

O dilema da universalidade e financiamento público do Sistema Único de Saúde no Brasil

The dilemma of universal and public funding of unified health system in Brazil

CHRISTIAN LUIZ DA SILVA *

CRISTIANO VIEIRA ROTTA **



RESUMO – O artigo avalia o dilema entre a universalidade do SUS diante da sua dificuldade de financiamento público. Nessa abordagem, e no contexto da realidade brasileira, coube refletir neste estudo sobre os discursos referentes aos gastos públicos da saúde, principalmente sobre a relação destes dispêndios com os cuidados da saúde, de forma a assegurar o cumprimento dos princípios basilares do SUS mediante a garantia do financiamento. Embora se tenha avançado nos investimentos em saúde com a EC 29/2000, ainda não se reduziu o déficit social da saúde como política universal e equânime. Valores de repasse governamental de 5,4% do PIB do total arrecadado são insuficientes para se concretizar os ideais institucionalizados no SUS, impedindo a ampliação da justiça social no setor da saúde, o que amplia o cuidado da saúde ao setor privado.

Palavras-chave – Sistema Único de Saúde. Saúde pública. Economia da saúde. Política de saúde.

ABSTRACT – The article evaluates the dilemma between universality UHS difficulty financing its public. In this approach, and in the context of Brazilian reality, this study fit reflect on discourses concerning public health spending, primarily on the relationship of these expenditures on health care in order to ensure compliance with the basic principles of SUS by ensuring the funding. Progress has been made on investments in health with EC 29/2000 has not yet reduced the deficit of social policy such as universal health care and equitable. Values of government transfer of 5.4% of GDP of the total collected is insufficient to realize the ideals institutionalized in SUS, preventing the expansion of social justice in the health sector, expanding health care to the private sector.

Keywords – Unified Health System. Public health. Health economics. Health policy.

* Doutor em Engenharia da Produção pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC); coordenador da rede social Sou Cidadão – www.soucidadao.com (Políticas Públicas); professor e coordenador do programa de pós-graduação em Planejamento e Governança Pública (mestrado profissional) da Universidade Tecnológica Federal do Paraná (UTFPR), Curitiba – PR/Brasil. E-mail: christiansilva@utfpr.edu.br

** Mestrando em Planejamento e Governança Pública pela Universidade Tecnológica Federal do Paraná (UTFPR), Curitiba – PR/Brasil. E-mail: cristiano.mahatma3@hotmail.com
Submetido em: setembro/2012. Aprovado em: novembro/2012.

A experiência acumulada na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) nas últimas duas décadas proporcionou observações de evidência empíricas dos rumos do seu desenvolvimento e consequentes reflexões, que nos compelem para um debate de sua conjuntura como política pública de saúde para consolidar seus princípios basilares: universalidade, integralidade, participação, descentralização e equidade.

Para evidenciar a trajetória do SUS é necessário trazer uma visão geral de sua formação, permeando, dentre os vários impasses ainda existentes, a questão do financiamento da saúde. Evidenciar o SUS como potencial de reestruturação da conjuntura, ideológica e cultural, causado pelos ideais da reforma sanitária, é no mínimo uma discussão relevante e ampla, mas em síntese o artigo aborda sua estruturação política, como política pública de ruptura das estruturas vigentes, e o financiamento da saúde.

O artigo objetiva avaliar o dilema entre a universalidade do SUS diante da sua dificuldade de financiamento público. É um tema constante entre as pautas da saúde, cujo cenário de restrições orçamentárias e financeiras não permite ao SUS assegurar o cumprimento dos seus princípios basilares mediante a falta de recursos financeiros.

Este artigo é dividido em três seções, além desta introdução e das considerações finais. Na primeira seção descreve-se o processo de formação contra-hegemônico da saúde, culminando na formação do SUS. A segunda seção trata do financiamento do SUS, pré e pós-constituente e os principais esforços para garanti-lo em escala adequada ou, pelo menos, para assegurar alguma estabilidade, diminuindo o grau de incerteza que tende a cercá-lo. A terceira seção relata e demonstra a atual situação do financiamento do SUS.

Política pública: o SUS em questão

Na década de 70, movimentos sociais, como contraface do Estado autoritário, pressionava o regime ditatorial por mudanças políticas e sociais, causando contradições dentro da própria estrutura da autocracia burguesa. Na área da saúde a agitação social dava-se sobre o sistema vigente excludente, segmentado, predominantemente privado e centrado em ações de recuperação da saúde (PIOLA; VIANA, 2009; MENDES et al., 2001).

Mediado por um cenário de transição política entre autoritarismo, democracia e crise do modelo de saúde, abriu-se o que Kingdon (1995) denomina de “janela política”, surgindo novos atores sociais, antes sem “voz” na arena decisória, influenciando a formulação da política de saúde e pautando-a em princípios basilares da universalidade e equanimidade. Múltiplos eram os conflitos coexistindo no espaço coletivo, cuja legitimidade forma a própria possibilidade de uma democracia real (MENDES et al., 2011). Neste país, eles eram novos, em vários sentidos, sobretudo em sua demanda de direitos, dignidade e cidadania (PAOLI, 1995). Dentre esses movimentos sociais configurou-se a Reforma Sanitária Brasileira (RSB).

RSB, como luta social e política, constitui-se em um projeto com pretensão de produzir mudanças dos valores prevalentes na sociedade brasileira, tendo a saúde como eixo de transformação e a solidariedade como valor estruturante, construindo políticas públicas universais e igualitárias.

[...] movimento típico de um processo civilizatório maior, que busca a prevalência dos valores sociais da solidariedade e da justiça social, e cujo objeto de mudanças, no bojo dos valores sociais, são as políticas públicas de Estado. O movimento da Reforma Sanitária alinha-se propositivamente às mobilizações sociais e políticas, pela imediata ruptura com os rumos vigentes e pelo início já da reconstrução da política econômica, rumo à construção de políticas públicas universalistas e igualitárias, eixo básico estruturante da garantia dos direitos

sociais e redistribuição da renda! (FÓRUM DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA: manifesto, 2005, p. 4).

Num primeiro momento a RSB configurou-se como proposta, conjunto articulado de princípios e proposições políticas para saúde, evidenciando a proposição de criação de um Sistema Único de Saúde. A proposta descrita no documento intitulado “A Questão Democrática da Saúde” é retomada e ampliada na 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), sobre a forma de projeto, conjunto de políticas articuladas para saúde, ou “bandeira específica e parte de uma totalidade de mudanças” (AROUÇA, 1988). O projeto indicava um conjunto de mudanças no Estado, na sociedade e na cultura, visando democratizar e qualificar a situação de saúde e melhorar as condições de vida da população, defendendo a universalização da saúde como política de Estado, propondo a instalação de um Sistema Único de Saúde, democrático e descentralizado (PAIM; TEIXEIRA, 2007).

O processo político da formalização do projeto da RSB foi marcado por disputas políticas entre grupos, conservadores e reformistas, com distintos interesses, um defendendo a privatização dos serviços de saúde e outro buscando a institucionalização da saúde como bem público. As ideias reformistas tornam-se vencedoras, pelo fato de o grupo privatista não ter uma contraproposta concreta que convencesse a arena política decisória a seu favor; os grupos políticos conservadores priorizaram outras demandas, ficando a área social mais para os grupos de centro-esquerda, que formaram uma coalizão, a despeito das discordâncias internas, sobre o novo sistema de saúde (PEREIRA, 1996). Assim, sob influência direta dos sanitaristas e com forte apelo popular, num cenário de disputas e pontos não consensuais, a saúde é institucionalizada como bem público, criando-se a Constituição Cidadã (1988) e a Lei Orgânica da Saúde de 1990, estabelecendo a formação do SUS.

[...] o projeto do SUS é uma política de construção da democracia que visa à ampliação da esfera pública, a inclusão social e a redução das desigualdades. Todas as propostas devem ter como principal objetivo a melhoria das condições de saúde da população brasileira, a garantia dos direitos do cidadão, o respeito aos pacientes e a humanização da prestação de serviços (CARTA DE BRASÍLIA, 2005, p. 12-13).

O SUS articulou uma reforma democrática do Estado que, mesmo sobre tensões adversas dos governos que arquitetaram modelo de reforma distinto e que pressupunha o estado mínimo, conseguiu não apenas se manter como servir de molde para a reorganização de sistemas de gestão compartilhada em outras áreas (como a Assistência Social e a Segurança Pública) (FLEURY, 2009).

Enquanto processo, conjunto de atos relacionados a práticas sociais, econômicas, políticas, ideológicas e simbólicas da saúde, a RSB está ainda por se consolidar. Os governos de Itamar Franco, Fernando Henrique Cardoso e Luiz Inácio Lula da Silva mostraram-se incapazes de fazer avançar o processo da Reforma Sanitária Brasileira (PAIM, 2009).

Segundo o manifesto “Reafirmando o compromisso pela saúde dos brasileiros” (2005), reafirma a excelência e legitimidade dos rumos constitucionais da construção do SUS e a necessidade de mobilização política para implementar o processo de reforma sanitária de forma a consolidar o SUS pelos princípios e diretrizes constitucionais.

A implantação do processo de reforma sanitária e a consolidação do SUS constitucional são dependentes de um processo político, para que de fato a saúde passe a ser prioridade na agenda política dos partidos. Para Fleury (apud PAIM, 2009), “a saúde ainda não é prioridade para os partidos políticos. Esta é uma eleição sem política e não há nos programas de saúde nenhum caráter político inovador que diferencia um do outro”.

Embora inconclusa, a Reforma Sanitária não tem uma agenda esgotada. Pelo contrário, tem muito que avançar no seu processo, considerando a radicalidade do seu projeto (PAIM; TEIXEIRA, 2007).

Financiamento: um dilema histórico

No período anterior à Constituição de 1988, o financiamento do gasto federal em saúde era atrelado em grande parte aos recursos do Fundo de Previdência e Assistência Social (FPAS), financiando 80% dos gastos com saúde, indicando a extrema dependência do financiamento da saúde ao comportamento das receitas do complexo previdenciário, largamente apoiadas nas contribuições de empregados e empregadores, o restante era subsidiado pela União (receitas de impostos), grosso modo correspondendo ao orçamento do Ministério da Saúde, oscilando entre 12,9% e 22,7% do total (Tabela 1).

Tabela 1 – Brasil: gasto federal consolidado com saúde: distribuição percentual por fonte entre 1980 e 1988

Anos	Tesouro	FPAS**	FAS***	Outras	Total
1980	12,9	85,2	1,5	0,4	100
1981	14,5	83,8	1,2	0,6	100
1982	15,7	82,2	1,4	0,8	100
1983	18,8*	79,8	1,3	0,2	100
1984	16,8*	82,4	0,7	0,1	100
1985	20,9*	78,2	0,9		100
1986	22,7*	76,9	0,5		100
1987	19,4	80,2	0,3		100
1988	19,9	79,5	0,6		100

Fonte: PIOLA; VIANNA, 1991.

* Inclui recursos do Finsocial: 1983 (2%); 1984 (2,2%); 1985 (2,5%) e 1986 (0,3%).

** Fundo de Previdência e Assistência Social.

*** Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social.

Havia a mercantilização dos direitos à saúde, sob comando da Previdência Social, composta por uma rede de assistencialismo, contribuições trabalhistas e carnês de contribuição (RIBEIRO et al., 2010). Ressalta-se que essas receitas são produzidas pela aplicação de alíquotas sobre o salário; o quantitativo de empregados no mercado, forma de trabalho e base salarial média. Isso significa dizer que os recursos capitais para o financiamento da previdência e, por decorrência, da saúde, entre 1980 e 1988, dependiam do movimento cíclico da economia. Nesta lógica, qualquer variação do Produto Interno Bruto (PIB) desencadearia sobre o valor monetário arrecadado para previdência. Como exemplo, uma queda dos valores do PIB provocaria uma retração do volume de recursos de contribuições, o que minimizaria recursos para setores financiados pelo FPAS.

Nesta época, parcela significativa da população não tinha acesso a recursos para ter assistência à saúde, dependendo exclusivamente do orçamento do Ministério da Saúde (MS), que atuava principalmente no campo da vigilância em saúde, em ações de controle a doenças transmissíveis e de vigilância sanitária e secretarias de estados e municípios, ou recursos provenientes da caridade, aplicados em serviços prestados por entidades religiosas ou outras entidades filantrópicas (PIOLA et al., 2009).

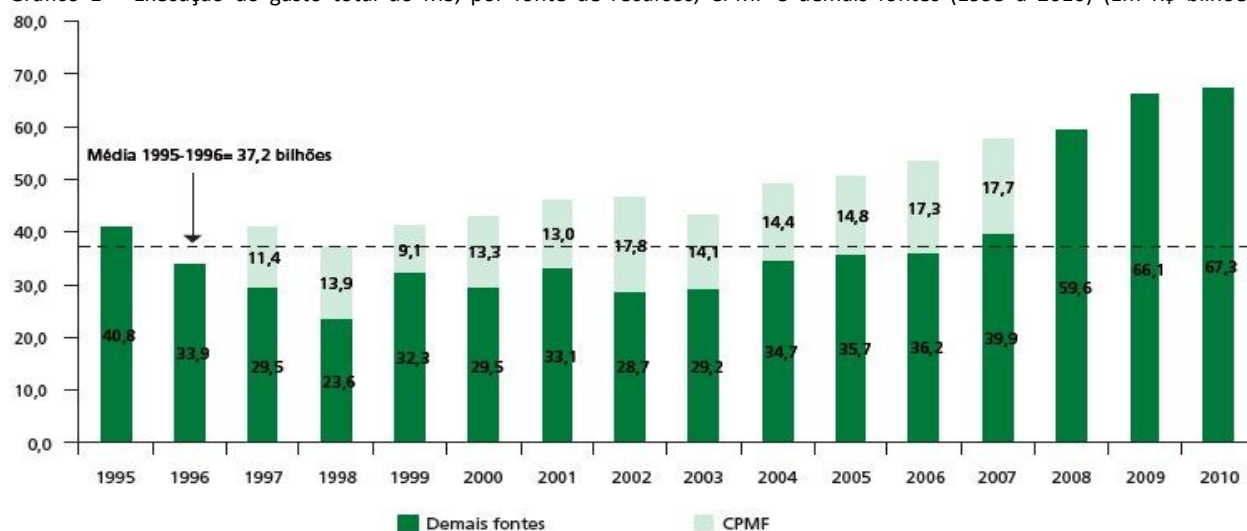
Já no período pós-constituente, cujas principais diferenças foram a criação da Seguridade Social como uma grande rede composta por Saúde, a Previdência Social e Assistência Social, ancoradas num grande Orçamento da Seguridade Social (OSS), rejeitando a vinculação permanente de recursos para a saúde (10% do PIB) proposta pela Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS) e criação do Sistema

Único de Saúde (SUS), promoveu-se a organização tripartite de financiamento federalista da saúde, em que a responsabilidade do financiamento do SUS seria de competência comum da União, estados, Distrito Federal e municípios; os entes da federação agora tinham responsabilidades compartilhadas, embora pouco definidas em relação ao financiamento no texto constitucional, e das contribuições sociais dos empregadores (incidentes sobre a folha de salários, o faturamento, Cofins e o lucro, Contribuição sobre o Lucro Líquido), dos trabalhadores e 50% da receita de concursos e prognósticos (loteria). Esses recursos não integrariam o orçamento da União e sim o Orçamento da Seguridade Social (OSS), que destinaria por disposição transitória 30% das contribuições para a saúde – excluindo o seguro-desemprego (MENDES; MARQUES, 2009). No entanto, a não observância da legislação vigente, irregularidade dos aportes financeiros à saúde e a fragmentação dos recursos da saúde para com Previdência e Assistência Social, por comporem o campo da proteção social juntamente com a Saúde, minimizaram todo e qualquer recurso destinado à saúde (DAIN, 2007).

Para saldar as despesas com saúde outros arranjos e alternativas foram adotados a partir dos anos 90. No primeiro momento, a Contribuição Provisória sobre a Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direito de Natureza Financeira (CPMF) surgiu como solução temporária para o problema do financiamento; a mesma foi prorrogada por anos, vigorando até 2007, como imposto na sua implantação (1994) e logo depois como contribuição, quando a oposição rejeitou a proposta de prorrogação da contribuição até o ano de 2011. No segundo momento a Emenda Constitucional 29 (EC 29/2000) ou Emenda da Saúde, estabelecida em 13 de setembro de 2000 (SCATENA; VIANA; TANAKA, 2009).

A CPMF, tributo com alíquota de 0,38% incidente sobre o valor de movimentação financeira de pessoas físicas e jurídicas, veio substituir o Imposto Provisório sobre Movimentação Financeira (IPMF). Prevista no artigo 74 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, a CPMF foi instituída pela Lei 9.311/96, já alterada diversas vezes, cujo caráter provisório, sempre prorrogado, foi substitutiva de outras fontes de recursos (Gráfico 1) (CONASS, 2011). Logo após sua implantação representava 30% das receitas totais destinadas à saúde (OLIVEIRA; REZENDE, 2005). Cabe lembrar que os recursos deveriam ser destinados integralmente à área da saúde, mas o governo tem liberdade de gastar 20% da arrecadação dessa contribuição, nos termos da Desvinculação da Receita da União (DRU) (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2007), além de passar a ser compartilhada com a Previdência Social, em um segundo revés do setor na competição com o pagamento de benefícios, embora a alíquota tenha sido elevada para atender à partilha (CONASS, 2011). A arrecadação da CPMF alcançou R\$ 32 bilhões em 2006 (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2007).

Gráfico 1 – Execução do gasto total do MS, por fonte de recursos, CPMF e demais fontes (1995 a 2010) (Em R\$ bilhões)¹



Fonte: Para 1995 a 2007, Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal (SIAFI), Sistema Integrado de Dados Orçamentários (SIDOR) e sistema de informações Gasto Social Federal/IPEA; para 2008 a 2010, sistema de informações sobre orçamento público Siga Brasil/Senado Federal.

Nota 1: Em valores constantes de 2010.

Diante de uma receita subfinanciada que pudesse atender às demandas do SUS, é aprovada, após várias reformulações, a EC 29/2000. Iniciada com a Proposta de Emenda Constitucional (PEC) 169 (1993), a EC 29/2000 estabeleceu as regras para a progressiva provisão de recursos às ações e serviços públicos de saúde. Com isso, o sistema de financiamento da saúde ganhou maior estabilidade, uma vez que foram estipulados percentuais mínimos constitucionais de aplicação de recursos da União, dos estados, Distrito Federal e dos municípios para reestrutura o SUS. Uma razão relevante que comprometia, na década de 90, o financiamento do setor de saúde, era a não vinculação da saúde na Carta Magna, pois não havia parâmetro legal que obrigasse estados, Distrito Federal e municípios a destinarem recursos próprios para a área da saúde, não existia uma base de cálculo que definisse percentuais de repasses monetários dos entes da federação para a saúde (CAMPELLI; CALVO, 2007). Nesse sentido, ela teve êxito ao corrigir uma lacuna deixada na Constituição, quando não vinculava recursos ou gastos mínimos dos entes federados (MAGDALENA, 2012).

A EC 29/2000 estabeleceu o aumento gradual dos recursos financeiros vinculados à receita tributária dos estados e municípios no período compreendido entre o ano de 2000 a 2004. Os valores mínimos de 7% em 2000 deveriam, em 2004, atingir patamares de 12% e 15%, respectivamente, para estados e municípios. No caso da União, (ADCT, artigo 77, I, “a” e ADCT, artigo 77, I, “b”, respectivamente) o montante empenhado em ações e serviços públicos de saúde no exercício financeiro de 1999 foi acrescido no mínimo 5% para ano subsequente (2000). Para período correspondente de 2001 a 2004, passou a vigorar o montante aplicado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) (Tabela 2).

Tabela 2 – Percentuais mínimos de vinculação à receita tributária para o Sistema Único de Saúde (SUS), conforme o ano e nível de governo, nos termos da Emenda Constitucional 29/2000

Ano	Estados	Municípios
2000	7,0	7,0
2001	8,0	8,6
2002	9,0	10,2
2003	10,0	11,8
2004	12,0	15,0

Fonte: Resolução 322/2003 do Conselho Nacional de Saúde.

A EC 29/2000 manteve a base de financiamento regulamentada pela constituinte (1988), e definiu a obrigatoriedade, por parte dos entes da federação, de aplicação dos recursos cujos percentuais mínimos seriam regulamentados por lei complementar (art. 198 § 3º).

Apesar do apoio em torno da EC 29/2000, aos seus parâmetros legais e regulamentares, não concretizaram as expectativas de um aumento substancial do gasto federal em saúde (DAIN, 2007).

Não é de estranhar, portanto, que o subfinanciamento do SUS ainda seja tão atual; sua contextualização parece não ter ruptura com o passado; embora constitucionalizados, seus recursos ainda são escassos para atender à demanda de responsabilidade e efetivação dos princípios do SUS; ainda prevalecem os mesmos impasses de antes da constituinte: desregulamentação, jogo de interesse político, falta de governança e irregularidades dos aportes financeiros à saúde.

O dilema ainda continua

O SUS ainda depara-se com dilemas importantes. Questões referentes ao sistema de serviços de saúde, como financiamento, organizacional, infraestrutura e gestão, considerados por Paim (2009) como dilemas que já poderiam ter sido equacionados de forma a oferecer uma atenção mais digna, efetiva, justa, integral e de qualidade aos seus cidadãos. Mas persistem, dificuldades relevantes no acesso e na qualidade dos serviços públicos: os indicadores de cobertura muitas vezes são insuficientes e inadequados; hospitais públicos apresentam frequentes problemas de estrutura e ineficiência de gestão; a construção de unicidade para sistema público não superou a segmentação da rede de serviços e a fragmentação no cuidado ao usuário (SANTOS, 2009).

Seguramente, muitos dos problemas que atormentam o usuário do SUS podem ser equacionados mediante boas práticas de gestão. No entanto, é no subfinanciamento que está o ponto frágil do sistema público de saúde (CONASS, 2011).

O subfinanciamento do SUS é hoje o fator que mais impossibilita os gestores municipais e estaduais de organizarem a oferta de serviços com qualidade, de acordo com as necessidades e direitos da população usuária, o que os compele a sub-remunerar os profissionais e os estabelecimentos prestadores de serviços, a não investir em melhores edificações e equipagem de unidades de saúde e a atrasar com frequência o pagamento de prestadores e fornecedores, pondo em risco a viabilidade da gestão. Neste quadro predominam os interesses e pressões de mercado dos produtores de equipamentos, de medicamentos, de tecnologias e de outros insumos, bem como as prerrogativas particularizadas de alguns prestadores de serviços e alguns profissionais, o que leva à reprodução do modelo de atenção à saúde “da oferta”, superado pelos princípios e diretrizes constitucionais (FÓRUM DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA: manifesto, 2005, p. 2).

Grande parte dos valores destinados à Assistência Social, 24,3% dos gastos diretos do governo federal com os ministérios centraliza-se no Ministério da Previdência Social, com valores percentuais de 92,1% do montante, restando para Ministério da Saúde e Desenvolvimento Social e Combate à Fome 7,9% dos recursos, inviabilizando a sustentação do SUS como política social universal, assim como as políticas de ações de desenvolvimento social (Tabela 3).

Tabela 3 – Gasto direto por órgão executor do governo federal/Assistência social e total destinado aos ministérios – ano base 2011

Órgão Superior	Total/ano (R\$)	% Sobre Total dos Ministérios	% Sobre Total dos Ministérios
Ministério da Previdência	287.204.909.544,13	22%	92%
Ministério da Saúde	24.156.471.722,22	2%	8%
Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome	451.719.000,24	0%	0%
Assistência Social	311.813.100.266,59	24%	100%
Valor total dos ministérios	1.280.676.170.535,24		

Fonte: Presidência da República/Controladoria Geral da União – Portal da Transparência Governo Federal. Tabela de elaboração própria, 2011.

O subfinanciamento da saúde pública é bem conhecido pelos distintos atores sociais e grupos de interesse direta ou indiretamente envolvidos no processo de construção do SUS como fator impeditivo do cumprimento dos preceitos constitucionais de acesso universal e atendimento integral (CONASS, 2011).

Para população usuária do SUS, segundo o manifesto, reafirmando o compromisso com a saúde dos brasileiros (2005, p. 2), a deterioração do financiamento da saúde significa:

[...] intensa repressão de demanda, insuportável congestionamento nos prontos-socorros e consultórios de especialidades, impossibilidade da atenção básica no seu desafio de vir a ser a porta de entrada preferencial com alta resolutividade, e a permanência do predomínio de intervenções tardias: doenças preveníveis não prevenidas, doenças agravadas não atendidas precocemente e mortes evitáveis não evitadas. É um sofrimento humano e institucional que se avoluma e gira em torno de 1,5 bilhões de atendimentos ambulatoriais, 12 milhões de internações, 290 milhões de exames laboratoriais, 1 milhão de tomografias e 9 milhões de ultrassonografias em 2004. É também o reflexo da grande dificuldade da construção do novo modelo de atenção à saúde, com base nas necessidades e direitos da população, orientado pelos princípios e diretrizes constitucionais da Universalidade, Igualdade, Integralidade, Descentralização, Regionalização e Participação (FÓRUM DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA: manifesto, 2005, p. 2).

A EC 29/2000, criada com o objetivo de evitar a repetição dos problemas que comprometeram o financiamento do SUS entre 1988 a 2000, determinando a vinculação e estabelecendo a base de cálculo e os percentuais mínimos dos recursos orçamentários que União, estados, Distrito Federal e municípios devem destinar para as ações e serviços públicos de saúde, já em 2004, período máximo das discriminações graduais orçamentárias dos entes federados para com a saúde, destaca-se em reunião da Comissão de Orçamento e Finanças do Conselho Nacional de Saúde (COFIN/CNS) e da Câmara Técnica do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) o descumprimento da EC 29/2000, pelo governo federal e pelos governos estaduais e o estágio do Projeto de Lei Complementar 1/2003 (PLC 01/2003), evidenciando o problema crônico da saúde (MENDES, 2005).

Nesta primeira fase da EC 29/2000, de 2000 a 2004, destaca-se o estudo de Campelli e Calvo (2007), no qual demonstraram o déficit orçamentário de repasse da União e estados, deixando de aplicar R\$ 1,8 bilhão e R\$ 5,29 bilhões, respectivamente, o que representou um montante de R\$ 7,09 bilhões que o setor saúde deixou de receber nesses anos, tendo apenas a esfera municipal cumprido com a graduação orçamentária na transição entre 2000 e 2003. Dados de 2004 não foram analisados, não disponíveis pelo SIOPS, no período de realização do estudo. Ressalta-se ainda a confusa, eloquente e oportunista ideia dos governantes de discriminar recursos para outras ações e serviços públicos com orçamento da saúde, incluindo gastos das ações e serviços da saúde, despesas com inativos, com saneamento, habitação urbana, recursos hídricos, merenda escolar, programas de alimentação e hospitais de clientela fechada, para atingirem as metas de aplicação.

A Tabela 4 demonstra que as despesas com serviços públicos aumentaram significativamente nas esferas estaduais e municipais entre 2000 e 2008. Enquanto o crescimento das despesas na esfera federal foi 4,6% ao ano, para o estadual e municipal foi, respectivamente, 12,5% e 12,4%. Isso se refere à política de descentralização com crescimento mais representativo a partir de 2004.

Tabela 4 – Despesas com ações e serviços públicos de saúde, segundo esfera de governo. Dados nominais: 2000 a 2008 (em R\$ milhares constantes – Base 2008)

Ano	Federal	Estadual	Municipal
2000	34.971.824	10.848.953	12.665.469
2001	35.867.011	13.195.610	14.826.689
2002	35.082.324	14.577.077	17.060.315
2003	35.268.728	15.758.395	17.861.226
2004	39.437.177	19.328.481	19.787.290
2005	42.382.874	19.666.220	23.140.629
2006	45.079.250	19.067.220	26.057.376
2007	46.812.708	23.898.295	27.925.154
2008	50.270.290	27.926.885	32.267.633
Crescimento médio anual	4,6%	12,5%	12,4%

Fonte: Ministério da Saúde/Secretaria Executiva/Departamento de Economia da Saúde e Desenvolvimento de Informações sobre Orçamento Público em Saúde – SIOPS (Gasto Estadual e Municipal); SPO/SE e Fundo Nacional de Saúde – FNS (Gasto Federal) e IBGE (PIB). Atualizada, 2011.

Nota: Preços Base 2008 deflacionados pelo IPCA (índice de preços ao consumidor ampliado).

Embora se perceba um aumento gradual nas três esferas de governo no financiamento das ações e serviços públicos de saúde, significado de um déficit acumulado durante anos, o mesmo ainda não atende a todas as demandas do SUS.

O atual Ministro da Saúde, Alexandre Padilha (2011), afirmou recentemente em audiência na Câmara dos Deputados que, além da regulamentação da EC 29/2000 para maior controle dos investimentos em saúde, seriam necessários mais R\$ 45 bilhões para que o sistema brasileiro possa universalizar, de fato, o atendimento.

Esperasse que a regulamentação da EC 29/2000, aprovada somente no final de 2011 e sancionada pela Presidente da República no início de 2012, venha encerrar com o descumprimento do proposto constitucional para que se possa minimizar o enorme déficit financeiro da saúde. As definições legais dadas pela EC 29/2000 constituem importante mecanismo de garantia dos recursos para a saúde. Assim, o cumprimento das exigências deve ser monitorado e avaliado para garantir tais recursos.

Em relação ao gasto nacional de saúde, em comparação aos países Mercosul, são destinados 8,4% do PIB, utilizando-se de apenas 41,6% deste total para saúde pública, ficando o setor privado com o restante da parcela, 58,4 %, bem atrás de países como Argentina e Uruguai, com 50,8 e 74,0 % de seus gastos em saúde destinados ao setor público, além de ter o pior percentual entre os países do Mercosul (Tabela 5).

¹ Defende-se que, para a construção efetiva de um sistema de saúde universal e de acesso integral, é necessário alcançar valores mínimos em gasto público equivalentes a 70%, o que representaria algo em torno de 7% do PIB de 2008 (IPEA, 2012).

Tabela 5 – Gasto nacional em saúde: percentual do PIB, gasto público e privado com saúde e gasto público em saúde em relação ao gasto total do governo – Base 2010

Pais	% PIB	Per capita ¹ em Saúde	% Gasto Público Privado	% Gasto Público Público	% do Gasto Público em relação ao gasto total do Governo
Argentina	10	1.322	49,2	50,8	13,9
Brasil	8,4	837	58,4	41,6	5,4
Paraguai	5,7	253	57,6	42,4	11,9
Uruguai	8	916	26	74	17,3
Venezuela	5,8	697	53,5	46,5	7,1

Fonte: World Health Report, 2010.

Nota 1: Em dólares internacionais, ou seja, valores padronizados segundo paridade de poder de compra (PPP).

Pereira (1996) argumenta que a implantação do SUS em meio à crise fiscal e sem descrever quais seriam suas fontes de recursos acabaria por afastá-lo de alguns princípios da reforma sanitária, como a universalidade, e produzindo como efeito o fortalecimento dos planos privados de saúde. Fato descrito na Tabela 6, em que, no período correspondente entre 1975 a 2007, inverteram-se os percentuais do gasto nacional em saúde, assumindo participação crescente do setor privado em relação ao público, com valores de 43,5 %, enquanto o setor público decresceu em gastos com a saúde em 38%.

Tabela 6 – Brasil segunda a participação relativa pública e privada do gasto nacional em saúde (1975, 2003 e 2007)

Pais	1975		2003		2007	
	Público	Privado	Público	Privado	Público	Privado
Brasil	67	33	45,3	54,7	41,6	58,4

Fonte: Ano de 1975 – McGREEVEY, W. P. et al. *Política e financiamento do Sistema de Saúde brasileiro: uma perspectiva internacional*. IPEA. Série Estudos; Ano de 2003 – World Health Report 2006, statistical annex 2; Ano de 2007 – World Health Report 2010.

Diante deste cenário, em que cada vez mais o Estado perde força no empate com o mercado, Fleury (2011), ao tratar da temática dos direitos sociais e o judiciário, concebe a universalidade como um processo incremental a partir de mínimos garantidos pelo Estado, que deverão ser progressivamente aumentados ou, pelo menos, não reduzidos, a não ser em condições comprovadas de incapacidade econômica do Estado. No entanto, se observa uma tendência que aponta para uma redução do papel do Estado como provedor e financiador, mas para o crescimento como regulador (CONASS, 2011). Como forma de reflexão a ampliação do privado sobre público, Fleury (2011, p. 2) relata que:

A subordinação da universalização a esquemas de garantias mínimas em modelos de proteção que se referem a seguros individuais permite a compatibilização do financiamento público com o asseguramento e provisão privados, mas não assegura a igualdade e a integralidade pressupostas na garantia estatal do direito universal à saúde.

Destarte, as condições sociais expressas no Brasil não são das melhores, com alta taxa de pobreza, forte concentração de renda e um sistema fiscal e tributário injusto. Famílias que recebem até dois salários mínimos gastam 48,8% de suas rendas com impostos; as que recebem mais que 30 salários gastam apenas 26,3% com taxas, já que mais de 59% do total coletado em 2007 representa taxa sobre

o consumo, em vez de taxações diretas sobre renda e riqueza (IPEA, 2009), tornando relativamente baixo o percentual de pessoas que podem pagar pelos serviços de saúde.

O gasto com saúde é o quinto item para os que estão entre os 10% mais pobres da população (1º decil), comprometendo 5% de seu orçamento com este item. Prioriza-se maior investimento em alimentação, habitação e transporte, fatores determinantes para uma melhor qualidade de vida e, por consequência, um melhor estado de saúde (Tabela 7).

Tabela 7 – Composição percentual do orçamento familiar por decil de renda segundo os principais itens de despesas, 2002-2003¹

Despesas	1º Decil	2º Decil	Media
Alimentação	45	23	30
Habitação	25	26	26
Transporte	9	16	14
Saúde	5	10	8
Vestuário	6	5	6
Educação	1	8	5
Outros	9	12	11
Total	100	100	100

Fonte: Adaptado de GAIGER et al., op. cit., 2006.

Nota 1: A Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) do IBGE investiga a estrutura de gastos (despesas) e de rendimentos das famílias. A mais recente POF foi realizada no biênio 2002/2003 e teve abrangência nacional, tendo sido pesquisadas 48.568 unidades domiciliares.

Ainda que a escassez de recursos para a saúde fosse um problema crônico brasileiro, ela parece estar mais em evidência após a institucionalização do SUS. A indefinição constitucional sobre fontes de recursos exclusivas do SUS, bem como vinculação mínima e tardia, como a EC 29, percentual mínimo do PIB com gastos para a saúde, que não atendem à demanda das ações e serviços do SUS e o escoamento do orçamento da saúde para saltar os déficits da previdência, tornaram-se um problema significativo com o passar dos anos. A institucionalização de uma política universal fez com que o Estado perdesse força frente ao mercado de planos de saúde.

Considerações finais

O processo da Reforma Sanitária, institucionalizado no SUS, descreve sua história em meio a diversos impasses, tendo na falta de recursos um dos maiores dilemas a ser enfrentado. Valores correspondentes a 5,4% do gasto total do governo destinados à saúde ficam aquém do necessário para manter a demanda do setor público de saúde, idealizado em 7% do PIB, dificultando a gestão do SUS, humanização e ampliação da justiça social.

Embora haja um aumento significativo dos recursos destinados a ações e serviços públicos à saúde nas três esferas de governo – municipal, estadual e União –, como determina a EC 29/2000, pouco tem auxiliado no déficit social da saúde como política universal e equânime, ampliando a participação crescente do setor privado em relação ao público com os cuidados da saúde. Além do mais, no grande escopo da Assistência Social, do total de dispêndios diretos (R\$ 311 bilhões), 92,1% do montante destinase ao Ministério da Previdência Social, enquanto o Ministério da Saúde representa apenas 7,7 % deste recurso.

Aliada às restrições de recursos para saúde, há uma tendência de maior descentralização para Estado e município (crescimento médio anual em termos reais da despesa em torno de 12,5% entre 2000

e 2008) comparativamente ao crescimento das despesas na esfera federal (4,6% na mesma base). Contudo, os indicadores ainda demonstram que o gasto com a saúde privada é relevante no orçamento familiar e crescente a partir da década de 1970. Em 2007, o setor público representava 41,6% do total nacional gasto em saúde, contra 67% em 1975. Ou seja, apesar da política de universalização da saúde, há um gasto crescente no setor privado, comparativamente com o público, justificando parte das dificuldades de alcance dos resultados do Sistema Único de Saúde.

Desse modo, a questão da justiça social na área da saúde só pode ser equacionada mediante estratégias que contemplem concomitantemente: o combate às desigualdades no acesso aos serviços de saúde, a efetiva priorização do SUS no gasto público e a melhora da qualidade do sistema público. Para tanto, é necessária a reorientação das ações políticas na saúde, tendo como mediadoras a compreensão do financiamento e a clareza da carência de recursos para gerir o SUS, isso faz com que o tema “saúde” inclua-se ao social, e não apenas clinicamente, estando diretamente relacionado com a forma de sociedade e de Estado.

Referências

- AROÚÇA, A. S. A reforma sanitária brasileira. *Radis*, Rio de Janeiro, n. 11, p. 2-4, 1988.
- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Imprensa Nacional, 1988.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. O Financiamento da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2011. 124 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 2). p. 43.
- CÂMARA DOS DEPUTADOS. Agência de notícia, contribuição provisória sobre movimentação financeira. Disponível em: <http://www2.camara.gov.br/agencia/noticias/102057.html>. Acesso em: 22 maio 2012.
- CAMPELLI, M. G. R.; CALVO, M. C. M. O cumprimento da Emenda Constitucional n. 29 no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 1613-1623, jul. 2007.
- CARTA DE BRASÍLIA. Documento final do 8º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde. *Medicina CFM*, 2005; n. 156, p. 12-13.
- CONASS. *Para entender a gestão do SUS*. Brasília: CONASS, 2011. 124 p. 2 v. Disponível em: <http://www.conass.org.br/arquivos/file/miolo%20livro%202.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2012.
- DAIN, S. Os vários mundos do financiamento da saúde no Brasil: uma tentativa de integração. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, sup., p. 1851-1864, 2007.
- FORUM DA REFORMA SANITARIA BRASILEIRA: manifesto. Brasília, 2005. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/publicacoes/arquivos/20060713121020.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2012.
- FLEURY, S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 743-752, maio/jun. 2009.
- INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). Receita pública: quem paga e como se gasta no Brasil. *Comunicado do IPEA*, 30 jun. 2009.
- _____. Brasil em desenvolvimento 2011, Estado, planejamento e políticas públicas: financiamento do desenvolvimento, possibilidades, limites para esta década. Brasília, 2012. p. 234. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/livros/2012/livro_brasil_desenvolvimento2011_vol01.pdf. Acesso em: 03 jun. 2012.
- KINGDON, J. *Agendas, alternatives and public policies*. 2. ed. New York: Harper Collins College Publishers, 1995.
- MAGDALENA, P. C. *Análise da agenda do financiamento do SUS: diferentes contextos, mesma escolhas?* 2012. 135 p. Tese (Doutorado) – Fundação Getúlio Vargas, Escola de Administração de Empresas de São Paulo, São Paulo, 2012. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/9564/disserta%C3%A7ao.pdf?sequence=1>. Acesso em: 15 abr. 2012.
- MENDES, Á. Um pouco de estória do financiamento na saúde. Disponível em: <http://www.conasems.org.br>. Acesso em: 18 maio 2012.
- MENDES, J. M. R. et al. Gestão na saúde: da reforma sanitária às ameaças de desmonte do SUS. *Textos & Contextos*, Porto Alegre, v. 10, n. 2, p. 331-344, ago./dez. 2011.
- OLIVEIRA, F. A.; REZENDE, F. O Estado e a Federação. In: REZENDE, F.; TAFNER, P. (Ed.). *Brasil: o estado de uma nação*. Rio de Janeiro: IPEA, 2005. Cap. 7. p. 251-283. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/Destaques/brasil/CapVII.pdf>. Acesso em: 03 abr. 2012.
- PADILHA, A. Universalização do atendimento no SUS precisa de R\$ 45 bilhões, diz ministro. Agência de notícias Câmara dos Deputados, Brasília, 20/09/2011. Disponível em: [http://www2.camara.gov.br/agencia/noticias/SAUDE/202869-UNIVERSALIZACAO-DO-ATENDIMENTO-NO-SUS-PRECISA-DE-R\\$-45-BILHOES,-DIZ-MINISTRO.html](http://www2.camara.gov.br/agencia/noticias/SAUDE/202869-UNIVERSALIZACAO-DO-ATENDIMENTO-NO-SUS-PRECISA-DE-R$-45-BILHOES,-DIZ-MINISTRO.html). Acesso em: 14 maio 2012.

- PAIM, J. S. Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 27-37, jan./abr. 2009.
- _____; TEIXEIRA, C. F. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 12, supl., p. 1819-1829, 2007.
- PAOLI, M. C. P. M. Movimentos Sociais no Brasil: em busca de um estatuto político. In: HELLMANN, M. (Org.). *Movimentos sociais e democracia no Brasil*. São Paulo: Marco Zero, 1995. v. 1, p. 24-56.
- PEREIRA, C. A política pública como caixa de Pandora: organização de interesses, processo decisório e efeitos perversos na reforma sanitária brasileira – 1985-1989. *Rev. Ciênc. Sociais*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 3, p. 423-477, 1996. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0011-52581996000300006. Acesso em: 17 maio 2012.
- PIOLA, S. F. et al. Gasto tributário e conflito distributivo na saúde. *Políticas sociais: acompanhamento e análise*, Brasília, v. 1, n. 17, 2009. (Vinte anos da Constituição Federal).
- _____; VIANNA, S. M. Políticas e prioridades do Sistema Único de Saúde. IPEA, dez. 1991, 139 p. (não publicado).
- _____; _____. (Org.). Saúde no Brasil: algumas questões sobre o Sistema Único de Saúde (SUS). In: Estado de uma nação: textos de apoio. Brasília: IPEA, 2009. 85 p. (Textos para discussão nº 1391.) Disponível em: http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/publicacoes/tds/td_1391.pdf. Acesso em: 27 abr. 2012.
- RIBEIRO, C. T. M. et al. O sistema público de saúde e as ações de reabilitação no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Publica*, Washington, v. 28, n. 1, p. 43-48, 2010.
- SALVADOR, E. Questão tributária e seguridade social. In: FAGNANI, E.; HENRIQUE, W.; LUCIO, C. G. (Org.). *Debates contemporâneos: Previdência Social e do Trabalho*. São Paulo: Unicamp/Cesit, LTR; 2008. p. 387-402.
- SANTOS, N. R. A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde: tendências e desafios após 20 anos. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 13-26, jan./abr. 2009.
- SCATENA J. H. G.; VIANA, A. L. A.; TANAKA, O. Y. Sustentabilidade financeira e econômica do gasto público em saúde no nível municipal: reflexões a partir de dados de municípios mato-grossenses. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 2433-2445, nov. 2009.

¹ Esclarece que a análise relativa ao gasto público foi realizada pelo estudo da OMS (Organização Mundial da Saúde) *World Health Report* e trata de dados totais. No caso brasileiro, envolve todo o gasto público. Mesmo que nestes gastos totais seja incluído o valor pago de juros, considera-se que é um direcionamento de recurso e a mesma base de análise foi utilizada, neste estudo, para comparar com os demais países. Assim, os valores servem apenas como parâmetro comparativo e questão metodológica e são respaldados no estudo da OMS.