

## 17. ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA

Jorge Solla  
Arthur Chioro

A lógica de organização do Sistema Único de Saúde (SUS) pressupõe a constituição de uma rede de serviços organizada de forma regionalizada e hierarquizada, permitindo um conhecimento maior dos problemas de saúde da população de cada área, favorecendo a realização de ações de vigilância epidemiológica, sanitária, controle de vetores e educação em saúde, além do acesso ao conjunto das ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade.

O acesso da população a esta rede deve se dar por meio dos serviços de nível primário de atenção, que precisam estar qualificados para atender e resolver os principais problemas que demandam serviços de saúde. Os que não forem resolvidos neste nível deverão ser referenciados para os serviços especializados ambulatoriais ou hospitalares.

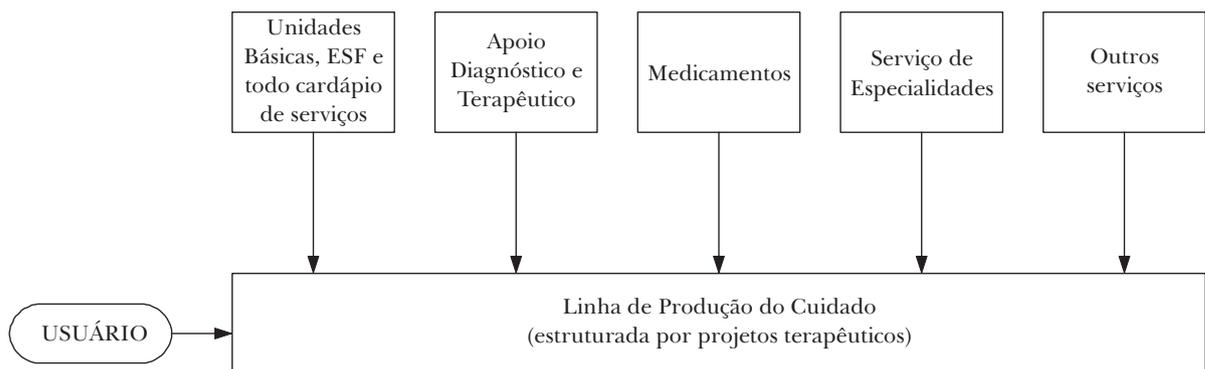
Pode-se compreender o sistema de saúde a partir de distintas lógicas organizacionais. A engenharia organizacional do sistema mais difundida equivale à pirâmide clássica (Figura 1), em que o modelo de hierarquização e regionalização do SUS foi originalmente concebido (Chioro dos Reis & Scaff, 1998).

Figura 1 – Modelo da pirâmide: hierarquização e regionalização do SUS



Outros modelos tecno-assistenciais em saúde, entretanto, permitem concebê-lo como uma rede horizontal interligada por pontos de atenção à saúde (Mendes, 2001); como um círculo, com múltiplas e qualificadas portas de entrada que possam privilegiar o acolhimento e a garantia de acesso de cada pessoa ao tipo de atendimento mais adequado ao seu caso, como propõe Cecílio (1997); ou ainda como linhas de produção de cuidado, estruturadas a partir de projetos terapêuticos, conforme disposto na Figura 2 (Franco & Magalhães Junior, 2003).

Figura 2 – Linhas de produção do cuidado



Essa última perspectiva toma como possível constituir o campo da atenção especializada como parte de um sistema de cuidados integrais, cumprindo o objetivo de garantir a retaguarda técnica, assumindo a responsabilidade pelos usuários, cujo processo de diagnóstico e tratamento fundamenta-se num vínculo principal com a rede básica, que deve ser preservado. Propõe-se, assim, inverter a lógica dominante nos serviços

especializados, modificando a escassa responsabilidade em relação ao processo saúde-doença, a falta de vínculo com o paciente e as relações burocráticas com os demais serviços (Mesquita & Silveira, 1996). Isso, entretanto, não é tarefa fácil, pois se observa na prática o quanto é difícil romper com o modelo hegemônico e redirecionar o enfoque, ainda nitidamente hospitalocêntrico, para a consecução de um sistema ‘redebasocêntrico’, ou melhor, centrado nas necessidades dos sujeitos/usuários individuais e coletivos.

A rede básica conta com uma estrutura permanente e descentralizada, sob responsabilidade do Estado e à disposição da população. Há uma concepção corrente que tem se tentado implementar no SUS, na qual a atenção básica possui como objetivo resolver os problemas médico-sanitários mais comuns e prioritários (capacidade para resolver cerca de 80% dos motivos que levam alguém a demandar serviços de saúde), constituindo-se na porta de entrada para o acesso da população ao sistema de saúde, ordenando e racionalizando o acesso aos serviços ambulatoriais especializados e hospitalares de maior complexidade tecnológica (e, portanto, os custos também).

Historicamente, a rede básica tendeu a manter os padrões tecno-assistenciais típicos do modelo médico-sanitário ou assumiu a responsabilidade, como porta de entrada do sistema, de promover a triagem dos problemas de saúde e reordenar a demanda por serviços de assistência médica especializada (pública e privada) ambulatorial, hospitalar e para procedimentos auxiliares de diagnose e terapia. Desta forma, desenvolveu um comportamento assistencial peculiar, assimilando péssimo padrão de assistência médica, empobrecedor da clínica e reafirmador da abordagem meramente voltada para a doença (dissociando o usuário de sua dimensão coletiva), caracterizada por um tipo de atenção ‘queixa/conduita’ (Gonçalves, 1994).

A construção de alternativas ao modelo tradicional tem buscado priorizar a atenção básica como estratégia prioritária de reestruturação do sistema, como discutido no capítulo 16. A rede básica é mais suscetível a mudanças de suas práticas, inclusive por estar menos aprisionada e restrita ao processo de trabalho médico, do que o campo de práticas realizadas no hospital e em outras unidades de saúde especializadas – à exceção, talvez, das experiências em saúde mental tais quais vêm sendo empreendidas, isto é, com base nos fundamentos e princípios da reforma psiquiátrica.

---

Diferentes abordagens de modelos assistenciais são discutidas no capítulo 15. Confira!

---

---

Conheça em detalhes os princípios e o processo da reforma psiquiátrica no capítulo 20, sobre saúde mental.

---

## CONCEITUAÇÃO E DELIMITAÇÃO DO CAMPO DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA

A área de atenção especializada, de uma maneira geral, pode ser conceituada e ao mesmo tempo delimitada pelo território em que é de-

envolvido um conjunto de ações, práticas, conhecimentos e técnicas assistenciais caracteristicamente demarcadas pela incorporação de processos de trabalho que englobam maior **densidade tecnológica**, as chamadas tecnologias especializadas.

### Densidade tecnológica

Os serviços que compõem o sistema devem estar aptos, dentro do limite de sua complexidade e capacidade tecnológica, a resolver os problemas de saúde que levam os usuários a procurá-los, em cada nível de assistência. Para que sejam ofertados com qualidade, segurança e dentro de padrões de sustentabilidade econômico-financeira, devem ser ofertados em conformidade com parâmetros de planejamento baseados em necessidades de saúde. A disposição da oferta a partir da lógica de mercado e do modelo médico-hegemônico, baseado em procedimentos, tem determinado um padrão marcado pela irracionalidade, gerando profundas iniquidades, com sobreposição de oferta de serviços em determinadas áreas e vazios assistenciais em outras, além de um custo insustentável, tanto para o SUS como para a saúde suplementar.

### Hierarquização e regionalização

A rede de serviços do SUS deve ser organizada de forma que permita um conhecimento maior dos problemas de saúde da população de uma área delimitada, favorecendo ações de vigilância epidemiológica e sanitária, controle de vetores, educação em saúde, além das ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade. O acesso da população à rede deve se dar através dos serviços de atenção básica, distribuídos regionalmente, que precisam estar qualificados para atender e resolver os principais problemas que demandam serviços de saúde.

Segundo Merhy (1997), os serviços de atenção especializada são espaços de saber-fazer profissionais, onde se concretiza o encontro das tecnologias leves e leves-duras ofertadas sobre a infra-estrutura tecnológica dura.

Para entender a rede de serviços de atenção especializada como um território estratégico de intervenção do sistema de saúde, deve-se reconhecer que é a atenção básica que tem redefinido os papéis da atenção secundária e terciária. Enquanto a rede de serviços de atenção básica deve ser extremamente capilarizada com unidades de pequeno porte distribuídas o mais próximo possível de onde os usuários vivem e trabalham, tendo, portanto, como sua principal característica a descentralização, a atenção especializada deve ser preferencialmente ofertada de forma **hierarquizada e regionalizada**, garantindo a escala adequada (**economia de escala**) para assegurar tanto uma boa relação custo/benefício quanto a qualidade da atenção a ser prestada.

### Economia de escala

Enfrentar o crescimento de custos em saúde, puxado por vultosos investimentos em pesquisa, constante atualização e incorporação tecnológica e lançamento de drogas cada vez mais avançadas e caras, exige que se busque atingir ganho de escala, aumento da eficiência e simplificação dos processos. Economia de escala permite um aumento na quantidade total produzida sem um aumento proporcional no custo de produção. Como resultado, o custo médio

de cada serviço/produto tende a ser menor com o aumento da produção dos serviços. Para os gestores de saúde, isso requer maior capacidade de planejamento, regulação do sistema e a constituição de redes assistenciais (inclusive de serviços ambulatoriais especializados). Dos serviços de saúde, públicos ou privados, requer profissionalização da gestão, boa governança corporativa, aumento da transparência, desenvolvimento de métricas de eficiência e constituição de redes assistenciais, também rompendo com a lógica de serviços isolados.

Como a quase totalidade do processo de trabalho em saúde pressupõe a interação entre o usuário e o profissional da saúde que irá prestar os cuidados necessários, na rede básica os serviços ‘vão’ até os usuários. Já na atenção especializada deve-se dar o inverso: os usuários se deslocam até os espaços onde será realizada a produção do cuidado em saúde.

Na atenção básica, a maior parte das ações e dos procedimentos a serem realizados é destinada à maioria dos usuários durante quase todo o tempo, atuando de forma mais extensiva. Na atenção especializada, a população-alvo a cada momento é circunscrita a uma parcela da população total, um subconjunto que apresenta naquele instante a necessidade de cuidados diferenciados e muitas vezes mais intensivos.

Dessa forma, a configuração de uma rede regionalizada e hierarquizada é essencial para a garantia da atenção especializada. Torna-se imprescindível a identificação de recortes espaciais definindo um conjunto de municípios, com hierarquia estabelecida de acordo com a capacidade de ofertar determinadas ações e serviços especializados, tornando mais racional a atenção especializada e garantindo que todos os usuários possam ter acesso aos procedimentos necessários, seja no município onde residem ou fora dele através de referências intermunicipais ou até mesmo interestaduais (Fonseca & Davanzo, 2002).

Os limites entre a atenção especializada e a atenção básica, entretanto, não são precisos, mesmo porque a abrangência da atenção básica depende de definições políticas, adotadas em função das circunstâncias sociais e econômicas conjunturais. A circunscrição das áreas de responsabilidade de uma e de outra se dá, atualmente, de forma muito heterogênea, determinada por diferentes lógicas. A mais explícita é a do financiamento, pois diferentes critérios de valoração e de alocação de recursos pelo SUS entre as áreas básicas e as ditas especializadas. Esta mesma lógica corrobora, ainda, as subdivisões em média e alta complexidade (na verdade, médio e alto custo), pois se fundamenta na diferença de remuneração de procedimentos afetos a cada um daqueles níveis, a partir das tabelas originalmente utilizadas para normatizar as transferências de recursos aos entes públicos e privados integrantes do SUS: Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e Sistema de Informações Hospitalares (SIH).

Cabe ainda, para delimitar o campo da chamada atenção especializada, um recorte constitutivo dado pela modalidade ou nível assistencial, exemplificado pelas áreas de atenção secundária (serviços médicos ambulatoriais e de apoio diagnóstico e terapêutico), de atenção terciária (de diagnose e terapia e atenção hospitalar) – conforme apresentado nos Quadros 1 e 2 – e de urgência/emergência (que se insere e articula com todos os níveis de atenção). Do ponto vista de rede assistencial, os serviços de atenção secundária e terciária constituem-se em níveis de referência para a atenção básica, dentro da lógica de hierarquização e regionalização com que se constituiu o SUS.

Quadro 1 – Relação de especialidades médicas reconhecidas no Brasil

1. Acupuntura	19. Endoscopia	37. Nefrologia
2. Alergia e imunologia	20. Gastroenterologia	38. Neurocirurgia
3. Anestesiologia	21. Genética médica	39. Neurologia
4. Angiologia	22. Geriatria	40. Nutrologia
5. Cancerologia	23. Ginecologia e obstetrícia	41. Oftalmologia
6. Cardiologia	24. Hematologia e hemoterapia	42. Ortopedia e traumatologia
7. Cirurgia cardiovascular	25. Homeopatia	43. Otorrinolaringologia
8. Cirurgia de cabeça e pescoço	26. Infectologia	44. Patologia
9. Cirurgia do aparelho digestivo	27. Mastologia	45. Patologia clínica/medicina laboratorial
10. Cirurgia geral	28. Medicina de família e comunidade	46. Pediatria
11. Cirurgia pediátrica	29. Medicina do trabalho	47. Pneumologia
12. Cirurgia plástica	30. Medicina do tráfego	48. Psiquiatria
13. Cirurgia torácica	31. Medicina esportiva	49. Radiologia e diagnóstico por imagem
14. Cirurgia vascular	32. Medicina física e reabilitação	50. Radioterapia
15. Clínica médica	33. Medicina intensiva	51. Reumatologia
16. Coloproctologia	34. Medicina legal	52. Urologia
17. Dermatologia	35. Medicina nuclear	
18. Endocrinologia	36. Medicina preventiva e social	

Fonte: Resolução CFM n. 1.666/2003.

Quadro 2 – Principais grupos de Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) de acordo com a Tabela de Procedimentos do SUS

SADT de média complexidade	SADT de alta complexidade
Patologia clínica	Hemodinâmica
Anatomopatologia e citopatologia	Terapia renal substitutiva (diálise)
Radiodiagnóstico	Radioterapia
Exames ultra-sonográficos	Busca de órgãos para transplantes
Diagnose	Quimioterapia
Órtese/prótese	Ressonância magnética
Terapias especializadas	Medicina nuclear – <i>in vivo</i>
Fisioterapia	Radiologia intervencionista
	Tomografia computadorizada
	Hemoterapia

Fonte: Mendes, 2001: 87.

### Diagnose

Grupo composto por procedimentos especializados para diagnóstico em oftalmologia, otorrinolaringologia, gastroenterologia, cardiologia, pneumologia, urologia, nefrologia, ginecologia e alergologia (exemplo: endoscopias, eletrocardiograma, eletroencefalograma, tonometria, fundoscopia etc.).

Este conjunto de redes de atenção para uma boa articulação pressupõe uma adequada integração, colocando sob mesma gestão diferentes pontos de atenção em um mesmo sistema de saúde, viabilizando a continuidade da atenção aos usuários do sistema e a integralidade do cuidado a ser prestado. Cabe registrar que esta integração precisa se dar a partir da atenção básica, que deve ser a principal porta de entrada do sistema (a outra corresponde aos serviços de urgência/emergência) ordenando a necessidade de fluxos e contra-fluxos, [referências e contra-referências](#) pelo sistema. Entre as principais vantagens permitidas por esta integração, estão a melhoria da qualidade da atenção, a redução de custos com economia de escala e o aumento da eficiência do sistema (Mendes, 2001).

### Sistema de referência e contra-referência

Os problemas de saúde que não forem resolvidos no nível da atenção básica deverão ser referenciados para os serviços de maior complexidade tecnológica, organizados de forma municipal ou regional, tais como os ambulatórios de especialidades e os serviços de apoio diagnósticos e terapêuticos e de atenção hospitalar. Uma vez equacionado o problema, o serviço especializado deve en-

caminhar o usuário para que possa ser acompanhado no âmbito da atenção básica. Referência e contra-referência também funcionam entre serviços do mesmo nível de complexidade ou entre os serviços de atenção ambulatorial especializada, hospitalares, de reabilitação e de apoio diagnóstico e terapêutico. A organização e gestão deste sistema é uma responsabilidade da direção municipal do SUS, que deve estabelecer parcerias com municípios vizinhos a fim de garantir o atendimento necessário à população.

É por isso que os serviços de atenção especializados são oferecidos, de uma maneira geral, em unidades ambulatoriais públicas de abrangência regional para vários bairros, distritos e/ou municípios, dependendo da sua abrangência geográfica e populacional, sob gestão das secretarias municipais ou estaduais de saúde, servindo como referência para os casos encaminhados pela rede básica ou que recebem alta do regime de cuidado hospitalar.

◆ Para refletir

Observando as relações entre a atenção básica e a atenção ambulatorial especializada no município em que você vive, é possível afirmar que o sistema de referência e contra-referência está devidamente estruturado?

Os serviços ambulatoriais especializados recebem diferentes denominações: Ambulatório de Especialidades Médicas, Núcleo de Especialidades da Saúde, Centro de Referência Especializada etc., de acordo com o momento histórico e as estratégias de comunicação social adotadas pelos gestores públicos. Nestas unidades de saúde, além da oferta de consultas médicas especializadas, os usuários também têm acesso aos principais serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (Quadros 1 e 2).

Em determinados municípios e regiões, a oferta ambulatorial especializada ainda se encontra fortemente vinculada aos serviços privados (filantrópicos ou lucrativos), principalmente os de natureza hospitalar. A contratação destes serviços pelo SUS tende a dar alguma agilidade e ampliar a resolutividade para os usuários que conseguem ter acesso.

Tem-se observado, entretanto, algumas distorções importantes em serviços ambulatoriais ofertados em estabelecimentos privados, em particular quando não estão sujeitos a mecanismos de regulação e controle. Por exemplo, a seleção de demanda por enfermidades que resultam em procedimentos mais bem-remunerados na tabela do SUS (ou seja, mais lucrativos), o excesso de pedidos de consultas com outros especialistas e de exames complementares (na maioria das vezes desnecessários) ou a utilização destes serviços para a realização de procedimentos não cobertos pelos planos de saúde ou não autorizados pelas operadoras.

Deve-se destacar que a oferta de serviços ambulatoriais especializados na área privada segue características distintas, não respeitando as mesmas lógicas de organização do SUS. Nos grandes centros urbanos e nas áreas onde se concentram os cerca de quarenta milhões de beneficiários dos planos de saúde, há uma ‘superoferta’ de serviços especializados, dispostos em consultórios, clínicas e hospitais – a chamada ‘rede prestadora’ da área privada e da saúde suplementar, que atua em regime de forte concorrência e que passa a enfrentar também a implementação de sistemas de regulação por parte das operadoras, preocupadas com a ampliação dos custos e a autogeração de demanda por parte dos prestadores.

A precária integração entre os serviços de saúde aparece como uma característica presente na maioria dos sistemas de saúde das Américas por várias décadas, levando à fragmentação e duplicação de serviços. Estudos da Organização Pan-Americana de Saúde e da Organização Mundial da Saúde (Opas/OMS) têm evidenciado que tal insuficiência vem levando à perda intensa na qualidade e efetividade da rede assistencial, crescendo de forma desnecessária os custos da atenção à saúde, ampliando as desigualdades no acesso e gerando grande ineficiência do sistema como um todo.

Em função destes aspectos, as reformas do setor saúde realizadas em muitos países nesta região têm colocado a necessidade de efetivar a integração entre os diversos níveis de atenção, contudo poucos têm conseguido sucesso.

Programas específicos ou especiais, representados por políticas que se traduzem por elevado grau de incorporação tecnológica, também podem delimitar o campo da atenção especializada, ainda mais quando se constituem em redes assistenciais com características peculiares do ponto de vista da lógica de organização e prestação de serviços de saúde. Trata-se, aqui, das redes assistenciais destinadas a alguns programas, como, por exemplo, o de Saúde Mental, Saúde do Trabalhador e DST/Aids.

Nesta condição, entretanto, destacam-se duas políticas específicas – a de [transplantes](#) e a de [sangue e hemoderivados](#) – em função das atribuições legais destinadas ao Ministério da Saúde e às Secretarias Estaduais de Saúde pela Constituição Federal e pela legislação complementar. Além da Constituição Federal e da Lei Orgânica, devem-se considerar: a lei n. 9.434/97, o decreto n. 2.268/97, a lei n. 10.211/01, para os transplantes, e a lei n. 10.205/01, para a área de sangue e hemoderivados.

### Política de transplantes

Você sabia que o Brasil possui hoje um dos maiores programas públicos de transplantes de órgãos e tecidos do mundo? São 555 estabelecimentos de saúde e 1.376 equipes médicas autorizados pelo Ministério da Saúde a realizar transplantes. O Sistema Nacional de Transplantes está presente em 23 estados através das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDOs).

No ano de 2005, foram realizados 15.527 transplantes de órgãos e tecidos. Esse número é 18,3% maior que em 2003, quando ocorreram 13.131 procedimentos, e 36,6% maior em relação a 2002, com 11.365 transplantes efetuados.

Apesar do êxito observado, a fila de espera continua crescendo (Quadro 3). Os principais motivos são a falta de doadores de órgãos e tecidos e dificuldades no sistema de captação de órgãos.

### Política de sangue e hemoderivados

Em função de ampla mobilização social, envolvendo trabalhadores da saúde, intelectuais, associações de familiares e portadores de enfermidades, imprensa, gestores, políticos etc., o Brasil se tornou uma referência mundial em termos de política de sangue e hemoderivados, expressa por meio de uma moderna legislação que proíbe a exploração e o comércio de sangue e hemoderivados. Junto com os movimentos sociais de portadores de patologias, [Herbert de Souza](#), [Sergio Arouca](#) e [David Capistrano](#) foram importantes atores nesse processo.

#### ◆ Para refletir

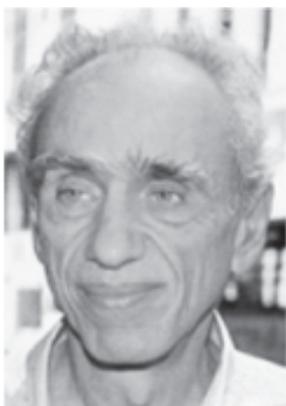
Você é capaz de identificar em sua cidade as diferentes organizações de saúde públicas e privadas que prestam serviços ao SUS e que podem ser consideradas unidades ambulatoriais de atenção especializada?

Quadro 3 – Lista de espera para transplantes – 2006

CNCDO	Coração	Córnea	Fígado	Pâncreas	Pulmão	Rim	Rim/ Pâncreas	TOTAL
Alagoas	2	269	0	0	0	704	0	975
Amazonas	0	470	0	0	0	386	0	856
Bahia	0	603	234	0	0	1.072	0	2.809
Ceará	8	1.407	159	0	0	398	0	1.972
Distrito Federal	0	1.209	0	0	0	526	0	1.735
Espírito Santo	3	329	10	0	0	844	6	1.192
Goiás	13	1.858	0	0	0	507	0	2.378
Maranhão	0	359	0	0	0	390	0	749
Mato Grosso	2	395	0	0	0	848	0	1.245
Mato Grosso do Sul	16	147	0	0	0	272	0	435
Minas Gerais*	12	873	42	21	1	3.809	26	4.784
Pará	5	569	0	0	0	621	0	1.195
Paraíba	3	75	20	0	0	443	0	541
Paraná	70	1.459	506	39	0	2.403	46	4.523
Pernambuco	7	3.215	414	0	0	2.762	0	6.398
Piauí	2	754	0	0	0	455	0	1.211
Rio de Janeiro	7	2.993	1.165	0	2	3.299	21	7.487
Rio Grande do Norte	2	491	0	0	0	749	0	1.242
Rio Grande do Sul	42	1.367	453	8	73	1.618	26	3.587
Santa Catarina	14	1.048	39	1	0	329	3	1.434
São Paulo	98	4.336	3.963	45	32	7.930	230	16.634
Sergipe	4	323	0	0	0	266	0	593
<b>TOTAL</b>	<b>310</b>	<b>24.549</b>	<b>7.005</b>	<b>114</b>	<b>108</b>	<b>31.531</b>	<b>358</b>	<b>63.975</b>

\* Constam apenas os pacientes ativos na lista.

Fonte: Coordenação Geral do Sistema Nacional de Transplantes (CGSNT), do Departamento de Atenção Especializada (DAE), da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde.

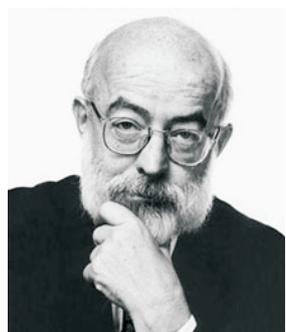


---

**Herbert de Souza, o Betinho (1935-1997)**

Sociólogo brasileiro que se destacou pelas ações a favor dos direitos humanos. Fundou o Instituto Brasileiro de Análise Social e Econômica (Ibase), voltado para a democratização da informação. Iniciou, na década de 1990, a Ação da Cidadania contra a Fome e a Miséria, uma campanha que mobilizou a sociedade brasileira na execução de planos de distribuição de alimentos aos mais necessitados. Por seus esforços, chegou a ser indicado ao Prêmio Nobel da Paz, em 1994. Betinho era hemofílico e contraiu o vírus HIV através de uma transfusão de sangue. Fundou e presidiu a Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (Abia). Teve destacada atuação na luta pela aprovação da Lei do Sangue e Hemoderivados (lei n. 10.205/01). Mesmo com a saúde fragilizada, permaneceu participando ativamente do esforço de combate às injustiças sociais.

---



---

**Sergio Arouca (1941-2003)**

Médico sanitarista, destacado intelectual e um dos mais importantes líderes do movimento da Reforma Sanitária no Brasil. Foi consultor da Opas e da OMS, professor-titular da atual Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), presidente da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), secretário municipal e estadual de Saúde do Rio de Janeiro e secretário de Gestão Participativa do Ministério da Saúde. Como militante político, teve atuação destacada em defesa da saúde e da democracia. Deputado federal pelo Rio de Janeiro, foi o autor da Lei do Sangue e Hemoderivados (lei n. 10.205/01).

---



---

**David Capistrano (1948-2000)**

Médico sanitarista, uma das maiores lideranças políticas e do movimento sanitário de nosso país. Esteve à frente de exitosas experiências de gestão local de sistemas de saúde, primeiramente em Bauru, como secretário municipal de Saúde (1982-1986), e depois em Santos, onde também ocupou a pasta da Saúde (1989-1992) e foi eleito prefeito (1993-1996). Sua liderança, capacidade técnica, compromisso político e a radicalidade com que implantou o SUS e outras políticas públicas, a partir dos municípios, foram de fundamental importância e se transformaram em referências para todo o país, reconhecidas internacionalmente. Entre essas iniciativas, destacam-se as políticas de Aids/DST, de desospitalização e implantação da reforma psiquiátrica, de atenção domiciliar e de uma ampla e articulada rede de serviços básicos e de atenção ambulatorial especializada.

---

A atenção especializada no SUS é também segmentada em dois níveis de complexidade: média e alta, detalhados a seguir.

### Atenção de média complexidade

De uma maneira geral, o campo da média complexidade vem sendo compreendido, no âmbito do SUS, tão somente como *locus* de produção dos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico de atenção especializada de menor complexidade tecnológica ou, mais restritivamente ainda, pelos procedimentos especializados de menor valor financeiro incluídos nas tabelas do SUS (SIA e SIH).

Em relação ao seu papel e poder organizativo, a média complexidade tem sido historicamente definida por exclusão, representando as ações que transcendem àquelas da atenção básica e as que ainda não se configuram como alta complexidade.

Na verdade, a média complexidade ambulatorial é composta por um conjunto de ações e serviços que visam a atender aos principais problemas de saúde e agravos da população, cujo nível de complexidade da prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico que implicam o uso mais intenso para alcançar algum grau de economia de escala, o que acarreta não serem realizados em todos os municípios do país, em grande parte muito pequenos.

No Brasil, a oferta de serviços de média complexidade constitui-se em um dos maiores pontos de estrangulamento do sistema e tem sido organizada e financiada, historicamente, com base na lógica de oferta de procedimentos, desconsiderando as necessidades e o perfil epidemiológico da população. Desta forma, a demanda termina sendo condicionada pelo padrão de oferta existente. Há ainda uma baixa capacidade de regulação sobre a oferta e enorme dificuldade na aquisição de serviços em função da defasagem dos valores pagos pelo SUS.

Assim, os serviços de média complexidade, em geral, caracterizam-se pela dificuldade de acesso e baixa resolutividade, superposição de oferta de serviços nas redes ambulatorial e hospitalar, concentração em locais de alta densidade populacional e baixo grau de integração entre as ações dos diferentes níveis ou graus de complexidade da assistência.

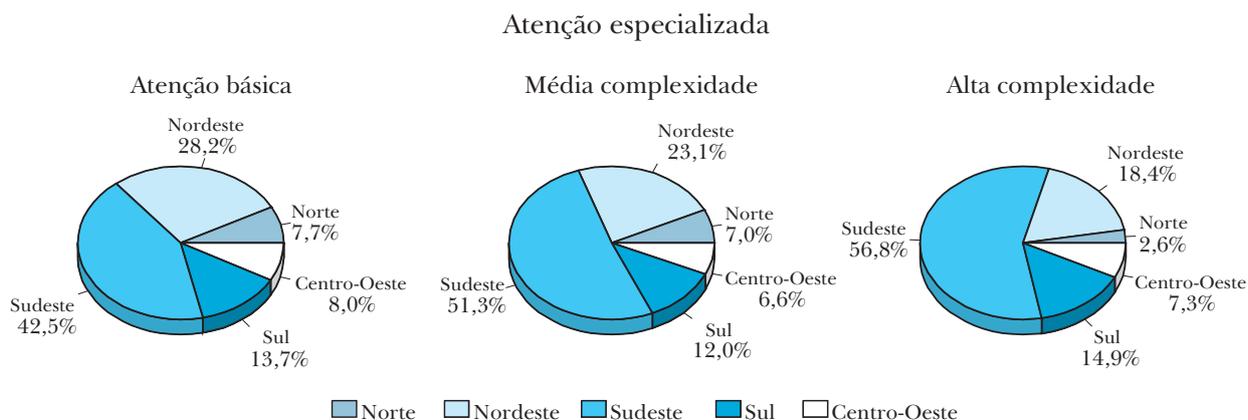
Os efeitos do estrangulamento da oferta da atenção ambulatorial de média complexidade em todo o país forçaram, de certa forma, uma ampliação da demanda para a alta complexidade, com graves prejuízos à população e repercussões nos custos do sistema.

### Atenção de alta complexidade

A partir da definição de um elenco de procedimentos ambulatoriais (em sua maioria) de alto custo, estruturou-se uma rede de serviços com crescente inclusão de novas tecnologias, com tabela de valores diferenciados (próximas dos valores de mercado) e com padrão de oferta profundamente assimétrico do ponto de vista da distribuição regional.

A oferta de serviços de alta complexidade do SUS caracteriza-se pelo predomínio do setor privado contratado e dos hospitais universitários, sendo a lógica de organização também baseada na oferta e não na necessidade epidemiológica, com credenciamento de serviços pelo SUS realizados sem parâmetros de base populacional, resultando em uma concentração relativa nas grandes cidades, principalmente nas regiões Sul e Sudeste, propiciando, por um lado, distorções na prática médica e, por outro, extensas regiões sem cobertura assistencial (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Distribuição proporcional por região dos procedimentos ambulatoriais realizados pelo SUS segundo complexidade. Brasil – 2006



Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).

Ao mesmo tempo, esta oferta está desvinculada de linhas de cuidados, caracterizando-se pela fragmentação das ações de atenção à saúde, não havendo responsabilização pelos pacientes e sendo realizados, quase exclusivamente, procedimentos selecionados. Até recentemente, havia baixa regulação do acesso aos procedimentos de alta complexidade com portas de entrada, na maioria dos casos, próprias do prestador de serviços contratado (com honrosas exceções de algumas gestões locais, que implementaram processos eficientes de regulação), com escolha da clientela, principalmente aquela oriunda do setor privado, com freqüente desrespeito ao preceito da equidade de acesso ao SUS.

A partir de 2003, foi instituída no âmbito do SUS uma nova política para a alta complexidade, formulada a partir de grupos de trabalho com ampla participação dos atores envolvidos: diversas áreas do Ministério da Saúde, as Agências Reguladoras de Vigilância Sanitária (Anvisa) e de Saúde Suplementar (ANS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), as sociedades de especialistas, as entidades da área de saúde coletiva, os hospitais universitários, as associações de portadores de patologias, o Conselho Nacional de Saúde, as entidades de representação de prestadores privados etc. A política nacional de alta complexidade tem por objetivo propiciar o acesso da população a serviços qualificados de alta tecnologia e alto custo, considerando a integração com a atenção básica e a média complexidade, a diminuição das iniquidades regionais e a cooperação técnica com os gestores estaduais e municipais. Ela tem sido estruturada, nos últimos anos, por meio da constituição de redes estaduais de alta complexidade, planejadas a partir de parâmetros e necessidades populacionais, com adscrição de clientela, que estão permitindo a reorganização da oferta, instituição de serviços de referência e obrigatoriedade de oferta de conjunto mínimo de procedimentos, inclusive os de média complexidade que se constituem no ponto de estrangulamento do sistema.

## ATENÇÃO ESPECIALIZADA E INCORPORAÇÃO TECNOLÓGICA EM SAÚDE

No âmbito da atenção especializada (ambulatorial e hospitalar), se concentra uma parcela significativa dos esforços do complexo industrial no desenvolvimento de novas tecnologias, impondo a incorporação tecnológica acrítica verificada no campo da saúde, de uma maneira geral, e no SUS, em particular.

É indispensável lembrar que a incorporação tecnológica em saúde transcende o uso de equipamentos e fármacos e o âmbito da atenção especializada, dizendo respeito, inclusive, à dimensão do ‘saber’ como tecnologia na produção de serviços de saúde – incorporação de condutas e mudanças nos processos de trabalho. Exemplos: reidratação oral e controle da hipertensão com acompanhamento pelo mesmo profissional da saúde.

São evidentes os ganhos obtidos com a crescente incorporação de diversas tecnologias na atenção à saúde. Vários estudos têm demonstrado que o extraordinário aumento do número de tecnologias produzidas e incorporadas nas últimas duas décadas tem sido associado à queda da mortalidade, claramente evidenciada em áreas como a perinatal e a cardiovascular.

---

As características do complexo industrial da saúde no Brasil são analisadas no capítulo 7. Consulte!

---

Contudo, o processo de incorporação tecnológica vem sendo, em geral, acrítico e desregulado, com uma intensa velocidade com que estas transformações estão ocorrendo no setor saúde e um mercado cada vez mais competitivo e com fortes restrições de custos.

Em outros setores, normalmente, novas tecnologias substituem as já existentes (telégrafo a fax a *e-mail*) e os processos de incorporação tecnológica têm reduzido a necessidade de força de trabalho extensiva (por exemplo, a informatização do setor bancário levando à redução em massa de postos de trabalho). No entanto, na área da saúde, novas tecnologias agregadas ao sistema não possuem, em geral, caráter substitutivo, mas sim de complementação dos métodos já existentes, ou seja, apresentam via de regra um caráter aditivo para o sistema (raios X + ultra-sonografia + tomografia + ressonância magnética + PET Scan). Além disso, não reduzem o número de postos de trabalho – pelo contrário, têm levado a um novo padrão de reestruturação produtiva, com ampliação e diferenciação de postos de trabalho, colocando novas exigências na qualificação de recursos humanos (Mendes, 2001).

Diversos problemas vêm sendo demonstrados na utilização das tecnologias no setor saúde (Silva, 2003): estudos que não encontraram evidência científica para procedimentos largamente e longamente utilizados, tecnologias comprovadamente sem efeito continuavam sendo amplamente utilizadas, outras comprovadamente eficazes apresentavam baixa utilização e utilização de tecnologias fora das condições nas quais se mostraram eficazes.

Cabe ainda ressaltar que o universo existente de tecnologias em saúde excede, consideravelmente, a capacidade de oferta por parte da sociedade, tornando necessária a adoção de escolhas difíceis quanto ao uso de recursos mais ou menos escassos, ainda mais quando as regras de decisão existentes são inadequadas para guiar a escolha das intervenções prováveis de oferecer maiores benefícios à população. Observa-se, ainda, ausência de planejamento e regulação rigorosa, principalmente na incorporação de novos equipamentos médicos e implantação de serviços.

Além disso, não se pode desmerecer a força avassaladora exercida pelo aparato formador de trabalhadores da saúde (e aqui não se limita à lógica da formação médica, embora seja a área mais evidente e estudada) e a direcionalidade imposta pelos currículos e serviços universitários, formadores de legiões de especialistas e ultra-especialistas cada vez mais dispostos a se incorporarem ao mercado de trabalho na atenção especializada.

Torna-se fundamental para vislumbrar possibilidades de reversão deste quadro a incorporação da avaliação tecnológica em saúde (ATS), a utilização de informações sobre custos e resultados das intervenções em saúde contribuindo para o estabelecimento de prioridades para a alocação de recursos, a definição de protocolos assistenciais e diretrizes terapêuticas, o estabelecimento de políti-

---

Este e outros problemas da formação de nível superior dos recursos humanos em saúde são discutidos no capítulo 29.

---

cas de incorporação tecnológica, a incorporação de parâmetros assistenciais para a rede de serviços (população adscrita – território de abrangência – linha de cuidado – integralidade da oferta), a realização de planejamento regionalizado de investimentos para viabilizar o acesso com escala adequada, a programação regionalizada e hierarquizada, a efetivação da regulação da oferta de procedimentos, a potencialização dos mecanismos de compra e contratação por parte das esferas de gestão e a transferência de tecnologia possibilitando, inclusive, a produção nacional de equipamentos e insumos.

### Mecanismos de regulação e sistemas de pagamento

O ponto sensível, a face mais perceptível dos problemas identificados pelos brasileiros no que diz respeito à saúde é a fila de espera e o tempo para marcação de consultas médicas especializadas. Na prática, é esta a percepção que a população brasileira acaba formando do SUS, muito embora tenha que se levar em conta que aqueles que não o utilizam acabam formando juízo de valor menos favorável do que os que efetivamente fazem uso do sistema de saúde, como demonstra a pesquisa nacional “A Saúde na Opinião dos Brasileiros”, realizada por encomenda do Conass em 2003. O grau de satisfação (alta e muito alta) com os serviços de atenção especializada varia de acordo com o grau de complexidade, com variações regionais, numa escala de 61,6% para as consultas especializadas, 63,5% para exames laboratoriais, 67,3% para radiologia e ultra-sonografia, 71,8% para as internações hospitalares, 80% para os serviços de cirurgia e 80,9% para os serviços de alta complexidade (Conass, 2003).

Para garantir o acesso aos cuidados especializados, é preciso “melhorar a regulação, garantindo fluxos adequados a todos os níveis de complexidade tecnológica de serviços” (Pursai, 2004: 71) Tal necessidade se dá de maneira especial nos municípios-pólo, onde a clientela para serviços especializados é maior que a da atenção básica, pois além dos habitantes do município, outros – referenciados da área de abrangência regional – somam-se aos usuários locais do SUS. Muitas vezes, esses serviços recebem ainda os usuários da saúde suplementar que contam com coberturas parciais de suas operadoras e procuram o SUS para os procedimentos mais caros, ampliando as distorções na utilização dos serviços públicos (Silva, 1996).

No processo de construção do SUS, os serviços ditos especializados foram implantados dentro do modelo tecno-assistencial tradicional, “centrado na consulta e/ou saber médico, para responder às necessidades das unidades da rede (básica), recebendo pacientes triados a partir de problemas específicos (...). Neste sentido, o papel atribuído aos serviços especializados foi, em grande medida, o de retaguarda técnica e de exames de diagnose e terapia” (Mesquita & Silveira, 1996: 91).

A área de atendimento especializado, principalmente de média complexidade, como mencionado, constitui-se em um dos pontos de estrangulamento, com déficits no padrão de oferta que resultam em demanda reprimida, filas e longo tempo de espera ou a não garantia de acesso e oportunidade de utilização dos serviços necessários.

A atenção especializada é um campo caracterizado pela enorme autonomia do processo de trabalho, mas que sem regulação (do cuidado e da sua organização) acaba por desresponsabilizar os serviços (e seus profissionais) pelo cuidado com os usuários.

Conforme analisam Mesquita e Silveira (1996), o indivíduo perde sua identidade individual e coletiva ao chegar ao serviço especializado. O olhar do especialista identifica-o apenas como um problema funcional ou um órgão-alvo e, uma vez fornecido o seu parecer, o paciente passa a fazer parte do grupo de cronificados destes serviços ou retorna à unidade, muitas vezes sem nenhuma compreensão sobre a situação e, o que é pior, sem que nem mesmo o médico da unidade de origem tenha esse entendimento, em grande parte dos casos.

Contudo, muitos dos municípios que assumiram a gestão plena do sistema de saúde (segundo os parâmetros da Norma Operacional Básica do SUS – NOB 96) exercitaram um processo extremamente rico de gestão do sistema de saúde, criaram capacidade de regulação, reorganizaram a rede de serviços, ampliaram a capacidade instalada pública, montaram serviços de controle, avaliação e auditoria, criaram sistemas informatizados de marcação de consultas, procedimentos especializados e internações hospitalares, desenvolveram a participação dos conselhos de saúde (municipais e locais), ampliaram o acesso da população às ações e aos serviços de saúde, melhoraram a produtividade dos serviços, aumentaram a participação relativa dos gastos ambulatoriais em relação aos hospitalares e reduziram internações desnecessárias (Solla, 2005).

Entre as gestões municipais do SUS que têm avançado nos últimos anos na construção de mecanismos de regulação que permitam ampliar o acesso da população e evitar fraudes e outras distorções nos serviços contratados, destaca-se a de **Belo Horizonte**, como primeira grande cidade a desenvolver estes processos na gestão do SUS.

#### **Belo Horizonte: boa prática municipal em regulação do SUS**

Em Belo Horizonte, o conceito de comando único foi levado radicalmente em conta, com a secretaria municipal assumindo a totalidade da gestão dos serviços do SUS localizados no território municipal, incluindo toda a alta complexidade ambulatorial e hospitalar e os serviços de referência, mesmo os de âmbito estadual.

Apenas as gerências diretas dos hospitais da rede estadual, vinculados à Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, não foram repassadas ao município – uma vez que isto significaria ônus financeiro e operacional –, mas o controle e a avaliação e os pagamentos de produção desses hospitais ficaram sob responsabilidade municipal. Com a gestão plena do sistema municipal de saúde, houve redução mensal média das Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs) pagas de 29.446, em 1993, para 21.976, em 1995, sem redução do número de internações físicas, com economia real de mais de R\$ 21 milhões neste período.

Isto foi possível pela implantação de mecanismos de controle, como: extinção da modalidade cota/prestador; criação de equipes distritais de supervisão rotativa; instalação de juntas de concessão de AIHs eletivas; introdução de juntas de autorização de procedimentos de alta complexidade; desenvolvimento de programa de crítica de laudos de internação; revisão de prontuários dos laudos em dúvida pela supervisão hospitalar; digitação de 100% dos laudos de internação e cruzamento com as AIHs cobradas; implantação da central de internações; um grande esforço técnico e político da gestão municipal em enfrentar a oposição da representação do setor privado hospitalar.

Fonte: Santos, 1998.

### Atenção especializada ambulatorial: produção e financiamento

Em 2005, a produção ambulatorial especializada pelo SUS superou pela primeira vez a marca de um bilhão de procedimentos, aumentando a oferta em mais 76,6% nos últimos cinco anos, se compararmos com a produção de 2000. Esta ampliação foi igual a 43,5% para os procedimentos de média complexidade e de 267% para os de alta complexidade.

No período entre 2002 e 2005, houve um aumento de 20,8% na média complexidade e de 133,5% na alta complexidade. Cabe registrar que o fornecimento de medicamentos excepcionais (de alto custo), apesar de não ser propriamente um procedimento ambulatorial com as características dos demais, é tratado como tal pela tabela do SIA/SUS. Excluindo os procedimentos relativos ao fornecimento de medicamentos excepcionais (alto custo), o aumento da oferta entre 2000 e 2005 foi de 45,3%, sendo de 22,0% para o período de 2002 a 2005. Na alta complexidade, com a exclusão dos medicamentos excepcionais, a ampliação foi de 75,6%, comparando 2000 com 2005, e de 39,5% entre 2002 e 2005 (Tabela 1).

Em 2005, a média complexidade ambulatorial (pelos valores da tabela SIA/SUS) representou R\$ 4,46 bilhões, contra R\$ 4,45 bilhões da alta complexidade ambulatorial. Os grupos das consultas especializadas e o de patologia clínica foram os de maior peso na média complexidade, com gasto em torno de 31,8% e 29,2% respectivamente. Na alta complexidade, predominam o gasto com fornecimento de medicamentos excepcionais (alto custo), a terapia renal substitutiva e a quimioterapia, que consumiram juntos 72,22% (respectivamente, 26,97%, 25,97% e 19,28%).

Tabela 1 – Procedimentos especializados ambulatoriais produzidos pelo SUS de acordo com o grupo do SIA/SUS. Brasil – 2000-2005

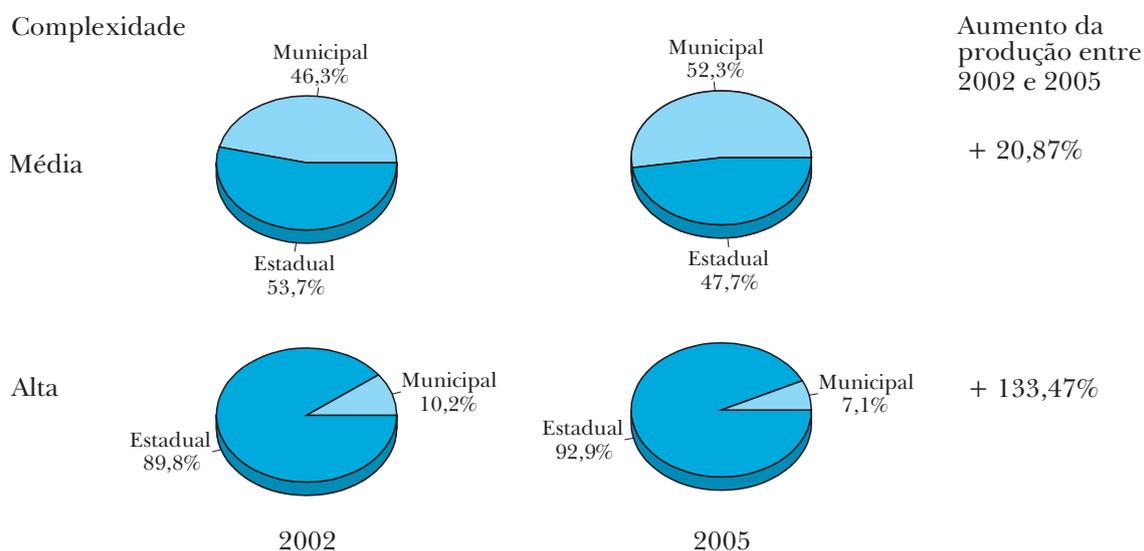
Grupos de procedimentos especializados	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2005/2000 (%)
<b>Procedimentos de média complexidade</b>	<b>505.585.201</b>	<b>549.136.172</b>	<b>600.236.790</b>	<b>629.565.924</b>	<b>656.471.613</b>	<b>725.494.710</b>	<b>43,5</b>
07 – Procedimentos especializados realizados por profissionais médicos e outros de nível médio e superior	160.270.560	173.931.222	193.935.611	208.649.335	220.649.047	242.680.646	51,42
08 – Cirurgias ambulatoriais especializadas	7.191.777	7.447.563	7.928.202	7.688.958	7.448.321	7.884.490	9,63
09 – Procedimentos traumato-ortopédicos	9.285.512	9.653.782	8.137.747	6.418.235	6.200.694	6.429.899	-30,75
10 – Ações especializadas em odontologia	4.634.140	5.260.238	6.192.726	6.613.313	7.091.061	7.959.877	71,77
11 – Patologia clínica	222.192.212	240.760.867	259.780.641	273.628.095	283.408.027	314.915.916	41,73
12 – Anatomopatologia e citopatologia	8.310.027	10.065.240	13.738.173	12.148.002	12.326.975	13.586.477	63,49
13 – Radiodiagnóstico	30.992.015	33.594.554	35.948.159	37.705.353	39.183.692	42.593.527	37,43
14 – Exames ultra-sonográficos	6.562.048	7.272.973	8.381.530	8.813.815	9.089.936	9.869.462	50,4
17 – Diagnose	16.047.800	17.292.605	19.614.382	20.201.695	20.480.387	22.909.391	42,76
18 – Fisioterapia (por sessão)	33.970.893	37.076.237	39.144.473	40.416.897	42.670.386	47.083.550	38,6
19 – Terapias especializadas (por terapia)	4.097.554	4.532.850	4.751.060	4.487.926	5.190.858	6.477.802	58,09
20 – Instalação de cateter	0	153	757	723	548	490	---
21 – Próteses e órteses	1.975.366	2.179.601	2.604.833	2.716.910	2.655.785	3.027.492	53,26
22 – Anestesia	55.297	68.287	78.496	76.667	75.896	75.691	36,88
<b>Procedimentos de alta complexidade</b>	<b>88.015.208</b>	<b>117.321.355</b>	<b>138.354.236</b>	<b>176.532.484</b>	<b>218.544.765</b>	<b>323.011.706</b>	<b>267</b>
26 – Hemodinâmica	84.566	82.424	88.058	95.187	95.092	108.908	28,78
27 – Terapia renal substitutiva	6.247.144	6.807.210	7.377.155	7.906.536	8.132.307	8.924.731	42,86
28 – Radioterapia (por especificação)	4.955.963	5.368.805	5.698.247	6.136.860	6.304.181	6.866.346	38,55
29 – Quimioterapia – custo mensal	785.220	945.299	1.097.255	1.232.994	1.321.002	1.537.844	95,85
30 – Busca de órgãos para transplante	2.391	120.781	131.015	141.281	184.920	287.601	---
31 – Ressonância magnética	75.523	87.004	114.752	139.700	158.694	208.674	176,31
32 – Medicina nuclear – in vivo	325.518	280.717	299.444	305.641	303.879	344.782	5,92
33 – Radiologia intervencionista	20.228	13.095	16.900	21.924	27.677	34.565	70,88
35 – Tomografia computadorizada	906.574	817.656	903.059	974.809	1.049.679	1.200.558	32,43
36 – Medicamentos (*)	57.270.573	81.712.542	99.649.671	132.102.077	172.197.856	268.590.702	368,99
37 – Hemoterapia	17.341.508	17.788.132	18.445.005	18.770.392	18.426.736	19.718.775	13,71
38 – Acompanhamento de pacientes	0	200.014	1.005.492	4.778.317	7.062.743	10.864.894	---
40 – Procedimentos específicos para reabilitação	0	3.097.676	3.528.183	3.926.766	3.236.209	3.900.814	---
<b>Procedimentos de alta complexidade sem medicamentos</b>	<b>30.744.635</b>	<b>35.608.813</b>	<b>38.704.565</b>	<b>44.430.407</b>	<b>46.303.119</b>	<b>53.998.492</b>	<b>75,64</b>
<b>TOTAL</b>	<b>593.600.409</b>	<b>666.457.527</b>	<b>738.591.026</b>	<b>806.098.408</b>	<b>875.016.378</b>	<b>1.048.506.416</b>	<b>76,64</b>
<b>Total sem medicamentos</b>	<b>536.329.836</b>	<b>584.744.985</b>	<b>638.941.355</b>	<b>673.996.331</b>	<b>702.774.732</b>	<b>779.493.202</b>	<b>45,34</b>

\* Medicamentos excepcionais (alto custo)

Fonte: Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS).

A produção de serviços de média e alta complexidade ainda é uma atribuição predominantemente estadual. No Gráfico 2, que identifica o tipo de gestão, observa-se em 2002 que 46,3% da oferta de média complexidade ambulatorial estava sob gestão municipal, aumentando para 52,3% em 2005. Já na alta complexidade ambulatorial, a produção sob gestão municipal, apesar de ter aumentado em números absolutos (passando de 14.117.640 procedimentos em 2002 para 22.959.521 em 2005), reduziu proporcionalmente, caindo de 10,2% em 2002 para 7,1% em 2005.

Gráfico 2 – Produção ambulatorial especializada pelo SUS por nível de complexidade e tipo de gestão. Brasil – 2002 a 2005



Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).

Na Tabela 2, observa-se a distribuição proporcional dos procedimentos ambulatoriais especializados realizados pelo SUS de acordo com o tipo de prestador no ano de 2005. Verifica-se que 72,4% desta oferta é feita por serviços públicos, sendo 64,5% na média complexidade. Excluindo os medicamentos excepcionais, observa-se, ainda assim, o predomínio da oferta pública: 62,9% do total de média e alta complexidade. Contudo, ao tratar a alta complexidade isoladamente (sem os medicamentos excepcionais), percebe-se que 41,9% destes procedimentos foram feitos por prestadores públicos contra 58,1% por privados (21,6% realizados por prestadores privados lucrativos e 36,6% por não lucrativos).

Tabela 2 – Distribuição proporcional dos procedimentos ambulatoriais especializados realizados pelo SUS por tipo de prestador. Brasil – 2005

Grupo após 10/99	Público	Privado lucrativo	Privado não lucrativo
<b>PROCEDIMENTOS DE MÉDIA COMPLEXIDADE</b>	<b>64,47</b>	<b>17,95</b>	<b>17,58</b>
07 – Procedimentos especializados realizados por profissionais médicos e outros de nível médio e superior	78,13	4,72	17,15
08 – Cirurgias ambulatoriais especializadas	63,77	14,81	21,42
09 – Procedimentos traumato-ortopédicos	37,95	36,10	25,95
10 – Ações especializadas em odontologia	89,89	4,56	5,54
11 – Patologia clínica	60,81	24,60	14,59
12 – Anatomopatologia e citopatologia	35,51	42,76	21,73
13 – Radiodiagnóstico	60,80	13,66	25,53
14 – Exames ultra-sonográficos	62,64	21,46	15,90
17 – Diagnose	56,18	19,87	23,94
19 – Terapias especializadas (por terapia)	45,65	10,48	43,86
20 – Instalação de cateter	54,49	21,02	24,49
21 – Próteses e órteses	75,33	0,31	24,37
22 – Anestesia	66,52	5,81	27,67
<b>PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE</b>	<b>90,18</b>	<b>3,63</b>	<b>6,19</b>
Procedimentos de alta complexidade sem medicamentos	41,89	21,56	36,55
26 – Hemodinâmica	20,07	26,03	53,91
27 – Terapia renal substitutiva	5,21	71,60	23,19
28 – Radioterapia (por especificação)	15,62	23,07	61,32
29 – Quimioterapia – custo mensal	27,80	16,97	55,23
30 – Busca de órgãos para transplante	27,62	28,08	44,30
31 – Ressonância magnética	28,88	38,00	33,12
32 – Medicina nuclear – <i>in vivo</i>	25,52	33,99	40,49
33 – Radiologia intervencionista	42,18	14,57	43,25
35 – Tomografia computadorizada	42,92	23,94	33,15
36 – Medicamentos	99,97	0,00	0,03
37 – Hemoterapia	63,57	11,85	24,58
38 – Acompanhamento de pacientes	68,20	4,15	27,65
40 – Procedimentos específicos para reabilitação	0,00	0,00	100,00
<b>TOTAL – Média e alta complexidade</b>	<b>72,39</b>	<b>13,54</b>	<b>14,07</b>
Média e alta complexidade (sem medicamentos)	62,88	18,23	18,89

Fonte: Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS).

Na média complexidade, os grupos de anatomia patológica, traumatologia e terapias especializadas são, em sua maioria, realizados por serviços privados (respectivamente, 64,5%, 62,1% e 54,4%). Nos demais grupos, a maioria absoluta da produção é feita em unidades públicas, destacando-se o grupo de ações especializadas em odontologia (89,9%), consultas médicas especializadas (78,1%) e próteses e órteses (75,3%). Na alta complexidade, excluindo os grupos de medicamentos excepcionais (oferta pública), acompanhamento de pacientes e hemoterapia, predomina a oferta através de prestadores privados, destacando-se: terapia renal substitutiva (94,8%, sendo 71,6% privado lucrativo), radioterapia (84,4%, predominando o setor não lucrativo – 61,3%), hemodinâmica (79,9%), medicina nuclear *in vivo* (74,5%), busca para transplante (72,4%), quimioterapia (72,2%) e ressonância magnética (71,1%).

Historicamente, privilegiou-se no Brasil o setor privado na expansão dos serviços de atenção especializada, em particular os de alta complexidade. Os interesses privados acabam determinando o padrão de oferta para o sistema, pois, de uma maneira geral, os serviços públicos não possuem capacidade física instalada suficiente para suprir as necessidades de atenção especializada dos usuários do SUS.

◆ Para refletir

Por que há uma concentração de serviços ambulatoriais especializados privados, o que não se observa em relação à atenção básica à saúde, cuja oferta é praticamente exclusiva do setor público?

### Financiamento federal do SUS para atenção especializada ambulatorial

Até recentemente, o modelo de alocação de recursos financeiros na área de atenção especializada vinha sendo totalmente centrado na lógica de pagamento por procedimento, uma herança da assistência médica previdenciária hegemônica em nosso país ao longo das décadas de 1970 e 1980. Trata-se de um modelo profundamente perverso e indutor de distorções, na medida em que prestadores privados e até mesmo gestores públicos passaram a organizar serviços a partir dos procedimentos mais bem remunerados, deixando assim de ofertar serviços pela lógica da necessidade.

Os investimentos empreendidos na área de atenção especializada, principalmente com recursos provenientes do orçamento federal e do programa de investimentos do SUS (Reforsus), ampliaram a rede de serviços especializados sem planejamento, de forma que uma enorme quantidade de serviços de atenção especializada públicos e filantrópicos foi

progressivamente entrando em funcionamento sem a devida cobertura de recursos de custeio para acolher o impacto desta ampliação no teto financeiro de estados e municípios.

No período de 1994 a 2002, houve um grave ‘desfinanciamento’ do sistema. Não ocorreu correção sistemática de tetos financeiros de estados e municípios. Os recursos foram sendo direcionados para ações de alta complexidade, ficando os procedimentos de média complexidade sem a devida atualização. Neste período, os procedimentos de média complexidade acumularam um déficit de 110%, ao mesmo tempo que houve elevação dos custos com medicamentos e insumos da ordem de 129%, medidos pela inflação Fipe-Saúde. A tabela de procedimentos do SUS (SIA e SIH) foi sofrendo toda a ordem de distorções. A pressão pela incorporação de novas tecnologias, medicamentos de alto custo (que se transformaram em ‘procedimentos’ da tabela), órteses e próteses dominou a atenção dos gestores. Não eram, entretanto, realizados estudos para avaliação tecnológica que subsidiassem a incorporação de novos procedimentos/tecnologias, assim como estudos de custo/efetividade, custo/benefício e impacto financeiro.

Entre 2003 e 2005, o Ministério da Saúde adotou diversas medidas voltadas para melhorar o financiamento federal para a atenção especializada ambulatorial e hospitalar, intervenções em quatro frentes distintas: reajustes anuais das tabelas SIA e SIH, especialmente nos procedimentos com valores mais defasados (média complexidade); ampliação de tetos privilegiando estados com renda *per capita* mais baixa; financiamento de novas políticas através de repasses globais; implantação progressiva de contratos de metas com pagamentos globais (ou mistos), retirando um segmento importante de hospitais do pagamento por procedimento. Esta última foi iniciada com os hospitais universitários e posteriormente estendida para hospitais de pequeno porte e para hospitais filantrópicos.

Desde 2003, tem sido observado um grande aumento (mais 32,4% até julho de 2005) dos repasses federais para estados e municípios para financiamento do SUS, com incremento superior a R\$ 5,3 bilhões em dois anos e meio. Este aumento foi efetivado de forma especial na atenção básica. Comparando o total de recursos federais para atenção básica com os repassados para atenção especializada ambulatorial e hospitalar – de média e alta complexidade (MAC) –, sem incluir o Fundo de Ações Estratégicas (Faec), observa-se que os da atenção básica elevaram-se de 32,6% em 2000 para 47,2% em 2005.

Cabe destacar que, de acordo com dados do Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde (Siops), a evolução dos

gastos públicos federais para a saúde no Brasil caiu, entre 1997 e 2002, de US\$ 89 para US\$ 48 *per capita*. A partir de 2003, houve uma mudança importante, passando de US\$ 50,1 neste ano para US\$ 62,7 em 2005 (Lopes, 2005).

Entre 2000 e 2002, o valor médio dos procedimentos ambulatoriais especializados aumentou em apenas 2,3%. Comparando-se o valor médio de 2002 com o de 2004, houve aumento de 14,4%. Os valores médios neste último período chegaram a aumentar em 67,8%, para consultas médicas especializadas; 66,7%, ultra-sonografias; 25,6%, procedimentos traumatológico-ortopédicos; 23,3%, anátomo e citopatologia; 17,2%, diagnose especializada; 12,2%, radiodiagnóstico.

### Atenção especializada como expressão do padrão de iniquidade regional

A oferta de procedimentos especializados ambulatoriais apresenta grande desigualdade regional com distribuição proporcional diferente da observada para a população: Norte, 7,98%; Nordeste, 27,70%; Sudeste, 42,61%; Sul, 14,64%; Centro-Oeste, 7,07% (dados de 2005).

Em 2005, na média complexidade, 51,3% destes procedimentos foram realizados na região Sudeste; 23,1%, na Nordeste; 11,9%, na Sul; 6,9%, na Norte; 6,6%, na Centro-Oeste. Na alta complexidade, as diferenças se aprofundam: 56,7% dos procedimentos foram produzidos no Sudeste; 18,4%, no Nordeste; 14,9%, no Sul; 7,3%, no Centro-Oeste; apenas 2,6% na região Norte, que comporta quase 8% da população do país. Para os procedimentos de busca de órgãos para transplantes, a produção da região Sudeste chega a 63,6% do total realizado pelo SUS em todo o país.

Enquanto na atenção básica o Sudeste tem uma produção 1,5 vez maior que a do Nordeste (semelhante à diferença da população destas regiões), na média complexidade esta diferença é de 2,2 vezes e na alta complexidade, de 3,1 vezes (Tabela 3 e Gráfico 1).

Tabela 3 – Distribuição proporcional dos procedimentos ambulatoriais especializados realizados pelo SUS e distribuição da população por região. Brasil – 2005

Grupos de procedimentos	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
Distribuição proporcional da população (%)	7,98	27,70	42,61	14,64	7,07
<b>MÉDIA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL</b>	<b>6,97</b>	<b>23,13</b>	<b>51,27</b>	<b>11,99</b>	<b>6,63</b>
07 – Procedimentos especializados realizados por profissionais médicos e outros de nível médio e superior	6,08	23,44	53,40	10,79	6,29
08 – Cirurgias ambulatoriais especializadas	8,54	32,23	40,64	11,30	7,29
09 – Procedimentos traumatológico-ortopédicos	5,49	37,20	40,95	8,70	7,66
10 – Ações especializadas em odontologia	8,07	18,41	53,90	12,39	7,24
11 – Patologia clínica	8,34	21,74	49,88	12,90	7,14
12 – Anatomopatologia e citopatologia	5,03	27,20	44,34	16,64	6,78
13 – Radiodiagnóstico	6,73	15,37	58,40	13,47	6,03
14 – Exames ultra-sonográficos	7,40	33,47	45,04	8,92	5,17
17 – Diagnóstico	3,96	25,26	53,08	12,44	5,26
18 – Fisioterapia (por sessão)	5,05	31,88	46,65	10,99	5,43
19 – Terapias especializadas (por terapia)	3,02	21,26	59,19	5,73	10,80
20 – Instalação de cateter	11,43	3,06	30,61	43,67	11,22
21 – Próteses e órteses	4,47	10,81	61,69	15,45	7,58
22 – Anestesia	4,51	25,70	39,45	13,36	16,99
<b>ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL</b>	<b>2,60</b>	<b>18,42</b>	<b>56,77</b>	<b>14,88</b>	<b>7,33</b>
26 – Hemodinâmica	2,04	14,44	59,15	18,48	5,90
27 – Terapia renal substitutiva	3,60	20,84	53,42	16,15	5,99
28 – Radioterapia (por especificação)	4,20	20,19	52,70	18,49	4,41
29 – Quimioterapia – custo mensal	2,09	21,67	49,96	20,81	5,47
30 – Busca de órgãos para transplante	1,08	7,50	63,60	24,00	3,82
31 – Ressonância magnética	16,11	26,52	38,66	7,96	10,75
32 – Medicina nuclear <i>in vivo</i>	1,96	19,42	62,52	10,71	5,39
33 – Radiologia intervencionista	0,41	36,19	50,00	9,57	3,82
35 – Tomografia computadorizada	5,40	20,12	52,81	12,93	8,73
36 – Medicamentos	2,18	17,15	59,13	14,41	7,13
37 – Hemoterapia	7,46	21,99	44,89	16,66	9,01
38 – Acompanhamento de pacientes	3,04	27,66	41,36	24,05	3,90
40 – Procedimentos específicos para reabilitação	0,00	51,52	17,48	0,00	31,00
<b>TOTAL - Média e alta complexidade</b>	<b>5,63</b>	<b>21,68</b>	<b>52,97</b>	<b>12,88</b>	<b>6,85</b>
Distribuição proporcional da população (%)	7,98	27,70	42,61	14,64	7,07

Fonte: Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS).

A desigualdade regional atinge toda a oferta de serviços (SUS e não SUS). Em 2002, o Brasil dispunha de 1,32 unidade especializada ambulatorial de apoio em diagnose e terapia por mil habitantes, com a seguinte diversidade regional: 0,76 no Norte; 0,80 no Nordeste; 1,41 no Centro-Oeste; 1,52 no Sul; 1,68, no Sudeste (IDB, 2004; AMS/IBGE, 2002). Neste mesmo ano, a distribuição dos postos de trabalho de profissionais da saúde por mil habitantes era igual a 2,67 para médicos (variando de 1,31 na região Norte a 3,38 na Sudeste), de 0,51 para enfermeiros (de 0,36 no Norte a 0,57 no Sudeste) e igual a 0,33 para odontólogos (de 0,19 na região Norte a 0,39 nas regiões Sul e Centro-Oeste) (AMS/IBGE, 2002).

Entre 2002 e 2005, a ampliação da oferta ambulatorial de alta complexidade pelo SUS (mais 133,5%) variou com aumentos de 152,5% no Sudeste; 140,3% no Norte; 113,2% no Nordeste; 111,7% no Centro-Oeste; 107,6% no Sul. Apesar do resultado proporcionalmente positivo nestes dados para as regiões Norte e Nordeste no período analisado, fica evidente que as diferenças na existência de capacidade instalada e de profissionais da saúde entre as regiões dificulta enormemente a ampliação de oferta de atenção especializada (principalmente na alta complexidade) em determinadas regiões do país. Mesmo com aumentos diferenciados nos repasses financeiros para as regiões Norte e Nordeste, ainda há um longo caminho a se percorrer para reduzir as desigualdades regionais no que diz respeito à oferta ambulatorial especializada pelo SUS. A Tabela 4 apresenta a distribuição numérica dos procedimentos ambulatoriais especializados realizados pelo SUS por região no ano de 2005.

◆ Para refletir

Como garantir a saúde como direito de cidadania (universalidade, integralidade e equidade) em um país com tantas desigualdades regionais (econômicas, sociais, epidemiológicas e em termos de oferta de serviços de saúde) e que não tem aportado os recursos públicos em quantidade suficiente para o financiamento de sua política de saúde?

Tabela 4 – Procedimentos ambulatoriais especializados realizados pelo SUS por região. Brasil – 2005

Grupos de procedimentos especializados	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	TOTAL
Distribuição proporcional da população (%)	7,98	27,70	42,61	14,64	7,07	100,00
<b>MÉDIA COMPLEXIDADE</b>	<b>50.595.741</b>	<b>167.802.002</b>	<b>371.995.686</b>	<b>86.998.221</b>	<b>48.103.060</b>	<b>725.494.710</b>
07 – Procedimentos especializados realizados por profissionais médicos e outros de nível médio e superior	14.766.872	56.875.117	129.594.083	26.186.317	15.258.257	242.680.646
08 – Cirurgias ambulatoriais especializadas	673.587	2.541.134	3.204.488	890.632	574.649	7.884.490
09 – Procedimentos traumatológicos	353.015	2.392.170	2.632.949	559.350	492.415	6.429.899
10 – Ações especializadas em odontologia	642.304	1.465.324	4.290.038	986.093	576.118	7.959.877
11 – Patologia clínica	26.262.606	68.465.018	157.068.497	40.621.628	22.498.167	314.915.916
12 – Anatomopatologia e citopatologia	683.044	3.695.879	6.024.820	2.260.921	921.813	13.586.477
13 – Radiodiagnóstico	2.865.581	6.545.598	24.876.065	5.737.725	2.568.558	42.593.527
14 – Exames ultra-sonográficos	729.874	3.303.210	4.445.044	880.712	510.622	9.869.462
17 – Diagnose	906.471	5.786.465	12.161.392	2.849.811	1.205.252	22.909.391
18 – Fisioterapia (por sessão)	2.377.940	15.008.130	21.966.668	5.175.654	2.555.158	47.083.550
19 – Terapias especializadas (por terapia)	195.554	1.377.206	3.833.955	371.329	699.758	6.477.802
20 – Instalação de cateter	56	15	150	214	55	490
21 – Próteses e órteses	135.422	327.286	1.867.677	467.726	229.381	3.027.492
22 – Anestesia	3.415	19.450	29.860	10.109	12.857	75.691
<b>ALTA COMPLEXIDADE</b>	<b>8.405.826</b>	<b>59.504.080</b>	<b>183.379.061</b>	<b>48.054.158</b>	<b>23.668.581</b>	<b>323.011.706</b>
26 – Hemodinâmica	2.219	15.722	64.416	20.128	6.423	108.908
27 – Terapia renal substitutiva	321.106	1.859.974	4.767.669	1.441.256	534.726	8.924.731
28 – Radioterapia (por especificação)	288.645	1.386.350	3.618.848	1.269.354	303.149	6.866.346
29 – Quimioterapia – custo mensal	32.145	333.265	768.320	320.069	84.045	1.537.844
30 – Busca de órgãos para transplante	3.100	21.579	182.903	69.029	10.990	287.601
31 – Ressonância magnética	33.620	55.334	80.671	16.610	22.439	208.674
32 – Medicina nuclear – <i>in vivo</i>	6.742	66.973	215.566	36.925	18.576	344.782
33 – Radiologia intervencionista	143	12.510	17.284	3.309	1.319	34.565
35 – Tomografia computadorizada	64.874	241.530	634.074	155.242	104.838	1.200.558
36 – Medicamentos	5.843.158	46.057.231	158.817.629	38.712.502	19.160.182	268.590.702
37 – Hemoterapia	1.471.221	4.335.209	8.851.144	3.284.973	1.776.228	19.718.775
38 – Acompanhamento de pacientes	330.151	3.004.848	4.493.553	2.613.040	423.302	10.864.894
40 – Procedimentos específicos para reabilitação	0	2.009.727	681.748	0	1.209.339	3.900.814
<b>ALTA COMPLEXIDADE SEM MEDICAMENTOS</b>	<b>2.562.668</b>	<b>13.446.849</b>	<b>24.561.432</b>	<b>9.341.656</b>	<b>4.508.399</b>	<b>54.421.004</b>
Total média e alta complexidade ambulatorial	59.001.567	227.306.082	555.374.747	135.052.379	71.771.641	1.048.506.416
<b>TOTAL sem medicamentos</b>	<b>53.158.409</b>	<b>181.248.851</b>	<b>396.557.118</b>	<b>96.339.877</b>	<b>52.611.459</b>	<b>779.915.714</b>

Fonte: Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS).

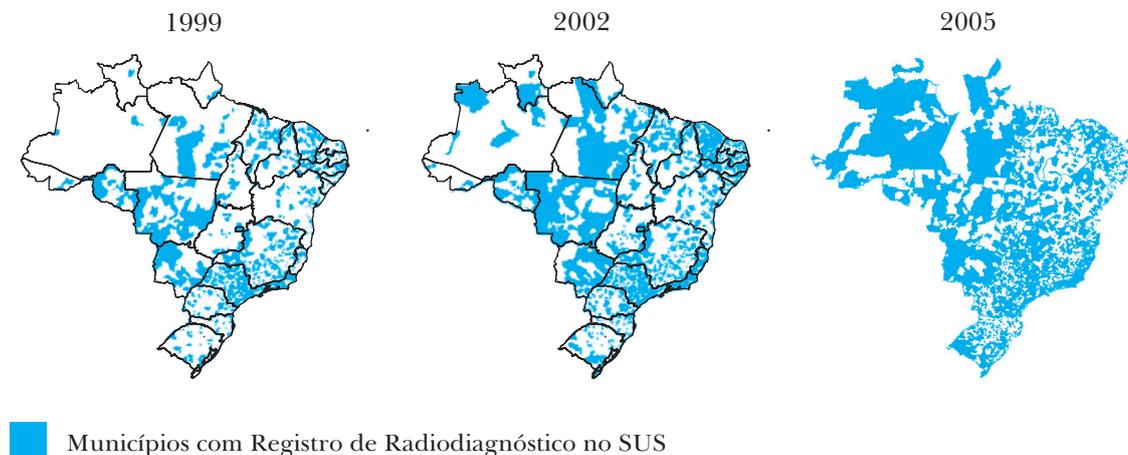
## Ampliação da oferta da atenção especializada pelo SUS

Cabe destacar que os indicadores de cobertura de serviços vêm tendo evolução positiva. Comparando os biênios 1995/1996 e 2002/2003, observa-se que o número de consultas médicas por habitante passou de 2,21 para 2,53; a quantidade de exames de diagnósticos em imagiologia por cem consultas médicas pelo SUS aumentou em 20% (de 10,0 para 12,0); o número de consultas médicas por internação hospitalar no SUS saltou de 27,38 para 38,91 (IDB, 1997, 2004; Datasus). O número de exames de patologia clínica pelo SUS por mil habitantes evoluiu de 1.015,42 em 1995 para 1.709,79 em 2005 (aumento de 68,4%). Em relação às ultra-sonografias, o SUS realizou 28,23 exames por mil habitantes em 1995 e, em 2005, chegou a 53,58 (aumento de 89,8% na oferta). Os exames de radiodiagnóstico evoluíram de 153,37 para cada mil habitantes, em 1995, para 231,25, em 2005 (incremento de 50,78%). Já o número de sessões de fisioterapia passou de 207,75 para 255,63 por mil habitantes (mais 23,05%).

A produção pelo SUS de procedimentos de terapia renal substitutiva foi de 22,43 para cada mil habitantes em 1995 e alcançou 48,46 em 2005 (116% de ampliação). Na radioterapia, foram realizados pelo SUS 28,87 procedimentos para cada mil habitantes em 1995 e 37,28 em 2005 (aumento de 29,13%).

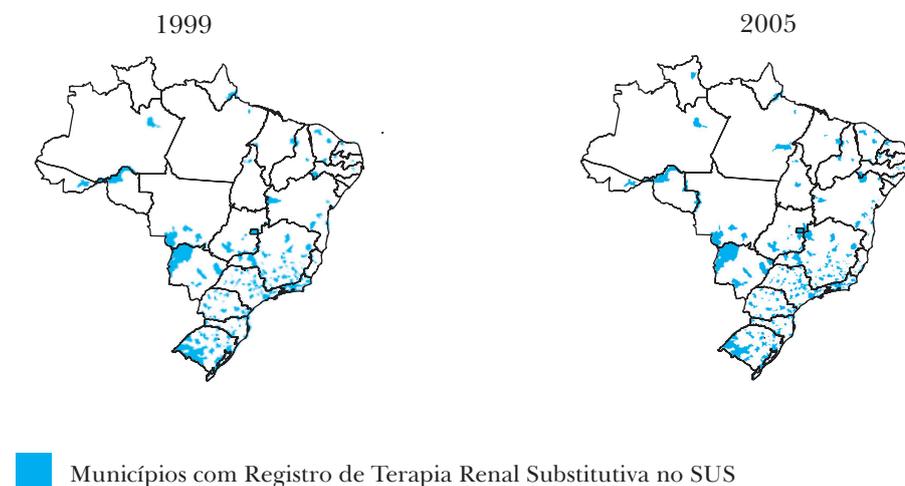
Apesar da manutenção de lacunas assistenciais importantes em algumas regiões, houve uma ampliação progressiva do número de municípios que realizam procedimentos ambulatoriais especializados pelo SUS, sendo mais veloz na média complexidade. Nas Figuras 3 e 4, pode-se verificar a ampliação de municípios que realizam pelo SUS radiodiagnóstico e terapia renal substitutiva. Na Figura 5, observa-se a distribuição por mil habitantes de ultra-sonografias por unidade federada.

Figura 3 – Evolução do número de municípios com registro radiodiagnóstico no SUS. Brasil – 1999, 2002, 2005



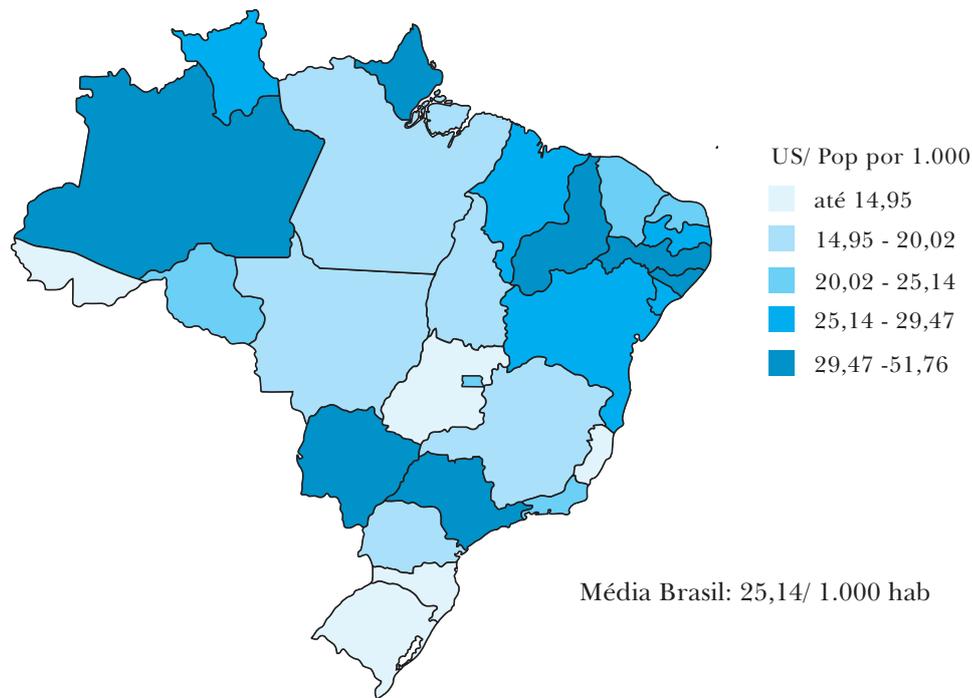
Fonte: Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS).

Figura 4 – Evolução do número de municípios com registro de terapia renal substitutiva no SUS. Brasil – 1999 e 2005



Fonte: Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS).

Figura 5 – Exames ultra-sonográficos por 1.000 habitantes por unidade federada. Brasil – 1º semestre de 2005



Fonte: Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS).

É importante destacar que, para ampliar a oferta, o aumento proporcional nos gastos é muito superior ao efetivado na produção, em função dos custos crescentes na área de saúde e da necessidade de elevar os valores de tabela dos procedimentos para induzir a ampliação da sua oferta. Podemos tomar como exemplos a situação da oferta de ultra-sonografia pelo SUS, a qual, entre 2000 e 2005, teve um aumento de 50,40% na produção acompanhado da elevação de 171,8% nos gastos, e a terapia renal substitutiva ambulatorial, que neste mesmo período ampliou a oferta em mais 42,86% com elevação de gastos na ordem de 74,16%.

## OS DESAFIOS PARA A ATENÇÃO ESPECIALIZADA

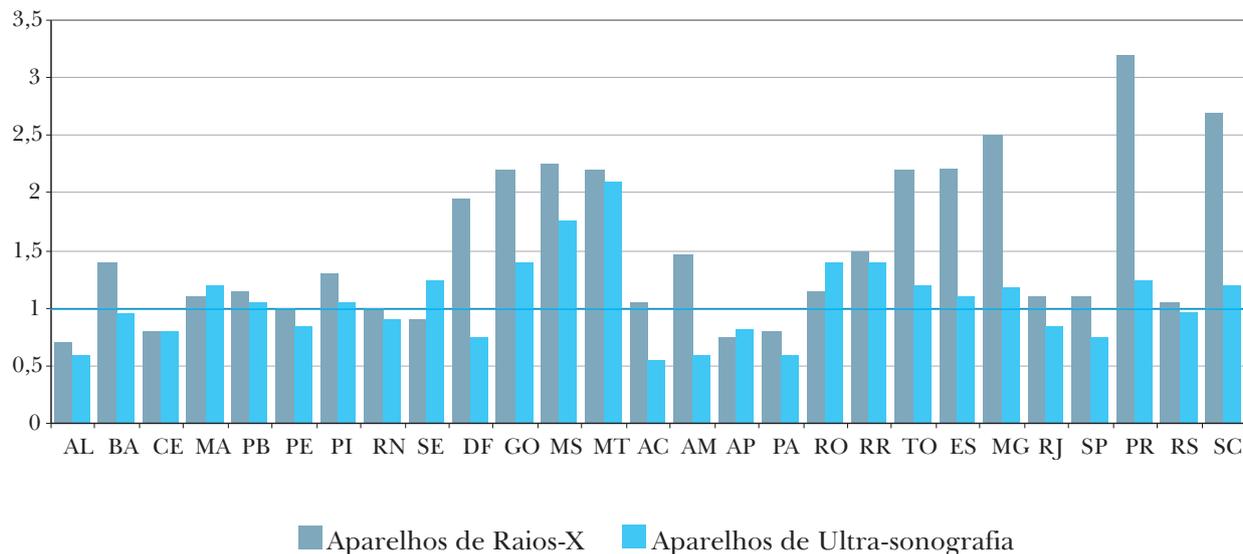
O aumento da produção – induzido, em parte, pelos reajustes da tabela dos procedimentos SUS nos últimos anos – não foi suficiente para a qualificação da assistência prestada. Existem problemas históricos e recorrentes a serem resolvidos na assistência ambulatorial de média complexidade, tais como: ausência de planejamento, não-observação das necessidades/perfil da população, acesso baseado na oferta de serviços,

incorporação tecnológica acrítica, serviços com baixa resolubilidade, baixos investimentos em qualificação profissional, insuficiência dos parâmetros técnicos e epidemiológicos existentes e baixa regulação da oferta existente pela gestão pública.

A média complexidade tornou-se um dos principais ‘gargalos’ do SUS, em parte pela forte expansão da atenção básica nos últimos anos, gerando intenso aumento da demanda por SADT e procedimentos especializados como necessidade identificada a partir da atenção básica; por outra parte, por representar – ainda em muitas situações – a porta de entrada real do usuário no sistema e também pela existência de um conjunto de inovações tecnológicas em saúde que excede a capacidade de oferta atual do SUS. Neste estrangulamento, destacam-se as consultas médicas especializadas e os procedimentos de patologia clínica e diagnóstico por imagem (principalmente radiologia e ultra-sonografia). Contudo, existem evidências de que, em muitas regiões, este déficit não existiria (ou não seria tão intenso) se fossem adotados protocolos assistenciais e ações de regulação, evitando a solicitação desnecessária e abusiva de determinados procedimentos (o que é particularmente relevante no caso da patologia clínica).

Relacionando o número de consultas médicas especializadas com o número de solicitações de procedimentos de patologia clínica por estado, observa-se que, além de a produção destes procedimentos se encontrar acima dos parâmetros estabelecidos (portaria n. 1.101/02, do Ministério da Saúde), existem profundas diferenças no padrão de oferta entre os diversos estados. Outra grande desigualdade é evidenciada na distribuição dos equipamentos de Raios X e de ultra-sonografia, com vários estados possuindo capacidade instalada insuficiente, considerando os parâmetros de necessidade (Gráfico 3).

Gráfico 3 – Distribuição de aparelhos de Raios-X e de ultra-sonografia (equipamentos por mil habitantes) segundo unidade federada. Brasil – 2005



Fonte: IBGE, 2006.

Os sistemas de referência ainda são insuficientemente organizados e os fluxos, pouco regulados. Levantamento feito pelo Ministério da Saúde, em 2005, identificou a operação de apenas 69 Centrais de Marcação de Consultas e Procedimentos Ambulatoriais Especializados, sendo uma no Norte, vinte no Nordeste, 41 no Sudeste, cinco no Sul e duas no Centro-Oeste. Todavia, em 1996, havia apenas uma central no país.

A baixa regulação pode ser evidenciada de forma gritante em determinados procedimentos, como é o caso da ressonância magnética. No primeiro semestre de 2005, foi realizado pelo SUS em todo o Brasil 0,51 procedimento deste tipo para cada mil habitantes. Esta distribuição teve valores menores que 0,1 em Goiás e no Mato Grosso do Sul, iguais a 0,1 no Rio de Janeiro, no Paraná e na Paraíba, com os maiores valores para Roraima (4,51 – nove vezes maior que o valor médio nacional), Distrito Federal (3,32) e Amazonas (2,89), conforme apresentado no Gráfico 4. Desde 2002, quando começaram a ser registrados exames de ressonância magnética pelo SUS em Roraima, a produção *per capita* deste procedimento neste estado vem se mantendo elevada. Não há justificativa técnica ou assistencial para tamanha distorção. Entretanto, a prevalência de interesses econômicos oriundos da produção desnecessária de procedimentos e a ineficiente regulação do acesso e do cuidado, inclusive das indicações clínicas para a realização de exames, não são práticas exclusivas do sistema público brasileiro, uma vez que são observadas também na área da saúde suplementar e em outros países.

Tome-se como exemplo a razão de procedimentos entre os Estados Unidos e o Canadá, países com modelos de saúde baseados em distintas lógicas de oferta de serviços, organização e financiamento (Tabela 5). Ou quando se observa a distribuição de equipamentos de tomografia computadorizada por habitante em diferentes países (Tabela 6).

Tabela 5 – Razão de procedimentos entre Estados Unidos *versus* Canadá

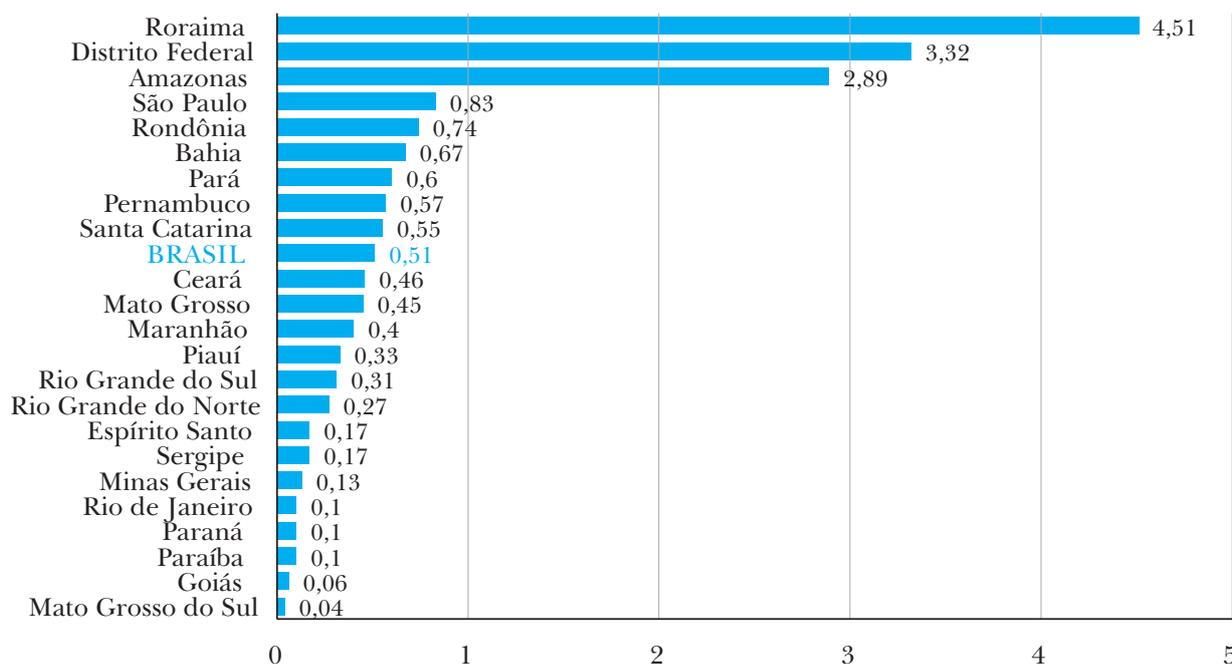
Ressonância magnética	8/1
Radioterapia	7,4/1
Cirurgia cardíaca	2,7/1

Tabela 6 – Tomógrafo por habitante

Austrália	1/50.000
Suécia	1/72.000
Canadá	1/85.000
Brasil	1/106.210
Reino Unido	1/172.400

Fonte: Mendes, 2001: 87.

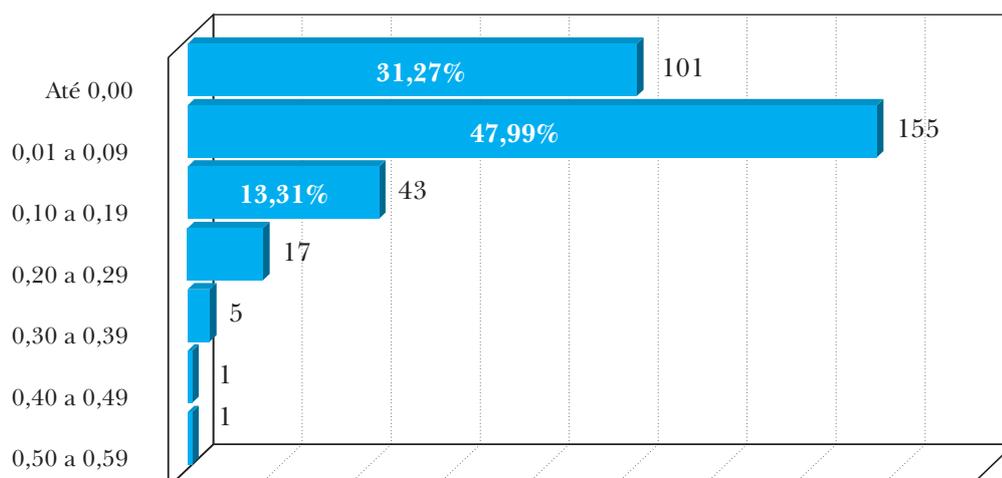
Gráfico 4 – Exames de ressonância magnética realizados pelos SUS por 1.000 habitantes por unidade federada. Brasil – 1º semestre de 2005



Fonte: Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS).

A inadequação na programação da oferta dos serviços e a ausência de integralidade na configuração do perfil assistencial na atenção ambulatorial especializada agravam este cenário. No primeiro semestre de 2005, dos 323 municípios que realizavam terapia renal substitutiva (TRS), 101 (31,3%) deles não ofereceram consultas médicas em nefrologia pelo SUS; em 155 (48%) foram realizadas menos de 0,1 consulta em nefrologia para cada sessão de diálise e hemodiálise; e apenas dois municípios (0,6%) tiveram 0,4 ou mais destas consultas especializadas por sessão de TRS (Gráfico 5). Como a remuneração pela tabela do SUS paga valores muito baixos pela consulta especializada – ao passo que apresenta valores competitivos para os procedimentos de terapia renal substitutiva –, as consultas tendem a não ser realizadas se não houver forte indução da gestão do sistema.

Gráfico 5 – Distribuição dos municípios segundo a relação entre o número de consultas médicas em nefrologia e sessões de diálise e hemodiálise realizadas pelo SUS. Brasil – 1º semestre de 2005



Obs: Dos 323 municípios com realização de TRS 101 não oferecem consultas médicas em Nefrologia pelo SUS

Fonte: Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este capítulo teve como objetivo apresentar uma visão panorâmica da situação atual da atenção especializada no SUS, apresentando os seus grandes desafios e os principais movimentos existentes com vistas a reduzir as desigualdades na oferta e aumentar o acesso da população a este amplo conjunto de procedimentos.

Os acúmulos até o momento efetivados ainda são insuficientes para superar os obstáculos existentes, conformados em sua grande maioria

pela configuração de uma oferta em muitos casos insuficiente e, em outros, desregulada, mais condicionada por razões de mercado e menos pelas necessidades de atenção à saúde.

Coloca-se, então, a exigência cada vez maior aos gestores públicos do desenvolvimento de competências e capacidades gerenciais e administrativas para o exercício das funções de regulação, controle e avaliação, constituindo novas relações público-privado pautadas pela transparência e garantia das necessidades coletivas e do interesse público.

◆ Para refletir

Após a leitura deste capítulo, você considera que seria possível a estruturação da atual rede de serviços privados de saúde sem o *mix* público-privado observado em nosso país?

## LEITURAS RECOMENDADAS

CECÍLIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cadernos de Saúde Pública*, 13(3): 469-478, jul.-set. 1997.

LOPES, C. R. Palmas para a luta do MP! *Radis*, 39: 11, 2005.

MERHY, E. E. *Agir em Saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997.

SANTOS, F. P. O novo papel do município na gestão da saúde: o desenvolvimento do controle e avaliação. In: CAMPOS, C. R.; MALTA, D. & Reis, A. (Orgs.) *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. São Paulo: Xamã, 1998.

SILVA, L. K. Avaliação tecnológica e análise custo-efetividade em saúde: a incorporação de tecnologias e a produção de diretrizes clínicas para o SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(2): 501-520, 2003.

## REFERÊNCIAS

AMS/IBGE. *Pesquisa Assistência Médico-Sanitária - 2002*. Disponível em <[www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br)>.

CECÍLIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cadernos de Saúde Pública*, 13(3): 469-478, jul.-set. 1997

CHIORO DOS REIS, A. A. & SCAFF, A. J. M. *Saúde e Cidadania*. Santos: Consaúde; 1998.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). *A Saúde na Opinião dos Brasileiros*. Brasília: Conass, 2003.

FONSECA, R. B. & DAVANZO, A. M. Q. Estudo para o regionalismo do SUS. In: VIANA, A. L. & NEGRI, B. (Orgs.) *O Sistema Único de Saúde em Dez Anos de Desafio*. São Paulo: Sobravime, Cealag, 2002.

FRANCO, T. B. & MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MERHY, E. E. et al. (Orgs.) *O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2003.

GONÇALVES, R. B. M. *Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde: características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de centros de Saúde de São Paulo*. São Paulo: Hucitec, Abrasco; 1994.

IBGE. *Estatísticas da Saúde: assistência médico-sanitária, 2005*. Rio de Janeiro: IBGE, 2006.

IDB. *Indicadores e Dados Básicos - 2004*. Disponível em: <[www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br)>.

LOPES, C. R. Palmas para a luta do MP! *Radis*, 39: 11, 2005.

MENDES, E. V. *Os Grandes Dilemas do SUS*. Tomos I e II. Salvador: Casa da Qualidade, 2001.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E. & ONOCKO, R. (Orgs.) *Agir em Saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, Lugar Editorial, 1997.

MESQUITA, A. S. & SILVEIRA, L. T. *A Clínica a Favor dos Sujeitos: especialidades, hard core do SUS*. Santos: Página Aberta, 1996.

PURSAI, O. J. O sistema de saúde no Brasil. In: DUNCAN, B. B.; SCHIMIDT, M. I. & GIUGLIANI, E. R. J. (Orgs.) *Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

SANTOS, F. P. O novo papel do município na gestão da saúde: o desenvolvimento do controle e avaliação. In: CAMPOS, C. R.; MALTA, D. & Reis, A. (Orgs.) *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. São Paulo: Xamã, 1998.

SIA-SUS. Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS. Disponível em: <[www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br)>.

SILVA, L. K. Avaliação tecnológica e análise custo-efetividade em saúde: a incorporação de tecnologias e a produção de diretrizes clínicas para o SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(2): 501-520, 2003.

SILVA, S. F. *A Construção do SUS a partir do Município*. São Paulo: Hucitec, 1996.

SOLLA, J. J. S. P. Acolhimento no Sistema Municipal de Saúde. *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil*, 5(4): 493-503, 2005.