Apresentação

José Carvalho de Noronha
Luciana Dias de Lima
Adolfo Horácio Chorny
Mario Roberto Dal Poz
Paulo Gadelha
(orgs.)

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

NORONHA, J.C., LIMA, L.D., CHORNY, A.H., DAL POZ, M.R., and GADELHA, P., eds.
Apresentação. In: *Brasil Saúde Amanhã: dimensões para o planejamento da atenção à saúde* [online].
Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2017, pp. 17-30. ISBN: 978-65-5708-090-0.
<https://doi.org/10.7476/9786557080900.0002>.

All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](#).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](#).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](#).

APRESENTAÇÃO

Planejamento Nacional, Território e Saúde

O Sistema Único de Saúde (SUS) conforma o modelo público de ações e serviços de saúde no Brasil. Orientado por um conjunto de princípios e diretrizes válidos para todo o território nacional, parte de uma concepção ampla do direito à saúde e do papel do Estado na garantia desse direito, rompendo com o padrão de estratificação da cidadania social que modulou por mais de cinquenta anos a assistência à saúde no país.

A implantação do SUS teve início na década de 1990, após a promulgação da Lei Orgânica da Saúde (Brasil, 1990), sendo marcada por um processo de descentralização que redefiniu responsabilidades e resultou na transferência de poder decisório, da gestão de prestadores e de recursos financeiros, antes concentrados no governo federal, principalmente, para os executivos municipais. Entretanto, somente nos anos 2000, quando se observam novas orientações na condução da política nacional e a recuperação fiscal dos estados brasileiros, a regionalização adquiriu maior destaque entre as diretrizes que orientam a implementação do SUS.

Historicamente, a regionalização é uma função atribuída ao Estado e envolve a definição de recortes espaciais para fins de planejamento e gestão territorial de políticas públicas (Ribeiro, 2004). Tais preocupações se expressam na trajetória de conformação de sistemas universais de saúde em diversos países (Kuschnir & Chorny, 2010), nos quais diferentes escalas territoriais são utilizadas para o planejamento e organização de redes de cuidados segundo níveis de complexidade da atenção, e para a gestão da prestação de ações e serviços. Nesses casos, os objetivos da regionalização estão relacionados à ampliação do acesso e à melhoria do desempenho do sistema de saúde.

No Brasil, a regionalização do SUS é um processo de enorme complexidade, condicionado por uma série de fatores (Viana & Lima, 2011), entre eles: a desigualdade na distribuição espacial de equipamentos, insumos e tecnologias e na disponibilidade de recursos humanos e financeiros; as dificuldades de integração regional das políticas públicas e das ações do Estado nos diversos campos da atenção à saúde (assistência, vigilâncias, desenvolvimento e provisão de tecnologias e insumos, educação e gestão da força de trabalho em saúde); e a diversidade de agentes (governamentais e não governamentais, públicos e privados) que participam da gestão e prestação de serviços no território.

Desde 2011 esse processo segue as normas estabelecidas no decreto n.7.508 (Brasil, 2011), por meio das quais se enfatiza a importância do enfoque regional na formulação de políticas e se propõe uma série de instrumentos para apoiar o planejamento, a pactuação e a gestão intergovernamental nas regiões de saúde constituídas nos estados brasileiros. Entretanto, ainda que ganhos de institucionalidade possam ser observados na implementação dos dispositivos do decreto, problemas estruturais comprometem maiores avanços e a sustentabilidade da regionalização no SUS.

Visando contribuir para a superação desses entraves, este livro reúne trabalhos desenvolvidos sobre os temas relacionados às projeções do perfil epidemiológico do país e a organização e gestão dos serviços de saúde, com o objetivo de apoiar o planejamento e a prospecção estratégica do sistema de saúde em âmbito nacional. A abordagem de prospecção estratégica adotada pela iniciativa Brasil Saúde Amanhã pretende expandir a capacidade de compreensão em relação a temas e situações emergentes fundamentais para o planejamento em saúde de médio e longo prazo (Habegger, 2010). Para tanto, integra perspectivas, procedimentos e ferramentas das pesquisas de tendências e dos estudos de futuro.

A justificativa para os enfoques dos trabalhos aqui reunidos se fundamenta em três argumentos principais. Em primeiro lugar, ressalta-se a necessidade do fortalecimento do planejamento nacional em saúde e, particularmente, da sua dimensão territorial, para identificar necessidades de intervenção, propiciar a formulação de políticas diferenciadas segundo parâmetros regionais e realizar investimentos associados a estratégias de desenvolvimento para a redução das desigualdades existentes.

Sabe-se que as dinâmicas territoriais no Brasil são variadas (Oliveira & O'Neill, 2013). Existem regiões caracterizadas por intensa concentração da população, de atividades econômicas e de serviços sociais, como as metropolitanas que, em 2010, concentravam cerca de 45% da população do país. Outras regiões são marcadas por rarefeita densidade demográfica e baixo dinamismo econômico, além de tendência à estagnação ou à redução em razão, principalmente, dos fluxos migratórios para cidades médias do interior e para as periferias das metrópoles e grandes centros urbanos. Há, ainda, aquelas caracterizadas por dinâmicas singulares com grande diversidade interna, como a Amazônia Legal, que alberga 60% do território nacional, e as áreas de fronteira internacional, que representam 27% do território.

A diversidade territorial brasileira – ambiental, produtiva e étnico-cultural – se traduz no esforço recente do governo federal de reordenamento do espaço geográfico para fins de planejamento e identificação de vetores estratégicos para o desenvolvimento, que inclui seis regiões: o bioma florestal amazônico; o Centro-Norte; o Centro-Oeste; o sertão semiárido nordestino; o litoral Sudeste-Sul; e o litoral norte-nordestino (IBGE, 2008).

Essas diferenciações espaciais têm implicações para a saúde em diferentes aspectos, como por exemplo: o perfil de ocorrência de agravos e doenças na população; a configuração do sistema (distribuição e tipo dos serviços, composição público-privada) e uso dos serviços de saúde; as exigências em termos das políticas de saúde e organização da atenção, e a efetividade e eficiência dos resultados alcançados pelo setor.

As dinâmicas do território também repercutem na definição dos recortes regionais para fins de planejamento, já que é necessário um nível mínimo de aglomeração populacional e demanda para a organização da oferta de serviços públicos mais especializados e complexos. Critérios de economia de escala na distribuição de equipamentos estão relacionados tanto à otimização de recursos disponíveis quanto à qualidade do cuidado em saúde. A distância que é possível e desejável percorrer para ter acesso a determinados serviços essenciais também é um elemento central a ser considerado no planejamento territorial da atenção à saúde.

Embora iniciativas decorrentes de políticas específicas e incentivos financeiros tenham se dirigido para regiões mais carentes, não houve no período de implementação do SUS esforços sistemáticos da esfera federal para o planejamento territorial em saúde; em nível nacional, o planejamento não se restringe à coordenação de um processo “de base local e ascendente”, visto que existem atributos próprios dessa função em cada esfera de governo. A fragilidade do enfoque territorial nas estratégias desenvolvidas pelo Ministério da Saúde dificulta sua adequação às múltiplas realidades brasileiras. Além disso, ainda são limitados os investimentos que buscam relacionar as necessidades das populações às condições de oferta e atendimento dos serviços, visando à adequação do modelo de atenção e à redução da iniquidade em saúde.

Nota-se que o conceito de região apresenta variações ao longo da história, tanto no âmbito acadêmico, como no que diz respeito à ação do Estado. Nesse caso, reconhece-se que o desenvolvimento de um olhar ampliado sobre o território pode ser um elemento de integração entre a política de saúde com outras políticas setoriais fundamentadas na regionalização (Duarte, Contel & Balbim, 2013).

Em segundo lugar, destacam-se os vínculos existentes entre saúde e desenvolvimento na perspectiva territorial (Gadelha *et al.*, 2011). Em capítulo da obra *Brasil Saúde Amanhã: população, economia e gestão*, Antônio Tadeu Ribeiro de Oliveira e Maria Monica Vieira Caetano O'Neill demonstram a importância dos equipamentos e especialidades da saúde para a organização das redes urbanas, influenciando a capacidade de polarização e hierarquia das cidades.

Tomando-se como base a centralidade definida para cada município por meio da disponibilidade de um conjunto de serviços hierarquizados por níveis de complexidade, verificou-se que aproximadamente 20% dos municípios brasileiros não têm essa característica, ou seja, que as demandas de saúde de suas populações se deslocam em direção a outros municípios para obtenção de atendimento. Somente um município, São Paulo, apresenta centralidade máxima, ao passo que 3.997 têm centralidade mínima, de modo que se pode supor que retenham uma parte ínfima de sua demanda.

Apenas 31 municípios têm centralidade nos três níveis mais complexos, o que além de indicar a existência de grandes fluxos de população para atender suas necessidades de saúde, sinaliza a existência de grandes vazios no que diz respeito à disponibilidade de serviços, forte indício da necessidade de uma reformulação espacial da oferta de saúde.

Nos estudos recentes, demonstra-se que, nos últimos dez anos, impactos regionais diferenciados podem ser atribuídos às políticas nacionais que favoreceram, especialmente, as regiões mais pobres do Norte e Nordeste do país (Araujo, 2013). Em grande parte, as políticas setoriais e as de corte

territorial contribuíram mais para a redução das desigualdades regionais herdadas no país, se comparadas às políticas regionais explícitas. Entretanto, as cidades, como elementos-chave da dinâmica regional, não foram contempladas a contento.

A consideração da rede urbana como expressão da dimensão territorial brasileira é um importante instrumento para a formulação da política de regionalização de ações e serviços de saúde. A partir dos estudos conduzidos no âmbito desse projeto e de uma análise cuidadosa das *Regiões de Influência das Cidades* (IBGE, 2008), observa-se que regiões nas quais há município com maior área de influência tendem a suprir sua população em relação a serviços de assistência mais complexos. Já regiões com municípios de pouca influência e baixa capacidade de polarização apresentam dificuldades até mesmo para a oferta de serviços básicos em saúde.

Depreende-se que a saúde pode ser um elemento indicativo para as políticas de desenvolvimento regional, captando a intensidade das relações de troca que estruturam a rede de serviços e a malha urbana (Gadelha *et al.*, 2011). Investimentos no setor possibilitariam um padrão de urbanização polinuclear, distinto do que o país experimentou no século passado, com valorização de centros urbanos estratégicos em várias regiões e estímulo a um desenvolvimento regional, nos próximos vinte anos, menos desigual e concentrado no litoral e no eixo Sudeste/Sul. Por sua vez, o direcionamento das políticas públicas para ampliação da capacidade de oferta, criação de novos polos assistenciais e melhoria das condições de acesso e da qualidade dos serviços de saúde permite atenuar situações de iniquidade regional, alterando as condições de vida das populações.

Um terceiro argumento está relacionado de modo mais específico aos desafios associados à definição de regiões para fins de planejamento, organização e gestão territorial do SUS. Diante das imensas desigualdades e diversidades subjacentes, é extremamente difícil relacionar níveis assistenciais (ou uma determinada capacidade de resposta do sistema de saúde) a um único recorte regional. A adoção de um enfoque estratégico e dinâmico no planejamento territorial pressupõe a definição de múltiplas escalas espaciais (Brandão, 2007), em razão dos diversos fatores que incidem sobre a organização do sistema de saúde.

No que tange à gestão territorial, em face da especificidade do federalismo, das relações público-privadas e dos novos formatos organizacionais da gestão pública no Brasil, a condução do sistema em âmbito regional sempre exigirá esforços de coordenação e regulação de agentes com poderes, lógicas de atuação e interesses distintos. A regionalização, portanto, pressupõe a constituição de regras e espaços democráticos de negociação e decisão política que permitam a construção de uma autoridade estatal no espaço regional capaz de orientar as ações dos diferentes atores na lógica dos interesses coletivos e da consolidação do SUS.

De certa forma, nesses últimos anos percebem-se tentativas de articulação dos recortes territoriais, para fins de planejamento, aos espaços de negociação e pactuação federativa da política de saúde em âmbito regional. Entretanto, nem sempre esse processo permite o fortalecimento do enfoque territorial no planejamento em saúde em razão das características do arranjo federativo brasileiro e das restrições impostas pelos limites regionais associados aos acordos intergovernamentais no SUS (atribuídos aos espaços definidos pelas Comissões Intergestores Regionais, aos Contratos Organiza-

tivos de Ação Pública ou aos consórcios). Por sua vez, fez-se necessário considerar as repercussões dos arranjos híbridos – públicos e privados – na gestão e prestação dos serviços de saúde para a governança regional do SUS.

Na saúde, a discussão dos mecanismos gerenciais acabou se sobrepondo à questão da região em si (Balbim & Contel, 2013; Duarte, Contel & Balbim, 2013) ou a do próprio planejamento como função essencial do Estado. Tal debate corrobora a necessidade de desenvolver diagnósticos que permitam uma articulação mais efetiva entre território e saúde nesse processo, visando alcançar maior coerência no desenho de propostas de intervenção e gestão.

Partindo desses pressupostos, no primeiro capítulo deste livro, “Cenário epidemiológico do Brasil em 2033: uma prospecção sobre as próximas duas décadas”, Jarbas Barbosa da Silva Jr. e Walter Massa Ramalho apresentam o perfil epidemiológico da população brasileira, analisando as tendências e mudanças passíveis nos próximos vinte anos. Entende-se que o exame prospectivo da organização dos serviços de saúde passa necessariamente pelo esforço em identificar a situação de saúde à qual esses serviços devem responder.

Em um empenho que segue àquele apresentado nos textos de Barreto (Barreto, 2013) e Luna (Luna & Silva Jr., 2013) na publicação *A Saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro*, os autores avançam na projeção das condições de morbimortalidade da população brasileira, destacando os impactos decorrentes dessas mudanças para o SUS e as estratégias e ações necessárias para enfrentar o quadro previsto.

Apoiado em metodologia prospectiva – o método Arima (sigla em inglês para *autoregressive integrated moving average*) –, os modelos preditivos construídos consideram as diferenças regionais e indicam a manutenção das tendências já observadas quanto a primazia das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), a relevância das mortes por agressões, a diminuição da morbimortalidade por doenças transmissíveis e a redução da taxa de mortalidade infantil (TMI).

Considerando a mortalidade proporcional pelos grandes grupos de causa, os autores observam que as doenças do aparelho circulatório (DAC) sofrerão redução no período até 2033, quando representarão 27,6% dos óbitos no país, mantendo ainda o primeiro lugar entre as cinco causas principais; o grupo das neoplasias, ao qual serão atribuídas duas de cada dez mortes que ocorrerão no país em 2033, passará a ocupar o segundo posto (19,8%), ultrapassando as causas externas (12,6%); e as afecções perinatais e as doenças infecciosas e parasitárias (DIP) também diminuirão proporcionalmente com 0,4%, e 3,8%, respectivamente, em relação ao total de óbitos.

Efetuaram-se projeções para 14 causas específicas mais importantes de óbito por meio das quais se demonstram variações significativas em relação a 1980 e entre as regiões do país. Os dados projetados revelam um incremento de 165,6% na taxa de mortalidade por Alzheimer e outras demências, o maior aumento entre as 14 causas consideradas, o que posicionará esse grupo em oitavo lugar entre as causas de óbito em 2033.

As variações são bastante relevantes quando se consideram as regiões do país. Na região Norte, o primeiro lugar entre as 14 principais causas de morte será ocupado pelo diabetes *mellitus*, com um

crescimento projetado de 167,1%. Na região Nordeste, o maior crescimento relativo (295,7%) será do grupo Alzheimer e outras demências, no entanto, as doenças isquêmicas do coração ocuparão o primeiro lugar, seguidas pelas doenças cerebrovasculares.

No Sudeste, crescerão as infecções respiratórias inferiores (122,3%), primeiro lugar entre as 15 causas e Alzheimer e outras demências (175,0%). Destaca-se que diminuirão os óbitos por agressões, a maior redução entre as 14 causas mais importantes.

Como nas demais regiões, prevê-se para a região Sul um crescimento expressivo do Alzheimer e outras demências (164%). Mas os primeiros lugares na mortalidade serão dos grupos das doenças isquêmicas e doenças cerebrovasculares.

Na região Centro-Oeste, a principal causa de óbito será de doenças isquêmicas seguidas pelas infecções respiratórias de vias inferiores. Mantendo o padrão das demais regiões, indica-se o crescimento da mortalidade por Alzheimer e outras demências.

Quanto à taxa de mortalidade infantil, espera-se redução significativa – 6,7 por 1.000 nascidos vivos em 2033 –, decréscimo de 54,5% em relação a 2013, ou seja, 17,8 mil óbitos infantis deixarão de ocorrer. Com isso, a taxa projetada para o Brasil será apenas 1,8 vezes maior que aquela prevista para os países desenvolvidos.

Os autores concluem as análises com recomendações e medidas que poderão impactar significativamente tanto no perfil epidemiológico quanto na organização da atenção à saúde.

Nos dois capítulos seguintes, “Os recursos físicos de saúde no Brasil: um olhar para o futuro” e “Polos e fluxos de deslocamento de pacientes para internação hospitalar e procedimentos selecionados no Sistema Único de Saúde” buscam-se identificar os recursos físicos, a oferta e os fluxos da população atendida no SUS com objetivo de determinar uma linha de base que sirva como ponto de partida para especulações futuras. Ambos os estudos se apoiaram, principalmente, em dados secundários disponíveis em bases nacionais de domínio público (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, Sistema de Informações Hospitalares e Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS), submetidos aos tratamentos pertinentes para obtenção das informações necessárias.

No segundo capítulo, “Os recursos físicos de saúde no Brasil: um olhar para o futuro”, Isabela Soares Santos, Luisa Regina Pessoa, Juliana Pires Machado, Ana Cristina Marques Martins e Claudia Risso de Araujo Lima apresentam o mapeamento dos recursos físicos da saúde no Brasil em dezembro de 2013. Verificaram-se a disponibilidade e distribuição territorial da capacidade hospitalar instalada, vinculada ou não ao SUS, incluindo o número de estabelecimentos, leitos (clínicos, cirúrgicos e especialidades) e estruturas para atendimento de agravos e situações específicas consideradas relevantes para a organização da assistência à saúde (como, por exemplo, trauma, cirurgia cardíaca e doença renal).

No período examinado o sistema de saúde brasileiro tinha 113.167 unidades de saúde, entre públicas, privadas sem fins lucrativos e privadas com fins lucrativos. A distribuição dos estabelecimentos difere nas regiões do país, especialmente daqueles relacionados ao cuidado ambulatorial. No Sul e Sudeste, os consultórios eram mais de 60% dos estabelecimentos registrados, ao passo que

no Norte e Nordeste eram pouco mais de 32%. Já os postos e centros de saúde que totalizavam 36% dos estabelecimentos no Norte e Nordeste variavam entre 12%, 14% e 15% nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste, respectivamente.

As unidades com leitos de internação estavam concentradas em 3.521 municípios, e cerca de 80% dos estabelecimentos contavam com menos de cem leitos. Essas unidades disponibilizavam 430 mil leitos, sendo 296.131 leitos SUS (68%) e 135.909 Não SUS (32%). A distribuição dos leitos também se verificava de modo disperso no território. Por um lado, no Rio de Janeiro, a oferta de leitos Não SUS era superior à oferta de leitos SUS, ao passo que em Recife e Salvador a situação era inversa.

Em 1.759 municípios somente serviços vinculados ao SUS ofereciam internação e em 1.701 municípios isso ocorria em ambos os segmentos. Os leitos SUS ultrapassavam o dobro dos Não SUS em 1.537 municípios; em 163 municípios a oferta Não SUS era 36% maior.

O mapeamento da disponibilidade desses recursos sugere a alta concentração de equipamentos em poucas unidades hospitalares e municípios brasileiros. Destaca-se a baixa oferta de leitos de unidade de terapia intensiva (UTI) em relação aos leitos existentes. Entretanto, em relação aos serviços de alta complexidade e custo, percebeu-se que a provisão de poucos itens relacionados à habilitação da oferta, segundo regulamentação específica, permitiria a configuração de polos de referência para alguns tipos de serviços em regiões selecionadas.

A oferta de recursos físicos para o sistema público e o privado em uma mesma unidade de saúde estava presente na maior parte dos municípios, o que indica a possibilidade de formas distintas tanto de financiamento como de atenção a pacientes que estão ou não cobertos pelo segmento suplementar. Esse dado reforça a preocupação com a garantia da equidade no acesso à saúde em um país desigual e com alta cobertura de plano privado de saúde (em torno de 25% da população).

O terceiro capítulo, intitulado “Polos e fluxos de deslocamento de pacientes para internação hospitalar e procedimentos selecionados no Sistema Único de Saúde”, de autoria de Diego Ricardo Xavier, Vanderlei Pascoal de Matos, Mônica Magalhães, Jaime Gregorio Belido, Wisley Velasco e Francisco Viacava, reúne o mapeamento das internações, dos exames diagnósticos e terapias e dos fluxos da população atendida no SUS, no período 2010-2012. Para isso, os autores selecionaram três grandes grupos de procedimentos diferenciados por complexidade: internação de baixa-média complexidade, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e internação de alta complexidade. Esses três grupos foram subdivididos de maneira que fosse possível compreender melhor: como se manifesta a demanda por atendimento considerando as situações de maior concentração e aquelas em que o cuidado é mais disperso; e também a capacidade dos municípios segundo os vários grupos de procedimentos atendidos. Nos mapas de fluxos procurou-se relacionar o destino e a origem do atendimento, além da indicação de possíveis polos e redes de atenção específicas.

Pela leitura dos resultados, depreende-se que os municípios mais populosos estavam entre os vinte primeiros que mais realizavam procedimentos (mais de 50% do total). Embora as capitais estivessem presentes na maioria das situações, verificou-se nos casos de procedimentos de baixa complexidade que a população desses municípios era preponderante. Nos níveis mais altos de

complexidade foi maior o percentual de atendimento a não residentes. As capitais representavam polos mais importantes, contudo, municípios de médio porte se destacaram nos procedimentos de alta complexidade.

A situação de concentração da atenção era diretamente relacionada à complexidade dos procedimentos. De modo geral, foi possível classificar os fluxos de pacientes segundo os procedimentos analisados e as distâncias percorridas da seguinte forma: na internação de baixa-média complexidade registravam-se pequenas distâncias percorridas pelos pacientes e a presença de polos intraestaduais; para os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e de alta complexidade os fluxos eram mais intensos e distâncias maiores, indicando a situação de polos nacionais.

Na baixa-média complexidade notou-se semelhança na rede de atenção relacionada à internação clínica e cirúrgica (incluindo pediatria, adultos e parto cesáreo). Em procedimentos cirúrgicos, os fluxos pareciam ser mais intensos em comparação aos procedimentos clínicos.

No caso das mamografias, observou-se que, além de grandes capitais, cidades de médio porte também se destacavam quanto ao maior volume de atendimentos. Nos procedimentos de quimioterapia e radioterapia a distribuição espacial era mais concentrada nas capitais do Nordeste, Sudeste e Sul do País, além de cidades no norte do estado de São Paulo. Os mapas de fluxo para esses procedimentos apresentavam maiores distâncias percorridas, sobretudo porque pacientes das regiões Norte e Centro-Oeste do país buscavam atendimento em municípios do Sul e Sudeste.

Para os procedimentos de tomografia computadorizada e ressonância magnética também se observaram polos similares de atendimento. No entanto, os procedimentos de tomografia computadorizada estavam dispersos em vários municípios do território nacional, ao passo que os exames de ressonância magnética se concentravam em um número menor de municípios. Por conta disso, as distâncias percorridas foram maiores no caso das ressonâncias magnéticas, se comparadas às tomografias.

Apenas 25 municípios realizavam transplantes de medula óssea e demais órgãos sólidos, sendo boa parte desses municípios polos para ambos os procedimentos. Os polos para atendimento em neurocirurgia e cirurgia ortopédica do quadril coincidiram em algumas regiões do país, sobretudo no Sudeste e Sul. Ressalta-se que as cirurgias ortopédicas de joelho não se concentravam nos mesmos polos que as cirurgias ortopédicas de quadril.

Os principais municípios para realização de procedimentos de angioplastia foram aqueles que se destacaram na revascularização do miocárdio como polos de atendimento. Considerando os procedimentos oncológicos em geral, destacaram-se municípios no interior do estado de São Paulo, região de Barretos, Ribeirão Preto e São José do Rio Preto, além de municípios no oeste do estado do Paraná. Nas unidades de terapia intensiva (UTI), observou-se que o volume de internações dos adultos foi superior ao das internações pediátricas, concentradas em poucos municípios do país.

Algumas tendências e direcionamentos para o futuro podem ser extraídos desses dois trabalhos. Do ponto de vista da organização dos serviços de saúde, a consideração dos municípios como pontos no território nacional sugere questionamentos quanto as suas propriedades e os fatores que expli-

cam as relações que se estabelecem entre eles referentes aos atendimentos. É razoável supor que a população se desloca na procura de atenção à saúde desde aqueles pontos com nenhuma ou pouca disponibilidade de recursos para aqueles que contam com uma maior quantidade de equipamentos e especialidades.

Os movimentos populacionais observados na procura de atendimento às demandas e necessidades de saúde se enquadram em certos padrões de ordem geral:

- A atração exercida por um ponto (município) sobre a população de outros municípios está relacionada com a complexidade dos serviços oferecidos e a disponibilidade para atender um número de usuários maior do que aquele gerado pela própria população do município. Em outras palavras, a oferta de serviços de saúde deve ser superior à demanda local. Nesse caso, um modulador importante da demanda externa gerada pode ser representado pela imagem que esses serviços têm para a população demandante.
- A força de atração é maior, ou seja, é exercida em maior distância quando a complexidade dos serviços ofertados é mais elevada.

Ressalta-se que os fluxos populacionais em busca de serviços especializados são, na sua maioria, diferenciados, não sendo possível a formulação de uma proposição geral como explicação dessa tendência, que varia em função das demandas, dos recursos físicos e das ofertas específicas.

No quarto capítulo, intitulado “Segmentos institucionais de gestão em saúde: descrição, tendências e cenários prospectivos”, desenvolvido por Ana Luiza d’Ávila Viana, Alcides Silva de Miranda e Hudson Pacifico da Silva, procurou-se identificar os principais segmentos institucionais da administração e prestação dos serviços de saúde no Brasil – pública e estatal, pública não estatal e privada – e explorar possíveis tendências e cenários futuros derivados de sua conformação no período de 2005 a 2013.

Os autores adotaram uma perspectiva de análise que conjugasse a atuação de dois fenômenos que marcaram a implementação do sistema de saúde nas décadas de 1990 e 2000: a descentralização e o empresariamento. Buscou-se relacionar e discutir os efeitos desses dois processos na conformação de segmentos institucionais de gestão e prestação de serviços de saúde nas macrorregiões e estados brasileiros, de forma a especular sobre a evolução futura dos modelos de gestão na saúde no território nacional. O estudo também se ancorou em dados secundários obtidos do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

O ensaio estabelece uma tipologia relativa às modalidades institucionais de gestão e prestação de serviços de saúde existentes no Brasil em 2013. Três setores primordiais de institucionalidades foram identificados com base na natureza jurídica dos prestadores: pública estatal, pública não estatal e privada. Com base nessa classificação inicial foram agregadas outras informações que resultaram em nove segmentos de gestão.

Observou-se que a trajetória tendencial dos segmentos institucionais de gestão em saúde no período 2005-2013 apresentou variações significativas acerca dos seguintes aspectos: quantidade de estabelecimentos, proporção de estabelecimentos com vínculo de complementaridade ao SUS, tipos de estabelecimentos, disponibilidade de leitos hospitalares para o SUS, níveis de complexidade

assistencial, taxas de oferta por estados brasileiros, disponibilização de atividades de ensino e caracterização de vínculos empregatícios de servidores.

Em geral, houve um crescimento de 10,6% de estabelecimentos no período. A taxa também foi positiva para cada um dos segmentos separadamente, embora o incremento não tenha sido o mesmo para todos os tipos de estabelecimentos. Quatro segmentos apresentaram taxas médias de incremento anual superior à média total: o estatal de administração indireta e direito privado (19%); o público não estatal de direito privado (17,2%); o estatal de administração indireta e direito público (16,6%); e o privado com fins lucrativos (14,9%). Por outro lado, apresentaram crescimento abaixo da média os segmentos estatal de administração direta do setor Saúde (4,5%), estatal de administração direta de outros órgãos da administração pública (5,4%) e privado sem fins lucrativos (7,4%). A tendência, portanto, indica a diminuição do peso proporcional de segmentos institucionais de gestão em saúde sob a égide do direito público, e crescimento daqueles sob a égide do direito privado.

Com base no estudo, os autores sugerem três prováveis cenários para a gestão do sistema de saúde brasileiro: o pluralismo empresariado sob a égide do direito privado (tendência inercial de agenciamento contratual com regulação produtiva); o pluralismo integrado na perspectiva do direito público (tendência de inovação institucional focada na universalidade integral e equidade redistributiva); e o pluralismo mercantil sob a ótica do direito privado (tendência à privatização subvencionada pelo poder público e regulação agenciada).

Em cada cenário apontam-se as diferenças e repercussões do modelo de gestão para a estrutura segmentar (natureza estatal, pública ou privada), as formas de organização da atenção (níveis de complexidade preponderantes, mecanismos de integração entre serviços), a preponderância administrativa e jurídica dos prestadores, a relação com o SUS (próprio, suplementar ou complementar), o tipo de financiamento público predominante (direto ou por meio de subsídios), os vínculos empregatícios e as características da força de trabalho e a governança prevalente.

Para cada um deles também se verificam as capacidades de regulação estatal e controle público, elemento fundamental para a definição das tendências que orientarão o futuro do modelo de gestão da saúde no Brasil.

Nos dois últimos capítulos do livro examinam-se a dinâmica da oferta e formação de algumas das profissões da saúde. Por meio de estudos baseados em evidências, demonstra-se que a possibilidade de superação da dramática situação de saúde de uma parcela significativa da população mundial está associada à disponibilidade de uma relação mínima de força de trabalho em saúde por número de habitantes (OMS, 2007).

No Brasil, estudos do índice de escassez de médicos no país vêm induzindo políticas públicas de alocação de profissionais para superação das desigualdades na distribuição regional e microrregional. Estima-se que em torno de 7% dos municípios brasileiros não contam com médicos residindo em seus limites, e em torno de 25% contam com a razão de um médico para mais de 3.000 habitantes. Do ponto de vista regional, observa-se que as regiões Norte e Nordeste – com 8% e 28% da população do país – concentravam no mesmo período 4,3% e 18,2% dos médicos, respectivamente; ao passo que o Sudeste – com 42% da população – concentrava 60% dos médicos (Campos, Machado & Girardi, 2009).

Contudo, ações mais coordenadas entre a organização dos sistemas de saúde e as instituições de ensino superior necessitam ser implementadas para prover serviços com profissionais qualificados e em quantidade suficiente atendendo a diversidade e superando as graves desigualdades do país em relação aos indicadores de saúde. Ressalte-se ainda que não se operam serviços com uma única categoria profissional, mas ao contrário, verifica-se a exigência de um número cada vez maior de profissões para atender a complexidade do trabalho em saúde ditada pelas transformações tecnológicas e imposições do mundo contemporâneo.

Nos dois últimos capítulos investigam-se os temas relacionados à estrutura atual e à capacidade de formação da força de trabalho em saúde com o objetivo de contribuir para a prospecção estratégica de recursos humanos para atender ao sistema de saúde no Brasil. Exploram também alguns cenários nos quais os estoques futuros de profissionais são adequados de acordo com alterações nos escopos de prática.

O Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 1998) regulamentou 14 profissões de nível superior. De 1990 a 2014, 43 categorias ocupacionais de nível médio e elementar da área da saúde foram regulamentadas pelo Ministério da Educação. Esse é o conjunto de trabalhadores que são colocados no mercado de trabalho para a produção do setor.

Em uma primeira parte, a análise dos principais aspectos históricos e conceituais das mudanças e necessidades de qualificação técnica, conhecimento especializado e oferta de formação das profissões da saúde de nível superior tem o objetivo de delinear os condicionantes, a situação atual e os cenários possíveis e prováveis das categorias de médicos, enfermeiros, farmacêuticos, dentistas e fisioterapeutas.

No quinto capítulo, “Estrutura atual e estimativas futuras da força de trabalho em medicina, enfermagem e odontologia no Brasil – 2000 a 2030”, de autoria de Sabado Nicolau Girardi, Lucas Wan Der Maas, Cristiana Leite Carvalho e Celia Regina Pierantoni, o cenário prospectivo do estoque de médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas foi definido utilizando uma adequação da metodologia de projeções de população conhecida como “método das componentes demográficas”.

Os autores constroem cenários que resultam, para 2030, em estoques oscilando entre 543,3 e 664,7 mil profissionais médicos para o Brasil. No caso do cenário tendencial, esperar-se-ia que a atual razão de médicos por habitantes, de 1,69 médicos por cada mil habitantes em 2010, passe para 2,75 em 2030. A razão ficaria em 2,42 no cenário de crescimento zero do número de vagas; em 2,96 no cenário do Programa Mais Médicos. A composição por idade obtida no cenário tendencial indica que a atual diferença por sexo propende a cair, visto que, atualmente, o número de vestibulandos e estudantes segundo sexo tende a ser igual, com ligeira tendência de aumento entre as mulheres.

Para a enfermagem, esses cenários resultam, para 2030, em estoques flutuando de 1,499 a 2,037 milhões de enfermeiros para o Brasil. No caso do cenário tendencial, esperar-se-ia que a atual razão, de 1,59 enfermeiros por cada mil habitantes em 2010, atinja 6,68 em 2030. No cenário de crescimento zero do número de vagas a razão ficaria em torno de 7,54 e, no cenário regulatório, 9,07.

Para os cirurgiões-dentistas, de acordo com os cenários, estabelecem-se, para 2030, estoques variando entre 458,4 e 566,1 mil cirurgiões-dentistas para Brasil. No caso do cenário tendencial,

esperar-se-ia que a atual razão entre profissionais e população, de 1,11 profissionais por cada mil habitantes em 2010, evolua para 2,25 em 2030. A razão ficaria em torno de 2,04 no cenário de crescimento zero do número de vagas e 2,52 no cenário de universalização da Política Nacional de Saúde Bucal.

No sexto capítulo, “Projeção das capacidades de formação de profissionais da saúde”, de autoria de Mario Roberto Dal Poz, Thereza Christina Varela e Maria Ruth dos Santos, os autores analisam a formação das profissões da saúde, considerando-se os possíveis cenários e tendências para as próximas décadas.

No panorama da educação superior no Brasil se destaca o crescimento expressivo do ensino universitário a partir da última década do século XX, em sintonia com as mudanças introduzidas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais. Na sequência, é traçado um paralelo entre a formação superior em saúde e a organização e funcionamento do sistema de saúde no país, com a apresentação da situação e da evolução da formação das profissões da saúde ressaltando as principais tendências quantitativas observadas desde 2000.

Observaram-se, na situação da formação superior das profissões da saúde no período de 2000 a 2012, algumas tendências gerais que permearam a maioria dos cursos da saúde (Brasil, 2014). Em primeiro lugar, tem-se uma concentração regional no Sudeste de todos os cursos da área e um expressivo crescimento dos cursos fortemente pautado pela presença de instituições privadas que detêm em média 72% do total dessa oferta. Essa mesma tendência é observada para o número de vagas, ingressantes e concluintes. Verifica-se também ao longo da década uma diminuição na taxa de ocupação das vagas, em especial no setor privado, a partir dos anos 2004 e 2005, exceção para o curso de medicina. A taxa de eficiência terminal dos cursos é baixa e vem decrescendo no período, o que pode ser atribuído ao aumento da evasão.

O Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes (Enade) para os cursos da saúde apresenta resultados pífios para a maioria dos cursos das instituições de ensino de natureza privada e, considerando esse método de avaliação, os cursos das instituições públicas em geral se distinguem com melhores resultados.

Em razão dos diversos fatores analisados, incluindo a lei n. 12.871/2013, que institui o Programa Mais Médicos (Brasil, 2013), a expectativa é a de que o número de concluintes em medicina aumente progressivamente nas próximas duas décadas. No caso da enfermagem, há uma tendência à redução do número de vagas no setor privado, o que leva à hipótese mais provável de tendência à estabilidade, no curto e médio prazo, e a uma redução do número de concluintes de pelo menos 1% ao ano na projeção para 2030. Para a área de odontologia há indicações de que continuará crescendo no mesmo ritmo do crescimento demográfico. O aumento em resposta à expansão acelerada do mercado de trabalho da área de farmácia deve manter-se inalterado ainda nos próximos 15 anos. No entanto, o número de concluintes de fisioterapia deve retomar o crescimento, provavelmente associado à evolução demográfica.

A tendência que se configura é de uma acentuada divisão entre poucas instituições de excelência acadêmica e tecnológica, situadas nos centros urbanos do eixo Sul e Sudeste e um grande número

de instituições com dificuldade para atender aos padrões mínimos de exigência de qualificação para o ensino e incapazes de realizar pesquisa e extensão. Em tal cenário, se forem levados a termo os processos regulatórios baseados nos mecanismos avaliativos das instituições de ensino superior, o resultado pode ser uma reconfiguração da área, com fechamento de instituições ou novos arranjos institucionais por conglomerados e consórcios para atender às pressões do mercado.

No contexto em que se encontram as políticas públicas de saúde e de educação, a formação dos profissionais da saúde se afigura como uma das estratégias centrais para consolidar e defender os interesses da sociedade que realmente atendam às necessidades de saúde colocadas pela população usuária do SUS. Além disso, aumentam as exigências para que as instituições de ensino superior rompam com o modelo de ensino fragmentado, medicalizado, individualizado e com ênfase tecnicista, e se orientem para projetos de ensino voltados para a satisfação das necessidades sociais de saúde do país.

Em síntese, o livro oferece um conjunto diversificado de informações, todas de suma relevância para o planejamento nacional em saúde. Esperamos que ele possa contribuir para o debate acerca das mudanças, tendências e desafios para as políticas de saúde nas próximas décadas e para a proposição de alternativas que busquem o fortalecimento do sistema público de saúde no Brasil.

Os organizadores

Referências

ARAUJO, T. B. Tendências do desenvolvimento regional recente no Brasil. In: BRANDÃO, C. & SIQUEIRA, H. (Orgs.). *Pacto Federativo, Integração Nacional e Desenvolvimento Regional*. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2013.

BALBIM, R. & CONTEL, F. Região e regionalização: subsídios teóricos para o ordenamento territorial e o desenvolvimento brasileiro. In: BOUERI, R. & COSTA, M. A. (Eds.). *Brasil em Desenvolvimento 2013: estado, planejamento e políticas públicas*. Brasília: Ipea, 2013.

BARRETO, M. L. Esboços para um cenário das condições de saúde da população brasileira 2022/2030. In: GADELHA, P.; CARVALHO, J. N. & PEREIRA, T. R. *A Saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro*. Rio de Janeiro: Fiocruz, Ipea, Ministério da Saúde, Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013.

BRANDÃO, C. *Território & Desenvolvimento: as múltiplas escalas entre o local e o global*. São Paulo: Editora Unicamp, 2007.

BRASIL. Lei n. 8080, de 19 set. 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Lei Orgânica da Saúde. Brasília, *Diário Oficial da União*, 20 set. 1990.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 287/98, de 8 out. 1998. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/1998/Reso287.doc>>. Acesso em: 26 set. 2014.

BRASIL. Decreto n. 7.508, de 28 jun. 2011. Regulamenta a Lei n. 8.080, de 19 set. 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, *Diário Oficial da União*, 2011.

BRASIL. Lei n. 12.871 de 22 out. 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis n. 8.745, de 9 dez. 1993, e n. 6.932, de 7 jul. 1981, e dá outras providências. Disponível em <www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm>. Acesso em: 26 set. 2014.

BRASIL. Ministério da Educação. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Censos da Educação Superior, 2000-2012. Disponível em <<http://portal.inep.gov.br/web/guest/censo-da-educacao-superior>>. Acesso em: 26 set. 2014.

CAMPOS, F. E.; MACHADO, M. H. & GIRARDI, S. N. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. *Revista Divulgação em Saúde para Debate*, 44: 13-24, 2009.

DUARTE, L. S.; CONTEL, F. B. & BALBIM, R. Regionalização da saúde e ordenamento territorial: análises exploratórias de convergências. In: BOUERI, R. & COSTA, M. A. (Eds.). *Brasil em Desenvolvimento 2013: estado, planejamento e políticas públicas*. Brasília: Ipea, 2013.

GADELHA, C. A. G. *et al.* Saúde e territorialização na perspectiva do desenvolvimento. *Ciência e Saúde Coletiva*, 16(6): 3.003-3.016, 2011.

HABEGGER, B. Strategic foresight in public policy: reviewing the experiences of the UK, Singapore, and the Netherlands. *Futures*, 42(1): 49-58, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Regiões de Influência nas Cidades 2007*. Rio de Janeiro: IBGE, 2008.

KUSCHNIR, R. & CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Ciência e Saúde Coletiva*, 15(5): 2.307-2.316, 2010.

LUNA, E. J. A. & SILVA JR., J. B. Doenças transmissíveis, endemias, epidemias e pandemias. In: GADELHA, P.; CARVALHO, J. N. & PEREIRA, T. R. *A Saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro*. Rio de Janeiro: Fiocruz, Ipea, Ministério da Saúde, Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013.

OLIVEIRA, A. T. R. & ONEILL, M. M. V. C. Cenário sociodemográfico em 2022/2030 e distribuição territorial da população: uso e ocupação do solo. In: GADELHA, P.; CARVALHO, J. N. & PEREIRA, T. R. *A Saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro*. Rio de Janeiro: Fiocruz, Ipea, Ministério da Saúde, Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013.

OLIVEIRA, A. T. R. & ONEILL, M. M. V. C. Dinâmica demográfica e distribuição espacial da população: acesso aos serviços de saúde. In: NORONHA, J. C.; DAIN, S. & PEREIRA, T. R. (Orgs.). *Brasil Saúde Amanhã: população, economia e gestão*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Trabalhando Juntos pela Saúde: relatório mundial de saúde 2006*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

RIBEIRO, A. C. T. Regionalização: fato e ferramenta. In: LIMONAD, E.; HAESBAERT, R. & MOREIRA, R. *Brasil, Século XXI: por uma nova regionalização? Agentes, processos e escalas*. São Paulo: Max Limonad, 2004.

VIANA, A. L. & LIMA, L. D. *Regionalização e Relações Federativas na Política de Saúde do Brasil*. Rio de Janeiro: Contracapa, 2011.