Leis da Previdência Social - CLPS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, 02 fev. 1976. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1970-1979/D77077.htm > . Acesso em: 08 abr. 2012.

_____. Decreto-lei nº 4.275, de 17 de abril de 1942. Autoriza o Ministério da Educação e Saúde a organizar um serviço de Saúde Pública em cooperação com Instituto Office InteramericamAffairsofthe United StatesofAmerica. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, 20 abr. 1942, p. 6.408, Seção 1. Disponível em: < <http://www2.camara.gov.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-4275-17-abril-1942-414257-publicacaooriginal-1-pe.html> >. Acesso em: 07 abr. 2012.

_____. Decreto-lei nº 72, de 21 de novembro de 1966. Unifica os Institutos de Aposentadoria e Pensões e cria o Instituto Nacional de Previdência Social. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, 22 nov. 1966. Disponível em: < <http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/24/1966/72.htm> >. Acesso em: 08 abr. 2012.

_____. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**., Brasília, 30 mar. 2012. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc29.htm >. Acesso em: 01 set. 2012.

_____. Lei nº 6.439, de 01 de setembro de 1977. Institui o Sistema Nacional de Previdência e Assistência social, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do**

Brasil. Brasília, 02 out. 1977. Disponível em: < <http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1977/6439.htm> >. Acesso em: 10 abr. 2012.

_____. Lei nº 4.214, de 02 de março de 1963. Dispõe sobre o Estatuto do Trabalhador Rural. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil.** Brasília, 18 mar.1963. Disponível em: < www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1963/4214.htm >. Acesso em: 10 abr. 2012.

_____. Lei 3.807, de 26 de agosto de 1960. Dispõe sobre a Lei Orgânica da Previdência Social – LOPS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil.** Brasília, 27 ago. 1960. Disponível em: < <http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1960/3807.htm> >. Acesso em: 08 abr. 2012.

_____. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil.** Brasília, 16 jan. 2012. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/Lcp141.htm >. Acesso em: 01 set. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde - CID-10.** Disponível em: < <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm> >. Acesso em: 13 out. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. **Tabwin.** Disponível em: <www.datasus.gov.br/tabwin>. Acesso em: 10 ago.2012.

_____. Ministério da Saúde. Emenda n. 29. **Mais dinheiro e estabilidade para saúde.** Brasília, 2002. 30 p. (Série E, legislação de saúde).

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer – INCA. **Estimativa 2012: incidência do câncer no Brasil.** 2011. Disponível em: < <http://www.inca.gov.br/estimativa/2012> >. Acesso em: 09 out. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer – INCA. **Atlas da mortalidade por câncer.** 2012b. Disponível em: < <http://mortalidade.inca.gov.br/Mortalidade/index.jsp> >. Acesso em: 13 out. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2010: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde.** Brasília, 2011. 372 p. il. (Série G. estatística e informação em saúde). Disponível em: < http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=38462 >. Acesso em: 05 out. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022.** Brasília, 2011. Disponível em:

http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_dcnt_pequena_portugues_espanhol.pdf. Acesso em: 10 jul. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa Agentes Comunitários de Saúde – PACS**. Brasília, 2001. 40p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância – Conprev. **Câncer da próstata: consenso**. Rio de Janeiro: INCA, 2002. 20p. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/manual_prostata.pdf >. Acesso em: 16 nov. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Mais saúde: direito de todos: 2008 – 2011**. 4. ed. Brasília, 2010. 132 p. (Série C. projetos, programas e relatórios).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de atenção especializada. Coordenação-Geral de Média e Alta Complexidade. **Nota técnica nº 1.131/2012**. Disponível em: < <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2012/Jul/10/PoliticaNacionaldeAtencaoOncologica.pdf> >. Acesso em: 17 dez. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 1.020/GM de 31 maio de 2002**. Dispõe sobre a Programação Pactuada e Integrada – PPI/2002 da Assistência. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, v.89, n.107E, p.39, 6 jun. 2002. Seção 1. Disponível em: < <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-1020.htm> >. Acesso em: 08 set. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.439/GM de 08 de dezembro de 2005**. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, 08 dez. 2005. Disponível em: < <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-2439.htm> >. Acesso em: 20 nov. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria SAS/MS nº 741 de 19 de dezembro de 2005**. Define as Unidades de Assistência de alta complexidade em oncologia, os Centros de Assistência de alta complexidade em oncologia e os Centros de Referência de alta complexidade em oncologia e suas aptidões e qualidades. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, 20 dez. 2005. Disponível em: < <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/sas05/sasdez05.htm> >. Acesso em: 20 nov. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.048 de 03 de setembro de 2009**. Aprova regulamento do SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, 04 set. 2009. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/regulamento_sus_240909.pdf. Acesso em: 16 fev. 2012.

_____. Prevenção do câncer da próstata. Instituto Nacional de Câncer. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 49, n. 4, p. 204, out./dez. 2003a. Disponível em: < http://www.inca.gov.br/rbc/n_49/v04/pdf/norma2.pdf >. Acesso em: 15 nov. 2012.

_____. Prevenção do câncer de mama. Instituto Nacional de Câncer. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 49, n. 4, p. 208, out./dez. 2003b. Disponível em: < http://www.inca.gov.br/rbc/n_49/v04/pdf/norma6.pdf >. Acesso em: 15 nov. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Situação de saúde**. Brasília, 2011. 160 p. il. (Série B, Textos básicos de saúde).

CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Lei n. 6.229, de 17 de julho de 1975**. Dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, 18 jul. 1975. Disponível em: < <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1970-1979/lei-6229-17-julho-1975-357715-publicacaooriginal-1-pl.html> >. Acesso em: 08 abr. 2012.

CAMPOS, G. W. S. O SUS entre a tradição dos sistemas nacionais e modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, p. 1865-1874, nov. 2007 (b). Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12s0/09.pdf> >. Acesso em: 03 jan. 2013.

_____. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n. 2, p. 301-306, mar./abr. 2007 (a). Disponível em: < http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1413-81232007000200002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt >. Acesso em: 03 jan. 2013

_____. SUS depois de vinte anos: reflexões sobre o direito à atenção à saúde. **Boletim do Instituto de Saúde**, São Paulo, edição especial, p. 36-38, out. 2008. Disponível em: < <http://www.redehumanizasus.net/6950-o-sus-depois-de-20-anos> >. Acesso em: 03 jan. 2013.

_____. **SUS: 20 anos depois**. Entrevista realizada por Cátia Guimarães, set. 2008. Disponível em: < http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/gastao_wagner.pdf >. Acesso em: 03 jan. 2013.

CONASS. **Política nacional de atenção oncológica**. 2005. (Nota técnica, 26^a). Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_oncologica.pdf >. Acesso em: 20 nov. 2012.

DATASUS. **Indicadores de saúde (sala de situação)**. Disponível em: < <http://189.28.128.178/sage/?saude=http%3A%2F%2F189.28.128.178%2Fsage%2F&botaoOK=OK&obj=http%3A%2F%2F189.28.128.178%2Fsage%2F> >. Acesso em: 15 set. 2012.

ECOREL, S. ; TEIXEIRA, L. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963. In: GIOVANELLA, L. (Org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 333-384. Cap. 10.

ECOREL, S. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à Reforma Sanitária. In: GIOVANELLA, L. (Org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 385-434. Cap. 11.

FEBRASGO. **Diagnóstico e tratamento do câncer de mama**. Projeto diretrizes. Disponível em: < <http://www.febrasgo.org.br/arquivos/diretrizes/024.pdf> >. Acesso em: 15 nov. 2012.

FERREIRA JUNIOR, H. M (Coord.). Arranjo produtivo local na área de oncologia no estado da Bahia. In: FERREIRA JUNIOR, H. M *et al.* **Complexo industrial da saúde: a evolução e dinâmica de arranjos e sistemas produtivos e inovativos locais no Brasil**. Salvador, 2012. Material mimeografado.

FIANI, Ronaldo. Teoria dos custos de transação. In: KUPFER, David; HASENCLER, Lia. **Economia industrial: fundamentos teóricos e práticos no Brasil**. Rio de Janeiro: Campus, 2002. p. 267-286.

FIGUEIREDO, N. *et al.* Entre a filosofia e as políticas públicas: o que saber sobre o SUS. In: FIGUEIREDO, Nébia; TONINI, Teresa (Orgs.). **SUS e PSF para enfermagem: práticas para cuidado em saúde coletiva**. São Caetano do Sul, SP: Yendis, 2007. p. 3-64.

FINKELMAN, Jacob. (Org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. Disponível em: < <http://books.scielo.org/id/sd> >. Acesso em: 08 abr. 2012.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - FIOCRUZ. **A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro**. Rio de Janeiro: Fiocruz/IPEA, 2012c. 323 p. Disponível em: < http://www.fiocruz.br/editora/media/Saude_Brasil_2030.pdf >. Acesso em: 17 dez. 2012.

GOMES, R. ; NASCIMENTO, E. ; ARAÚJO, F. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 565-574, mar. 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n3/15.pdf> >. Acesso em: 13 out. 2012.

HENRIQUE, F. ; CALVO, M. Grau de implantação do Programa Saúde da Família e indicadores sociais. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, supl.1, p. 1.359-1.365, set./out. 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14s1/a08v14s1.pdf> >. Acesso em: 17 nov. 2012.

HODGSON, G. An institutional and evolutionary perspective on health economics. **Cambridge Journal of Economics**, Cambridge, v. 32, n. 2, oct. 24, 2007. Disponível em: <http://cje.oxfordjournals.org/content/32/2/235.full>. Acesso em: 20 jul.2012.

IBGE. **Censo demográfico 2010**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>>. Acesso em: 29 out.2012.

IGLESIAS, R. *et al.* **Controle do tabagismo no Brasil**. Banco Mundial, ago. 2007. (Documento de discussão – saúde, nutrição e população). Disponível em: < <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Controle%20do%20Tabagismo%20no%20Brasil.pdf> >. Acesso em: 09 dez. 2012.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA – IPEA. **Base de dados Ipea**. Disponível em: <<http://www.ipeadata.gov.br/>>. Acesso em: 14 nov. 2012.

INTERFARMA. Acesso e financiamento à saúde no Brasil. **Caderno Especial de Saúde**, São Paulo, v. 1, ago. 2010. Disponível em: <
<http://www.interfarma.org.br/site2/images/acesso%20e%20financiamento.pdf> >. Acesso em: 08 maio 2012.

JENSEN, M. ; MECKLING, W. Theory of the firm: managerial behavior, agency costs and ownership structure. **Journal of Financial Economics**, New York, v. 3, n. 4, p. 305-360, oct.1976.

LOBATO, L. ; GIOVANELLA, L. Sistemas de saúde: origens, componentes e dinâmica. In: GIOVANELLA, L. (Org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FioCruz, 2008. p. 107-140. cap. 3.

LUÍSE, D. Uma obra-prima inacabada. **Revista Caros Amigos**, São Paulo, v. 16, n. 59, p. 8-10, nov. 2012.

MARQUES, R. **O financiamento do sistema público de saúde no Brasil**. Santiago do Chile: CEPAL, ago. 1999. (Série financiamento del desarrollo, n. 82).

MEDICI, A. **Breves considerações sobre a relação entre financiamento da saúde e direito sanitário no Brasil**. Disponível em: <
<http://www.idisa.org.br/img/File/FinanciamentoeDiretoSanitarionoBrasil2.pdf> >. Acesso em: 24 ago. 2012.

MELLO, Maria. Direito e economia das organizações públicas – uma análise da perspectiva dos custos de transação. In: Research Workshop on Institutions and Organizations, 2., 2007, São Paulo. **Anais...** São Paulo: Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da USP, 2007. p. 20-36.

MENDES, A. Políticas econômicas restritivas estrangulam a saúde pública. **Revista Caros Amigos**, São Paulo, v. 16, n. 59, p. 11, nov. 2012.

_____. **Financiamento, gasto e gestão do Sistema Único de Saúde - SUS: a gestão descentralizada, semiplena e plena do sistema municipal no Estado de São Paulo (1995-2001)**. 428 f. Tese (Doutorado em Economia) - Instituto de Economia, UNICAMP, Campinas, SP, 2005.

NERO, C. O que é economia da saúde. In: PIOLA, S. ; VIANNA, S. (Org.). **Economia da saúde: conceitos e contribuição para a gestão da Saúde**. Brasília: IPEA, 1995.

NETO, Aristides (Coord.). Financiamento da saúde no Brasil. In: NETO, Aristides (Coord.) **Brasil em desenvolvimento 2011: estado, planejamento e políticas públicas**. Brasília: IPEA, 2012. Cap. 1, v. 1. Disponível em: <
http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/livros/2012/livro_brasil_desenvolvimento2011_vol01.pdf >. Acesso em: 20 out. 2012.

PADILLA, Alexandre. The property economics of agency problems. In: PROCEEDINGS OF THE AUSTRIAN SCHOLARS CONFERENCE, 8., 2002, Auburn. **Anais...** Alabama:

George Mason University, Department of Economics, 2002, p. 1-15. Disponível em: <<http://www.mises.org/journals/scholar/Padilla3.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2012.

PAIM, J. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. 148 p. (Coleção temas em saúde).

PIOLA, S. *et al.* Vinte anos da Constituição de 1988: o que significaram para a saúde da população brasileira. **Boletim de políticas sociais do IPEA**. Brasília, v. 1, n. 17, p. 97-174, jun. 2009.

POLIGNANO, Marcus Vinicius. **História das políticas de saúde no Brasil**: uma pequena revisão. Disponível em: <<http://www.fag.edu.br/professores/yjamal/Epidemiologia%20e%20saude%20publica/Historia%20e%20estrutura%20SUS.pdf>>. Acesso em: 02 abr. 2012.

RESENDE, R. E. M. A regulação da emenda constitucional 29: esperança ou decepção para o financiamento da saúde pública? **Revista de Direito PGE**, Goiânia, v. 26, p. 59-8, mar. 2011. Disponível em: <<http://revista.pge.go.gov.br/index.php/revistapge/issue/view/4/showToc>>. Acesso em: 25 ago. 2012.

SANTOS, M. ; GERSCHMAN, S. As segmentações da oferta de serviços de saúde no Brasil – arranjos institucionais, credores, pagadores e provedores. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 795-806, jul./set. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n3/a25v09n3.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2012.

SCHNEIDER, J. *et al.* **Pacto pela saúde**: possibilidade ou realidade?. 2. ed. Passo Fundo: IFIB, 2009.

SGANZERLA, C. **Azimute**: uma ferramenta para contribuir com o desenvolvimento do estado da Bahia. Disponível em: <<http://www.azimute.sei.ba.gov.br/artigos.jhtml>>. Acesso em: 20 nov. 2012.

SUPERINTENDÊNCIA DE ESTUDOS ECONÔMICOS E SOCIAIS DA BAHIA – SEI. **Sistema de informação multidimensional**. Disponível em: <<http://www.azimute.sei.ba.gov.br/>>. Acesso em: 25 ago.2012.

ÚGA, M. ; PORTO, S. Financiamento e alocação de recurso em saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. (Org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 473-506. Cap. 13.

VIANA, A. ; LIMA, L. ; OLIVEIRA, R. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto – lições do caso brasileiro. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.7, n. 3, 493-507, out. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n3/13027.pdf>>. Acesso em: 12 maio 2012.

VIEIRA, L. M *et al.* Análise da implantação da gestão descentralizada em saúde: estudo comparado de cinco casos na Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 355-370, fev. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n2/12.pdf>>. Acesso em: 27 jul. 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global status report on noncommunicable diseases 2011**. 2011. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502283_eng.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2012.

_____. **Global status report on noncommunicable diseases 2010**. 2010. Disponível em: <http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2012

ZUCCHI, P. ; NERO, C. ; MALIK, A. Gastos em saúde: os fatores que agem na demanda e na oferta dos serviços de saúde. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.9, n.1-2, p. 127-150, dez. 2000. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v9n1-2/10.pdf> >. Acesso em: 15 set. 2012.