UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS – UFAM
INSTITUTO LEÔNIDAS E MARIA DEANE – FIOCRUZ AMAZÔNIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE, SOCIEDADE E ENDEMIAS NA AMAZÔNIA

PANORAMA DO FINANCIAMENTO DA SAÚDE NO ESTADO DO AMAZONAS

MANAUS
2016

VALÉRIA BENTES DE ALMEIDA

PANORAMA DO FINANCIAMENTO DA SAÚDE NO ESTADO DO AMAZONAS

Dissertação apresentada ao Mestrado Interinstitucional Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia da Universidade Federal do Amazonas (Ufam) em parceria com a Fiocruz (Instituto Leônidas e Maria Deane (Ilmd/Fiocruz Manaus), como requisito para obtenção do título de título de Mestre em Saúde Pública.

ORIENTADOR: Dr. Antônio Levino da Silva Neto

MANAUS

2016

Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

A447p

Almeida, Valéria Bentes de
Panorama do financiamento da saúde no estado do Amazonas. / Valéria Bentes de Almeida . 2016
59 f.: il. color; 31 cm.

Orientador: Antônio Levino da Silva Neto
Dissertação (Mestrado em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia) - Universidade Federal do Amazonas.

1. Sistemas de Saúde. 2. Sistema Único de Saúde. 3. Financiamento da Saúde. 4. Privatização. I. Silva Neto, Antônio Levino da. II. Universidade Federal do Amazonas III. Título

ATA DE DEFESA PÚBLICA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Aos trinta dias do mês de setembro de 2016, às 10h00, no Instituto Leônidas e Maria Deane/Fiocruz, nesta cidade de Manaus-AM, ocorreu à sessão pública de defesa da dissertação intitulada "RELAÇÃO PÚBLICO-PRIVADA NO ÂMBITO DA SAÚDE NO AMAZONAS", apresentada por **Valéria Bentes de Almeida**, sob a orientação do Prof. Dr. Antonio Levino Neto. O julgamento do trabalho foi realizado em sessão pública, compreendendo exposição seguida de arguição pelos examinadores.

Ao término dos trabalhos, em sessão secreta, os examinadores exararam seu parecer, a seguir:

Prof. Dr. Antônio Levino Neto (ILMD/FIOCRUZ) – Membro Titular Presidente

Parecer ....APROVADA..... Assinatura.....

Prof. Dr. Rodrigo Tobias Sousa Lima (ILMD/FIOCRUZ) – Membro Titular

Parecer.....APROVADA.....Assinatura.....

Prof. Dr. Julio Cesar Schweickardt (ILMD/FIOCRUZ) – Membro Titular

Parecer .....APROVADA.....Assinatura.....

Aos meus pais, José Valder e Iêda, por todos os ensinamentos de vida e incentivo aos estudos.

Às minhas ninhas, Walessa, Laís e Lívia, pela parceria e presença em cada minuto.

À minha sobrinha, Sarah, por ser fonte de um amor sem tamanho que rega minha vida e me enche de alegria.

DEDICO

A**GRADECIMENTOS**

Primeiramente, agradeço a Deus que nos guia e nos protege, dando combustível para viver e apreciar o sabor de mais uma vitória.

Agradeço ao Instituto Leônidas e Maria Deane - ILMD/FIOCRUZ e Universidade Federal do Amazonas (UFAM) pela oportunidade de desenvolver esta pesquisa e pela infraestrutura concedida.

Ao Programa de Pós-Graduação Interinstitucional em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia, por todo aprendizado adquirido no decorrer do curso, principalmente aos professores pelo conhecimento transmitido.

Ao meu orientador, Dr. Antônio Levino da Silva Neto, por acreditar setenta vezes sete vezes na minha competência e me conduzir de forma tão compreensiva na realização desse desafio.

À minha querida psicóloga, Dr. Eneida Picanço, pelo incentivo e contribuição com o cuidado de minha saúde emocional, fazendo com que eu reconheça a melhor versão de mim mesmo.

À minha família, que foi mais do que suporte, foi meu porto seguro, minha fortaleza e os merecedores dessa vitória, foi por vocês! Amo demais.

Aos meus amigos, que tem seu lugar e sua parcela de contribuição em cada degrau alcançado nessa imensa escada da vida e em especial, minhas queridas Silvya e Amanda pelo apoio incondicional. Muito Obrigada!!!

"Não precisamos de mais dinheiro, não precisamos de mais sucesso ou fama, não precisamos de corpo perfeito, nem mesmo do parceiro perfeito. Agora mesmo, neste momento exato, dispomos da mente, que é todo o equipamento básico de que precisamos para alcançar a plena felicidade."

Dalai Lama

ALMEIDA, Valéria Bentes de. **Panorama do financiamento da saúde no estado do Amazonas**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2016.

RESUMO

O Sistema Único de Saúde (SUS) representa uma das mais importantes conquistas sociais que resultaram da luta do povo brasileiro contra a ditadura militar que vigorou no país entre 1964 e 1985. Desde então, a reforma sanitária desencadeada no Brasil, persegue a ampliação da cobertura e a melhoria da qualidade da atenção individual e coletiva da população, visando garantir a universalidade no acesso, a equidade no atendimento e a integralidade da assistência, princípios estabelecidos pela própria Carta Magna aprovada em 1988 e posteriormente regulamentada pelas Leis Orgânicas da Saúde (Lei 8080 e Lei 8142 de 1990). Nesse conjunto de normas estão detalhados os procedimentos necessários à descentralização do sistema de saúde com comando único em cada esfera de governo e os mecanismos que garantem o controle social, mas, faltou definir as fontes exclusivas, suficientes e definitivas de recursos para financiar as ações de saúde. Por isso, apesar de ser instituído como único, o SUS subexiste como um sistema fragmentado que prevê legalmente um provimento público de serviços se saúde, mas, carece de regulamentação que impeça a hipertrofia da prestação privada que deveria ser apenas complementar. Resulta disso que, passados quase trinta anos desde a implantação do SUS, o subfinanciamento ainda é apontado como principal gargalo para a sua consolidação, ao lado da má gestão e da corrupção que tornam mais escassos os recursos destinados à área da saúde. Este estudo analisa o tema do financiamento e da gestão do SUS, no contexto do Estado do Amazonas, que chama a atenção pela singularidade da situação em que, ao longo dos anos, os gastos com a saúde sempre estiveram acima da média nacional, tanto em percentual de recursos próprios investidos quanto em valores per-capita. Outro aspecto refere a modalidade de gestão que produziu tamanha diversidade de relação entre o público e o privado, em benefício deste segundo que, provavelmente nos imerge no mais criativo laboratório de mercantilização da saúde de todo o território brasileiro, desde a implantação do SUS.

PALAVRAS CHAVES: 1. Sistemas de Saúde. 2. Sistema Único de Saúde (SUS). 3. Financiamento da saúde. 4. Privatização.

ALMEIDA, Valéria Bentes de. **Panorama do financiamento da saúde no estado do Amazonas.** Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2016.

ABSTRACT

The Unified Health System, better known by the acronym SUS, is one of the most important social achievements that resulted from the struggle of the Brazilian people against the military dictatorship that ruled the country between 1964 and 1985. Since then, the health reform triggered in Brazil, pursues the expansion of coverage and improving the quality of individual and collective attention of the population, aiming to ensure the universal access, the equity in care, the full assistance and the principles established by the Magna Letter adopted in 1988 and subsequently regulated by the Organic Laws of Health (Law 8080 and Law 8142 of 1990). In this set of rules are detailed procedures necessary for the decentralization of the health system with a single command on each level of government and the mechanisms that ensure social control, but failed to define the unique, sufficient and permanent sources of funds to finance the health actions. So, despite being set up as a single, SUS partially exists as a fragmented system that legally provides a public service of health, but needs regulation to prevent the hypertrophy of private service that should be only complementary. The consequence is that, after almost thirty years since the implementation of SUS, the underfunding is still seen as the main gap for its consolidation next to the mismanagement and corruption that make scarce resources for health. This study analyzes the topic of financing and management of SUS in the State of Amazonas context, which calls attention to the singularity of the situation in which, over the years, spending on health have always been above the national average in both percentage of own resources invested as in per-capita values. Another aspect concerns the management mode which produced such diversity of relationship between public and private, for the benefit of this second that probably immerses us in the most creative health commodification laboratory throughout Brazil, since the implementation of SUS.

KEYWORDS: 1. Health Systems. 2. Unified Health System (SUS). 3. Health Financing. 4. Privatization

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Base de Cálculo da Receita Própria. 27
Figura 2. Principais modelos de Parcerias Público-Privadas 30
Figura 3. Unidades com Administração Direta da Saúde do Amazonas - 2016. 37
Figura 4. Unidades com Administração Indireta da Saúde do Amazonas - 2016..... 38
Figura 5. Gráfico com evolução da participação da receita própria aplicada em Saúde, conforme a EC 29/2000 entre os anos 2000 e 2015. 39
Figura 6. Gráfico demonstrativo de percentual aplicado em saúde de receita própria no Estado do Amazonas, comparada a percentual mínimo exigido EC 29 - 2000 a 2015. 40
Figura 7. Evolução de aplicação de recursos próprios com saúde no Amazonas demonstrando a diferença a maior entre 2000 e 2015. 41
Figura 8. Despesa com saúde por habitante, sob responsabilidade da esfera estadual, Amazonas - 2002 a 2014. 42
Figura 9. Participação na despesa com pessoal na despesa total de saúde do Amazonas - 2005 a 2014. 43
Figura 10. Gráfico de Participação da despesa com serviços de terceiros - pessoa jurídica na despesa com Saúde, Amazonas - 2005 a 2014. 44

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Gasto total com saúde em relação ao PIB e % de gasto público do gasto total com saúde. 23
Tabela 2. Gasto nacional em saúde: % do PIB, per capta e participação público privada (Mercosul). 23
Tabela 3. Países com sistema de saúde de acesso universal, % do PIB gasto em saúde, per capta e % gasto público do gasto total com saúde. 24
Tabela 4. Gastos com Ações e Serviços Públicos em Saúde (ASPS), total e por esfera de governo (2000-2011). 25
Tabela 5. Dotação inicial do Governo do Estado e da Saúde - 2015. 39
Tabela 6. Demonstrativo da execução financeira da saúde por fonte/ano, 2013-2015. 41
Tabela 7. Indicadores de despesas com saúde do Amazaonas e média UF, 2010 e 2015 44
Tabela 8. Estabelecimento de saúde no Amazonas por natureza jurídica – 2015. 47
Tabela 9. Demonstrativo da execução financeira por unidade gestora - 2015. 50
Tabela 10. Despesa com contratos da secretaria de Estado de Saúde por natureza de contratação. 51
Tabela 11. Demonstrativo de Contratos do Fundo Estadual de Saúde (FES) por tipo e atividade - 2015. 52
Tabela 12. Demonstrativo de contratos da Secretaria de Estado da Saúde (SUSAM) por tipo e atividade - 2015. 53

LISTA DE SIGLAS

CSLL	Contribuição Social sobre o Lucro Líquido
COFINS	Contribuição para Financiamento da Seguridade Social
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
FES	Fundo Estadual de Saúde
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
ICMS	Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Veículos
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IPVA	Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores
ITCMD	Imposto sobre Transmissão Causa Mortis e Doação
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
OS	Organização Social
OSCIP	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
PIB	Produto Interno Bruto
SEFAZ	Secretaria de Fazenda
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SGC	Sistema de Gestão de Contratos
SUS	Sistema único de Saúde
SUSAM	Secretaria de Estado de Saúde
TCE	Tribunal de Contas do Estado

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 13
2. JUSTIFICATIVA 16
3. OBJETIVOS 17
3.1. Objetivo Geral 17
3.2. Objetivos Específicos 17
4. MATERIAL E MÉTODOS 18
4.1. Tipo de estudo 18
4.2. Objeto de estudo 18
4.3. Coleta de dados 18
4.4. Descrição e Análise dos dados 19
4.4.1 Composição do fundo estadual de saúde: mecanismos de repasses e alocação de recursos 19
4.4.2 Modelo de gestão e a relação entre os setores público e privado na prestação de serviços de saúde no Amazonas 20
4.4.3 Comportamento dos gastos com saúde segundo os componentes da assistência: Atenção Básica e Média e Alta Complexidade (MAC). 20
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO 21
5.1 O problema do financiamento da saúde no Brasil 21
5.2 A relação público-privada no âmbito da saúde no Brasil 27
5.3 Gestão do SUS no Amazonas 34
5.3.1 Comportamento dos gastos com saúde no Amazonas 38
5.3.2 Relação entre os setores público e privado na prestação de serviços de saúde no Amazonas 46
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS 54
7. REFERÊNCIAS 55

1. INTRODUÇÃO

O Brasil vive um momento importante em sua trajetória, no qual a população clama por melhores serviços, sendo saúde de qualidade uma das principais reinvindicações. Criado com objetivo de atender essa expectativa, o Sistema único de Saúde (SUS) se baseia numa política de Estado democrática que visa garantir uma cobertura gratuita assentada nos princípios da universalidade do acesso, integralidade da assistência e equidade no atendimento. Antes do SUS, o atendimento individual dos doentes era, fundamentalmente, de cunho privado, hospitalocêntrico e curativista, enquanto os problemas coletivos de saúde, tais como, as epidemias e a prevenção de doenças eram vistas como responsabilidades da Saúde Pública.

A redefinição do perfil e da gestão do sistema de saúde teve como marco inaugural a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, que abordou temas como a necessidade da reformulação do sistema nacional de saúde, principalmente no que diz respeito ao modelo de financiamento do setor que pudesse garantir o acesso universal a assistência, redefinida como um direito do cidadão e obrigação do estado. No processo de reforma sanitária, a garantia de recursos para saúde persistiu como um problema mal resolvido, principalmente porque na Constituição Federal de 1988 não foram explicitadas fontes de financiamento claramente definidas, definitivas e suficientes para atender a crescente demanda de infraestrutura e serviços.

O governo federal sempre foi o grande agente financiador da saúde no Brasil, entretanto, sem garantia de um percentual de recursos a ser repassado pelas três esferas de governo, fato que motivou a mobilização dos diversos setores do movimento sanitário, em busca de uma solução para o entrave do financiamento, uma vez que, os recursos anuais destinados à saúde continuaram submetidos à Lei das Diretrizes Orçamentárias (LDO) e, portanto, sujeitas a aprovação pelo congresso nacional. O debate sobre o problema do financiamento começa pela sua relevância para a garantia da cobertura, acesso e qualidade dos serviços, levando em conta que o maior feito do SUS foi a inclusão de quase metade da população brasileira, como usuária do sistema nacional de saúde, um contingente que antes era desprovido de atendimento.

Passados vinte e oito anos desde a homologação da Carta Magna de 1988 é possível fazer um balanço do caminho percorrido pela Reforma Sanitária. Ao analisar a trajetória da Saúde Pública, Santos (2013) identifica quatro obstáculos que dificultaram a implementação do SUS

e impediram o cumprimento dos preceitos constitucionais que seriam: Subfinanciamento Federal; Subvenção Crescente com Recursos Federais ao Mercado dos Planos Privados de Saúde; Grande Rigidez da Estrutura Administrativa e Burocrática do Estado e; Privatização da Gestão Pública.

Em defesa do seu ponto de vista, o autor argumenta que o sistema universal de saúde, na prática foi construído sob uma estrutura híbrida de gestão baseada no funcionamento simultâneo de uma rede de atendimento pública e gratuita e outra privada, que deveria atuar apenas de maneira complementar. Dessa dualidade resultou, inclusive, uma contradição entre a proposta universalista do SUS e a crescente atuação da rede particular, que terminou ocupando o lugar do publico ficando até difícil distinguir onde termina o público e começa o privado no que diz respeito à saúde.

Nesta investigação se levou em conta que o aporte de recursos investidos, assim como, a relação publico-privada na organização da oferta de ações e serviços de saúde são importantes indicadores do modelo assistencial praticado no setor saúde do país. Isso porque além da opção da não estatização da saúde, o sistema deixou de criar condições de regulação e controle do subsistema privado, o que favoreceu a enorme desigualdade na oferta de serviços e no total de gastos com saúde entre os dois sistemas, tornando o Sistema de Saúde no Brasil um modelo assistencial caro, fragmentado e pouco resolutivo.

Considerando o exposto traçamos como proposta de estudo a caracterização da gestão do sistema de saúde no estado do Amazonas, enfatizando o problema do financiamento e a relação público-privada a partir das características do financiamento, comportamento dos gastos e das modalidades de terceirização existentes na esfera estadual.

A relevância desse trabalho deve ser ressaltada, pelo próprio fato de adotar o tema do financiamento do sistema de saúde privilegiando o debate sobre a privatização da gestão e da oferta de serviços que tem sido marcas dos sucessivos mandatários que se sucedem no comando do governo estadual.

Heimann (2005) afirma que a relação que vem se desenhando entre o público e o privado conforma um modelo de atenção à saúde no país, preponderantemente fragmentado, segmentado e orientado pela lógica mercantilista, em contradição com os preceitos que apontam para a consolidação do SUS. De maneira que, atualmente, qualquer análise, balanço ou avaliação sobre os rumos da reforma sanitária brasileira tem de considerar e abarcar o setor

privado e sua relação com o SUS, já que termina por condicionar e determinar questões centrais como a rede de atenção, sua utilização, o acesso dos usuários aos serviços e os recursos que impactam nos próprios princípios da universalidade, da equidade e da integralidade (HEIMANN, 2005).

Por isso é preciso ampliar a discussão sobre esses aspectos, a fim de obter uma visão elaborada sobre a aplicação de medidas necessárias ao fortalecimento do SUS e estratégias para a melhoria da qualidade e efetividade da atenção, bem como sustentabilidade econômica para o futuro do setor. Também se faz necessário compreender a relação público-privada e o modelo de organização real de nosso Sistema de saúde, para além da simples análise da situação da oferta/qualidade dos serviços e da avaliação dos recursos totais gastos com saúde no Brasil.

2. JUSTIFICATIVA

Durante a atuação profissional, como Coordenadora de Programas na Secretaria Municipal de Saúde de Maués/AM, Gerente Comercial em empresa distribuidora de produtos e prestadora de serviços em saúde e como docente, na Universidade Federal do Amazonas, a autora do estudo pôde vivenciar a necessidade de melhoria na oferta de serviços de saúde, aumentando o seu interesse no tema da gestão do sistema de saúde no estado do Amazonas.

O advento da implantação do SUS teve como repercussão imediata a necessidade da ampliação da oferta de serviços para a garantia da universalidade do acesso. Desde então, o aporte de recursos investidos, assim como, a relação publico-privada na organização da oferta de ações e serviços de saúde são importantes indicadores do modelo assistencial que passou a ser praticado no setor saúde do país, tanto na esfera federal quanto nas três esferas de governo: federal, estadual e municipal.

Quando se trata de abordar os problemas que constituem os gargalos no processo de implantação do SUS tem sido ressaltada a insuficiência dos recursos e o problema da corrupção, ao lado do modelo de gestão predominantemente adotado, que privilegia regras de mercado que são incompatíveis com a finalidade do sistema de saúde implantado a partir da constituição de 1988, fortemente inspirada no princípio da solidariedade e na valorização do interesse público.

Para compreender a situação do financiamento do setor saúde do Amazonas consideramos necessário discutir a evolução da aplicação de recursos do SUS no plano nacional e na esfera estadual e, a partir daí, levando em conta o volume de recursos gastos e o fato do Amazonas dispor de uma população aproximada de quatro milhões de habitantes, indagar se o subfinanciamento tem o mesmo impacto na qualidade da assistência a saúde amazonense que se observa no restante do país.

Sendo assim, por meio deste estudo procurou-se analisar a questão do financiamento da saúde, nos aspectos da disponibilidade, estabilidade e suficiência de recursos, identificando a maneira como estes recursos estão sendo gastos e a provável implicação das escolhas adotadas pelos gestores na melhoria ou não do acesso e qualidade dos serviços prestados.

Com os objetivos e metodologia adotados, pretendeu-se identificar e descrever: qual o volume dos gastos com saúde do Estado do Amazonas, como são geridos e de que maneira são aplicados esses recursos. A partir da análise dos resultados, procuramos responder se, em comparação com as outras unidades da federação, os recursos investidos em saúde no Amazonas são compatíveis com a necessidade de ações e serviços.

No presente contexto, em que se admite que nem o publico e nem o privado está suficientemente organizado para dar conta das necessidades de saúde da população com exclusividade, esta pesquisa pode significar um passo importante no sentido de contribuir para o esclarecimento dos efeitos e impactos da lógica privatista sobre a gestão local do SUS.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo Geral

Descrever e analisar a relação público-privada no âmbito do sistema de saúde do Amazonas, a partir das características do financiamento da saúde no Brasil, do comportamento dos gastos e das modalidades de terceirização na oferta de serviços na esfera estadual.

3.2. Objetivos Específicos

3.2.1 Caracterizar o problema do financiamento da saúde no Brasil a partir da aprovação da Constituição de 1988.

3.2.2 Analisar a relação público-privada e os modelos de gerência da administração da saúde no Brasil.

3.2.3 Descrever o modelo de gestão da saúde do Amazonas, considerando a relação entre os setores público e privado na prestação de serviços.

3.2.3 Analisar o comportamento dos gastos com saúde no estado do Amazonas, comparando a aplicação de recursos em atividades meio e atividades fim por tipos de empresas e oferta de serviços terceirizados dentro do SUS.

4. MATERIAL E MÉTODOS

4.1. Tipo de estudo

Trata-se de estudo descritivo e documental, que irá consistir num levantamento realizado em base de dados secundários e análise de bibliografia especializada do campo da Saúde.

4.2. Objeto de estudo

O objeto deste estudo é a análise do Financiamento da Saúde e a Gestão do SUS no Amazonas, estado brasileiro localizado no centro da região Norte, com sua população estimada em 2013 pelo IBGE em 3.807.923 habitantes, distribuída por 62 municípios.

4.3. Coleta de dados

A coleta de dados secundários se dará em três fases. Inicialmente foi realizado levantamento de diplomas legais, como a Constituição Federal, leis, decretos, portarias, normas, instruções normativas e outros, de origem federal e estadual, publicadas no período de 1990 a 2014 referentes à saúde.

Posteriormente, foram capturados diretamente do endereço eletrônico situado no portal do Ministério da Saúde (www.saude.gov.br/sis/siops) dados do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), que é um banco de dados alimentado por estados e municípios cujo objetivo é coletar informações sobre as receitas totais e despesas com ações e serviços públicos de saúde das três esferas de governo.

Na última fase, foi realizado contato com Secretaria de Estado da Saúde (SUSAM), Secretaria Estadual de Fazenda (SEFAZ), Fundo Estadual de Saúde, Tribunal de Contas do Estado (TCE), entre outras, para obtenção de anuência e levantamento de dados a partir de

documentos formais, Planos, Programação, Relatórios de Gestão, Balanços e outros de prestação de contas que contenham dados sobre alocação e utilização de recursos da saúde.

4.4. Descrição e Análise dos dados

O estudo aborda o tema da gestão em três dimensões: a partir de uma caracterização inicial da magnitude do problema do financiamento, no contexto da reforma sanitária brasileira, procura-se descrever o modelo de gestão adotado pelo governo estadual do Amazonas no campo da saúde, para poder analisar como se deu o gerenciamento dos recursos, considerando a relação entre as esferas pública e privada, na execução dos serviços. Numa terceira dimensão busca-se avaliar o provável impacto do modelo de gestão nas atividades finalísticas, considerando as características dos gastos aplicados nas ações de saúde de baixa, média e alta complexidade.

Os dados relativos à aplicação dos recursos são analisados em dois grupos identificados como Componente 1 e 2, sendo o Componente 1 correspondente ao volume de recursos disponível e como esse montante evoluiu, considerando o gasto e a participação das esferas de governo na alocação de verbas para a saúde. Os dados relacionados ao Componente 2 serviram para a análise da gestão da saúde no Amazonas, no que diz respeito a estrutura do gasto com saúde e o gerenciamento dos recursos, a relação público-privada e as características da aplicação dos recursos nas atividades finalísticas.

Foi realizada a seleção de alguns indicadores para efeito de comparação e análise dos dados, como: Percentual do produto interno bruto, Percentual do gasto público e privado, gasto per capita, despesas com pessoal, despesas com terceiros, despesas com investimento, percentual de aplicação de recursos próprios, entre outros.

4.4.1 Composição do fundo estadual de saúde: mecanismos de repasses e alocação de recursos

O processo de composição do fundo estadual de saúde, em cada etapa da evolução do marco regulatório foi avaliado através de um diagnóstico comparativo utilizando como indicadores o cálculo da despesa per capita por unidade da federação e comportamento de receitas, considerando suas principais fontes e a dinâmica entre recursos próprios, transferências e repasses de convênios. Os resultados são apresentados em forma de gráficos e tabelas, a partir do calculo percentual e absoluto dos valores obtidos na coleta de dados.

4.4.2 Modelo de gestão e a relação entre os setores público e privado na prestação de serviços de saúde no Amazonas

A análise da gestão da saúde no Amazonas se deu a partir da identificação da estrutura do gasto com saúde e o gerenciamento dos recursos disponíveis. Considerando a relação entre as esferas pública e privada demonstra-se o comportamento dos gastos com rede própria e proporção dos gastos com saúde no setor privado. Como indicador foi usado o valor despendido por grupo de despesa/ano e modalidades de privatização existentes no setor.

4.4.3 Comportamento dos gastos com saúde segundo os componentes da assistência: Atenção Básica e Média e Alta Complexidade (MAC).

Foram avaliadas as características da aplicação dos recursos nas atividades finalísticas, segundo os componentes da assistência. A análise de evolução das despesas segundo área programática se deu pela natureza da atividade exercida e categoria econômica, que além de identificável, pode ser demonstrada de forma relativa e absoluta no total de gastos com ações e serviços de saúde.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 O problema do financiamento da saúde no Brasil

A reforma do sistema de saúde no Brasil, cujo marco legal incluía a reorganização institucional, a redefinição da forma de financiamento e a reorientação do modelo de atenção, resultou em importantes mudanças, após o início da vigência da Constituição de 1988 (CF-88), que instituiu o SUS. No processo de transformação do leque de direitos sociais e dos princípios estruturantes das políticas sociais, a principal mudança foi o reconhecimento da saúde como direito social universal e do dever do Estado garantir esse direito. O SUS é, por definição constitucional, um sistema público, nacional e de caráter universal, baseado na concepção de saúde como direito de cidadania e nas diretrizes organizativas de: descentralização, com comando único em cada esfera de governo; integralidade do atendimento; e participação da comunidade (BRASIL, 2003).

A Constituição Federal de 1988 promoveu a reorganização do padrão de financiamento do Estado, redefiniu regras do pacto federativo brasileiro no que tange a responsabilidades das esferas de governo na provisão de serviços e bens públicos e estabeleceu a redistribuição da receita pública entre os entes federados. Houve uma forte redução da centralização tributária pela redistribuição da competência de arrecadação e pela ampliação da participação das instâncias subnacionais em receitas arrecadadas pela União (BARROS, 2002).

A implantação dos novos direitos sociais coincidiu com um período de hiperinflação e restrições macroeconômicas. Não houve especificação de uma fonte exclusiva para o setor saúde nem foram definidos percentuais de vinculação que assegurassem a transferência proporcional à arrecadação das contribuições. O Ato das Disposições Transitórias da CF-88 estabeleceu apenas um parâmetro quando definiu que, até que fosse aprovada a lei de diretrizes orçamentárias, pelo menos trinta por cento do orçamento da seguridade social, excluído o seguro desemprego, deveriam ser destinados ao setor de saúde (BARROS, 2002).

Ao longo dos anos, a expansão da cobertura fez crescer a necessidade de um financiamento específico para a Saúde. Até o ano de 1988 o governo federal era responsável por 70% dos recursos públicos aplicados no setor. A fonte desse montante de recursos era o Orçamento da Previdência Social (80%) e o próprio Ministério da Saúde (20%) (CONAS, 2011; IPEA, 2013). Durante a primeira metade da década de noventa, o sistema público enfrentou forte oscilação na evolução do montante e permanente irregularidade dos fluxos financeiros

disponibilizados pela esfera federal, com a execução orçamentária condicionada a interesses do ajuste econômico (BARROS, 2002).

A partir da aprovação da Emenda Constitucional nº 29, que determina a vinculação de receitas dos três níveis para o sistema, as responsabilidades com a gestão e o financiamento do SUS passaram a ser compartilhadas entre os seus gestores federal, estaduais e municipais (BRASIL, 2003), no entanto, a discussão sobre a existência ou não de fontes definidas para a garantia dos recursos suficientes e definitivos continua pertinente, visto que, a esfera federal ainda é o maior financiador do sistema de saúde, apesar de regredir ao longo dos anos em que a arrecadação de impostos aumenta sistematicamente, mas, por falta de um percentual fixo do orçamento para a saúde, os recursos nominais continuam insuficientes para o atendimento da demanda.

A preocupação com o financiamento do sistema de saúde não se resume ao Brasil. Nos países considerados desenvolvidos, que investem parcela considerável do seu Produto Interno Bruto em saúde, cresce a preocupação com a eficiência, efetividade e equidade nos gastos, uma vez que o incremento nos dispêndios com serviços médico-assistenciais não redunda, necessariamente, em melhores condições de saúde e nem resolvem, automaticamente, as iniquidades no acesso aos serviços.

Nos países em desenvolvimento, por sua vez, existe o problema adicional de estender a cobertura a toda à população e de atender as exigências de financiamento setorial em concorrência com outras necessidades do desenvolvimento social e econômico (RIBEIRO; PIOLA; SERVO, 2007).

Um estudo realizado pelo Conass (2011) descreve as tendências internacionais de dispêndios com saúde a partir de duas dimensões: o grau de participação (%) público e privado e o percentual do gasto público com saúde em relação ao gasto público total. A análise entre países federativos (Tabela 1) indica a participação pública elevada (acima de 70%), o que não acontece no Brasil (41,6%), Austrália (67,5%) e Estados Unidos (45,5%).

Tabela 1. Gasto total com saúde em relação ao PIB e % de gasto público do gasto total com saúde.

PAIS[1]	%PIB	% DO GASTO PÚBLICO
ALEMANHA	10,4%	76,9%
AUSTRÁLIA	8,9%	67,5%
BÉLGICA	9,4%	74,1%
BRASIL	8,4%	41,6%
CANADÁ	10,1%	70,0%
EUA	15,7%	45,5%

FONTE: Dados OMS. Conass (2011)

Entre os países do Mercosul, conforme tabela 2, o Brasil (8,4%) só gasta menos do que Argentina (10%) em % do PIB, mas, em valores per capita, perde para Argentina, Uruguai e Chile. O Uruguai, entretanto, é o país com mais alta participação pública no gasto nacional com saúde (74%) e o Brasil tem a menor (41,6%).

Tabela 2. Gasto nacional em saúde: % do PIB, per capta e participação público privada (Mercosul).

PAÍS	% PIB	PER CAPTA EM SAÚDE[2]	% PÚBLICO	% PRIVADO
ARGENTINA	10,0%	$ 1.322,00	50,8%	49,2%
BOLIVIA[1]	5,0%	$ 200,00	69,2%	30,8%
BRASIL	8,4%	$ 837,00	41,6%	58,4%
CHILE[1]	6,2%	$ 863,00	58,8%	41,3%
PARAGUAI	5,7%	$ 253,00	42,4%	57,6%
URUGUAI	8,0%	$ 916,00	74,0%	26,0%
VENEZUELA	5,8%	$ 697,00	46,5%	53,5%

FONTE: Dados OMS. Conass (2011)

[1]Possuem o status de membros associados

[2]Valores Padronizados segundo Paridade do Poder de Compra (PPP)

Porém, o maior paradoxo pode ser percebido quando comparamos o Brasil a outros países com sistema de saúde similar, os de acesso universal. Na tabela 3, evidencia-se como característica comum o total de gasto em saúde alto considerando % do PIB e financiamento

público superior ao privado, fato que não ocorre com o sistema de saúde brasileiro, que usando o valor de dólar calculado apresenta o menor per capita público aplicado de 348 dólares.

Tabela 3. Países com sistema de saúde de acesso universal, % do PIB gasto em saúde, per capta e % gasto público do gasto total com saúde.

PAÍS	% DO PIB	PER CAPITA PÚBLICO[1]	% DO GASTO PÚBLICO
AUSTRÁLIA	8,9%	$ 2.266,00	67,5%
BRASIL	8,4%	$ 348,00	41,6%
CANADÁ	10,1%	$ 2.730,00	70,0%
CUBA	10,4%	$ 875,00	95,5%
REINO UNIDO	8,4%	$ 2.446,00	81,7%
SUÉCIA	9,4%	$ 2.716,00	81,7%

FONTE: Dados OMS. Conass (2011)
[1]Valores Padronizados segundo Paridade do Poder de Compra (PPP)

As comparações realizadas dão uma ideia do caminho que o Brasil ainda tem que percorrer para implantar um sistema que se quer universal, integral e equânime. O SUS atende os quesitos da gratuidade e da origem dos recursos em se tratando de sistema de acesso universal, mas, desatende quando consideramos que no Brasil o gasto público é inferior ao privado e percentual significativo da população não usa o SUS ou só o faz seletivamente (CONASS, 2011).

O Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) publicou em 2013, estudo demonstrando o impacto da EC 29/2000 no financiamento público do sistema de saúde. Entre 2000 e 2011 (Tabela 4), os estados e municípios mais que triplicaram o volume de recursos destinados para a saúde, passando de R$ 28 bilhões para R$ 89 bilhões, o que correspondeu a um incremento de R$ 61 bilhões. Nesse mesmo período, a União aumentou o gasto em ações e serviços públicos de saúde em R$ 31 bilhões, que correspondeu a um aumento de 75% em relação a 2000.

Tabela 4. Gastos com Ações e Serviços Públicos em Saúde (ASPS), total e por esfera de governo (2000-2011).

ANO	FEDERAL[1]	%	ESTADUAL[1]	%	MUNICIPAL[1]	%	TOTAL[1]
2000	41,31	59,8%	12,82	18,5%	14,96	21,7%	69,09
2001	42,7	56,1%	15,71	20,7%	17,65	23,2%	76,06
2002	43,34	52,8%	17,66	21,5%	21,08	25,7%	82,08
2003	41,51	51,1%	18,67	23,0%	21,02	25,9%	81,2
2004	46,85	50,2%	22,96	24,6%	23,51	25,2%	93,32
2005	49,8	49,7%	23,11	23,1%	27,19	27,2%	100,1
2006	52,44	48,4%	25,48	23,5%	30,37	28,0%	108,3
2007	55,01	47,5%	28,02	24,2%	32,81	28,3%	115,8
2008	57,18	44,2%	32,81	25,4%	39,24	30,4%	129,2
2009	625,27	45,8%	26,13	25,4%	40,98	28,8%	692,4
2010	66,08	44,1%	39,74	26,5%	44,08	29,4%	149,9
2011	72,33	44,7%	41,5	25,7%	47,94	29,6%	161,8

FONTE: IPEA (2013)

[1]Em R$ Bilhões de 2011 deflacionados pela média anual do IPCA

E ao considerar a participação do gasto público em saúde das três esferas no PIB, observou-se o aumento percentual entre 2000 e 2011 (2,89% para 3,91%), como resultado do incremento proveniente do aumento da participação dos estados e dos municípios, com gasto federal em ASPS correspondendo a 1,73% do PIB em 2000 e 1,75% do PIB em 2011, o gasto estadual correspondeu a 0,54% do PIB em 2000 e 1% em 2011 e o municipal a 0,6% do PIB em 2000 e 1,16% em 2011. Demonstrando com isso, o impacto positivo na ampliação e descentralização de recursos no financiamento das ações e serviços de saúde (IPEA, 2013).

A participação das esferas subnacionais, contudo, não permite a superação das desigualdades no financiamento, dadas as diferentes capacidades de arrecadação, associadas à desigual distribuição interregional da atividade econômica. (BARROS, 2003)

Segundo Mendes (2011) as dimensões dos direitos fundamentais têm custos públicos, e ao evidenciar “escassez dos recursos” e a necessidade de se fazer escolhas alocativas, conclui-se que ‘levar a sério os direitos sociais significa levar á sério a escassez” e que, em razão da inexistência de suporte financeiros suficientes para a satisfação de todas as necessidade sociais, a formulação de políticas sociais e econômicas que implicam em escolhas alocativas, configuram-se como típicas opções políticas.

O financiamento da saúde é, portanto, um componente importante do conjunto de fatores que são cruciais para o cumprimento dos princípios doutrinários do SUS. Por isso os mecanismos de alocação e partilha de recursos bem como o comportamento do gasto têm sido abordados como variáveis relevantes na determinação dos rumos da política, além se serem usados como instrumentos de descentralização do processo decisório (BARROS, 2003).

Carvalho (2010) defende que o grande nó da gestão financeira do SUS está relacionado ao não cumprimento dos princípios legais, desencadeando duas vertentes conhecidas: a insuficiência de recursos e a ineficiência de seus gastos. Significando que podemos estar gastando muito ou pouco dinheiro em objetivos outros que não aqueles da obrigação legal e constitucional relacionado ao conteúdo característico do SUS.

O SUS é financiado por meio do Orçamento da Seguridade Social, que engloba a saúde, a previdência e a assistência social e, no caso da saúde, as principais fontes de recursos são a Contribuição sobre o Lucro Líquido (CSLL) e a Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins), pagas pelas empresas à União.

Após a aprovação da Emenda Constitucional n. 29, em 2000, e a sua regulamentação em 2012, por meio da LC n. 141/2012 e do Decreto n. 7.827/2012, foram definidos os percentuais de aplicação de recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde pelas três esferas de governo no SUS e o que são consideradas despesas com ações e serviços públicos de saúde para efeito de apuração desses recursos mínimos, onde os estados deveriam aplicar anualmente, no mínimo, 12% do produto da arrecadação de impostos e transferências.

O CONASS (2015) descreve a Base de Cálculo da Receita Própria para os Estados, da seguinte forma (Quadro 1): inicialmente considera o Total das Receitas de Impostos de Natureza Estadual (ICMS+ IPVA+ITCMD). Posteriormente são acrescidas as Receitas de Transferências da União: Quota-Parte do Fundo de Participação dos Estados (FPE); Quota-Parte do IPI – Exportação; Transferências da Lei Complementar n. 87/96 (Lei Kandir).

Em seguida é acrescido o Imposto de Renda Retido na Fonte (IRRF) e outras receitas correntes: Receita da Dívida Ativa Tributária de Impostos, Multas, Juros de Mora e Correção Monetária. Por fim são deduzidos as Transferências Financeiras Constitucionais e Legais aos Municípios: 25% do ICMS; 50% do IPVA; 25% do IPI - Exportação. O resultado dessa operação é o que se constitui na Receita Própria do Estado ou Base de Cálculo (CONASS, 2015).

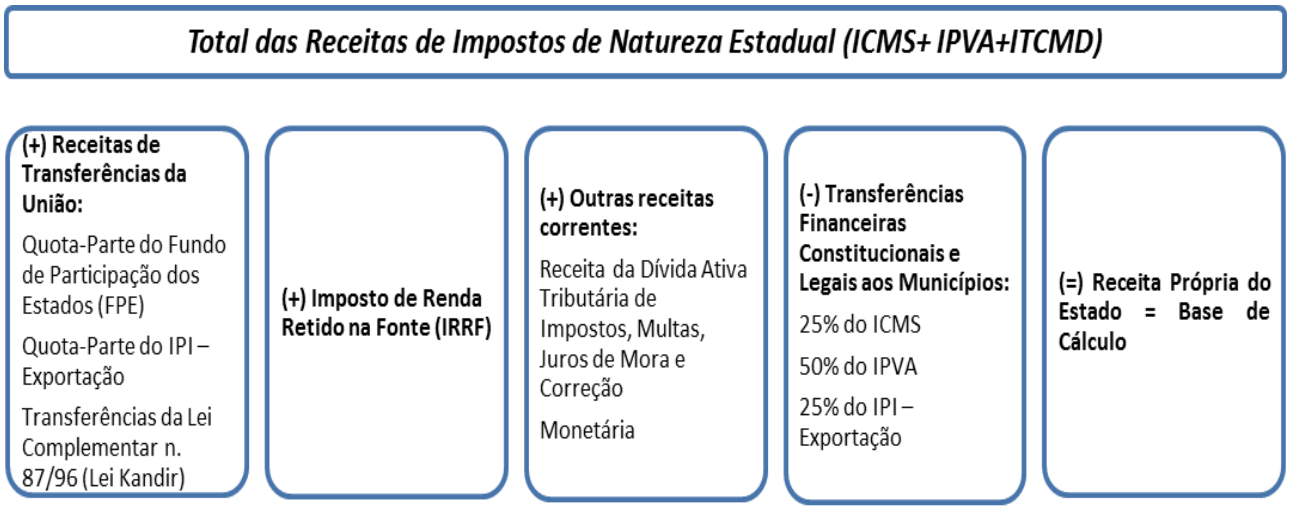


Figura 1. Base de Cálculo da Receita Própria.

Para efeito da aplicação da EC n. 29, consideram-se despesas com ações e serviços públicos de saúde aquelas com pessoal ativo e outras despesas de custeio e de capital, financiadas pelas três esferas de governo, conforme o disposto nos artigos 196 e 198, § 2º, da Constituição Federal e na Lei n. 8.080/90, relacionadas a programas finalísticos e de apoio (inclusive administrativos) que atendam, simultaneamente, os seguintes critérios: a. sejam destinadas às ações e aos serviços de acesso universal, igualitário e gratuito; b. estejam em conformidade com objetivos e metas explicitados nos Planos de Saúde de cada ente federativo; c. sejam de responsabilidade específica do setor de saúde, não se confundindo com despesas relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que com reflexos sobre as condições de saúde. Além de atender esses critérios, as despesas com ações e serviços de saúde, realizadas pelos estados, Distrito Federal e municípios deverão ser financiadas com recursos alocados por meio dos respectivos Fundos de Saúde, nos termos do art. 77, § 3º do ADCT (EC n. 29).

5.2 A relação público-privada no âmbito da saúde no Brasil

O aparelho da Administração Pública compreende a estrutura organizacional do Estado em seus três poderes sendo eles, respectivamente, o poder Executivo, o poder Legislativo e o poder Judiciário que deveriam dar conta do arcabouço jurídico e institucional, necessários à execução de políticas públicas que visam garantir os direitos da cidadania.

Com o advento da crise de financiamento do Estado, a sua capacidade de estruturar e executar projetos de infraestrutura e de serviços públicos ficou mais limitada. Por outro lado, a difusão

dos preceitos neoliberais, signatários da concepção de que o estado deve ser mínimo reforçou a ideia de que muitos dos serviços de saúde, assim como de outros setores, poderiam ser prestados pela iniciativa privada e que esta teria, inclusive, maior capacidade de gerar resultados satisfatórios.

A relação público-privada teve forte crescimento mundial nos últimos vinte anos, e no Brasil, seja na prestação de serviços por unidades privadas, seja na existência de formas privadas de financiamento, gestão e acesso a serviços de saúde é anterior ao movimento de valorização do mercado, fruto das reformas econômicas no país da década de 90. (MENICUCCI, 2010)

O alicerce norteador do sistema de saúde brasileiro é contemplado na Constituição Federal promulgada em 05 de outubro de 1988, na qual, o artigo 196, mais do que princípios constitucionais, reflete uma síntese do grande marco da defesa da vida e, simultaneamente, a responsabilização do Estado pela garantia da assistência a Saúde. Complementarmente, os artigos 197 e 198 dispõem sobre como o Estado se estrutura para cumprir o desafio de cumprir as responsabilidades de operar a Saúde:

> Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.
>
> Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado (BRASIL, 1988).

A partir da Constituição, o sistema de saúde brasileiro segue o modelo dos sistemas nacionais de saúde, tendo herdado, entretanto, um forte segmento de prestadores e de empresas de planos privados de saúde. Conforme descrição de Santos (2009) os acontecimentos das décadas de 1960 e 1970 já evidenciavam a expansão da assistência à saúde organizada por

meio do Estado e empresas empregadoras, através do asseguramento privado destinado aos seus trabalhadores e seus familiares.

A participação das entidades privadas na prestação dos serviços, apesar de ser expressamente autorizada na legislação, não pode ser concebida como uma resposta exclusiva ou prioritária, entre as alternativas de enfrentamento à crise que limita a capacidade do aparelho de o Estado prover direitos sociais (DI PIETRO, 2012). É fato que o poder público não tem condições de monopolizar a prestação direta de todos os serviços de interesse coletivo, no entanto, a delegação da gestão do interesse público para instituições privadas deve sempre ser submetida à fiscalização e supervisão rigorosa do Estado, para que não exceda na sua vocação de complementariedade.

Os arranjos público-privados vêm sofrendo transformações que se dão não apenas pelo crescimento do setor privado, como também por mudanças no formato administrativo-jurídico e de financiamento das instituições que prestam serviços de saúde e no tipo de contrato de prestação dos serviços, fazendo com que os conceitos de Público e Privado venham se modificando e se tornando cada vez mais “difusos” (SALTMAN apud SANTOS, 2003).

O campo de provisão de serviços e a gestão das instituições que prestam e organizam o sistema de saúde são formas de compreender o imbricamento dessas relações. E é exatamente a tendência de terceirização de serviços dentro da oferta pública do SUS que vem se tornando cada vez mais presente e crescente na configuração das relações entre o público e o privado, com diferentes modalidades de contratos e convênios no modelo jurídico de prestadores de serviços.

Dentro do universo das ações e serviços de saúde no Direito brasileiro, abrem-se três distintas possibilidades de prestações. Primeiro, há as ações e serviços de saúde prestados diretamente pelo Poder Público, nas três esferas da federação, por seus órgãos da Administração Direta (Secretarias de Saúde) ou pelos seus entes da Administração Indireta (autarquias, fundações, etc).

Em segundo lugar, ainda no que se pode chamar de serviços públicos de saúde, tem-se a prestação por entes não públicos (empresas privadas ou entidades do terceiro setor) por delegação e em nome do Poder Público, as quais são consideradas prestação de caráter complementar, pois, se trata de uma forma de execução pelo não estado, mas, complementando aquela parcela que cabe ao Estado.

Em terceiro lugar e, por fim, há as ações e serviços de saúde prestados pela iniciativa privada, que são definidas como ações assistenciais à saúde, assistência à saúde prestada em caráter suplementar. Neste plano, tais prestações são executadas a partir da iniciativa dos privados, em seu nome e no seu interesse (saúde suplementar) (MODESTO; CUNHA JÚNIOR, 2011).

De acordo com Modesto (2011), boa parte das Parcerias Público-Privadas (PPP) em saúde tem sido utilizada para o financiamento das necessidades de infraestrutura que não podem ser custeadas integralmente pelo Estado, dado o crescimento da complexidade e dos custos de serviços de saúde, especialmente terciários.

Existem varias formas de contratos público-privados em saúde, cabendo destacar os contratos de serviços, os contratos de construção ou de manutenção, os contratos de gestão, os contratos de locação ou leasing e os contratos híbridos, conforme detalhamento a seguir:

a) Contratos de serviços – o setor publico contrata os parceiros privados para a provisão de um determinado serviço (radiodiagnostico, laboratórios, lavanderia, catering, etc.) buscando otimizar vantagens comparativas que este parceiro apresenta (tais como o conhecimento de uma determinada tecnologia, ou processo de gestão) visando reduzir custos, aumentar a eficiência ou melhorar a qualidade do serviço;

b) Contratos de construção ou manutenção de instalações – o setor público contrata um parceiro privado para construir, renovar ou manter instalações de uma unidade de saúde, cabendo a este parceiro a gestão de todo o processo. O setor público remunera o parceiro de acordo com as clausulas contratuais estabelecidas;

c) Contratos de Gestão – o setor público transfere a autoridade de administração de um ou mais estabelecimentos de saúde para um parceiro privado, incluindo a gestão dos serviços e do pessoal, com o objetivo de aumentar a eficiência;

d) Locação – o setor público repassa a gestão de unidades ou serviços de saúde para um parceiro privado e recebe em contrapartida um aluguel pelo uso de instalações e serviços, mas, sem a desfiguração de seu objetivo inicial ou mudança de clientela a ser beneficiada pelas unidades. Neste tipo de contrato, o setor público continua sendo responsável pela conservação e manutenção da unidade;

e) Contratos híbridos – são aqueles que combinam vários elementos enunciados nos contratos acima.

As principais formas e modelos de PPP encontrados na área da saúde estão apresentados na Figura 2, são os contratos, as iniciativas de financiamento privado, as concessões, havendo ainda outras formas como as privatizações e a livre entrada. O Decreto Lei nº 200/67, que organizou a Administração Federal, veio trazer inovações na administração pública com a reforma administrativa. Porém, permitiu a contratação de empregados sem concurso público e facilitou a sobrevivência de práticas patrimonialistas.

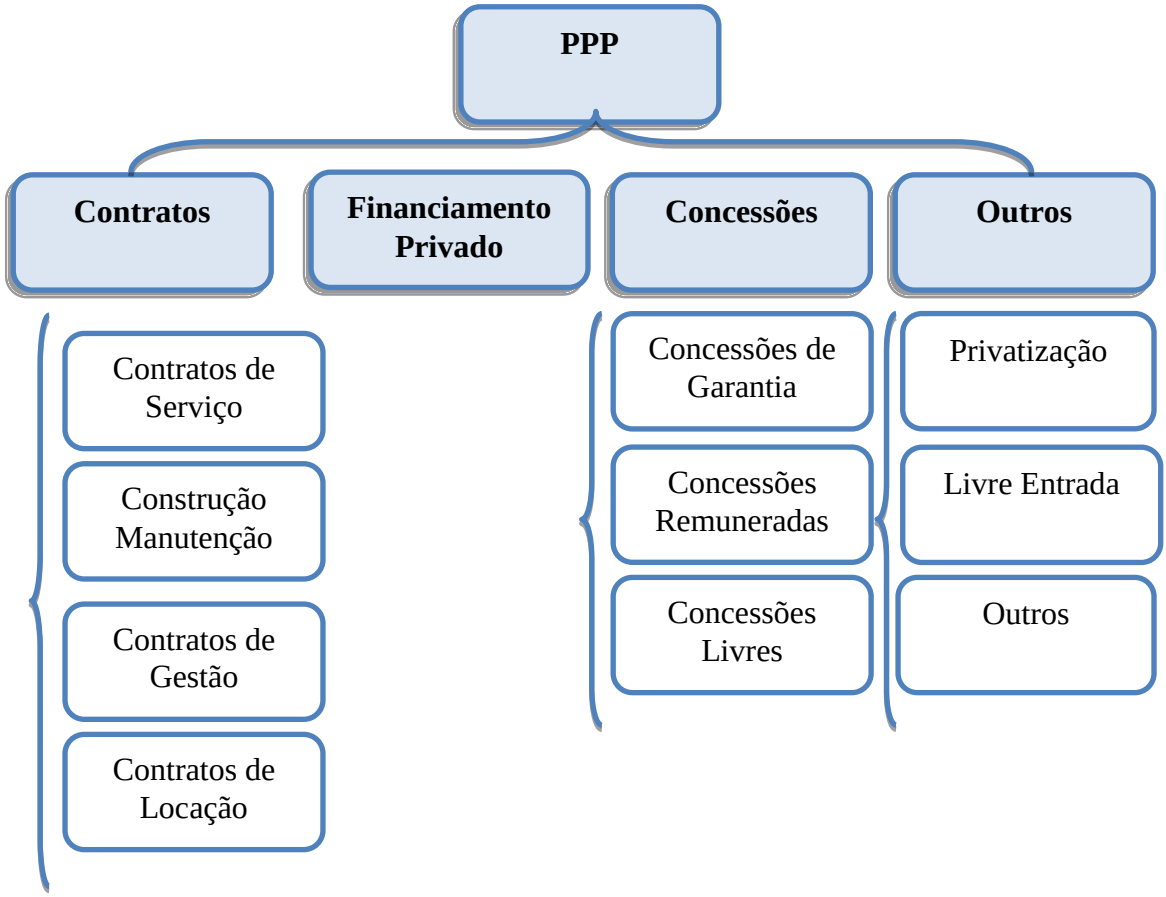


Figura 2. Principais modelos de Parcerias Público-Privadas

Com a criação da administração indireta pretendeu-se reforçar a capacidade de governo do Estado através da transição da administração pública, por muitos, considerada burocrática, rígida e ineficiente, para uma administração pública gerencial, flexível e eficiente, que teve como ponto determinante a Emenda Constitucional nº 19 de 1998.

Essa emenda ressaltou a importância da participação das entidades não governamentais na realização de políticas públicas, utilizando-se do Plano Diretor da Reforma do Estado, e incentivou o estabelecimento de alianças estratégicas entre a sociedade e o Estado através da

produção não lucrativa de bens ou serviços públicos não exclusivos do Estado, o qual permitiu a qualificação de entidades privadas como "organizações sociais", transferir-lhes a gestão de bens e serviços públicos a cargos de entidades autárquicas e fundacionais.

O princípio da distribuição de competências norteia a descentralização do poder público para a gestão por outras entidades. A Administração Direta tem como característica a prestação do serviço pelo Estado de forma que seja distribuído entre vários órgãos da mesma esfera. Ou seja: trata-se de distribuição interna de competências com o objetivo de diminuir a concentração de decisões para descongestionar os serviços. As entidades da Administração Indireta, por sua vez, são vinculadas aos órgãos da Administração Direta, com o objetivo principal de possibilitar a verificação de seus resultados e a harmonização de suas atividades administrativas com a programação do Governo.

A expressão terceiro setor chegou ao Brasil traduzido do inglês “Third sector” para que fosse diferenciado do primeiro e do segundo setor. Com efeito, é importante ressaltar que o terceiro setor não é público nem privado, mas sim uma junção destes setores com vistas a suprir as falhas do Estado e do setor privado no atendimento das necessidades da população, em uma parceria. A eficiência de sua gestão, assim como a manutenção de sua autonomia financeira e operacional é acompanhada através dos meios de controle estabelecidos em lei.

O terceiro setor é composto por entidades sem fins lucrativos que executam atividades de interesse social que, historicamente, tem grande relevância nas ações de gestão e prestação de serviços de saúde. Através da filantropia e do voluntariado, as ações do terceiro setor e as parcerias estabelecidas com o Poder Público construíram legados importantes.

> No Brasil, as Organizações Sociais foram concebidas pelo Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, sob os cuidados do Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado (MARE), chefiado pelo então Ministro Luiz Carlos Bresser Pereira. As atividades previstas no art. 1º da Lei Federal nº 9637/1998 como passíveis de execução por Organizações Sociais – ensino, pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico, proteção e preservação do meio ambiente, cultura e saúde – não se inserem no rol de serviços públicos em sentido constitucional e encontram-se livres à exploração

> privada, até porque a delegação (exploração indireta) desses aos particulares somente se opera por meio de concessão ou permissão, conforme art. 175, caput, da Constituição Federal de 1988, regulamentado pela Lei Federal nº 8.987, de 15 de fevereiro de 1995. (COSTA, 2015, p.04).

A adoção da política de Publicização é justificada pela Reforma do Estado, na medida em que transfere o exercício de atividades e serviços como educação, cultura, saúde e pesquisa científica, em tese, sem o aumento de custo, sem impacto fiscal e tributário e sem comprometer as operações já estabelecidas.

Nesta esteira, seguem concebidas as Organizações Sociais, como entidades formadas por pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, que buscam executar suas atividades por meio do cultivo à natureza social.

A Organização Social não aplica recursos financeiros próprios, assim como não tem lucros ou sobras de operação. Ela traz a possibilidade de adotar a legislação do setor privado tanto na aquisição e contratação de insumos e serviços, como para seus recursos humanos. (DI PIETRO, 2012). Considerado por uns, ganho de agilidade e qualidade nas aquisições de bens e serviços, uma vez que não se sujeita diretamente ao disposto na Lei nº 8.666/93, duramente criticada por outros, que defendem a possibilidade de irregularidades na contratação de serviços, como monopilização de mercado, superfaturamento, entre outros.

De toda forma, existem as barreiras políticas, jurídicas e culturais, conforme assevera Costa (2015):

> O modelo de organizações sociais tem encontrado resistências políticas e jurídicas, haja vista o apego tradicional à ideia de que somente o Estado pode prestar diretamente os serviços vinculados à ordem social. De todo modo, a Lei Federal nº 9.627/1998 encontra-se em vigor, não teve ainda a sua inconstitucionalidade declarada pelo

> Supremo Tribunal Federal e, o mais importante, encontra-se à disposição da Administração Pública (COSTA, 2015, p.08).

Moara (2013) afirma que a criação de OS e OSCIP, foi primeiro passo para as diversas formas de privatização que vemos no SUS nos dias atuais. E defende que é uma forma de desresponsabilizar o Estado do que é de obrigação do mesmo, privatizando o espaço público. Rezende (2008) faz diversas criticas, destacando: ações focalizadas, não participação da comunidade, nem controle social, etc.

O setor público por si só não consegue dar conta de responder ao dinâmico processo de mudanças da sociedade. Mesmo com o consenso de que a burocratização e a ineficiência do setor estatal deram espaço para as diversas modalidades de privatização, muitos autores defendem que a composição do público-privado é uma tendência que vai na contramão do fortalecimento do sistema universal de saúde.

De modo geral, têm sido utilizados para se referir à natureza jurídica das instituições responsáveis pelo atendimento das demandas e necessidades de saúde da população, seja em um sentido mais restrito, no caso em que consideram as instituições que compõe a rede de serviços, seja em sentido mais amplo, quando o foco recai sobre a natureza da organização e gestão da assistência à saúde (MENICUCCI, 2010).

Hoje o capital da saúde encontra-se diversificado, através de planos de saúde, cooperativas, convênios, onde a privatização dos serviços de saúde acabou por reduzir os direitos sociais.

Santos (2013) defende que há uma complementariedade invertida, em que o SUS estaria sendo complementar ao privado e não o inverso como previsto, visto que o montante de recursos repassados ao setor filantrópico/privado para a prestação dos serviços de saúde vem crescendo em relação ao que é destinado ao SUS (SANTOS, 2013).

5.3 Gestão do SUS no Amazonas

O Sistema Único de Saúde é por definição constitucional um sistema público, nacional e de caráter universal, baseado na concepção de saúde como direito de cidadania e nas diretrizes organizativas de: descentralização com comando único em cada esfera de governo, integralidade do atendimento e participação da comunidade (BRASIL, 2003).

O termo Gestão da Saúde refere-se à criação e utilização de meios que possibilitem concretizar os princípios de organização da política e tem como atividade e responsabilidade comandar um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional) exercendo as funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria. O conhecimento do processo de Gestão se faz necessário para melhor compreensão das ações e organização do sistema de Saúde, refletindo sobre avanços e possibilidades, bem como, sistematizando tendências e facilitando a tomada de decisão (PAIM; TEIXEIRA, 2006)

A Gestão Estadual da Saúde no Amazonas tem entre seus objetivos a implantação de uma gestão pública direcionada para resultados, orientados pelas diretrizes nacionais do SUS e pelos objetivos estratégicos do Governo do Estado, bem como a promoção da descentralização e o desenvolvimento regional da saúde, estimulando a articulação interfederativa no processo de planejamento e consolidação da regionalização da saúde (SUSAM, 2013).

A atividade da Administração Pública pode ser exercida diretamente, por meio de seus próprios órgãos (Administração Direta) ou indiretamente, por meio da transferência de atribuições a outras pessoas, físicas ou jurídicas, publicas ou privadas (Administração Indireta).

Tradicionalmente, conforme entendimento de Di Pietro (2012) apontam-se duas modalidades de descentralização administrativa: a) territorial ou geográfica; e b) por serviços, funcional ou técnica. Em todas essas modalidades, a descentralização caracteriza-se pela transferência de atribuições de uma pessoa jurídica publica (União, Estados ou Municípios) para outra pessoa jurídica.

O Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) realizou levantamento nos meses de maio a outubro de 2014, junto às Secretarias Estaduais de Saúde para identificar as alternativas jurídico-institucionais aplicadas pelos governos estaduais na prestação de serviços públicos de saúde à população.

De acordo com os dados do levantamento realizado, constata-se que o modelo de descentralização administrativa dos serviços de saúde mais utilizado pelas Secretarias Estaduais de Saúde é o autárquico, sob os formatos de autarquia administrativa, autarquia de regime especial ou fundação pública de direito público.

Foi identificado que os estados de Amazonas, São Paulo, e Minas Gerais apresentam os maiores números de entidades vinculadas, e, no Amazonas, as entidades subordinadas à Secretaria Estadual de Saúde são fundacionais: quatro de direito público e uma fundação pública de direito privado.

Porém, o Relatório de Gestão 2014 apresentou seis Fundações de Saúde vinculadas, são elas: Fundação de Vigilância em Saúde (FVS/AM), Fundação de Medicina Tropical Doutor Heitor Vieira Dourado (FMT-HVD), Fundação de Dermatologia Tropical e Venereologia Alfredo da Matta (FUAM), Fundação de Hematologia e Hemoterapia do Amazonas (FHEMOAM), Fundação Centro de Controle de Oncologia (FCECON) e a Fundação Hospital Adriano Jorge (FHAJ).

A pasta da saúde no Estado do Amazonas detém a maioria de suas unidades sob a modalidade de administração direta (45), permanecendo sob a égide da administração indireta as Fundações de Saúde (07) e Unidades gerenciadas por Organizações Sociais (03) conforme demonstrado nas Figuras 3 e 4.

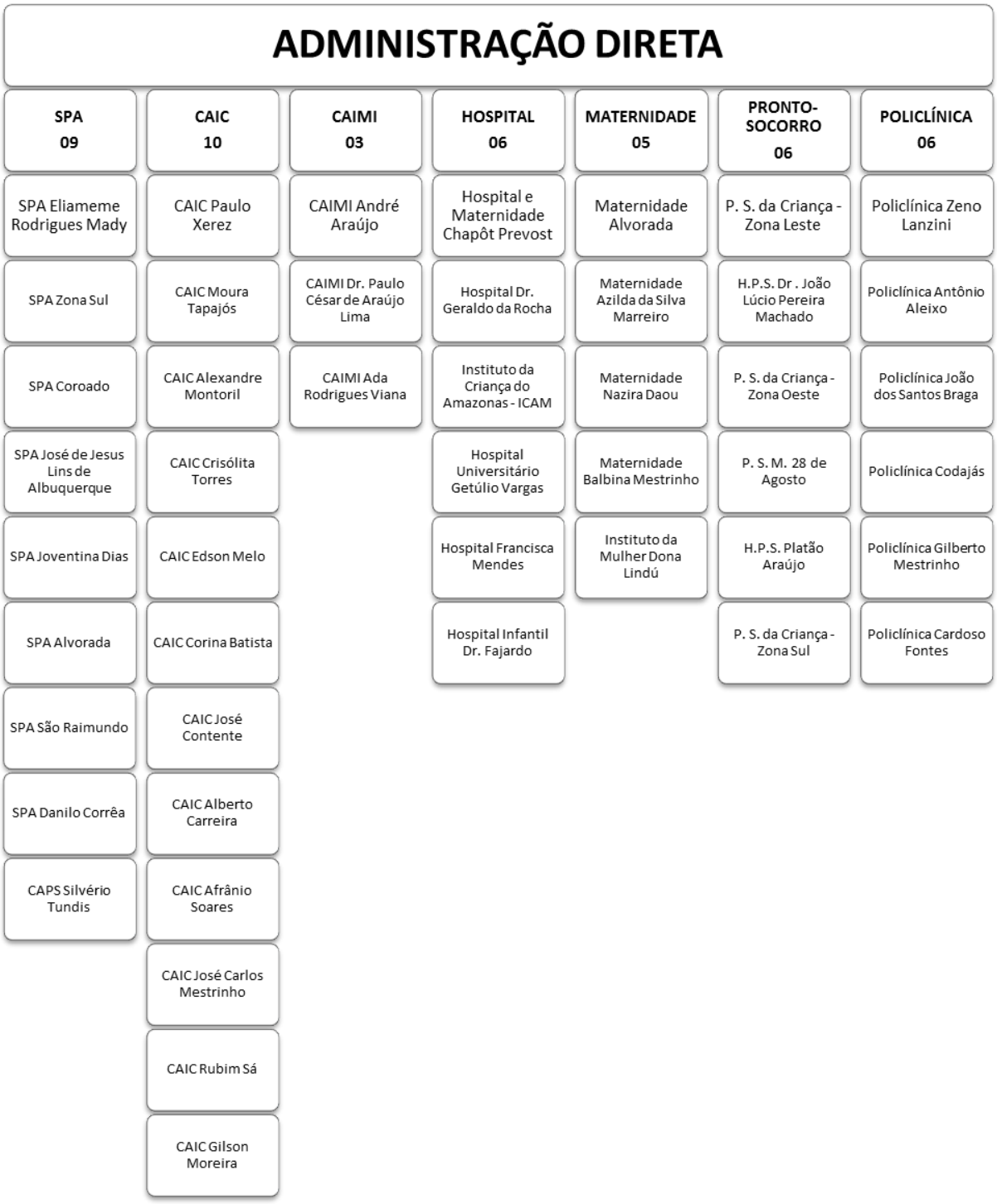


Figura 3. Unidades com Administração Direta da Saúde do Amazonas - 2016**.**

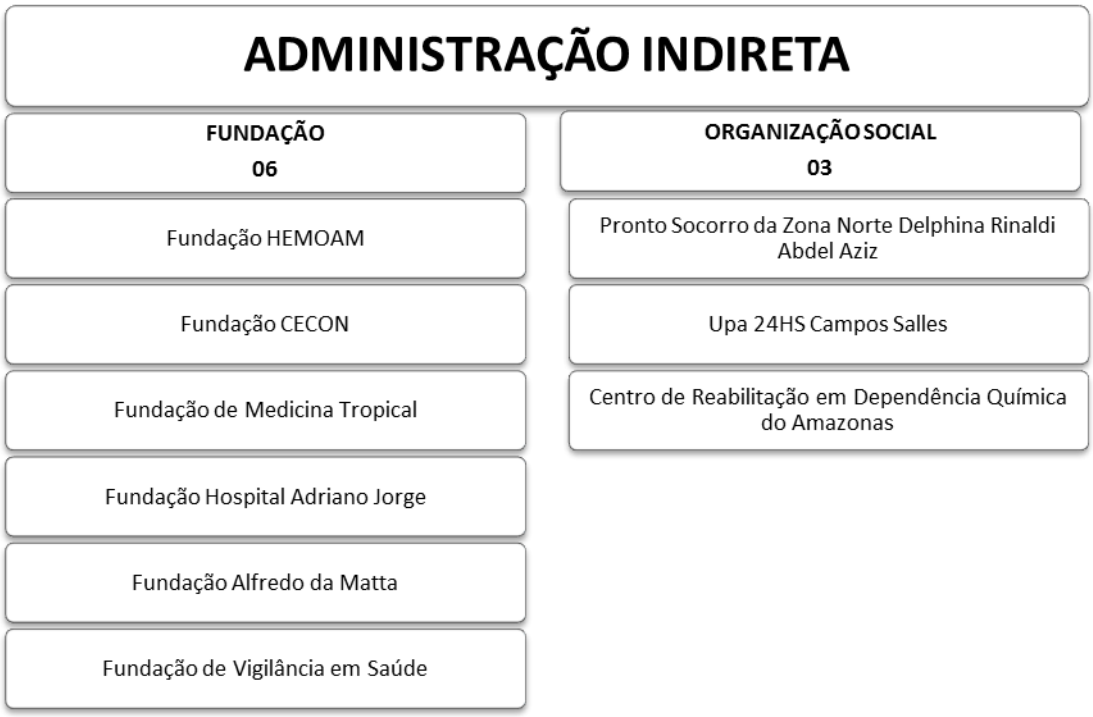


Figura 4. Unidades com Administração Indireta da Saúde do Amazonas - 2016.

5.3.1 Comportamento dos gastos com saúde no Amazonas

No ano de 2003, a SUSAM iniciou o projeto de organização do Fundo Estadual da Saúde do Amazonas - FES, com vistas ao desenvolvimento e implantação de um novo modelo de gestão da execução orçamentária, financeira e contábil, considerando os pressuposto do SUS e os avanços na descentralização de ações e serviços públicos de saúde, legislação e regulamentação vigente.

De acordo com a LOA 2015 (Tabela 5) a dotação inicial do Governo do Estado do Amazonas para setor saúde foi de R$ 15.692.583.000, cabendo aos orçamentos fiscais e da seguridade social o valor de R$ 15.458.024.000,00. Desse montante, o previsto para SUSAM, incluindo todas as fontes e os recursos diretamente arrecadados das Fundações de Saúde, totalizou R$ 2.178.177.000,00 sendo distribuídos nas despesas correntes e nas despesas de capital de todos os Programas da Saúde do Governo do Estado, representando 13,9% do orçamento do governo estadual.

Tabela 5. Dotação inicial do Governo do Estado e da Saúde - 2015.

ESPECIFICAÇÃO DA RECEITA	DOTAÇÃO INICIAL (em R$ milhão)
Governo Estadual (Fiscal, Seguridade e Investimento de Empresas)	15.692.583.000,00
Governo Estadual (Fiscal e Seguridade)	15.458.024.000,00
Saúde: Susam e Fundações de Saúde (Seguridade)	2.178.177.000,00

FONTE: LOA. Relatório de Gestão (2015).

A Emenda Constitucional 29/2000 (EC 29), ao estabelecer as regras de aplicação mínima, considerou que os estados e municípios que em 2000 já aplicavam percentuais superiores a sete por cento não poderiam reduzi-lo de imediato e que deveriam aumentar o percentual destinado a saúde, na razão mínima de um quinto ao ano, até 2003, sendo que em 2004 o percentual deveria ser, ao menos 12% para os estados e 15% para os municípios, respectivamente.

No Amazonas, os dados indicam que a participação anual de receita própria do Estado aplicada na função saúde ultrapassou o percentual exigido na legislação em todo o período de 2000 a 2015 (Figura 5), o que nos permite concluir que, nesta unidade da federação, a EC 29 não impactou no aumento de recursos próprios aplicados na saúde.

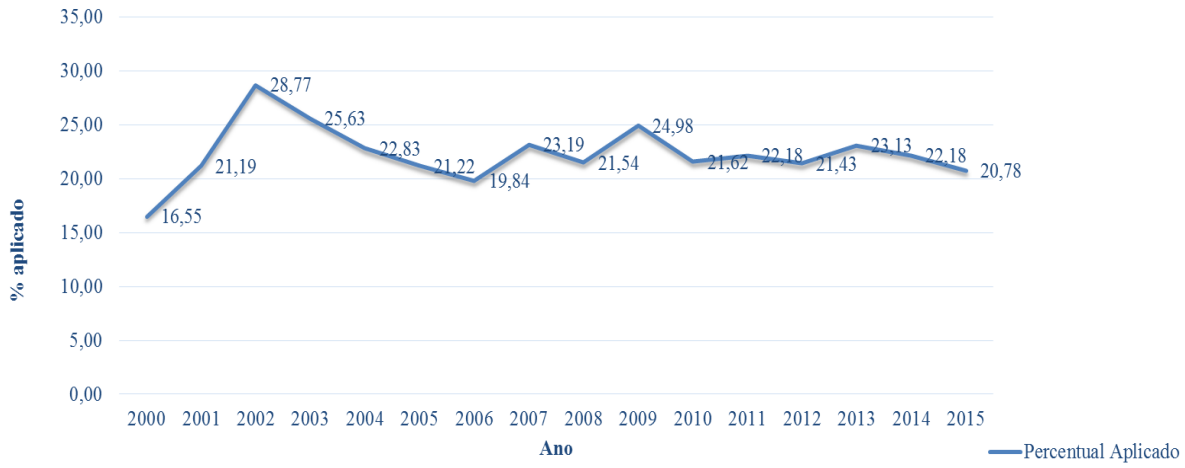
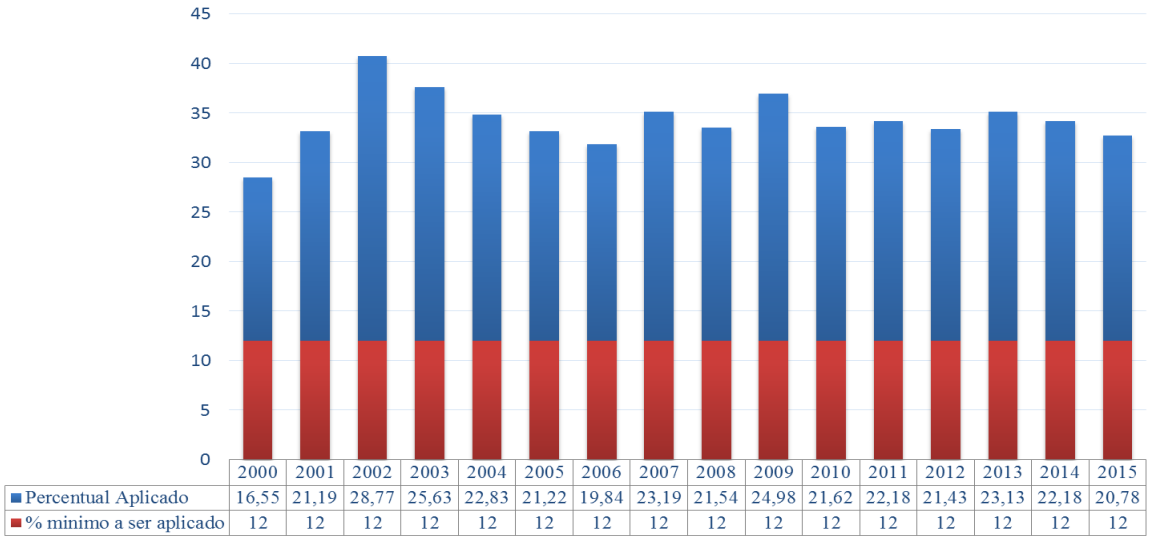


Figura 5. Gráfico com evolução da participação da receita própria aplicada em Saúde, conforme a EC 29/2000 entre os anos 2000 e 2015.

Vale ressaltar que, já no primeiro ano do período de transição estabelecido para a vigência das normas previstas na EC 29, o Amazonas destinou 16,55% da sua receita própria para a saúde,

o que representa mais que o dobro dos 7% preconizado como o mínimo exigidos dos estados e municípios.

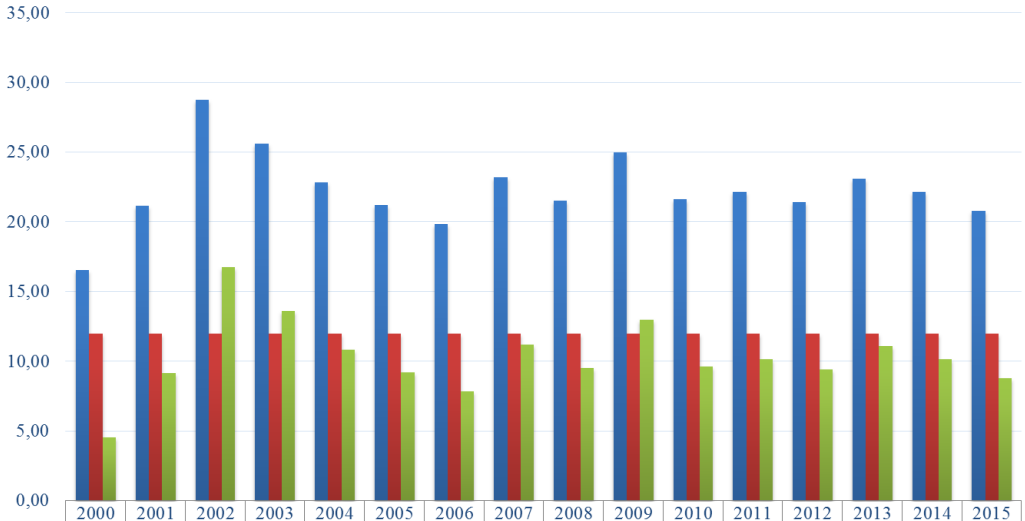
Em 2015, o estado do Amazonas obteve R$ 8,319 bilhões com a receita de impostos e transferências, aplicando desse valor R$ 1,760 bilhões na saúde, correspondentes a um percentual de 20,78%, e uma aplicação global no setor de R$ 2,635 bilhões.



	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Percentual Aplicado	16,55	21,19	28,77	25,63	22,83	21,22	19,84	23,19	21,54	24,98	21,62	22,18	21,43	23,13	22,18	20,78
% minimo a ser aplicado	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12

Figura 6. Gráfico demonstrativo de percentual aplicado em saúde de receita própria no Estado do Amazonas, comparada a percentual mínimo exigido EC 29 - 2000 a 2015.

O Amazonas tem sido um dos estados que mais aplica em despesas com saúde, considerando a sua receita própria. Nos últimos 15 anos (Figura 6), exceto os anos de 2000 e 2006, o Amazonas tem aplicado no setor um percentual sempre superior a 20% do total de recursos arrecadados em impostos e transferências, ou seja, um percentual bem acima do mínimo previsto na EC 29, que é de 12%.



	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Percentual Aplicado	16,55	21,19	28,77	25,63	22,83	21,22	19,84	23,19	21,54	24,98	21,62	22,18	21,43	23,13	22,18	20,78
% minimo a ser aplicado	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
Diferença a maior	4,55	9,19	16,77	13,63	10,83	9,22	7,84	11,19	9,54	12,98	9,62	10,18	9,43	11,13	10,18	8,78

Figura 7. Evolução de aplicação de recursos próprios com saúde no Amazonas demonstrando a diferença a maior entre 2000 e 2015.

Nos anos de 2002, 2003 e 2009 a diferença a maior aplicada em Saúde de receita própria supera o dobro do percentual mínimo exigido pela EC 29 sendo que, e em 2002, houve o maior percentual de participação do estado, considerando a série de quinze anos.

Tabela 6. Demonstrativo da execução financeira da saúde por fonte/ano, 2013-2015.

FONTE	DESPESA EMPENHADA					
	2013	%	2014	%	2015	%
Tesouro Estadual	1.906.475.907,64	79,4	1.909.518.233,71	72,7	2.060.003.894,03	78,11
Tesouro Federal / SUS	450.080.458,66	18,7	557.255.517,60	21,2	576.030.823,56	21,84
Outras Fontes	45.811.871,69	1,9	161.458.121,92	6,1	1.207.063,84	0,05
TOTAL	**2.402.368.237,99**	**100**	**2.628.231.873,23**	**100**	**2.637.241.781,43**	**100**

FONTE: SEFAZ. Relatório de Gestão (2015)

A despesa em saúde no ano de 2015 (Tabela 6) foi a importância de R$ 2.637.241.781,43, sendo 78,11% executada com recursos do Tesouro Estadual. Estes gastos referem-se à despesa empenhada, considerando também a execução dos recursos diretamente arrecadados pelas Fundações de Saúde do Estado, além da Função 10 (Saúde) em outros órgãos do governo estadual que realizam ações e serviços de saúde.

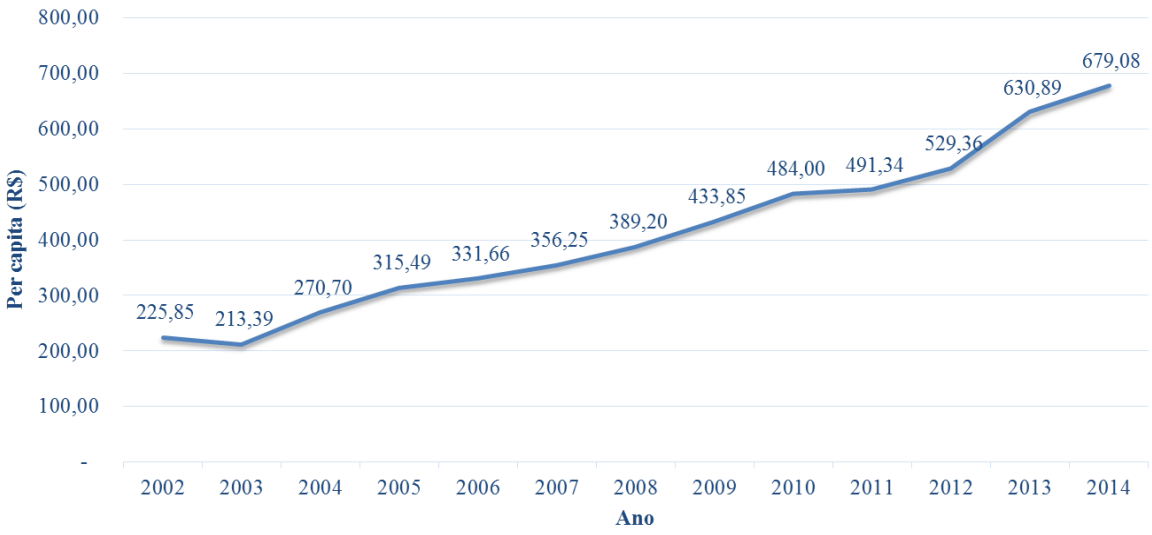
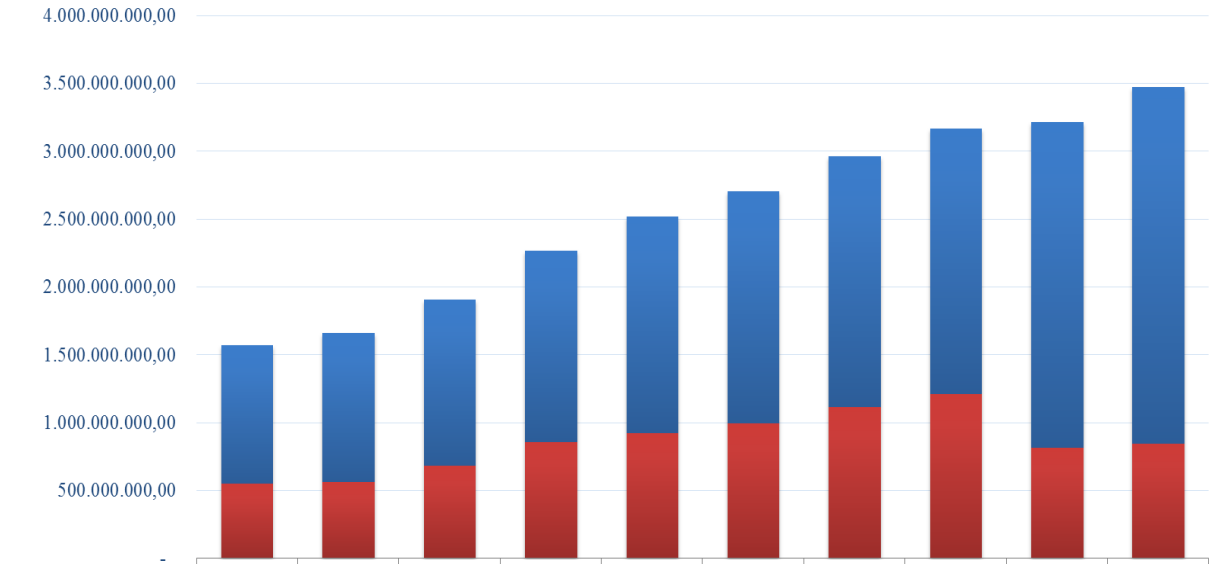


Figura 8. Despesa com saúde por habitante, sob responsabilidade da esfera estadual, Amazonas - 2002 a 2014.

O valor de dispêndio com saúde por habitante ou despesa per capita, é um indicador muito utilizado analise de despesas com saúde, admitindo comparações de aplicação de recursos entre sistemas e entes federativos. Os dados apresentados em Figura 8, nos permitem identificar o aumento nominal do gasto per capita de R$ 453,23 entre os anos de 2002 a 2014, o que representa 66,74% a mais que o primeiro ano analisado.

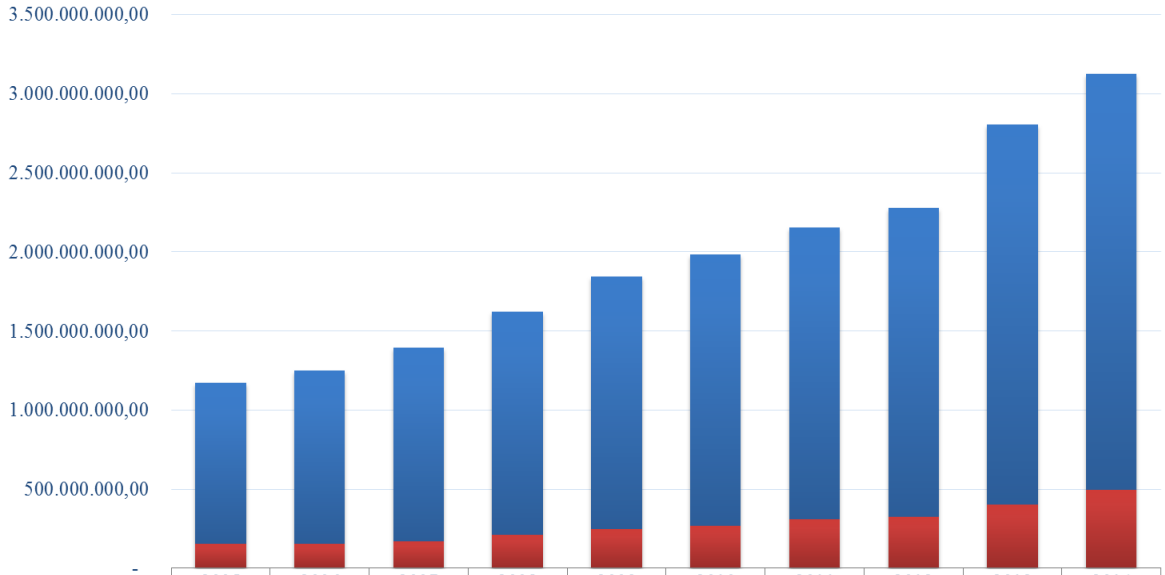


	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Gasto total com saúde	1.019.752.0	1.098.139.5	1.226.353.9	1.408.145.4	1.595.288.8	1.713.110.5	1.847.750.8	1.955.255.7	2.402.368.2	2.628.231.8
Gasto com pessoal	550.870.030	563.894.635	684.796.059	860.236.054	925.586.599	996.173.789	1.115.117.6	1.211.280.9	817.285.674	846.027.839

Figura 9. Participação na despesa com pessoal na despesa total de saúde do Amazonas - 2005 a 2014.

A participação da despesa com pessoal é responsável pela concentração de grande parte da despesa total com saúde, se mantendo acima de 50% entre os anos de 2005 e 2012, conforme demonstrado em Figura 9, e uma redução abrupta de 61,95% em 2012 para 34,02%.

Em contrapartida, observamos o aumento da participação da despesa com serviços de terceiros (Figura 10), percentual de 3,81% e nominal de R$ 344. 785.423, 09. Utilizando dados anteriores a estes, também retirados do SIOPS/MS, identificamos que no ano de 2002, esse percentual era de 6,29% o que nos faz evidenciar que as despesas com terceiros entre os anos de 2002 a 2014 tiveram um incremento de 12,73% do total de despesas com saúde.



	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Despesa total com saúde	1.019.752	1.098.139	1.226.353	1.408.145	1.595.288	1.713.110	1.847.750	1.955.255	2.402.368	2.628.231
Despesa com Pessoal	155.104.	156.045.	170.953.	213.897.	251.417.	273.069.	310.791.	327.114.	404.078.	499.889.

Figura 10. Gráfico de Participação da despesa com serviços de terceiros - pessoa jurídica na despesa com Saúde, Amazonas - 2005 a 2014.

Os dados apresentados nos permitem reconhecer que, mesmo com todas as restrições orçamentárias existentes no financiamento do SUS e a existência de retração de responsabilidades e subfinanciamento por parte da União, conforme demonstrado anteriormente, o papel do ente estadual vem sendo cumprido no que diz respeito a despesas com saúde sob sua responsabilidade.

Contudo, ao compararmos as três esferas federativas (União, Estados e Municípios) nota-se disparidades no comportamento de despesas com saúde. Barbosa (2004) relata que tão importante quanto à alocação de recursos financeiros, são a disponibilidade e redistribuição desses recursos, e que no estado do Amazonas, além da forte dependência financeira em relação às transferências federais, é possível salientar as desigualdades no financiamento, dada as diferentes capacidades de arrecadação tributária da capital comparada a municípios de pequeno porte do interior do estado.

A partir da analise de dados de receitas e gastos em saúde, com base nos indicadores selecionados (tabela 7), é possível traçar o panorama de comportamento das despesas em saúde no estado do Amazonas e compreender sua situação quando comparado com a média de despesas das demais unidades federativas.

Considerando os anos de 2010 e 2015, observamos as despesas por habitante do estado do Amazonas com valores acima da média, que apesar do aumento nominal, se mantem como o sexto estado no *ranking*[1]. A participação com despesas com pessoal teve uma considerável redução em índices percentual e posição, e as despesas com terceiros se mantiveram com percentuais próximos nos anos analisados.

As despesas com investimentos em saúde tiveram uma redução significativa, o que acompanhou a redução percentual e nominal desses investimentos do restante do país, porém passou da posição 7° para a 25° dos 27 entes analisados. Em contrapartida, ao considerarmos a participação percentual da receita própria em saúde, o estado do Amazonas se manteve na 1° posição, com o estado de maior aplicação de recursos.

Tabela 7. Indicadores de despesas com saúde do Amazonas e média UF, 2010 e 2015

Indicadores Estaduais	2010			2015		
	Amazonas	Media	*Ranking*	Amazonas	Media	*Ranking*
Despesas per capita (R$)	484,00	342,10	6º	669,46	553,70	6º
Despesas com pessoal (%)	58,15	36,42	4º	32,38	36,27	16º
Depesas com serviços de terceiros (%)	15,94	23,85	22º	15,86	24,88	18º
Despesas com investimentos (%)	7,49	6,39	7º	1	2,54	25º
Despesas com recursos próprios (%)	20,67	13,57	1º	20,78	14,54	1º

Fonte: SIOPS / DATASUS / MS (2016)

Com isso, podemos afirmar que a aplicação de recursos estaduais na saúde encontra-se acima da média nacional e não acompanha a mesma lógica de aplicação de recursos próprios e gastos per capita que a maioria dos estados brasileiros, nos levando a compreender que, embora os recursos não sejam suficientes e definitivos, a ideia de subfinanciamento estadual não acontece em nosso sistema de saúde.

[1] Para efeito de comparação, utilizou-se a classificação ordenada dos 26 estados e distrito federal conforme participação nas despesas em saúde dos indicadores estaduais selecionados.

5.3.2 Relação entre os setores público e privado na prestação de serviços de saúde no Amazonas

O sistema de saúde do Brasil é pluralista tanto em termos das modalidades de atenção à saúde quanto das fontes de financiamento. Embora mais de 90% da população seja usuária de algum serviço do SUS, apenas 28,6% utilizam exclusivamente o sistema público. A maioria dos brasileiros (61,5%) utiliza o SUS e outras modalidades (plano de saúde, pagamento direto) (CONASS, 2003).

Ao limitar a reforma ao setor público e garantir liberdade à iniciativa privada, interferindo apenas no privado quando prestando serviços sob responsabilidade estatal, a Constituição consagrou a dualidade do sistema de atenção à saúde no Brasil, composto por um segmento público e outro privado (MENICUCCI, 2010).

Embora a privatização do SUS tenha sido colocada como objeto de reforma constitucional, não viabilizada, foram as restrições orçamentárias da década de 90 que tiveram maior peso na indução do crescimento do mercado privado, pois, tornou-se importante não apenas para prestar atendimento a parcela expressiva da população, mas, também no sentido de reduzir a demanda do SUS (ANDREAZIL, 2013).

Debater sobre o *mix* público-privado se faz necessário a fim de entender onde, em quê e de que maneira o setor privado se faz presente no sistema de saúde e qual sua interface com o sistema público.

Segundo a Pesquisa AMS/IBGE de 2005, a grande parte dos estabelecimentos com internação, dos leitos e das unidades de serviço de apoio à diagnose e terapia do país são privados (respectivamente 62%, 66% e 92%), enquanto a maioria das unidades ambulatoriais é pública (75%). Em que pese à natureza privada do prestador da assistência hospitalar, a mesma pesquisa mostra que a provisão desses serviços se destina predominantemente ao setor público. Assim, o SUS utiliza os hospitais próprios e também contrata e convenia hospitais privados para a prestação dos seus serviços, sendo que são contratados ou conveniados ao SUS 69% dos hospitais privados e 65% dos leitos privados existentes no país à época da pesquisa.

No estado do Amazonas, a provisão de serviços se saúde se dá em sua maioria através da oferta pública através da rede estadual, responsável por grande parte dos estabelecimentos,

visto que existe enorme desproporção na oferta de serviços. Barbosa (2004) relata que grande parte dos estabelecimentos de saúde está concentrada na capital, Manaus, onde o SUS está constituído por serviços públicos, privados e filantrópicos, mas com predomínio de estabelecimentos públicos. (BARBOSA, 2004).

Tabela 8. Estabelecimento de saúde no Amazonas por natureza jurídica – 2015.

NATUREZA JURÍDICA (GERÊNCIA)	TOTAL
Privada	105
Outros (Público)	38
Federal	110
Estadual	141
Municipal	926
Total	1.320

Fonte: CNES/ DATASUS/MS (2015)

Na caracterização do Sistema de Saúde no Amazonas, dos 1.320 estabelecimentos da rede física dos cadastrada no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), apenas 105 são privados o que representa 7,95% do total de estabelecimentos existentes. A esfera estadual tem 110 estabelecimentos subordinados, a esfera estadual 144, esfera municipal 926 e 38 na categoria de Outros (em exercício de interesse Público como Fundações de Saúde e Os).

Os leitos de internação totalizaram 5.570 (excluindo leitos de UTI e Unidade Intermediária), sendo 4.687 leitos SUS. Considerando o indicador número de leitos hospitalares (SUS) por 1.000 habitantes, o Amazonas contou com 1,46 leitos hospitalares (SUS e Não SUS) e com 1,23 leitos hospitalares (SUS) para cada grupo de 1.000 habitantes (SUSAM, 2014). E, apesar desse indicador ser menor que a média Brasil de 2,36 leitos hospitalares para cada grupo de 1.000 habitantes, é evidente a desproporção da rede física de saúde pública e privada no estado.

Fato que nos leva a afirmar que a estrutura do privado é irrisória quando comparado à pública no Amazonas, onde o sistema de saúde é essencialmente público na oferta de serviços, porém coexiste um enorme leque de serviços terceirizados, caracterizado por alguns autores como

privatização por dentro do SUS ou mercantilização da saúde. E ao aprofundarmos a compreensão da real dimensão desses arranjos, identificamos que os gestores locais foram extremamente criativos em adotar o *mix* público-privado dentro do sistema de saúde.

São inúmeras as formas de imbricamento público-privado no Sistema de Saúde. Entretanto, utilizando a característica de prestação de prestação de serviços, Santos (2009) identifica quatro formas principais: Oferta de serviços pelo SUS em unidades e hospitais privados complementares (que podem ser conveniados e contratados); seguros privados de saúde – conhecidos por setor suplementar – fornecem serviços de saúde produzidos por hospitais, clínicas e laboratórios privados que são contratados, credenciados, ressarcidos por operadoras privadas; Pagamento direto a prestadores privados de serviços de saúde por empresas e indivíduos; e Venda dos serviços para o setor privado através de fundações criadas ou contratadas para gerenciar serviços desses hospitais (SANTOS, 2009).

Acrescento três formas principais de arranjo privado dentro da oferta pública: o gerenciamento de unidades de saúde através de entidades de administração indireta (Fundação Pública) e terceiro setor (Organizações Sociais); a terceirização de serviços em atividades meio e finalísticas; e as Parcerias Público-Privadas.

Nogueira (2010) destaca que a falta de autonomia na gestão de recursos humanos e materiais é repetidamente referida como um fator principal que, no âmbito do SUS, dificulta a prestação de serviços de saúde com agilidade e qualidade (NOGUEIRA, 2010).

As unidades assistenciais vinculadas à administração pública direta enfrentam inúmeros problemas criados pela falta de autonomia orçamentária, financeira e administrativa, que acaba por comprometer sua efetividade. Trazendo, portanto, a situação atual das novas modalidades de gerência, defendidas como possível solução de falta de autonomia, pelos adeptos da administração indireta.

Aceitáveis por alguns, que defendem a necessidade de desconcentração e governança local a fim de aumentar a eficiência da gestão e conseguir fazer mais com a mesma quantidade de recursos, desde que não correspondam a uma retração das responsabilidades e funções do Estado do ponto de vista do financiamento, da elaboração de políticas públicas de saúde e condução do sistema de saúde, dentro dos princípios constitucionais do SUS.

No relatório *Investindo em Saúde* (1993), realizado pelo Banco Mundial, o Estado foi identificado como migrando do papel de produtor para comprador de bens e serviços produzidos e executados para outros provedores públicos e privados, sendo enfatizada a necessidade de investir na melhoria de capacidade de coordenação e regulação do Estado para o desempenho dessas novas funções.

Tem se concretizado a tendência a utilização do fundo público da saúde a serviço do setor filantrópico/privado, caracterizando-se como um processo de privatização do SUS. Nota-se um crescimento do montante de recursos repassados a este setor para a prestação de serviços de saúde (MOARA, 2013).

Esse segmento de mercado cresceu e experimentou grande diversificação nas modalidades empresariais, indicando um forte movimento de disputa pela clientela, que se expressou em segmentação do mercado, com grande variação na extensão e na qualidade da atenção ofertada (BAHIA, 2001).

Hoje o capital da saúde encontra-se diversificado, através de planos de saúde, cooperativas, convênios, onde a privatização dos serviços de saúde acabou por reduzir os direitos sociais. Portanto, faz-se necessário o estabelecimento de regras claras e eficientes, visto que se apresenta como um desafio a ser enfrentado pelos gestores do SUS, vinculado à melhoria da gestão e à eficiência dos serviços oferecidos.

Modelos tradicionais de investimento do setor publico se destaca pela dificuldade de alocação de volume de recursos para inestimento e falta de agilidade nos processos licitatorios. O maior desafio do poder publico é a absoluta falta de tradição na avaliação e controle de resultados. Reafirmando a visão de que a verdadeira defesa do SUS é garantir que ele funcione 100%. (MONTONE, 2011).

Tabela 9. Demonstrativo da execução financeira por unidade gestora - 2015.

UNIDADE GESTORA	DESPESA EMPENHADA	%
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE – SUSAM	1.464.457.564,26	55,53
CENTRO PSIQUIÁTRICO EDUARDO RIBEIRO	1.368.562,73	0,05
POLICLÍNICA GOVERNADOR GILBERTO MESTRINHO	6.637.848,05	0,25
POLICLÍNICA PAM CODAJAS	10.136.168,76	0,38
HOSPITAL GERAL DR. GERALDO DA ROCHA	2.098.213,00	0,08
HOSPITAL DE ISOLAMENTO CHAPOT PREVOST	7.340.731,17	0,28
PRONTO SOCORRO 28 DE AGOSTO	62.828.397,79	2,38
INSTITUTO DE SAÚDE DA CRIANÇA DO AMAZONAS – ICAM	10.911.717,82	0,41
PRONTO SOCORRO DA CRIANÇA ZONA SUL – PSCZS	13.540.969,90	0,51
MATERNIDADE BALBINA MESTRINHO	12.046.584,59	0,46
HOSPITAL E PRONTO SOCORRO DR. JOÃO LÚCIO P. MACHADO	50.465.591,59	1,91
HOSPITAL E PRONTO SOCORRO DA CRIANÇA ZONA OESTE	10.881.131,73	0,41
MATERNIDADE DE REF. DA ZONA LESTE DE MANAUS ANA BRAGA	16.731.709,28	0,63
HOSPITAL E PRONTO SOCORRO DA CRIANÇA ZONA LESTE	4.141.854,07	0,16
POLICLINICA ZENO LANZINE	749.251,95	0,03
POLICLINICA JOÃO DOS SANTOS BRAGA	332.231,65	0,01
MATERNIDADE DONA NAZIRA DAOU – CAMI II	2.854.057,04	0,11
MATERNIDADE AZILDA MARREIRO	4.141.350,41	0,16
MATERNIDADE ALVORADA – CAMI I	3.126.614,70	0,12
SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO COROADO	2.786.488,43	0,11
SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO DR. JOSÉ LINS DE ALBUQ.	2.241.189,92	0,08
SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO DR. ARIST. PLATÃO DE ARAÚJO	31.869.140,08	1,21
SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO ELIAMEME RODRIGUES MADY	3.828.091,59	0,15
SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO ZONA SUL	1.712.390,83	0,06
SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO ALVORADA	1.804.442,89	0,07
SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO JOVENTINA DIAS	1.924.937,99	0,07
CENTRAL DE MEDICAMENTOS DO AMAZONAS – CEMA	159.899.414,87	6,06
SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO SÃO RAIMUNDO	2.272.347,12	0,09
SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO DANILO CORREA	3.659.320,07	0,14
INSTITUTO DA MULHER	8.663.979,80	0,33
POLICLINICA ANTONIO ALEIXO	630.476,64	0,02
FUNDAÇÃO CENTRO DE CONTROLE DE ONCOLOGIA – FCECON	77.273.003,58	2,93
FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO AMAZONAS – FHEMOAM	52.136.358,65	1,98
FUNDAÇÃO DE DERMATOLOGIA TROPICAL E VENEREOLOGIA ALFREDO DA MATTA – FUAM	20.165.856,55	0,76
FUNDAÇÃO DE MEDICINA TROPICAL DOUTOR HEITOR VIEIRA DOURADO - FMT-HVD	72.894.786,94	2,76
FUNDAÇÃO HOSPITAL ADRIANO JORGE – FHAJ	76.703.193,68	2,91
FUNDAÇÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO EST. AMAZONAS – FVS/AM	104.699.964,63	3,97
FUNDAÇÃO HOSPITAL DO CORAÇÃO FRANCISCA MENDES – FHCFM	-	0,00
FUNDO ESTADUAL DE SAUDE – FES	325.279.613,10	12,33
UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS – UEA	782.278,07	0,03
SECRETARIA DE ESTADO DE PLANEJAMENTO – SEPLAN	53.208,80	0,00
CENTRO DE EDUCAÇÃO TECNOLÓGICA DO AMAZONAS – CETAM	1.170.746,71	0,04
TOTAL	**2.637.241.781,43**	**100,00**

Conforme o Relatório de Gestão/SUSAM (2015), a execução financeira da saúde no exercício de 2015 abrangeu 42 unidades gestoras, compreendendo a sede da SUSAM, as 30 unidades assistenciais, as 06 Fundações de Saúde, além do Fundo Estadual de Saúde (FES), e de outros três órgãos do governo do estado.

A partir dos dados descritos em tabela 10, podemos identificar que a maior ordenadora de despesas é a Secretaria de Estado da Saúde, com o 55,53% de participação nas despesas empenhas em 2015 na Função Saúde, e, somadas às despesas das 06 Fundações de Saúde e

Fundo Estadual de Saúde, observamos que são responsáveis por 83,18% do total das despesas empenhadas. Portanto, unidades com os maiores volumes de recursos na saúde estadual.

Um ponto relevante descrito é sobre a Fundação Hospital do Coração Francisca Mendes (FHCFM), que apesar de ter sido criada por lei, ainda não foi operacionalizada pela Administração Pública, haja vista a não constituição de estrutura organizacional e o não funcionando como unidade orçamentária até o momento. Permanecendo a administração deste Hospital sob a égide do contrato firmado entre SUSAM, Fundação Universidade do Amazonas (FUA) e a Fundação de Apoio Institucional Rio Solimões (UNISOL) sendo sua execução financeira realizada pelas unidades gestoras: SUSAM e FES.

Tabela 10. Despesa com contratos da secretaria de Estado de Saúde por natureza de contratação.

NATUREZA DE CONTRATAÇÃO	2010 (em R$ milhão)	2015 (em R$ milhão)
FORNECIMENTO DE BENS	3.013.055,28	64.651,20
PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS	346.541.119,91	887.533.038,97
LOCAÇÃO	1.851.487,88	70.370.824,52
OBRAS	35.613.467,87	
TOTAL	387.019.130,94	957.968.514,69

Fonte: Portal da Transparência. SEFAZ/2016

Os valores das despesas com contratos por natureza de contratação (Tabela 10) da Secretaria de Estado da Saúde, unidade orçamentária responsável por concentrar 55,53% conforme relatado anteriormente. Nota-se que o valor global dessas despesas sofreram aumento de 42,45%, referente a R$ 570.949.383,75 a maior entre os anos de 2010 e 2015, sendo os contratos com prestação de serviços (43,83%) e contratos com locação (94,87%) em 2015 os índices mais relevantes, e a redução drástica de despesas com fornecimento de bens com índice negativo de 95,00%.

A análise dos contratos realizados entre a esfera pública e privada é uma forma de identificar tipologias de arranjos e terceirização de serviços existentes, assim como evidenciar o volume de dispêndio na saúde a partir das estratégias de mercantilização adotadas.

Como dados de análise para explorar o panorama da natureza de contratação de serviços na saúde, optou-se por utilizar os contratos da Secretaria de Estado da Saúde (SUSAM) e Fundo Estadual (FES), visto que são as unidades orçamentárias detentoras do maior volume de recursos, responsabilidade e serviços contratados na esfera estadual.

Adotando como categoria de análise o tipo de Atividade, segmentada em atividade meio e fim, considerou-se como atividade-meio aquela que não é inerente ao objetivo principal da instituição, apesar de necessária, instituída como serviço não essencial; e, como atividade-fim, aquela que caracteriza o objetivo principal da instituição, aqui considerado como todo e qualquer serviço ofertado diretamente ao usuário do sistema, no patamar de assistência à saúde.

Podemos identificar uma diversidade de entidades jurídicas e finalidades contratuais existentes na execução de serviços. No demonstrativo resumido de contratos do Fundo estadual de saúde (Tabela 11) identificamos 89 contratos, sendo 30 como termo de contrato (contrato primitivo) e sua maioria, 59 em termo aditivo, destes, 5 foram analisados com especial atenção por estarem com mais de 13° termos aditivados. O percentual de contratos com objetivo de atividade finalística é de 66,49%, com dispêndio de R$ 101.999.145,03.

Tabela 11. Demonstrativo de Contratos do Fundo Estadual de Saúde (FES) por tipo e atividade - 2015.

TIPO DE CONTRATO	ATIVIDADE	QUANTIDADE	VALOR (R$)	%
1 - Termo de Contrato	Meio	6	50.913.636,60	33,19
	Fim	24	24.311.498,16	15,85
2 - Termo Aditivo ao Contrato	Meio	32	504.529,00	0,33
	Fim	27	77.687.646,87	50,64
TOTAL		**89**	**153.417.310,63**	**100,00**

Fonte: SGC / TCE (2016)

Os contratos da Secretaria de Estado da Saúde (Tabela 12) totalizam o valor de R$ 559.827.844,68, sendo 78% desse valor referente a contratos com atividade fim e 71,27% do número total de contratos com termos aditivados.

Tabela 12. Demonstrativo de contratos da Secretaria de Estado da Saúde (SUSAM) por tipo e atividade - 2015.

TIPO DE CONTRATO	ATIVIDADE	QUANTIDADE	VALOR (R$)	%
1 - Termo de Contrato	Meio	9	6.120.578,80	1,09
	Fim	19	154.727.437,11	27,64
2 - Termo Aditivo ao Contrato	Meio	119	112.276.121,75	20,06
	Fim	86	286.703.707,02	51,21
3 - Termo de Recisão	Meio	2	-	0,00
	Fim	0	-	0,00
TOTAL		**235**	**559.827.844,68**	**100,00**

Fonte: SGC / TCE (2016)

Os mais variados objetos podem ser identificados na contratação de serviços: serviços de segurança, alimentação, locação de equipamentos e transportes, consultoria, lavanderia, limpeza, contratação de pessoal, esterilização de materiais, manutenção preventiva e corretiva; e na categoria de atividade finalística podemos citar contratação de equipe multiprofissional da saúde, procedimentos clínicos e cirúrgicos, serviços diagnósticos especializados, consultas ambulatórias, etc.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo nos permitiu traçar um panorama geral sobre a situação do sistema de Saúde do Estado, considerando a gestão e o problema do financiamento. O estado do Amazonas tem uma realidade diferenciada em relação às outras unidades da federação, visto que evidenciamos investimento alto na área da saúde, com o valor per capita acima da média nacional.

As dificuldades de funcionamento existentes no sistema de saúde decorrem principalmente do modelo de gestão adotado, havendo uma realidade singular e variedade nas tipologias de arranjos público-privado dentro da oferta pública, com a coexistência de empresas privadas na terceirização de serviços (atividades meio e fim), gerenciamento de unidades de saúde através de administração indireta (Fundações e Organizações Sociais), Parceria Público-Privada, entre outros, incorporando a tendência de expansão e diversidade dessas modalidades, assim como o aumento de dispêndios de saúde nesse segmento.

É fato que o poder público não tem condições de monopolizar a prestação direta de todos os serviços de interesse coletivo, no entanto, a delegação da gestão do interesse público para instituições privadas deve sempre ser submetida à fiscalização e supervisão rigorosa do Estado, para que não exceda na sua vocação de complementariedade.

A presente investigação, preliminar e exploratória, vislumbra o inicio de caminhos e discussões acerca de um tema pouco estudado, contribuindo com a metodologia e permitido a adoção de novas perspectivas de análise, sem, portanto ter tido a necessária abrangência, limitando generalizações tão amplas sobre a realidade do estado.

O debate sobre os limites destas parcerias, a forma adequada de sua instituição e funcionamento, bem como sobre os resultados sociais das diversas iniciativas no campo da saúde pública e economia da saúde ainda demanda tratamento abrangente. É possível e necessário, o estabelecimento de novos objetos e aplicação de metodologias que permitam a avaliação da eficiência e efetividade do sistema considerando o uso racional dos recursos.

7. REFERÊNCIAS

BAHIA, Lígia. **A privatização no sistema de saúde brasileiro nos anos 2000: tendências e justificação.** In: SANTOS, Nelson Rodrigues dos Santos; AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho (Org.). Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde/ – Rio de Janeiro: Cebes, 2010. 324p.

BARBOSA, Maria Artemisa. **Desigualdades Regionais e Sistema de Saúde no Amazonas: O caso de Manaus.** Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), Universidade Federal do Amazonas / Instituto de Pesquisa Leônidas e Maria Deane. Manaus, 2004. 109 p.

BARBOSA, Nelson Bezerra; ELIAS; Paulo Eduardo M. **As organizações sociais de saúde como forma de gestão público/privado.** Ciência & Saúde Coletiva, v.15, n.5, p. 2483-2495, 2010. Disponível em: http://www.scielosp.org/pdf/csc/v15n5/v15n5a23.pdf. Acesso em 15 de Janeiro de 2015.

BARROS, Elizabeth. **Financiamento do sistema de saúde no brasil: marco legal e comportamento do gasto**. In: OPAS. Organização Pan-americana da Saúde. Série Técnica do Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde. BARROS, Elizabeth. **Financiamento do Sistema de Saúde do Brasil: Marco legal e comportamento do Gasto**. v. 4 – Brasília, 2002.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. **Emenda Constitucional n. 29**, de 13 de setembro de 2.000. 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. Brasília: Presidência da República, 2000.

_____. **Emenda Constitucional n. 86**, de 17 de março de 2015. Altera os Arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica. Brasília: Presidência da República, 2015.

_____. **Lei Complementar n. 141**, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3° 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 aspectos 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. Brasília: Presidência da República, 2012.

_____. **Lei 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde correspondentes e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 1990.

_____.**Lei 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 1990.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **O Financiamento da Saúde** – v. 2, Brasília : CONASS, 2011. 124p.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **O Financiamento da Saúde** (Atualização) – v.2, Brasília : CONASS, 2011.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Gestão do SUS**. – Brasília: CONASS, 2015. 133 p.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Alternativas de Gerência de Unidades Públicas de Saúde**. – Brasília: CONASS, 2015. 157 p.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Gestão Financeira Administrativa e Financeira do SUS** / Atualização. – v. 2, Brasília: CONASS, 2015. 157 p.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Lei nº 141/2012 e os Fundos de Saúde** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde – Brasília: CONASS, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Saúde no Brasil: contribuições para a Agenda de Prioridades de Pesquisa. **A Gestão do Sistema de Sistema único de Saúde: características e tendências**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____.Ministério da Saúde. **Projeto Economia da Saúde – PES : Reforçando Sistemas de Saúde para reduzir desigualdades**. **(2002-2005) Relatório de Atividades**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

CARVALHO, Gilson de Cassia Marques de. **O Financiamento Público Federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001**.São Paulo: USP, 2002. Tese (Doutorado em Saúde Pública), Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2002.

CARTA MENSAL / Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo. **A questão da Saúde no Brasil: Uma visão crítica**. – v. 1, n. 1 (1995) – Rio de Janeiro: CNC,1955 – 92p.

DI PIETRO, Maria Silvya Zanella. Parcerias na administração pública: concessão, permissão, franquia, terceirização, parceria público-privada e outras formas. – 9 ed. – São Paulo: Atlas, 2012.

ELIAS; Paulo Eduardo M**. PAS: Um Perfil Neoliberal de Gestão de Sistema Público de Saúde. Estudos Avançados**. v. 13, n. 35, 1999. Disponível em: http://www.cedec.org.br/publicacoes.asp. Acesso em: 22 de Janeiro de 2015.

HEIMANN, Luiza Sterman; IBANHES, Lauro César (Org.). **O público e o privado na saúde**. São Paulo: Editora Hucitec, 2005.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. PIOLA, Sérgio F; et al. Texto para discussão **Financiamento Público da Saúde: Uma história à procura de rumo**. Brasília : Rio de Janeiro: Ipea , 1990.

NOGUEIRA, Roberto Passos. **O desenvolvimento federativo do sus e as novas modalidades institucionais de gerência das unidades assistenciais**. In: SANTOS, Nelson

Rodrigues dos Santos; AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho (Org.). Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde/ – Rio de Janeiro: Cebes, 2010. 324p.

MARQUES, Rosa Maria; MENDES, Áquilas. **O Financiamento da Atenção à Saúde no Brasil**. Pesquisa & Debate. v. 12, n.1, p. 65-91, São Paulo, 2001.

MOARA, Monteiro Sant' Helena; et al. **Da reforma sanitária às privatizações: discutindo a saúde pública brasileira.** Congresso Catarinense de Assistentes Sociais, 2013. Disponível em: http://cress-sc.org.br/wp-content/uploads/2014/03. Acesso em Julho, 2016.

MODESTO, Paulo; CUNHA JUNIOR, Luiz Arnaldo Pereira da (Coord.). **Terceiro Setor e Parceiras na área da saúde.** Belo Horizonte: Fórum, 2011. 283 P.

MODESTO, Paulo. O Direito Aministrativo no Terceiro Setor. In: MODESTO, Paulo; CUNHA JUNIOR, Luiz Arnaldo Pereira da (Coord.). **Terceiro Setor e Parceiras na área da saúde.** Belo Horizonte: Fórum, 2011.

MENDES, Gilmar. O Direito à Saúde na Constituição de 1988. In: MODESTO, Paulo; CUNHA JUNIOR, Luiz Arnaldo Pereira da (Coord.). **Terceiro Setor e Parceiras na área da saúde.** Belo Horizonte: Fórum, 2011.

MONTONE, Januário. As Parceria Público Privadas na área da Saúde ... In: MODESTO, Paulo; CUNHA JUNIOR, Luiz Arnaldo Pereira da (Coord.). **Terceiro Setor e Parceiras na área da saúde.** Belo Horizonte: Fórum, 2011.

OPAS. Organização Pan-americana da Saúde. Série Técnica do Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde. BARROS, Elizabeth. **Financiamento do Sistema de Saúde do Brasil: Marco legal e comportamento do Gasto**. v. 4 – Brasília, 2002.

OPAS. Organização Pan-americana de Saúde. **Financiamento público de saúde / Ministério da Saúde. Série Ecos – Economia da Saúde para a Gestão do SUS** – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.

PAIM. Jarnilson; et al. **O sistema de saude brasileiro: historia, avancos e desafios**.The Lancet. Saúde no Brasil. [on line] 2011. Disponível em: http://www.abc.org.br/IMG/pdf/doc-574.pdf.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. **SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas**. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2013, vol.18, n.1, p. 273-280.

SANTOS, Isabela Soares**. O mix público-privado no sistema de saúde brasileiro: elementos para a regulação da cobertura duplicada**. Tese (Doutorado em Saúde Pública) Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro : s.n., 2009.186 p.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos Santos; AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho (Org.). **Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde**/ – Rio de Janeiro: Cebes, 2010. 324p.

SANTOS, Viviane Medeiros dos. **A privatização da saúde pública brasileira: a utilização do fundo público da saúde para o setor filantrópico/privado.** VI Jornada Internacional de Políticas Públicas, 2013. Disponível em: http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2013/JornadaEixo2013estadolutassociaisepoliticaspublicas. Acesso em Julho, 2016.

SCAPARO, Helena Beatriz; BEDIN, Dulce Maria (Org**.) Gestão da Saúde: experiências de campo e pesquisa com interação social**. Porto Alegre: Sulina, 2013.

UGÁ, Maria Alícia et al. **Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Ciência e Saúde Coletiva, v.8, n.2, p. 418-437, Rio de Janeiro, 2003.

VIANA. Ana Luiza d'Ávila, et al. **Mudanças significativas no processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.8, p.139-151, 2002=