

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS**

FERNANDA MONJELÓ DELFINO

**POLÍTICAS PÚBLICAS E FINANCIAMENTO DA SAÚDE:
UMA ANÁLISE DOS GASTOS PÚBLICOS COM SAÚDE NO PERÍODO DE 2005 A
2009**

PORTO ALEGRE

2012

Fernanda Monjeló Delfino

**POLÍTICAS PÚBLICAS E FINANCIAMENTO DA SAÚDE:
Uma análise dos gastos públicos com saúde no período de 2005 a 2009**

Trabalho de conclusão submetido ao Curso de Graduação em Economia, da Faculdade de Ciências Econômicas da UFRGS, como quesito parcial para obtenção do título de Bacharel em Ciências Econômicas.

Orientadora: Janice Dornelles de Castro

Porto Alegre

2012

AGRADECIMENTOS

Agradeço carinhosamente a minha orientadora Janice Dornelles de Castro pela sua dedicação, paciência, compreensão, e especialmente pelos ensinamentos transmitidos.

À minha família, principalmente a minha mãe, pelo apoio e incentivo sempre a mim dedicados. Ao meu marido Humberto Zasso pela força e companheirismo.

Aos amigos Joana Grazziotin e Rodrigo Muradás, pelo afeto, estímulo e incansável apoio.

RESUMO

Este trabalho busca descrever a história Sistema de Saúde no Brasil, e seu financiamento nos últimos anos. A análise do gasto público federal vai ajudar a compreender essa questão apresentando se houve aumento ou diminuição na aplicação dos recursos em saúde, e em quais regiões ocorreram maiores gastos. Além disso, pretende investigar o comportamento do volume de recursos utilizados nas esferas municipais e estaduais no período de 2005-2009, e se estes gastos contribuíram para modificações no tipo de despesa realizada, considerando seus resultados e abrangência.

Palavras-chave: Políticas Públicas. Financiamento da Saúde. Sistema Único de Saúde. Gastos Públicos.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	5
2 ASPECTOS METODOLÓGICOS	8
2.1 HIPÓTESE	8
2.2 OBJETIVOS	8
2.2.1 Objetivo Geral	8
2.2.2 Objetivos Específicos	8
3 POLÍTICAS PÚBLICAS	11
4 DESENVOLVIMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL	17
4.1 ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	20
4.2 FINANCIAMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE	26
4.2.1 Os modelos de políticas de financiamento da Saúde	26
4.2.2 As Formas de Remuneração	30
4.2.3 A Evolução das Políticas de Financiamento no Brasil	32
4.2.3.1 As crises de financiamento e buscas por novas fontes	35
4.2.3.2 Mudanças Recentes	36
4.2.3.3 Gastos Públicos por Esfera de Governo	37
5 ANÁLISE DA DISTRIBUIÇÃO DOS GASTOS COM SAÚDE NO BRASIL	39
5.1 ANÁLISE DA DISTRIBUIÇÃO DOS GASTOS COM SAÚDE NOS TRÊS NÍVEIS DE GOVERNO	39
5.2 ANÁLISE DA EVOLUÇÃO DA DISTRIBUIÇÃO DO GASTO PER CAPITA EM SAÚDE	44
5.3 ANÁLISE DA DISTRIBUIÇÃO DO GASTO PER CAPITA ENTRE OS ESTADOS DO BRASIL	46
5.4 RELAÇÃO DOS RESULTADOS COM O PIB	50
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	51
REFERÊNCIAS	52

1 INTRODUÇÃO

As condições de vida e suas implicações sobre a saúde das populações são objeto de estudo e pesquisa sistemática constante. Esse setor revela uma importância cada vez maior para a geração de desenvolvimento econômico e social, e através de políticas públicas pode-se incrementar a contribuição do setor de forma a aumentar a justiça social e a equidade de uma nação.

O setor de saúde no Brasil tem sido objeto de permanente atenção no âmbito dos governos e da sociedade, além de uma enorme rede de prestação de serviços, ele incorpora um significativo segmento industrial, intensivo em tecnologia e inovação, por isso apresenta grande importância para a geração de desenvolvimento econômico e social. A relevância econômica do setor pode ser expressa pela participação na economia, medida através dos gastos dos três níveis de governo, por exemplo. Segundo o Relatório de Execução Orçamentária do Tesouro Nacional (2010), sua participação na economia já supera a 7% do PIB, dos quais mais da metade se refere à participação do setor privado.

No Brasil, conforme a Constituição Federal de 1988 - CF88, art. 196, a saúde é direito de todos e dever do Estado. Ela está integrada na seguridade social, dentro de um sistema de proteção social, o qual garante à população um conjunto de direitos voltados para minimizar os riscos sociais. O Estado deve assegurar os princípios constitucionais do Sistema de Saúde como a universalidade, equidade e integralidade.

Nos últimos anos, a crescente atenção dada pelos governos à saúde no Brasil tem gerado um aumento do investimento na criação, implementação e concretização de políticas de promoção, proteção e recuperação da saúde. Segundo a Política Nacional de Promoção da Saúde, existe um grande esforço para a construção de um modelo de atenção à saúde que priorize ações de melhoria da qualidade de vida dos sujeitos e coletivos.

É importante salientar que a saúde de uma população costuma ser medida pela sua ausência, embora existam indicadores “positivos”, como a esperança de vida, paradoxalmente, as ferramentas mais utilizadas referem-se ao seu oposto – a morte e a doença – medidas pelas taxas de mortalidade e morbidade (MARINHO, 2009).

A criação do Sistema Único de Saúde - SUS teve o objetivo de fornecer atendimento igualitário e promover o aumento da extensão dos serviços de saúde aos cidadãos. Foi criado um grande projeto social que atua através de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde. O SUS, portanto, oferece um serviço de saúde universal e igualitário aos cidadãos, dentro de uma rede regionalizada e hierarquizada, tendo como diretrizes a descentralização, o atendimento integral e a participação da comunidade. Com a descentralização dos serviços prevista na Constituição Federal, a responsabilidade dos municípios no atendimento às suas populações aumenta de forma exponencial (Disponível em <http://portal.saude.gov.br/>, consultado em setembro/2011).

O financiamento do SUS é feito através de recursos provenientes dos três níveis de governo e fiscalizado pelo chamado Fundo Nacional de Saúde, Tribunais de Contas e Conselho Nacional de Saúde.

Os recursos do Fundo Nacional de Saúde são repartidos em dois grupos. O primeiro grupo de recursos é utilizado para o investimento e custeio das ações federais. Já o segundo grupo de recursos é repassado para as secretarias de saúde estaduais e municipais, de acordo com critérios determinados em função da população, necessidade de saúde e rede assistencial. Nos Estados os recursos repassados pelo Ministério da Saúde são somados aos recursos providenciados pelo próprio governo estadual e desse total, uma parte fica retida para as ações e os serviços estaduais, enquanto outra é repassada aos municípios.

Os municípios, então, têm a sua disposição os recursos próprios (indicados no orçamento) que são utilizados para as ações e serviços de saúde e também os recursos federais e estaduais repassados para o investimento e custeio das ações e serviços de saúde de âmbito municipal.

A aprovação da Emenda Constitucional no. 29 (EC-29), de 13 de setembro de 2000, estabeleceu regras para a provisão de recursos às ações e serviços públicos de saúde e instituiu a base de cálculo e os percentuais mínimos de recursos orçamentários que a União, os Estados, Distrito Federal e municípios seriam obrigados a aplicar em ações e serviços públicos de saúde.

Nos últimos anos a evolução do Sistema de Saúde no Brasil, especialmente em relação ao formato de seu financiamento, sofreu inúmeras mudanças, como a criação de novas fontes de recursos e sua extinção, e determinação legal do estabelecimento de percentuais mínimos de gasto em cada esfera de governo.

Este trabalho busca descrever a história do financiamento do Sistema de Saúde Brasileiro nos últimos anos. A análise do gasto público federal vai ajudar a compreender essa questão apresentando se houve aumento ou diminuição na aplicação dos recursos em saúde, e em quais regiões ocorreram maiores gastos. Além disso, pretende investigar o comportamento do volume de recursos utilizados nas esferas municipais e estaduais no período de 2005-2009, e se estes gastos contribuíram para modificações no tipo de despesa realizada, considerando seus resultados e abrangência.

O conteúdo proposto está estruturado em cinco capítulos, além desta introdução: Aspectos Metodológicos, Políticas Públicas, Desenvolvimento do Sistema de Saúde no Brasil, Análise dos Gastos com Saúde no Brasil e Considerações Finais.

O segundo capítulo aborda as questões metodológicas para a análise deste estudo.

No terceiro capítulo serão descritos aspectos conceituais sobre Políticas Públicas, bem como suas origens e principais fundadores. Além disso, serão apresentadas discussões sobre o papel do Estado na formulação e implementação das políticas públicas.

O quarto capítulo contextualiza historicamente o Sistema de Saúde no Brasil. Descrevendo a trajetória do Sistema Único de Saúde através inovações tidas com a Constituição de 1988, desde sua regulamentação e consolidação como um sistema universalista, integralista e equânime. Discorre também sobre a organização do sistema por meio dos modelos de atenção à saúde. Além disso, neste capítulo discute-se sobre o financiamento da saúde, apresentando os modelos e fontes existentes no mundo. Posteriormente é analisada a estrutura do financiamento do sistema de saúde no Brasil no contexto da descentralização, baseado na aplicação de recursos próprios de municípios, de estados e da União.

No quinto capítulo desenvolve-se o exame dos resultados do estudo dos gastos com saúde através da análise comparativa e verificação do comportamento dos indicadores.

O sexto capítulo apresenta as considerações finais do trabalho, concluindo sobre a legitimidade da hipótese proposta.

2 ASPECTOS METODOLÓGICOS

2.1 HIPÓTESE

A política de financiamento do SUS levou ao aumento constante do volume de recursos gasto pelo Ministério da Saúde no período de 2005 a 2009. Qual foi o comportamento deste gasto nos governos estaduais e municipais no mesmo período? Houve mudanças no tipo de despesa realizada?

2.2 OBJETIVOS

2.2.1 Objetivo Geral

O objetivo deste trabalho é verificar o comportamento do gasto público das três esferas de governo no sistema de saúde no Brasil no período de 2005 – 2009.

2.2.2 Objetivos Específicos

- a) Verificar as políticas públicas de financiamento da saúde no Brasil;
- b) Analisar a distribuição dos gastos totais com saúde no período;
 - b.1) Analisar a evolução da distribuição do gasto per capita em saúde no período;
 - b.2) Analisar a distribuição do gasto per capita entre os estados do Brasil;
- c) Relacionar os resultados com o PIB.

Este é um estudo descritivo com base em série de dados temporal referente ao período de 2005-2009. A origem das informações constitui-se de fontes de dados secundários. Os dados utilizados serão provenientes da Diretoria de Estudos e Políticas Sociais – DISOC – do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, nos relatórios da Execução Orçamentária e nos bancos de dados do Sistema Único de Saúde- DATASUS. Na obtenção de outras informações relevantes para este estudo, serão empregados dados da plataforma de dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Será utilizado o Excel para compilação das informações, cálculos e análise.

Pesquisa bibliográfica para embasamento do estudo, através do exame das seguintes palavras-chave: Política de financiamento da saúde, política do SUS, gasto público, modelos de financiamento da saúde, descentralização dos gastos, distribuição de recursos, nível de atenção, atenção primária, atenção secundária e atenção terciária. Este exame será realizado na Biblioteca Virtual de Saúde e artigos do Google Acadêmico através de publicações posteriores a 2002.

A análise econômica verificará se a política pública de financiamento da saúde mudou a participação nos recursos empregados na área pelas três esferas de governo: federal, estadual e municipal. Este exame será dividido em quatro fases: Teórica, na qual será feita análise crítica através de revisão bibliográfica. Metodológica, por meio do detalhamento da forma pela qual serão analisados os objetivos propostos. A terceira fase será a etapa de coleta e organização dos dados. A última fase mostrará a análise dos dados. Os valores foram deflacionados pela média anual do IPCA, referente ao ano de 2009, para análise temporal dos dados.

Para examinar a hipótese de que a política de financiamento do SUS modificou a participação de cada nível de governo nos recursos empregados, será feita exposição em tabelas e apresentação gráfica dos dados para análise do comportamento dos gastos no período.

Em relação ao objetivo específico “a) Verificar as políticas públicas de financiamento da saúde no Brasil”, utilizaremos pesquisa bibliográfica através das palavras-chave mencionadas anteriormente. O desenvolvimento teórico se constituirá primeiramente pela definição e aspectos conceituais de políticas públicas, seguido pela revisão das políticas de saúde, relacionadas ao Sistema Único de Saúde e Atenção em saúde. Posteriormente haverá a exposição das políticas de financiamento da saúde, onde serão apresentados os aspectos relativos à distribuição dos recursos da saúde, as fontes destes recursos, a descentralização relativa às esferas do governo e o gasto público nesta área.

Em relação ao objetivo específico “b) Analisar a distribuição dos gastos totais com saúde no período”, será apresentada uma tabela com os gastos totais, por ano, executados por cada esfera de governo. Após representaremos graficamente a evolução dos gastos no período. Apresentaremos também em tabelas os gastos por Unidade Federativa, em cada ano; o gasto federal, municipal e estadual por UF.

O objetivo específico “b.1) Analisar a evolução da distribuição do gasto per capita em saúde no período”, será analisado através de tabela com os gastos per

capita nas esferas de governo, em cada ano do período considerado. Em seguida, um gráfico mostrará a evolução do gasto per capita.

Quanto ao objetivo específico “b.2) Analisar a distribuição do gasto per capita entre os estados do Brasil”, serão expostas tabelas do gasto per capita total, federal, estadual e municipal, por ano e Unidade Federativa.

Para análise do objetivo específico “c) Relacionar os resultados com o PIB” será apresentada tabela com os valores das despesas em Ações e Serviços Públicos em Saúde - ASPS executadas pelo Ministério da Saúde, bem como os valores do PIB no período.

O exame dos objetivos específicos visa mostrar o comportamento do gasto público com saúde. Esta pesquisa verificará se houve aumento ou diminuição dos recursos, em cada nível de governo, e se ocorreu modificação na distribuição destes gastos no período de 2005 a 2009. Além disso, observaremos se há concentração dos recursos empregados em determinados estados.

3 POLÍTICAS PÚBLICAS

O conceito de políticas públicas está ligado à ideia da interferência das autoridades públicas no conjunto da sociedade, do planejamento e dos atos dos governos para obtenção de determinados objetivos. Nesse sentido, é possível dizer que elas referem-se à combinação de decisões e ações que viabilizem a implementação destas (MENICUCCI, 2006).

Podemos também afirmar que as políticas públicas são o conjunto de atos e “não atos” das autoridades públicas frente a um percalço ou determinada área da sociedade. Programas governamentais, normalmente, são criados para representar tal conjunto; de acordo com Menicucci (2006) eles devem ter como características os seguintes pontos: (i) definição de um conteúdo; (ii) ações voltadas para um setor/problema específico; (iii) desenvolvimento de uma orientação normativa que defina claramente suas finalidades, suas preferências e seus valores de forma que seja focada em seus objetivos; (iv) fator coercivo, pois as ações públicas dependem da legitimidade advinda da autoridade legal; e (v) pelo seu alcance, pois tem a capacidade de influenciar e alterar interesses, contextos e comportamentos dos agentes abrangidos pela ação pública.

Segundo Celina Souza (2006) não é possível apontar uma única forma de definir políticas públicas, pois existem diferentes vertentes e opiniões. Mead (1995) a coloca como sendo os estudos que analisam o governo com base nas questões políticas de maior destaque. Já Lynn (1980) a entende como um grupo de ações governamentais que atingirão resultados específicos; nesse mesmo sentido, Peters (1986) define política pública como o conjunto de atos diretos dos governos ou delegados que interferem na vida dos cidadãos. Para Dye (1984) ela pode ser resumida como as ações que o governo opta ou não por tomar. Laswell afirma que para se tomar decisões e fazer análises em políticas públicas é necessário que se responda três questões: quem ganha o quê, por quê e que diferença faz.

Existem também discussões acerca da política pública como instrumento para solução de problemas, porém seus críticos apontam para o fato de elas não levarem em conta o conflito em torno de ideias e interesses, eles supervalorizam os aspectos racionais e procedimentais das políticas. Essas vertentes que se focam no papel dos governos acabam ignorando os aspectos conflituosos e limitadores das decisões

governamentais, bem como a possível existência de cooperação entre governos, instituições e outros grupos sociais.

De forma Celina Souza afirma que as discussões sobre o conceito de políticas públicas tem em comum a característica de destacar os governos como o local onde os conflitos em torno dos interesses, ideias e ideais acontecem. Ainda que analisem as políticas por diferentes ângulos, no geral, as definições destacam a importância da observância do todo e não da soma dos agentes, interações, interesses e ideologias.

Klaus Frey (2000) aponta que diferentes correntes explicam o surgimento das pesquisas na área de ciência política. Nos Estados Unidos seu desenvolvimento iniciou nos anos 50, era chamada de policy Science; na Europa o tema tornou-se foco de discussões apenas na década de 70, com destaque para a Alemanha que vivia a ascensão da socialdemocracia e com isso viu-se o aumento da importância do planejamento e das políticas setoriais. Já no Brasil o tema de políticas públicas tomou força apenas recentemente. Os estudos nacionais focaram-se essencialmente em dois pontos: análise das estruturas e instituições e a caracterização dos processos de negociação das políticas setoriais específicas.

A configuração de política pública como área de conhecimento e disciplina acadêmica que ocorreu nos Estados Unidos, foi diferente da tradição europeia que tinha seus estudos focados especialmente no Estado e suas instituições, e não na produção governamental (Celina Souza, 2006). Nesse sentido, as discussões sobre políticas públicas surgem na Europa como um desenvolvimento dos estudos acerca do papel do Estado, que é o principal formulador das políticas, diferentemente do que ocorre nos Estados Unidos onde a ênfase é dada muito mais nas ações dos governos do que propriamente no papel dos mesmos.

De acordo com Celina Souza (pg 22, 2006) “O pressuposto analítico que regeu a constituição e a consolidação dos estudos sobre políticas públicas é o de que, em democracias estáveis, aquilo que o governo faz ou deixa de fazer é passível de ser (a) formulado cientificamente e (b) analisado por pesquisadores independentes.” Essa disciplina surgiu como subárea da Ciência Política viabilizando novas áreas de estudo, como a pesquisa sobre instituições e seu papel como limitadoras de tiranias e paixões exacerbadas, o papel das organizações locais na promoção de um “bom” governo, bem como a análise das políticas públicas e como

elas podem servir para a compreensão dos motivos e dos meios que levam os governos a adotar certo tipo de comportamento.

O uso de política pública como instrumento de tomada de decisão por parte do governo aumentou a partir da Guerra Fria. Nos Estados Unidos ela foi introduzida por Robert McNamara que atuou na criação da RAND Corporation em 1948, uma organização não-governamental que utilizava recursos públicos e considerada uma das precursoras das instituições *think tanks* (usinas de ideias).

A principal inovação desse novo método de trabalho promovido pela RAND Corporation era a utilização de um grupo multidisciplinar de profissionais que baseava seus estudos na Teoria dos Jogos de Neuman. O principal objetivo do grupo era demonstrar que as guerras poderiam ser interpretadas como um jogo racional e que, assim, poderiam ser adaptadas à elas as diversas contribuições da ciência e suas metodologias. Com a utilização de tais ferramentas o processo de tomada de decisões por parte do governo em situações de crise ou simplesmente para a adoção de políticas sociais teria o embasamento científico e, teoricamente, mais próximo de um resultado satisfatório.

Segundo Celina Souza (2006), quatro autores destacam-se como fundadores da área de políticas públicas: H. Laswell, H. Simon, C. Lindblom e D. Easton. Na década de 30 Laswell utilizou pioneiramente a expressão *policy analysis* para definir a combinação do conhecimento científico/acadêmico com a produção empírica dos governos e para criar um elo entre os cientistas sociais, os grupos de interesse e o governo. Na sua obra de 1957, Simon apresentou a idéia de que os tomadores de decisão (*policy makers*) possuem uma racionalidade limitada, mas que essa limitação poderia ser minimizada com o uso do conhecimento racional. Para o autor, os tomadores de decisão são afetados por problemas como a obtenção de informação imperfeita, o tempo levado para tomar decisões, conflito de interesses, entre outros; todavia, ele acredita que é possível maximizar a racionalidade de forma que ela atinja um ponto satisfatório e que isso pode ser conseguido com a implementação de estruturas (regras, leis e incentivos) que modelem o comportamento dos agentes em prol dos objetivos específicos.

Lindblom (1959; 1979) colocou em dúvida a ênfase de Laswell e Simon sobre o racionalismo e sugeriu a inserção de outros elementos no processo de formulação e análise das políticas públicas, por exemplo, papel das eleições, das burocracias, dos partidos políticos e dos grupos de interesse. As relações de poder e a

integração identificadas durante as diversas fases do processo decisório levam à necessidade de acrescentar novas variáveis à racionalidade na definição e análise das políticas públicas.

O quarto pai da política pública é Easton (1965), que definiu a política pública como sendo um sistema que computa formulação, resultados e ambiente. De acordo com o autor, as políticas públicas sofrem interferência de partidos, grupos de interesse mídia que acabam afetando seus resultados.

A questão do papel dos governos na definição e na implementação é fundamental no debate sobre políticas públicas. Cumpre esclarecer que não são as pressões de grupos de interesse ou as necessidades de quem está no comando dos países ou de determinados grupos sociais que define as decisões dos governos. Nos Estados modernos existe uma certa autonomia no processo de definição de políticas, o que significa que ele pode tomar as decisões mas que elas sofrem influências externas e internas (Evans, Rueschmeyer e Skocpol, 1985). Tal autonomia cria capacidades que geram condições necessárias para a implementação dos objetivos das políticas públicas, tanto a autonomia quanto as capacidades são afetadas por diversos fatores externos. É claro que grupos de interesse tem influência na formulação das políticas pública mas, ao contrário do que pregam algumas correntes, não há comprovação da diminuição do papel do Estado nesse âmbito; assim sendo, ainda que existam limitações e obstáculos, a capacidade das instituições governamentais de ditar os rumos não é anulada (CELINA SOUZA, 2006).

A participação das instituições na tomada de decisões, formulação e implementação de políticas públicas é considerada fundamental pelos neo-institucionalistas. A colaboração da teoria da escolha racional foi o debate sobre os dois mitos: interesses individuais combinados geram a ação coletiva (Olson, 1965) e ação coletiva gera bens coletivos (Arrow, 1951). Em um contexto democrático as definições sobre políticas públicas são consideradas ações coletivas e de distribuição de bens coletivos, e para diminuir sua captura pelos grupos de interesse é necessário que haja um desenho de incentivos seletivos, de acordo com a ideia da escolha racional. Correntes como o institucionalismo histórico e o estruturalismo defendem que as instituições definem as preferências dos decisores, mas não tentam atender somente a seus interesses por causa da ação racional (que depende do entendimento subjetivo das alternativas, consequências e resultados). Essas

correntes não negam o cálculo racional e de auto-interesse dos tomadores de decisão, mas afirmam que ele acontece dentro de uma esfera de complexas regras e identidades. Nesse sentido a ideia de que a definição das políticas públicas seria apenas um jogo de interesses é posta em cheque pelos autores que afirmam que, além do auto-interesse, são levadas em conta processos institucionais de socialização, novas ideias e pela história de cada nação (SOUZA, 2006).

A teoria das escolhas públicas coloca em dúvida a capacidade dos governos de formular políticas por causa do auto-interesse, da racionalidade limitada, da assimetria de informações e do uso de agências governamentais para interesses individuais. Tal pensamento defende que o mercado tem mais condições de tomar decisões do que os governos. (SOUZA, 2006)

De uma forma geral, os neo-institucionalistas definem as instituições como um conjunto de regras formais e informais que determinam as ações dos agentes e são elas que fazem algumas políticas cursarem um caminho mais fácil que outras, redefinem as alternativas políticas e os papéis dos agentes. Assim sendo, além dos indivíduos e dos grupos, as instituições influenciam as políticas públicas. Tal contribuição é fundamental pois o embate por poder e recursos entre os grupos sociais é a parte central da formulação das políticas públicas. As instituições políticas e econômicas mediam esse embate e levam as políticas a beneficiar determinados grupos em detrimento de outros (SOUZA, 2006).

É necessário que haja entendimento sobre em que situações e de que forma é possível fazer uso desse referencial teórico, já que quando se analisa políticas públicas o que acaba sendo o motivo do estudo é o governo que está no poder e assim as contribuições neoinstitucionalistas não se adequam à análise. Além disso, os processos metodológicos da escola neoinstitucionalista – em especial da vertente da escola racional – são “caracterizados pela extrema simplicidade analítica e parcimônia” (Souza, página 40, 2006), o que não é compatível com a análise de políticas públicas na maioria das vezes.

As imperfeições do mercado da saúde (externalidades geradas por serviços e características de bem público de algumas atividades sanitárias) explicam a intervenção estatal na saúde, através de financiamentos ou como regulador. Ainda assim, a constituição e a configuração dos sistemas de saúde estão amarradas à história de cada país, principalmente na área de direitos sociais, o que gera uma considerável gama de soluções e caminhos a serem tomados nas políticas de

saúde, como sistemas de acesso universal, sistemas contributivos, sistemas predominantemente públicos, entre outros. (RIBEIRO, 2005)

No Brasil o Sistema Único de Saúde foi uma das mais importantes políticas públicas implementadas nos últimos 20 anos e por isso será foco deste estudo.

4 DESENVOLVIMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL

O Sistema Único de Saúde - SUS foi estabelecido a partir da promulgação da constituição de 1988. Antes dessa data, os serviços de assistência de saúde estavam a cargo do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS e somente tinham direito ao acesso aqueles que contribuíam com a previdência social. Com a nova constituição, o direito a saúde foi universalizado permitindo a todos os cidadãos brasileiros terem acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência (primário, secundário e terciário).

Apesar de estabelecido pela constituição de 1988 o SUS teve sua implementação feita de forma gradual, sendo possível identificar três fases. Em sua primeira fase, antes da promulgação da Constituição Federal de 1988, foi instaurado o SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde. Já, em uma segunda fase, o INAMPS foi agregado ao Ministério da Saúde (extinto em 1993) e, por fim, na terceira fase, foi criado o SUS (1990).

As principais competências atribuídas ao SUS foram descritas no artigo 200 da Constituição e referem-se, entre outras coisas, ao controle e fiscalização dos procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e a participação do SUS na produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros derivados. Além disso, como descrito no mencionado artigo, cabe ao SUS executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde, participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico, incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico, fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano, participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos e, também, colaborar na proteção do meio ambiente.

Além do SUS estar baseado na universalidade dos serviços, ou seja, todos os cidadãos têm direito de acesso aos cuidados de saúde, outros princípios são muito importantes para a configuração e promoção dos serviços de assistência à saúde no país. O princípio da integralidade prevê que todas as necessidades de saúde da população devem ser levadas em consideração. O princípio da equidade determina que todas as pessoas devem ter a mesma oportunidade de acesso ao serviço. O

princípio da participação da comunidade, também chamado de controle social, permite que os usuários participem da gestão do SUS através dos conselhos e das Conferências de Saúde. O princípio da descentralização político-administrativa baseia-se na ideia de que cada esfera de governo possui atribuições próprias, nesse caso, os municípios assumem função cada vez mais importante na prestação e gestão dos serviços de saúde. Por isso as transferências de recursos financeiros passam a ser feitas com base em critérios populacionais e no tipo de serviço disponibilizado, diretamente dos Fundos Municipais de Saúde. Segundo o princípio da hierarquização e regionalização, os serviços de saúde devem ser em níveis de complexidade crescente.

Com a implementação do SUS, a partir de 1989, nascia um dos maiores sistemas de saúde do mundo, garantindo assistência integral e gratuita para a toda a população.

Como o SUS tinha a difícil missão de ampliar o acesso à saúde de todos os brasileiros era necessário que um bom plano de financiamento fosse criado para sustentar a sua estrutura. Depois de diversas mudanças no perfil do seu financiamento, em setembro de 2000, foi aprovada a Emenda Constitucional 29 (EC-29), que determinou a vinculação e estabeleceu uma base de cálculo e os valores percentuais mínimos de recursos orçamentários que a União, os Estados, Distrito Federal e municípios deveriam obrigatoriamente aplicar em ações e serviços públicos de saúde.

Entre as várias alterações promovidas pela EC-29 é importante ressaltar a nova redação dada ao artigo 198 da Constituição Federal que apresentou a base de cálculo de investimento em saúde. Além disso, o parágrafo 3º, por exemplo, agora prevê a possibilidade dos percentuais mínimos serem reavaliados, a partir de Lei Complementar, pelo menos a cada cinco anos, a contar da data da promulgação da Emenda. Não menos importante é a criação de um mecanismo que permite a intervenção em estados e municípios (e DF) caso os percentuais mínimos não sejam atingidos. A tabela abaixo mostra os percentuais iniciais (pós EC-29) que deveriam ser vinculados à saúde (Disponível em siops.datasus.gov.br/Documentacao/Reso322.doc, acessado em março/2012).

Percentuais mínimos de vinculação orçamentária para o Sistema Único de Saúde (SUS), conforme o ano e nível de governo, nos termos da *Emenda Constitucional nº. 29*.

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 nº. 322/2003 do Conselho Nacional de Saúde*.

Ainda que haja uma tendência de descentralização do financiamento da saúde (movimento pós EC-29) a sua base ainda está nos gastos do governo federal.

Segundo Menicucci (2009), os idealizadores do SUS e os cidadãos brasileiros já têm muitos motivos para comemorar nesses 21 anos de assistência universal à saúde. Por exemplo, a produção ambulatorial cresceu 123% no período de julho de 1994 a dezembro de 2007, sendo que os atendimentos básicos cresceram 424%, ao passo que os não básicos apenas 39%. Isso se reflete no número de internações que teve variação negativa de 16% no número de casos no período de janeiro de 1995 a dezembro de 2007. Outros dados apontam que a mortalidade na infância está em queda. Em 1990, o Brasil apresentava uma taxa de mortalidade em menores de cinco anos igual a 53,7 óbitos em cada mil crianças nascidas vivas. Seguindo o compromisso internacional assumido pelo país (ODM) de reduzir em dois terços a mortalidade de crianças menores de cinco anos até 2015, a taxa de 2007 era prevista para menos de dezoito por mil (MENICUCCI, 2009).

Após a publicação dos resultados do CENSO de 2010 o Ministério da Saúde, confirmou as expectativas: Os índices de redução definidos pelas metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (acordo internacional que prevê uma taxa de mortalidade infantil de 15,7/1.000 nascidos vivos no país, para 2015) foram alcançados já que a nova estatística aponta um índice de 15,6 óbitos em cada mil crianças nascidas vivas.

Apesar disso, existem ainda muitos desafios para que o SUS garanta uma maior efetividade e sustentabilidade. Para Telma Menicucci, autora do artigo “O Sistema Único de Saúde, 20 anos: Balanço e perspectivas”, o maior deles parece

estar “*relacionado à definição das formas de articulação do mix privado/público que se constituiu ao longo do tempo*”. Dada à institucionalização de um sistema dual, isso demanda a construção social de uma agenda radicalmente inovadora que supere a discussão focada apenas no sistema “único” e possa levar a uma reconstrução do arcabouço regulatório do sistema de saúde (MENICUCCI, PÁGINA 1624, 2009)

Apesar das críticas pertinentes de Telma Menicucci, é importante ressaltar que apesar de algumas deficiências na estrutura do SUS, o salto de qualidade do serviço de assistência à saúde brasileiro, em pouco mais de dez anos, foi dramaticamente impressionante.

Para poder mudar o conceito de tratamento de saúde anteriormente existente no Brasil (período pré-SUS) e permitir, não só a melhora da qualidade dos serviços prestados à população, mas também o alcance das metas estipuladas pela ONU - como a diminuição da mortalidade infantil - foi necessária a criação de uma estrutura organizacional bem definida para servir de sustentação ao SUS. A partir dela, são apresentadas prioridades e estratégias de valorização da saúde e formas de combate às doenças conhecidas.

4.1 ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O modelo proposto pelo SUS indica uma mudança em relação ao conceito da saúde-doença, de forma que a saúde passa a ser vista não mais pela ausência de doença, mas como qualidade de vida.

A atenção à saúde preocupa-se com a formulação, implementação e concretização de políticas de promoção, proteção e recuperação da saúde. Há um grande esforço na construção de um modelo de atenção à saúde que priorize ações de melhoria da qualidade de vida da população.

O modelo de atenção implica a combinação das ações de promoção à saúde, prevenção e atenção curativa. Sendo o sistema organizado em três níveis de diferentes complexidades tecnológicas à saúde: Primária, Secundária e Terciária. Estes níveis devem estar vinculados a um território sanitário. A atenção primária fica a cargo, principalmente, dos municípios. O Ministério da Saúde, porém, tem função relevante no que diz respeito à determinação desta política em âmbito nacional. O

nível secundário cabe aos cuidados das microrregiões e o terciário das macrorregiões, definidas de acordo com o Plano Diretor de Regionalização – PDR.

O conceito de “Atenção Básica” somente foi esculpido em 1978, em reunião da Organização Mundial da Saúde (OMS), onde foi considerado que os principais elementos da Atenção Básica seriam: integração dos serviços locais num sistema nacional, participação social, necessidade de ações intersetoriais e a relação da saúde com o desenvolvimento econômico e social. De forma ampla, a OMS definiu Atenção Básica como:

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde¹.

Barbara Starfield, pesquisadora da área, apontou que as principais características da Atenção Básica são:

1. Porta de Entrada dos Serviços de Saúde aos cidadãos;
2. Continuidade do atendimento (histórico do paciente facilita diagnósticos);
3. Integralidade (o nível primário é responsável por todos os problemas de saúde);
4. Coordenação do cuidado à Saúde.

A partir da implantação do SUS no Brasil, o investimento na Atenção Primária à Saúde (conceituada como um conjunto de ações de caráter individual e coletivo voltadas para a prevenção dos agravos, o tratamento e a reabilitação e manutenção da vida) teve um aumento de intensidade considerável. Vale lembrar que os elementos essenciais da Atenção Primária à Saúde são o foco na família, universalidade, acessibilidade, coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, integralidade, orientação para a comunidade e a capacitação profissional.

¹ CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE. Declaração de Alma-Ata, Alma-Ata, URSS, 1978. Disponível em <http://www.opas.org.br/Coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>

A partir desses conceitos, é fácil perceber que Atenção Primária à Saúde é o primeiro nível de atuação do SUS junto à população, e nela todos os princípios do sistema são encontrados (inclusive a integralidade) necessitando poucos elementos de grande tecnologia. Ou seja, a Atenção Primária à Saúde utiliza, na maior parte dos casos, de procedimentos simples e pouco custosos, todos eles suficientes para atender à maior parte dos problemas comuns de saúde da comunidade (CONASS, 2004).

Com a Norma Operacional Básica do SUS, aprovada em 1996, o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF) foram considerados estratégias fundamentais para o fortalecimento da atenção primária pelo Ministério da Saúde. PSF foi criado como uma tática de modificação do modelo de atenção, com ênfase na atenção à família, no trabalho em equipe multiprofissional, no planejamento local participativo e na parceria com outras instituições e setores. Este programa aloca a comunidade mais perto dos domicílios e das famílias através da atuação dos Agentes Comunitários de Saúde e das equipes multiprofissionais.

O modelo do PSF tem como principais características o vínculo com as famílias, o trabalho em equipe interdisciplinar, a integralidade da atenção a ênfase na promoção da saúde com ações intersetoriais e estímulo à participação da sociedade. A fundamental finalidade do programa é redirecionar o modelo assistencial, através de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, reabilitação de doenças e manutenção da saúde.

Para atingir tais objetivos existe a necessidade da equipe demarcar a região de abrangência, fazer a descrição de clientela e efetuar o cadastramento e acompanhamento da população. A unidade de saúde da família é o primeiro nível de atenção à saúde e representa a “porta de entrada” dos usuários no sistema de saúde local.

A gestão da Atenção Básica no Brasil é de responsabilidade do Departamento de Atenção Básica - DAB, vinculado a Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde. Este departamento operacionaliza a Política de Saúde da Família que deverá ser executada pelos estados e municípios.

De acordo com o Ministério da Saúde, o governo federal pretende expandir a Estratégia de Saúde da Família - ESF e a rede básica de saúde através de melhorias nas políticas de atenção básica. As principais ações decorrentes deste

modelo de expansão têm sido o aumento no número de Equipes de Saúde da Família e a ampliação do seu campo de atuação para incluir, além da comunidade, escolas, penitenciárias, aldeias indígenas e outras localidades com populações em situação vulnerável (TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO, 2010).

Apesar de ser possível identificar um claro crescimento na quantidade de recursos que têm sido investidos e gastos na área de Atenção Básica, o seu financiamento tem sido centralizado principalmente através de recursos do governo federal, que decide onde e como as somas devem ser gastas, diminuindo, assim, a capacidade de decisão e estratégia dos tomadores de decisão locais.

Uma excelente conclusão sobre a Atenção básica no Brasil é encontrada em “O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil” de Sarah Escorel et al., onde os autores afirmam:

Após uma década do início da implantação do PSF no Brasil, observa-se um processo ainda em curso de mudança incremental do modelo assistencial da atenção básica. O estudo da implementação do PSF revela avanços na incorporação de novas práticas profissionais, na atenção primária e na criação de vínculos entre a equipe de saúde da família e as famílias inscritas. No entanto, sua expansão nos grandes centros urbanos enfrenta uma série de obstáculos. A garantia da integralidade permanece como um importante nó crítico a ser equacionado (ESCOREL, 2007, p. 11).

A prestação da assistência à saúde do SUS tem como seus principais fundamentos a regionalização e a hierarquização. Além deles, através dos anos, foram incorporadas ao sistema estratégias para que todas as ações fossem desenvolvidas em dois blocos, sendo o primeiro relativo à atenção básica, e o segundo relativo às ações de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar. A partir disso, puderam ser incorporados ao SUS os sistemas de informação, de pagamento, e de controle, avaliação e regulação (TEIXEIRA, 2002).

Através do Decreto nº 4.726 de 2003, que aprovou a estrutura regimental do Ministério da Saúde, foi também instituída a atenção média e suas atribuições estão descritas no Artigo 12 da proposta de regimento interno da Secretaria de Assistência à Saúde.

A definição de média complexidade em saúde pode ser encontrada no website da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde (MS)

A média complexidade ambulatorial é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população,

cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento².

A caracterização de uma atenção secundária em saúde é possível quando é percebida a necessidade de uma à atenção de média complexidade, cuja prática clínica demande profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos de apoio, diagnóstico e terapêutico (CONASS, 2007, VOL. 9).

Tal atendimento é feito através de uma rede de unidades especializadas, compostas por ambulatórios e hospitais, tendo o acesso inicial necessariamente sido feito pela “porta de entrada”, ou seja, pela já referida atenção primária. Assim, para que possa ter acesso ao atendimento de media complexidade o usuário precisa ter sido atendido obrigatoriamente no nível primário ou em serviços de urgência e emergência.

O acesso ao nível secundário de atenção à saúde deve ser garantido pelos entes municipais através de serviços de referência e, preferencialmente, prestados dentro de seus próprios limites (ou nos municípios em que possui convênio, dependendo de seu porte).

A principal característica deste nível de atenção é a prestação de serviços através de grandes hospitais gerais e especializados, utilizando altos recursos tecnológicos. Além do mais, esses hospitais têm o dever de prestar à população um atendimento de excelência, sendo referência para outros serviços, sistemas e programas em saúde.

Já a Atenção terciária corresponde à atenção de terceiro grau, e nela estão integrados os serviços ambulatoriais e hospitalares especializados de alta complexidade. Para possibilitar uma alocação mais eficiente dos recursos a Atenção Terciária é organizada em polos macrorregionais (CONASS, 2007, VOL. 9).

De acordo com o material de apoio “O SUS de A a Z”, fornecido pelo Ministério da Saúde no site do Departamento de Atenção Básica (DAB) e desenvolvida conjuntamente pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), a atenção terciária é definida da seguinte forma:

Conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços

² Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/sas/mac/default.cfm>

qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade) (<http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/>)

Somente com os custos e investimentos em ações e procedimentos considerados de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar são consumidos aproximadamente 40% dos recursos da União alocados no Orçamento da Saúde (Média e Alta Complexidade – MAC e Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC). Pelo montante do investimento e custo de funcionamento de tais procedimentos e ações é possível perceber que se tratam de um importante elenco de responsabilidades, serviços e procedimentos relevantes para a garantia da resolutividade e integralidade da assistência ao cidadão.

Apesar da obrigação de investir percentuais das receitas estaduais e da promessa constitucional de repasse de valores pela União, o principal desafio para os gestores estaduais ultimamente tem sido justamente o dilema de ter de garantir o acesso e a qualidade dos serviços de saúde, de forma igual e integral, dentro de uma permanente situação de falta de recursos (CONASS, 2007, VOL. 9).

Historicamente, na maior parte dos estados, tais serviços têm sido sistematicamente transferidos para outras partes através de convênios ou contratos para outros serviços de saúde, sejam privados com fins lucrativos, sejam filantrópicos ou universitários. Dessa forma, o acesso depende da procura espontânea e voluntária dos necessitados.

Tal situação tem dificultado a eficiente alocação recursos, serviços e equipamentos de saúde, gerando, assim, grandes desigualdades regionais, que até hoje parecem estar longe de uma solução pelo SUS.

Além disso, outro grande problema, também tem sido a “transformação da porta de entrada do sistema”. A atenção à saúde de média complexidade tornou-se, muito frequentemente, a verdadeira entrada para o SUS. Dessa forma, atendendo diretamente casos que em sua maioria deveriam ser atendidos nos níveis primários, existe tanto uma perda de qualidade no atendimento primário quanto no acesso da população aos tratamentos especializados (quando realmente necessários), gerando, além do mais, um aumento ineficiente dos gastos do SUS (CONASS, 2007, VOL. 9).

Como pôde ser visto o Sistema Único de Saúde atualmente é muito dependente do setor privado na atenção secundária, especialmente nos serviços de

apoio diagnóstico e terapêutico - SADT, diferentemente do que acontece com os serviços de atenção primária, que são majoritariamente públicos.

Essa característica do acesso a serviços de atenção secundária dos usuários por meio de instituições privadas tem levado à perda da integralidade dos serviços e a grandes prejuízos para os usuários, já que os mesmos não dispõem dos procedimentos necessários no momento certo.

Para viabilizar a organização e implantação do funcionamento do SUS foi necessária a definição de novas políticas públicas de financiamento do setor.

4.2 FINANCIAMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE

4.2.1 Os modelos de políticas de financiamento da Saúde

A escolha das bases de suporte para as políticas públicas dependem dos modelos e formas pelas quais serão alicerçadas as estruturas da atenção à saúde estatal.

Por exemplo, o modelo assistencialista é especialmente elaborado para a promoção do atendimento de saúde exclusivamente para as camadas de baixa renda. Para isso deve ser financiado primordialmente através de recursos fiscais, ou seja, através de impostos. O modelo assistencialista, por não se preocupar em tratar a saúde como de acesso geral, não apresenta a vinculação de recursos, embora possa ser criado um mecanismo em que uma parte do volume geral de impostos (10% da receita tributária total ou do orçamento fiscal, por exemplo) deva ser empregada na saúde. Por ser totalmente assistencialista, esse modelo deixa claro que as classes médias, os trabalhadores formais e os segmentos de mais alta renda necessitam buscar no mercado soluções para ter acesso ao atendimento médico (MEDICI, 2002).

Por tais características, os modelos assistencialistas geralmente são encontrados em maior proporção nos países em que a pobreza absoluta atinge grandes partes da população.

Outro modelo é o modelo previdencialista de atenção médica não universal. Neste modelo são incluídos somente alguns grupos de pessoas, como por exemplo, os trabalhadores formais e normalmente é financiado através de contribuições sociais de empresas e trabalhadores (MEDICCI, 2002).

Devido a essas características a utilização de recursos fiscais públicos para esses grupos tende a comprometer as metas de equidade. Ainda assim, é possível encontrar nesses modelos certa participação do governo com intuito de cobrir os custos de administração desses sistemas.

Existem sistemas em que os encargos são somente dos trabalhadores (contribuições sociais) e podem ser encontrados em alguns países, como por exemplo, no Chile, onde cada trabalhador contribui com 7% dos salários para o financiamento das Instituciones de Salud Previsional (Isapres). Entretanto, é possível afirmar que a maioria dos sistemas tem contribuições sociais mistas, ou seja, incide sobre o salário e sobre a folha de salários das empresas, simultaneamente.

Outros sistemas, mais complexos, são financiados por uma grande diversidade de contribuições sociais (salários, folha, lucro, faturamento e orçamento fiscal) e esse é exatamente o caso do sistema brasileiro pós-1988. Todavia, o sistema brasileiro sempre se distanciou do compromisso previdencialista e se transformou em um sistema universal.

Ainda que normalmente a gestão, regulação e a supervisão dos sistemas previdenciários sejam públicas na grande maioria dos países, a prestação de serviços referentes a saúde pode ser tanto pública, quanto privada e, em outros casos, mista. São justamente os sistemas mistos os mais usados, visto que foi a forma encontrada para responder aos grandes aumentos de demanda. Pode-se afirmar que, de certa forma, a lógica previdencialista está presente em sistemas de prestação misto de serviços.

Por outro lado, os modelos universalistas são aqueles que têm como objetivo prestar serviços à totalidade da população (universais) e normalmente são financiados com recursos oriundos de impostos gerais por representarem gastos com uma parte das funções gerais do Estado com todos os cidadãos, e não somente com grupos específicos. Caso essa regra seja desrespeitada, ou seja, exista a utilização de verbas oriundas de parte da população (grupos específicos) para o custeio da a atenção a saúde geral existe a possibilidade da geração de conflitos distributivos que não interessam ao Estado (MEDICI, 2002).

Os sistemas universalistas podem ser unificados ou diversificados. São dito unificados, quando são baseados em uma estratégia única de financiamento e dirigidos por um órgão central, ainda que sua execução possa ser regionalizada ou

descentralizada. Os valores resultantes das fontes de financiamentos são enviados para fundos de caixa único de saúde que irão financiar os programas definidos para a área. Além disso, os sistemas unificados podem ter financiamentos descentralizados, ou seja, pode haver o repasse de recursos do governo federal para estados ou municípios para a composição de um novo fundo unificado nestas esferas.

Por exemplo, a maioria dos sistemas universais atualmente em operação no mundo (grande parte dos sistemas de saúde europeus e de alguns sistemas de saúde latino-americanos, como o brasileiro) foi inicialmente sendo composta por recursos fiscais globais e contribuições sociais sobre a folha de salários ou sobre os salários (MEDICCI, 2002).

O problema desses sistemas é a sua rigidez, que inibe controles administrativos que possibilitem a redução de custos ou aumento da qualidade e cobertura dos serviços, sem que isso signifique um aumento das despesas. Por esse e outros motivos, que alguns países que gerem esses sistemas (especialmente na Europa) têm introduzido uma nova série de mecanismos para induzir a concorrência para através dela, assim, aumentar a eficiência e a utilidade para os usuários (MEDICI, 2002)

A crise fiscal que muitos países passaram e tem passado trouxe modificações nas bases dos sistemas universais unificados. A partir de então, foi possibilitada uma flexibilidade nas fontes de financiamento e as estratégias de sua cobertura. O principal alicerce do novo conceito é de que os sistemas universais não necessariamente precisam estar apoiados em uma única estratégia de cobertura e financiamento dos serviços. A partir de então, muitos sistemas de saúde universais passaram a ser conhecidos como de estratégias mistas ou diversificados.

A diversificação ocorre através da diferente cobertura nas camadas sociais como, por exemplo:

Parcelas da População	Modelo Universalista Diversificado
Camadas de baixa renda	Fontes fiscais e contribuições sociais gerais
Trabalha-dores formais e camadas médias	Contribuições sociais sobre folha de salários (compulsórias)
camadas de alta renda	Pagamento direto pelos serviços, planos privados especiais (voluntário)

(Disponível em www.fm.usp.br, acesso em maio/2012)

A grande dificuldade dos modelos universais diversificados de financiamento da saúde é garantir a cobertura do serviço a toda a população e manter um nível mínimo operante de serviços, com regras competitivas que possibilitem viabilizar uma boa relação custo x benefício específicas de cada clientela e região.

Segundo CONASS (2011), na Europa os dois principais modelos de financiamento do sistema de saúde são o Modelo Contributivo ou de Seguridade Social (ou Modelo de Cotas, ou ainda Modelo Bismarckiano), e o modelo Anglo-Saxão ou Beveridgeano (Referente à Lord William Henry Beveridge).

O modelo de Seguridade Social é financiado por contribuições compulsórias patronais e de trabalhadores individualmente. Aqueles que pagam têm acesso à seguridade social. Já o modelo beveridgiano caracteriza-se pela universalidade na qual a cidadania afere o direito ao acesso à Seguridade Social. O financiamento dos programas de acesso universal é feito através do recolhimento de tributos gerais. Esse modelo é considerado mais justo por incorporar mecanismos redistributivos. Teve origem na Inglaterra em 1948 e foi adotado posteriormente em vários países como Itália, Grécia, Portugal, Espanha, Suécia, Dinamarca, Noruega, Finlândia, Suécia e, posteriormente pelos países de Trinidad Tobago, Suriname, Jamaica, Haiti, Guiana, Belize, Barbados, Bahamas e Brasil (depois de 1988).

Na América Latina e Caribe, houve predominantemente a combinação dos dois modelos. No modelo segmentado e desigual gerado por essa escolha conviviam dois subsistemas: um contributivo (ou seguridade social voltado à população inserida no mercado de trabalho formal, e outro, para o resto da população, operado pelos respectivos Ministérios da Saúde, com cobertura qualitativamente inferior à proporcionada pela seguridade social (CONASS, 2011).

O modelo americano, com origem mista, envolve recursos federais, dos estados e dos beneficiários. Os primeiros beneficiários foram os índios e os ex-combatentes. Anos após foram incorporados os idosos (*medicare*) e os pobres (*medicaid*). A população incorporada ao mercado formal de trabalho é atendida por meio de seguros privados de saúde.

Além do modelo americano existiu também um quarto modelo. Tal modelo, já extinto, era adotado na União Soviética, a partir das ideias de Semashko. Sua identidade está na universalidade do acesso e no financiamento exclusivamente estatal (CONASS, 2011).

No que tange o mercado privado de Saúde, a participação governamental pode estar presente, como acontece no Brasil, sob duas formas: indireta, mediante incentivos fiscais, e diretamente, quando financia ou subsidia planos de saúde para seus servidores e dependentes (MEDICCI, 2002).

Já o financiamento desses agentes no mercado ocorre de duas maneiras: com recursos das famílias e/ou das empresas. As modalidades principais de financiamento são o pré-pagamento, inerente aos planos e ao seguro de saúde, e o pagamento direto (*out of pocket*). Sua vantagem é possibilitar ao paciente o exercício, na plenitude, do direito de livre escolha. Por outro lado, o pagamento direto pode ser a forma mais regressiva de custear a assistência à saúde (CONASS, 2011).

4.2.2 As Formas de Remuneração

Existem três formas básicas de remuneração presentes na literatura: por ato, procedimento ou diagnóstico, por salário e por capitação.

O pagamento simples por ato médico não está alinhado com o conceito de integralidade. Além disso, não incentiva a prevenção e aumenta risco de corrupção, já que mais consultas significam mais pagamentos. É unicamente recomendado

para regiões onde já exista uma grande oferta de médicos, uma vez que, os médicos, neste caso, normalmente não cumprem a jornada de trabalho integral.

Já o pagamento por capitação tem em seu conceito básico o pagamento de um valor mensal per capita, pelo Estado, para o atendimento de eventuais problemas que um paciente cadastrado no consultório do médico venha a ter. Assim, o médico tenta mantê-los saudáveis. Trata-se de uma estratégia mais eficiente visto que os custos da prevenção são muito menores do que os de tratamento. Alguns problemas desse método são os exageros no número de consultas à especialistas e exames preventivos e a não diferenciação dos valores pagos por sexo e idade (já que existe a tendência de crianças e idosos usarem mais).

O último dos métodos de pagamento a ser mencionado é o assalariamento médico. Normalmente, corresponde a um maior comprometimento dos médicos com a carga horária, visto que a horas trabalhadas influenciam diretamente em seus salários. Além disso, faz com que exista a permanência do médico no trabalho (durante as horas de serviço) o que possibilita atendimentos urgentes.

Os pontos positivos para os médicos de tal meio de pagamento é a possibilidade de uma escalada na hierarquia por mérito, competência ou antiguidade (anos de serviço) e sua aposentadoria é financiada integralmente pelo empregador.

Por outro lado, na literatura especializada, são apontadas algumas consequências negativas que trazem esse método de pagamento, tais como:

- a) Baixa fidelidade do médico ao paciente e vice-versa; não existe uma relação histórica;
- b) Baixa tolerância do médico às solicitações do paciente e pouca confiança do paciente em relação às prescrições médicas.
- c) Para se proteger de alguns controles burocráticos sobre a jornada de trabalho, a classe médica se organiza corporativamente. Dessa maneira, existe uma forte convivência entre os colegas e uma perpetuação de práticas lesivas aos interesses sociais e aos cofres públicos.

Em relação à remuneração efetuada pelos usuários, estes podem optar pela forma para pagamento de serviços de saúde:

- a) Taxas moderadoras: Moderam o número de consultas incluídas no pacote. Acima disso, uma taxa deve ser paga.

- b) Co-pagamento: Tipo de taxa moderadora, todos os serviços tem uma parcela paga pelo usuário.
- c) Tetos máximos: Pagamento em que o usuário deve pagar a diferença caso o serviço tenha valor mais alto do que o coberto.
- d) Franquias: Serviços têm um valor mínimo, pago pelo usuário, a diferença é paga pelo seguro.
- e) Pré-pagamento: Valor fixo, calculado atuarialmente, para uma cesta de serviços.
- f) Eliminação de mecanismos de livre escolha: Lista de profissionais e estabelecimentos credenciados para minimizar custos.
- g) Procedimentos administrativos rígidos: Limites no uso de medicamentos e exames.
- h) Cobrança de taxas diferenciadas por grupos de risco: Valor proporcional ao risco.

4.2.3 A Evolução das Políticas de Financiamento no Brasil

Antes da criação do SUS (Sistema Único de Saúde) e da Constituição de 1988 a Saúde “batalhava” por recursos junto ao governo federal em duas áreas diversas: No orçamento do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas) e no Orçamento fiscal.

No Sinpas os recursos eram divididos autonomamente, sem a participação do Congresso e sem interferência dos órgãos do orçamento. Já os recursos provenientes do Orçamento Fiscal chegavam ao seu destino não sem antes concorrer com projetos e necessidades da educação, justiça, dos transportes, defesa nacional, previdência do servidor público de outras responsabilidades da União, inclusive os Poderes Legislativo e Judiciário. Em 1987, o dispêndio federal com serviços de saúde aproximou-se dos Cz\$ 300 bilhões. Esse montante correspondia a 70% do gasto público total (três esferas de governo) no setor (CONASS, 2011).

A partir da promulgação da constituição de 1988 diversas inovações no financiamento da saúde brasileira começaram a entrar em vigor. Desde então os princípios que passaram a modelar a doutrina do Sistema Único de Saúde foram aqueles definidos na histórica VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS). As

principais diferenças foram a criação da Seguridade Social e a rejeição da vinculação permanente de recursos para o setor proposta pela Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS). Outras inovações constitucionais importantes com repercussão no financiamento e planejamento da saúde foram as que ocorreram na ordem tributária, a Lei de Diretrizes Orçamentária (LDO) e o Plano Plurianual (PPA) (MERCADANTE, 2002).

De um modo geral, pode se dizer que o Orçamento Programa (OP), criado pela Reforma Administrativa de 1967 (D. L. 200), o Plano Plurianual (PPA) e a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), criados pela Constituição de 1988, foram as principais ferramentas introduzidas nas últimas décadas no campo das finanças públicas, em geral e no do planejamento governamental, em particular. Com base nelas, o governo começou a ordenar suas ações, sempre procurando alcançar objetivos e metas que são previamente estabelecidas por meio do Plano Plurianual - um plano de médio prazo estabelecido no primeiro ano de mandato do presidente eleito, para execução nos quatro anos seguintes, terminando no primeiro ano do mandato do presidente seguinte. O PPA é instituído por lei, criando, de forma regionalizada, as diretrizes, objetivos e metas da administração pública para as despesas de capital e outras delas (MERCADANTE, 2002).

Com toda essa coordenação, existiu a necessidade da criação e implementação de um conjunto de estratégias de mudança de financiamento, gestão e organização dos serviços relacionados à saúde devido à ampliação dos direitos dos cidadãos e a própria expansão dos serviços.

Na Constituição, por exemplo, ficou definido que Seguridade social é um “conjunto de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (CF, art. 194). A Seguridade Social recebeu um orçamento próprio, o Orçamento da Seguridade Social, que era separado do Orçamento fiscal e do Orçamento dos investimentos das empresas.

Além disso, também foi instituída uma nova partilha tributária que favorecia os municípios, em detrimento da União. A Constituição começava a reverter o centralismo criado pela reforma de 1976, ao instituir uma nova partilha tributária que favoreceu os entes subnacionais. Em meados da década de 1970, mais de 68% da receita tributária disponível ficava com a União. Aos estados e municípios cabiam, respectivamente, 23,3% e 8,6%. Em 1993, ao fim da implementação gradual da

reforma, esses percentuais ficaram em 57,8 % (União), 26,4% (estados) e 15,8% (municípios) (ARAÚJO, 2006). Em outras palavras, enquanto a participação relativa da União caiu dez pontos percentuais, estados e municípios tiveram um incremento da ordem de 13,3% e 83,7%, respectivamente, na receita disponível. (CONASS, 2011).

De acordo com dados mais recentes do Siops, aproximadamente 43,5% dos recursos do SUS são originários do Ministério da Saúde e os outros 56,5% de estados, Distrito Federal e municípios. Antes da criação do SUS essa divisão de transferência de recursos apontava uma participação muito maior do Ministério da Saúde (governo federal). Com o processo de construção do novo sistema (SUS), a hegemonia federal no financiamento foi sendo gradualmente reduzida, como visto anteriormente.

Durante toda essa “caminhada” do SUS muitos critérios já foram utilizados para o repasse das verbas do governo federal para estados e municípios. O artigo 35 da Lei n. 8.080/90, tentou trazer um conjunto específico de critérios para o repasse de recursos do governo federal para estados e municípios, mas por dificuldades técnicas ou políticas não pôde ser regulamentado. Assim, sem uma regra clara para gerir os repasses, diversos critérios para as transferências de recursos do SUS foram utilizados. A Lei n. 8.142/90, por exemplo, também definia um critério (populacional) para os repasses.

Outro critério que merece destaque foi a Norma Operacional Básica (NOB) 01/93 que tinha como base a série histórica dos gastos no estado e/ou município. A NOB 01 de 1996 e as portarias regulamentadoras que a sucederam utilizaram o mesmo critério populacional com pequenas variantes.

O fato é que o modelo descentralizado criado, conta com a transferência de recursos direta para estados e municípios e é o que fortalece a gestão local dos recursos. Além disso, tal medida proporcionou a desconcentração da oferta de serviços, o incremento do financiamento à saúde, a criação de instâncias de participação da sociedade na implementação da política de saúde, o desenvolvimento de instâncias intergestoras de gestão entre estados e municípios, o aumento da atenção primária à saúde e a definição na atuação da alta e a média complexidade e sua regulação.

Assim, o principal papel da União na política de saúde ficou de atuar como coordenador e financiador das políticas, proporcionando auxílio técnico e financeiro

aos estados e municípios. Os Estados devem promover um conjunto de políticas públicas, e estratégias de regionalização, dando à garantia do acesso aos serviços, mesmo os de maior complexidade tecnológica, e a integralidade das ações. A esfera Municipal tem a prioridade nas ações básicas de saúde, programas estratégicos como o da Saúde da Família (PSF), vacinações, entre outros. A abundância dos serviços aumenta de acordo com as necessidades locais e capacidade de execução em cada esfera.

As estratégias do Governo Federal sempre têm como objetivo apoiar a implementação de ações e serviços que colaboram para a organização e eficiência do sistema, estimulando estados e municípios a aperfeiçoarem o gerenciamento dos recursos do SUS.

4.2.3.1 As crises de financiamento e buscas por novas fontes

Os longos períodos de inflação (até 1994), o baixo crescimento da economia, eliminação da folha de salário como fonte da saúde (1993) e o crescimento dos gastos com aposentadorias e pensões foram os eventos que marcaram a fase mais problemática da saúde no país (especialmente até o ano 2000) e, em sua maioria, estavam diretamente relacionadas com o fraco desempenho da economia nacional.

Além deles, o Ministério da Saúde, através de suas fontes oficiais, inclui mais outros fatores nesta lista: a criação de novos direitos sociais pela Constituição de 1988, o rápido aumento do envelhecimento da população e a incorporação de novas tecnologias médicas.

Uma das saídas encontradas pelo governo para minimizar os efeitos do aumento dos gastos com a saúde pública foi a criação da CPMF. A Contribuição Provisória sobre a Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira (CPMF) vigorou entre 1997 e 2007. A sua última alíquota era de 0,38% dos valores movimentados.

Pode-se dizer que a CPMF, durante seu período em atividade, serviu muito mais como um expediente para evitar que as perdas fossem significativamente maiores do que para alavancar o aumento de recursos para o SUS. Dessa forma, a CPMF teve um papel substitutivo, ou seja, a incorporação de seus recursos correspondeu quase que na mesma proporção, à diminuição de outras fontes. Pouco tempo depois da sua concessão foi transformada em contribuição social e de

exclusividade da saúde, passou a ser compartilhada com a previdência social. Apesar de ter sido definida como provisória, parecia ter adquirido caráter permanente, até que deixou de ser cobrada a partir de 1º de janeiro de 2008. Com o fim da CPMF o governo federal deixou de arrecadar aproximadamente R\$ 40 bilhões de reais ao ano.

Além da CPMF, o outro importante mecanismo para o financiamento da saúde nas últimas décadas, na verdade, não trouxe uma nova fonte de financiamento, mas sim uma obrigação legal de investimento. A partir da aprovação da já mencionada Emenda Constitucional 29, EC-29, (criada em setembro de 2000) foram instituídos percentuais mínimos de emprego em ações e serviços públicos de saúde para o período de 2000 a 2004, e que posteriormente influenciariam os valores a serem definidos para investimento obrigatório na área da saúde nos anos subsequentes.

4.2.3.2 Mudanças Recentes

A regulamentação da EC-29 é aprovada pelo Senado em dezembro de 2011. A proposta admitida prevê a aplicação, pela União, do valor apostado no exercício anterior somado a variação nominal do PIB dos dois anos antecedentes. Não foi, porém, atendida a criação da CSS, contribuição social destinada à saúde, entendida como um redesenho da CPMF. A vinculação de 10% das receitas brutas da União para a saúde, também não foi acatada. Foram instituídos os valores mínimos a serem aplicados anualmente pelos entes federativos no setor da saúde, juntamente com os critérios de rateio dos valores de transferências e as normas de fiscalização, avaliação e controle dos gastos com saúde nas três esferas de governo.

Em seu blog “Monitor da Saúde” André Medici comenta: “ A proposta de regulamentação aprovada não foi aquela que as autoridades econômicas queriam. O Senado sabiamente evitou a criação de mais um imposto ou contribuição social que, inicialmente vinculado à saúde, acabaria indo pouco a pouco para a vala comum da imensa carga fiscal brasileira, através dos já conhecidos processos de desvinculação das receitas da União. (...) O que prevaleceu na decisão do Senado foram critérios para uma alocação orçamentária da saúde próxima aos patamares atualmente existentes. (...) Ao por um freio no aumento dos recursos federais, o governo implicitamente aumenta a responsabilidade dos Estados e Municípios no

financiamento da saúde, o que está sendo alvo de críticas fundadas de governadores e secretários estaduais de saúde. Afinal de contas, boa parte do que estava sendo feito pelo Congresso era para aumentar os recursos federais para o setor. (...) Com a nova Lei complementar que regulamenta a EC-29, a definição dos recursos federais para o setor e o fim da pressão diária para sua votação, os governos em todas as esferas, vão ter que arregaçar as mangas e não buscar mais desculpas para justificar o descontentamento da população. Terão que gastar melhor os recursos que tem, se quiserem melhorar os resultados. Terão que saber quanto precisam gastar a mais para cumprir com os direitos constitucionais da população e dar valor a cada centavo que recebem do orçamento. Terão que acompanhar milimetricamente o que está sendo feito com os recursos destinados para as emendas parlamentares na saúde e vão ter que buscar saídas para gastar melhor. (...)"

Como bem dito por, Medici, a partir de agora os estados e municípios deverão aumentar a eficiência dos gastos para poder manter, e em alguns casos, alcançar, um bom nível de assistência à população. Na próxima seção, a título de ilustração, serão apresentadas algumas estatísticas dos gastos públicos por esfera de governo.

4.2.3.3 Gastos Públicos por Esfera de Governo

Em países federativos, a arrecadação feita pelo governo central permite que o mesmo também tenha uma função redistributiva. Mais do que isso, pode se ter mais eficiência quando se tem uma arrecadação centralizada de alguns impostos e contribuições sociais. No Brasil, por exemplo, a centralização da arrecadação pela União é justificada pelo fato de a criação de contribuições sociais serem prerrogativa da União.

Depois que os impostos são arrecadados e posteriormente divididos entre os entes da União, chega-se a uma nova distribuição dos tributos, chamada de Receita Disponível. Quando se analisa a Receita Disponível por esfera de governo, pode se verificar que, por exemplo, em 2005, a União acabou transferindo para estados e municípios o equivalente a 4,3% do PIB. Os estados transferiram para os municípios o equivalente a 0,3% do PIB. Estes, por sua vez, têm sua receita aumentada em 4,5% do PIB em função das transferências constitucionais e legais recebidas das outras esferas de governo. Essas informações estão disponíveis em CONASS. "Financiamento da Saúde". 2011. Além delas, também é possível identificar na fonte

que a Previdência Social, incluídos tanto os gastos do regime geral quanto os regimes dos servidores públicos, é responsável pela maior proporção dos gastos: 50% do total ou 11,1% do PIB. A segunda maior área de gastos corresponde à área de educação: 20% dos gastos sociais, correspondendo a 4,4% do PIB. Os gastos com saúde seriam correspondentes a 16% do gasto social das três esferas ou 3,5% do PIB. Por fim, vale lembrar que em 2004, o gasto social das três instâncias de governo foi estimado como equivalente a 22,36% do PIB (AFONSO, 2006).

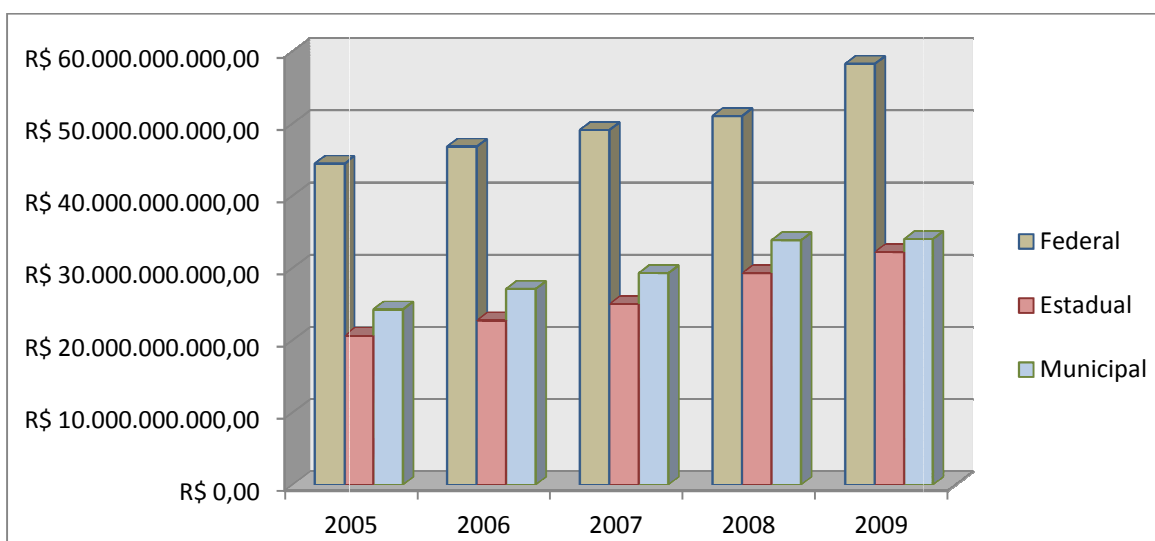
5 ANÁLISE DA DISTRIBUIÇÃO DOS GASTOS COM SAÚDE NO BRASIL

Neste capítulo serão exibidas e ponderadas informações sobre os gastos públicos no setor da saúde no Brasil, com base nos dados da Diretoria de Estudos e Políticas Sociais do IPEA e no banco de dados do Sistema Único de Saúde, o DATASUS. Estas informações ajudarão para melhor compreensão do Setor de Saúde e seu financiamento público.

5.1 ANÁLISE DA DISTRIBUIÇÃO DOS GASTOS COM SAÚDE NOS TRÊS NÍVEIS DE GOVERNO

Conforme dados da Diretoria de Estudos e Políticas Sociais do IPEA, pode-se verificar que os recursos aplicados na saúde cresceram constantemente em valores reais. O montante total destinado cresceu 39,3% no período analisado. Os recursos empregados pelos governos estaduais e municipais representaram um aumento de 56,18% e 40,05% respectivamente. Dessa forma, é possível afirmar que o montante total de recursos é resultado de um maior esforço dos estados e municípios (Figura 1).

Figura 1 – Distribuição dos gastos das três esferas de governo no financiamento da saúde, 2005-2009



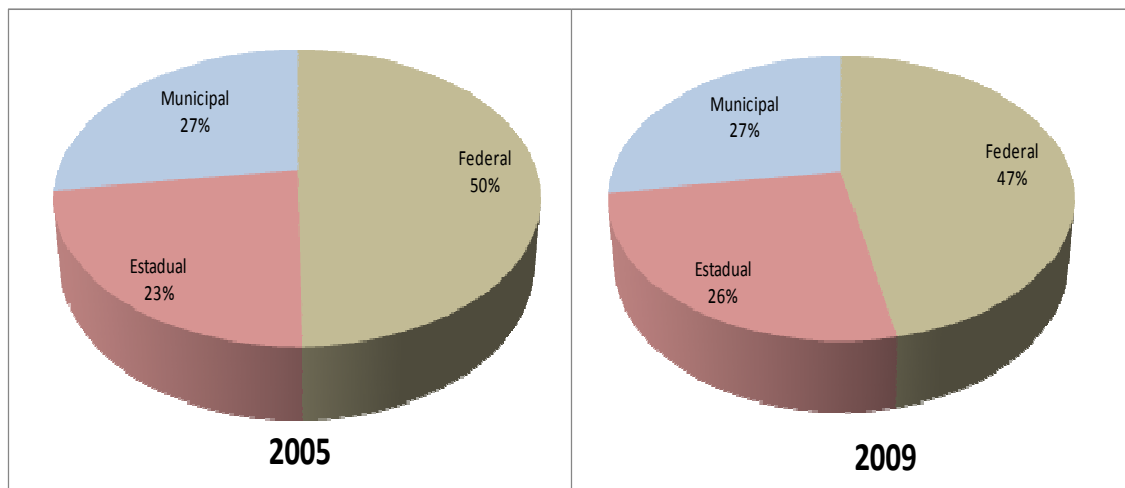
Fonte: Disoc/ IPEA

O fluxo do gasto com saúde apresentou constante aumento dos valores dirigidos ao setor nos três níveis federativos. Os gastos com saúde dos estados e municípios cresceram mais se comparados aos recursos federais, que refletiram um menor esforço de 2005 a 2009.

O montante aplicado pela União apresentou constante crescimento real, 31,07% de 2005 a 2009, contudo este crescimento foi inferior ao dos outros níveis de governo. Diferentemente do aumento “tímido” dos anos de 2006, 2007 e 2008, houve salto um muito maior, representando praticamente a soma das variações do gasto dos anos anteriores, no ano de 2009.

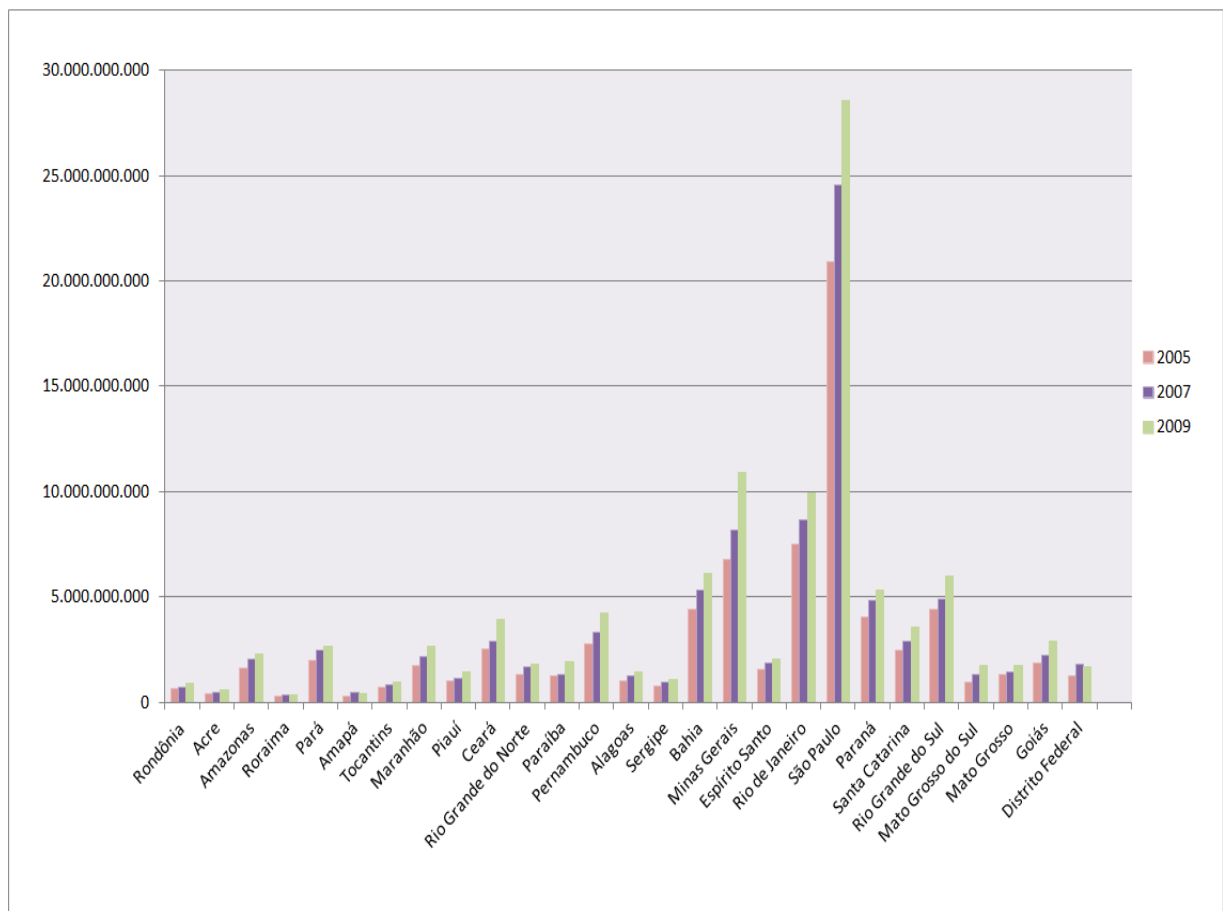
Segundo a figura 2, pode-se verificar que os governos estaduais foram os que tiveram maior acréscimo nos gastos em saúde com recursos próprios no período, com um crescimento de 56,18%, porém este ocorreu a partir de um nível baixo de gasto, pois os governos estaduais são os que menos destinam recursos para essa área.

Figura 2 – Participação dos gastos das três esferas de governo no financiamento da saúde, 2005-2009



Apesar da tendência de descentralização dos gastos com saúde, advinda após a aprovação a Emenda Constitucional 29 que determinou a vinculação e estabeleceu os percentuais mínimos de recursos que as três esferas de governo deveriam obrigatoriamente aplicar em ações e serviços públicos de saúde, podemos afirmar que a base do financiamento do sistema público de saúde ainda se concentra no aporte de gastos da União (Figura 2).

Figura 3 - Distribuição do financiamento da saúde – Gastos totais das três esferas de governo, por UF, 2005- 2009



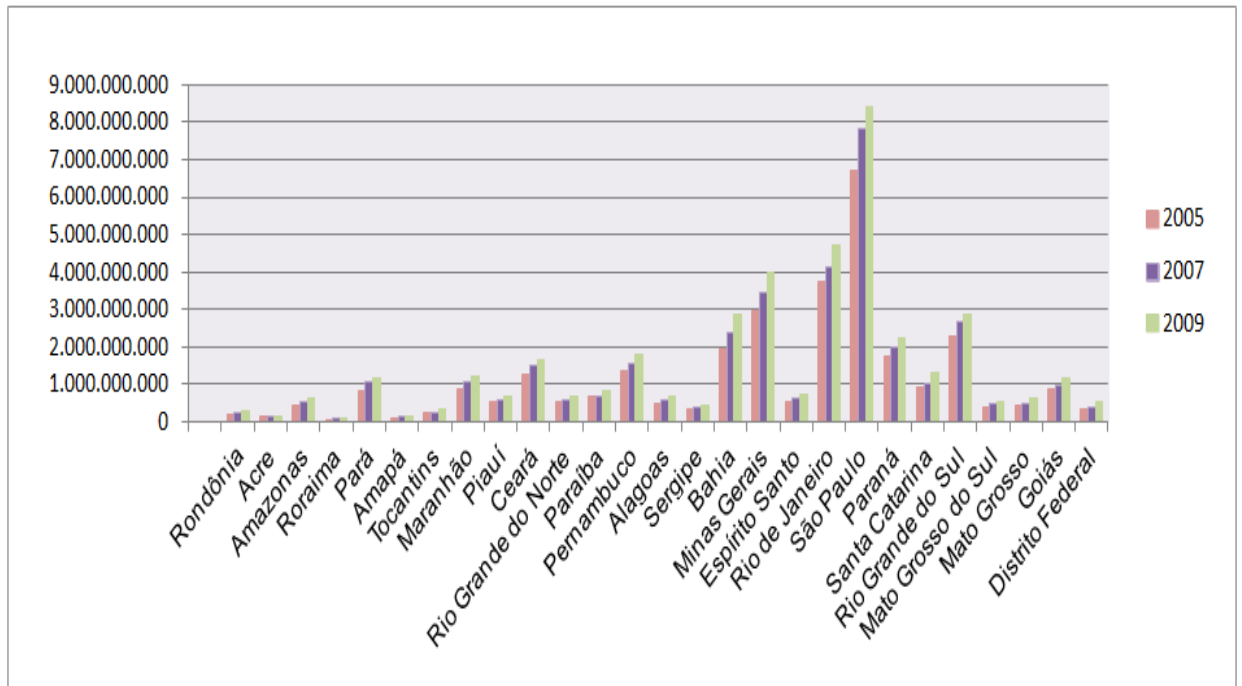
Fonte: Disoc/ IPEA

O volume total de recursos, considerando o somatório dos gastos totais dos três níveis de governo, teve um aumento de 39,3% no período. No período todos os estados apresentam uma tendência de aumento de gastos nos últimos anos, sendo poucos aqueles que apresentam uma diminuição do valor empregado na área.

Os estados responsáveis pelos maiores incrementos no período são Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, e Goiás, com crescimento de 76,7%, 60,5% e 56,5% respectivamente. Além disso, pode-se verificar que os estados que possuem menores gastos no sistema de saúde são Roraima, Acre e Amapá. Apenas dois estados (Roraima e Amapá – ambos da região norte) e o Distrito Federal apresentam uma situação em que há uma diminuição do gasto com a saúde em mais de um ano seguido, justamente a partir de 2007 até 2009.

São Paulo se mantém com as maiores despesas no setor em todos os anos analisados, representando 22,9% do total dos gastos do Brasil no ano de 2009 (Figura 3).

Figura 4 - Distribuição do financiamento da saúde – Gastos federais por Unidade Federativa 2005- 2009

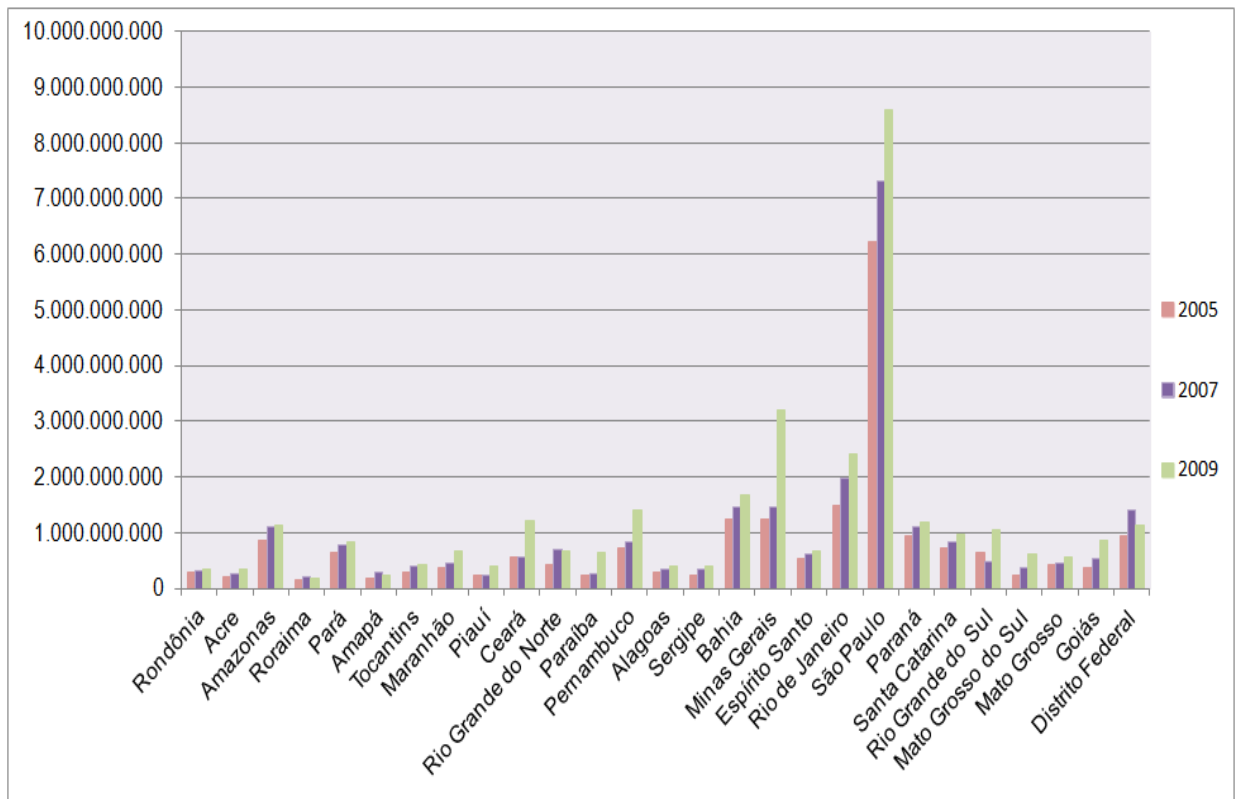


Fonte: Disoc/ IPEA

Os dados apresentados na Figura 4 fazem parte da evolução de despesas da União, destinadas a cada estado do país. Os estados que receberam maiores recursos tanto em 2005, como em 2009 foram São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais. Acre, Amapá e Roraima seguem recebendo um aporte menor de valores para a saúde.

Em relação ao total dos gastos federais verifica-se um incremento de 31,1% no período, e 14,1 de 2008 para 2009. O estado de São Paulo representa 14,4% dos gastos totais da União em 2009 (Figura 4).

Figura 5 - Distribuição do financiamento da saúde – Gastos estaduais por Unidade Federativa 2005- 2009

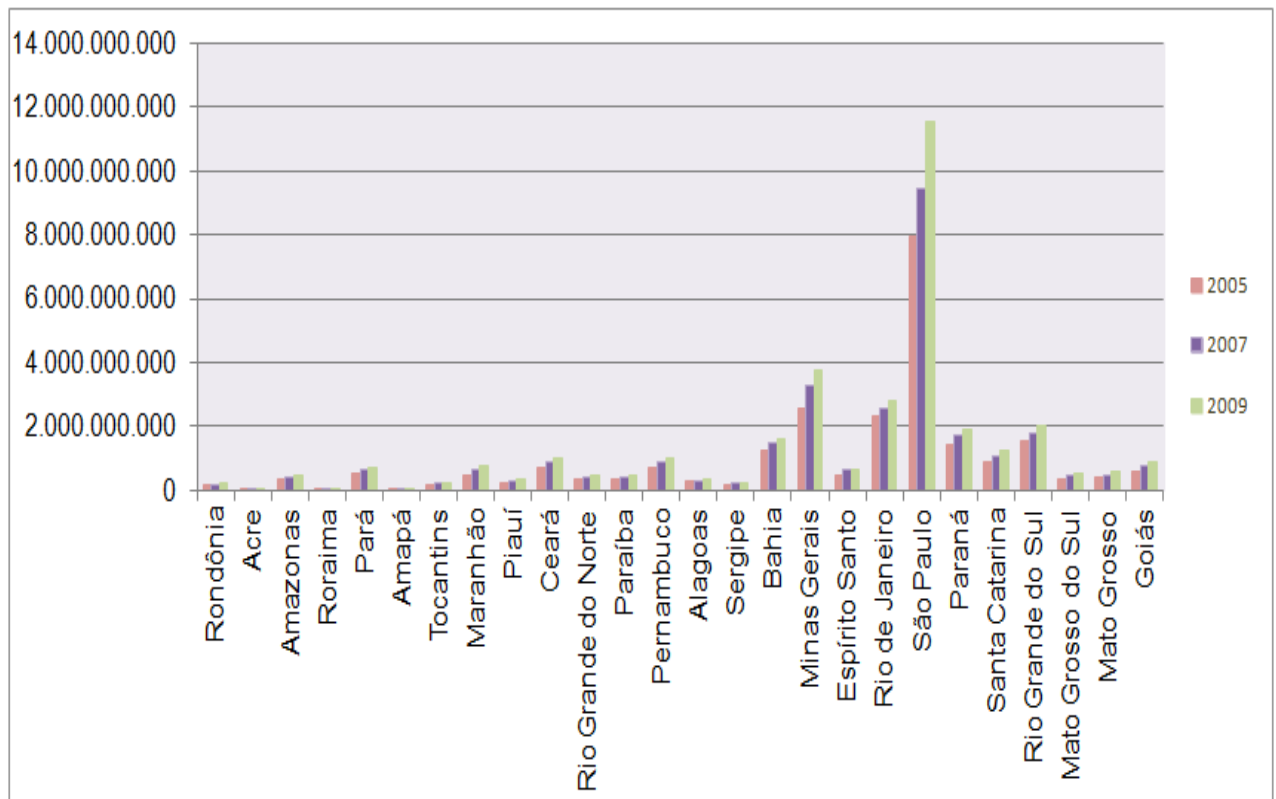


Fonte: Disoc/ IPEA

Na esfera estadual também há um aumento no gasto público com a saúde. Apesar disso, não se verifica nenhum grande aumento de gasto em nenhum dos anos apresentados na Figura 1. Assim, o crescimento do gasto estadual total pode ser definido como estável e aparentemente representa apenas uma manutenção dos dispêndios já disponíveis.

Os governos estaduais que mais se utilizam de recursos próprios no setor da saúde, conforme mostra a figura 5, São Paulo, Minas Gerais, Rio de Janeiro e Bahia. Acre, Amapá e Roraima são os que empregam menos recursos estaduais nesta área.

Figura 6 - Distribuição do financiamento da saúde – Gastos municipais por Unidade Federativa 2005- 2009



Fonte: Disoc/ IPEA

O gasto total dos municípios Brasileiros, que apesar de manter um aumento estável em seus valores ao decorrer dos anos, não apresenta mudança significativas no volume de gastos nos anos estudados. O que parece ser preocupante é que em 2009, apesar de haver um aumento no gasto total em relação ao ano anterior, houve uma diminuição da variação anual do gasto na saúde em relação a media dos anos anteriores.

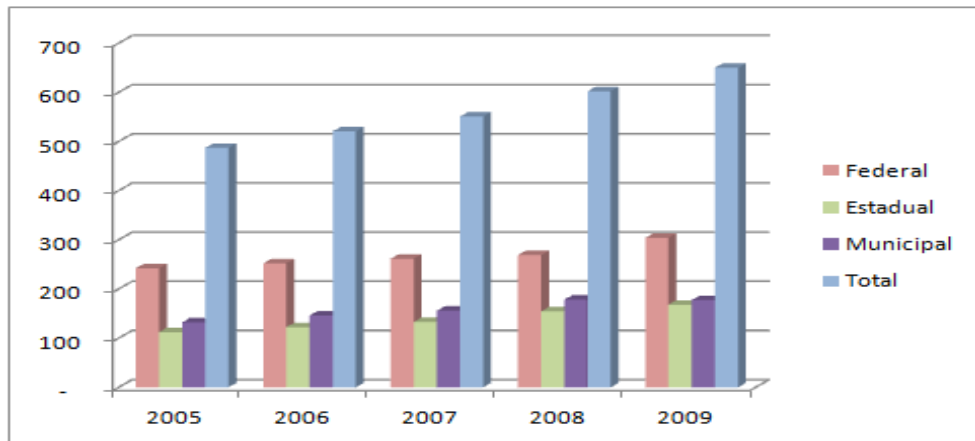
Na esfera municipal, os estados mais representativos em relação aos recursos para a saúde são, também, São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro. Igualmente, os menos representativos são Acre, Roraima e Amapá.

5.2 ANALISE DA EVOLUÇÃO DA DISTRIBUIÇÃO DO GASTO PER CAPITA EM SAÚDE

O gasto per capita representa uma medida mais precisa para a análise do financiamento da saúde, já que nos mostra a dimensão do gasto público por

habitante, exibindo o montante de recursos públicos disponíveis por habitante em cada ente federativo.

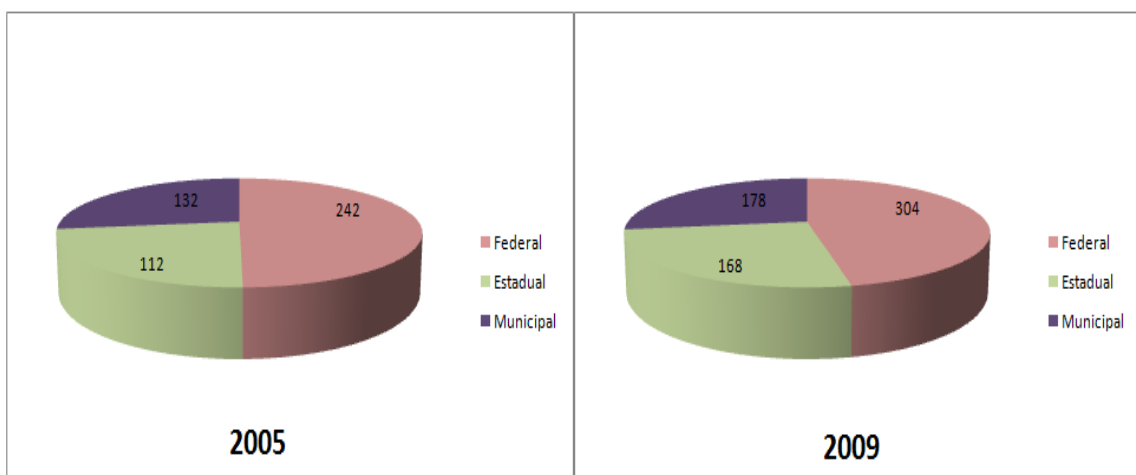
Figura 7 – Gasto per capita das esferas de governo no financiamento da saúde, 2005-2009



Fonte: Disoc/ IPEA

No período analisado, a despesa per capita total cresceu 33,4%. Se ponderarmos o resultado por nível de governo tem-se um incremento de 25,5% nos gastos federais, 49,6% estaduais e 34,1% municipais.

Figura 8 – Participação dos gastos per capita das três esferas de governo no financiamento da saúde, 2005-2009



Fonte: Disoc/ IPEA

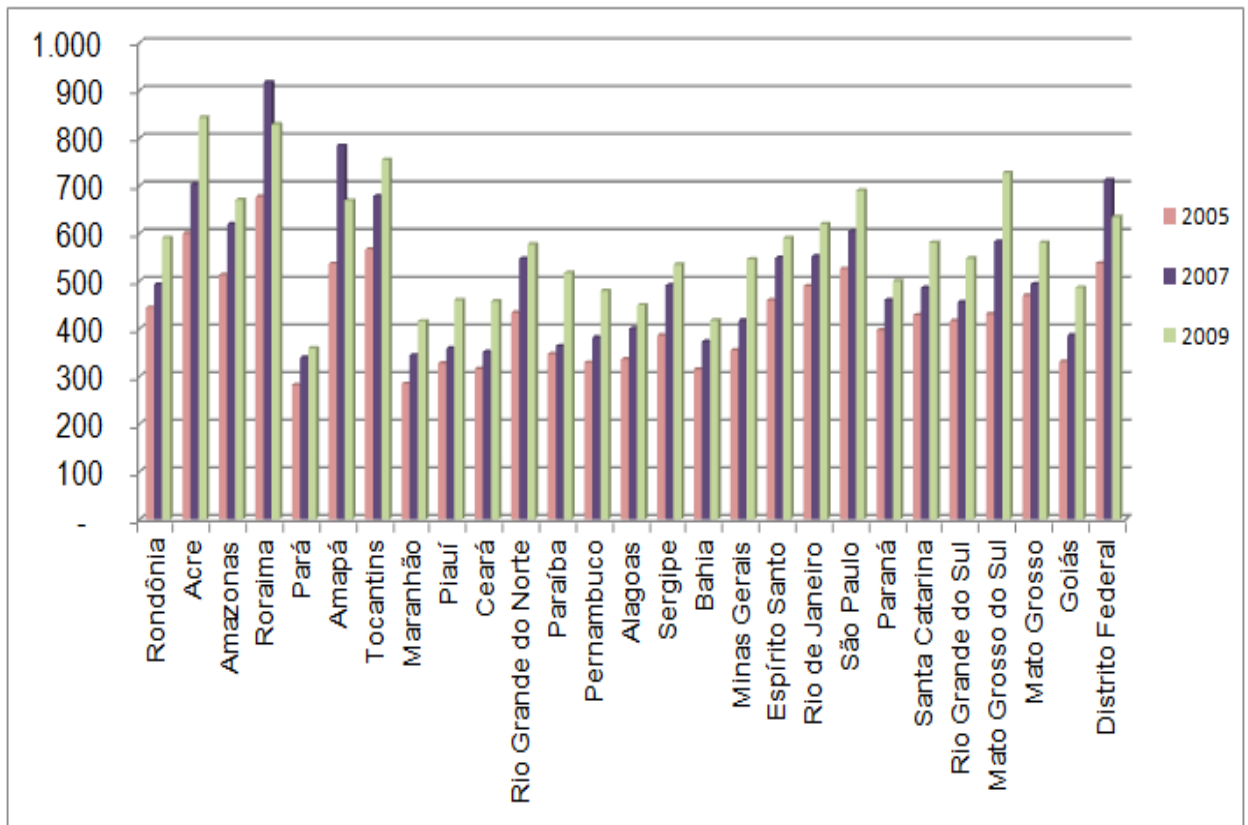
Em 2005, a despesa per capita total foi R\$ 487, 49,7% deste valor foi financiada pela União, R\$ 242; R\$ 112 pelos estados e R\$132 pelos municípios. Em

2009 esta composição é formada por R\$ 304 de gastos federais, R\$ 168 estaduais e R\$178 municipais, totalizando em um gasto per capita de R\$ 650.

Nota-se, portanto, que os gastos per capita apresentam constante aumento no período. Os recursos per capita provenientes da União também possuem maior representatividade no financiamento da saúde, representando quase 50% do total dispendido em ações e serviços públicos de saúde.

5.3 ANÁLISE DA DISTRIBUIÇÃO DO GASTO PER CAPITA ENTRE OS ESTADOS DO BRASIL

Figura 9 - Distribuição do financiamento da saúde – Gastos per capita das três esferas de governo, por Unidade Federativa 2005- 2009



Fonte: Disoc/ IPEA

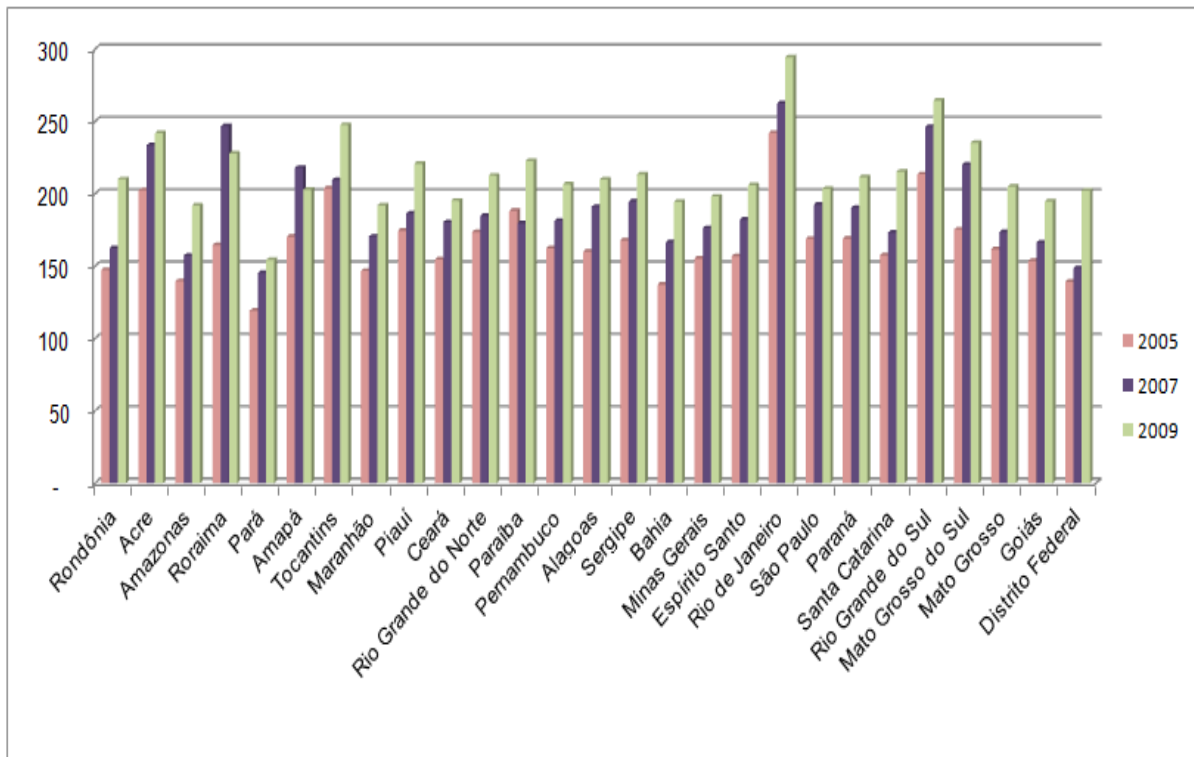
Através da análise da despesa per capita entre os estados brasileiros podemos observar que os maiores valores per capita ocorrem no Acre, Roraima e Tocantins, apesar destes estados possuírem sempre os menores dispêndios em valores absolutos, conforme verificamos na figura 3. Dessa forma, constata-se a importância da análise por habitante e provavelmente expressam o maior custo para

viabilizar o sistema de saúde em áreas com população dispersa e grandes distancias.

Em 2009 o Acre teve um gasto de 843 reais per capita, enquanto São Paulo apresentou um gasto de 690 reais (o estado que apresentava os maiores valores absolutos de recursos empregados na saúde).

Por fim, vale apontar que os estados que apresentaram maiores índices de crescimento do gasto per capita foram Mato Grosso do Sul, Minas Gerais e Paraíba, com 68,8%, 54,1% e 49,4% respectivamente. Bahia, Maranhão e Pará possuem os menores gastos por habitante.

Figura 10 - Distribuição do financiamento da saúde – Gastos per capita federais por Unidade Federativa 2005- 2009



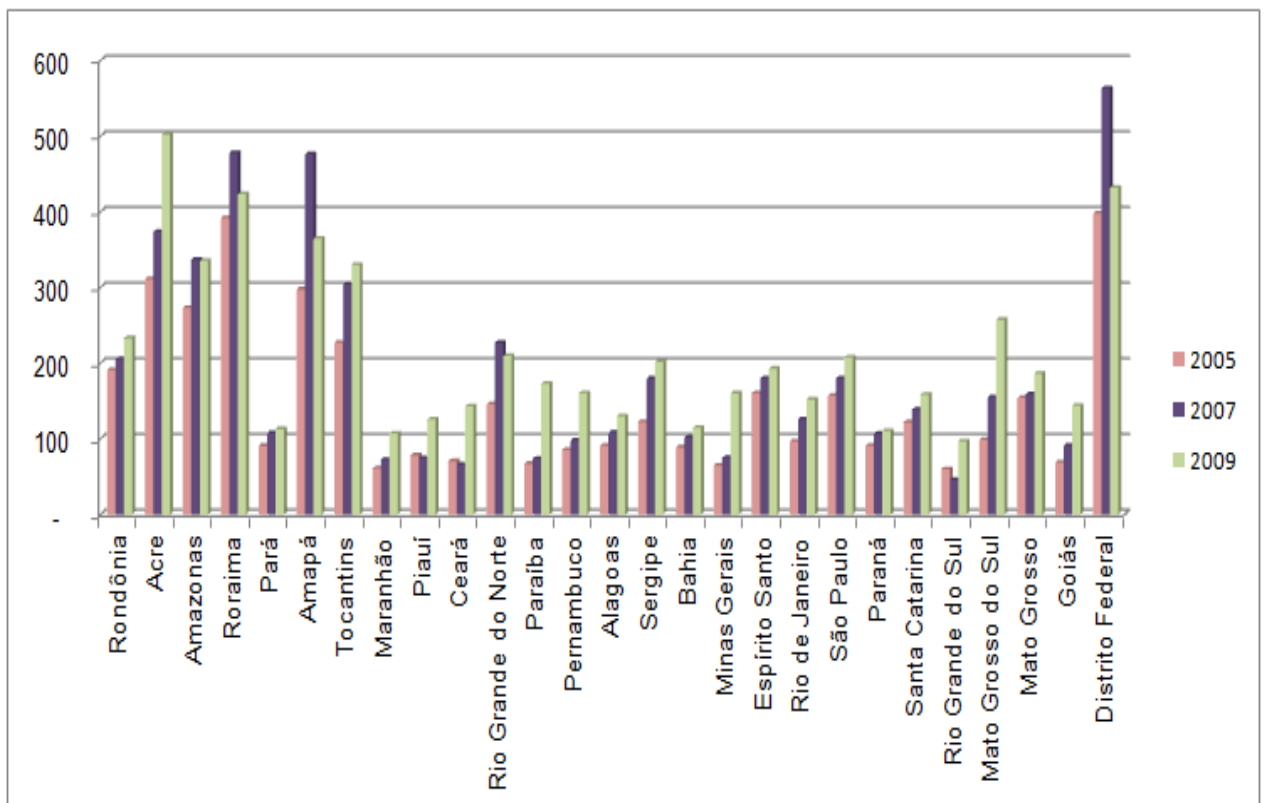
Fonte: Disoc/ IPEA

Através do gasto per capita federal é possível inferir que existe um aumento do gasto total per capita do governo federal na área da saúde. Mais uma vez, é possível destacar o estado de Roraima. Na figura 9 foi possível perceber que houve uma diminuição geral do gasto em saúde no estado, de 2007 a 2009, e na figura 10, pode-se afirmar que parte dessa diminuição também é fruto da diminuição do gasto total per capita do governo federal neste estado. Os estados que apresentaram um

maior aumento no gasto per capita em saúde, entre 2007 e 2009, são Tocantins, Amazonas e Rio de Janeiro.

Além disso, é possível apontar que o Rio de Janeiro é, também, um dos estados com maior gasto per capita do governo federal na área da saúde, junto ao Rio Grande do Sul e o Tocantins.

Figura 11 - Distribuição do financiamento da saúde – Gastos per capita estaduais por Unidade Federativa 2005- 2009



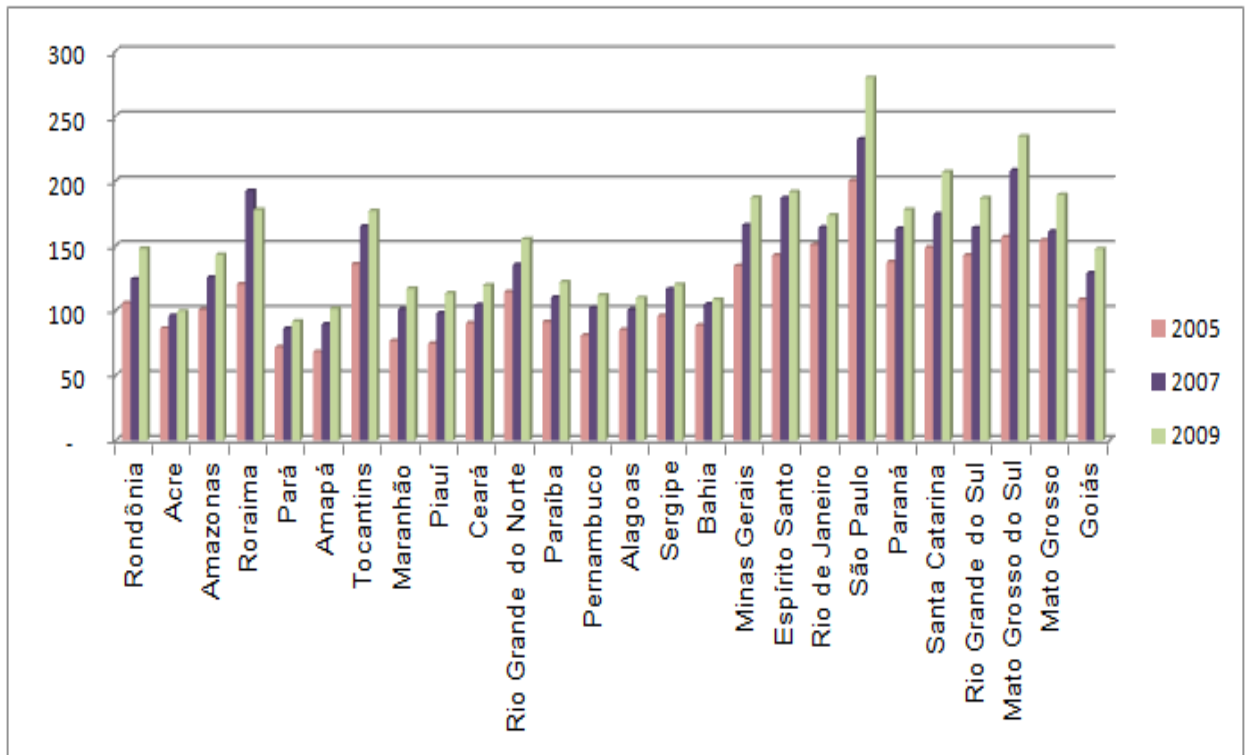
Fonte: Disoc/ IPEA

Na figura 11 é possível observar que em alguns estados existe uma diminuição do gasto per capita estadual entre 2007 e 2009. São os casos do DF, Roraima, Amapá e Amazonas. Entre eles a diminuição do gasto per capita do DF é o mais dramático. Apesar disso ainda apresenta um gasto per capita na saúde acima da maioria dos estados do grupo estudado.

Alguns estados, como o Rio Grande do Sul, apresentam um baixo gasto per capita estadual na área da saúde, que, como pode ser visto na figura 10, é compensado por um maior gasto federal (em relação à maioria dos outros estados apresentados) na área.

Outro destaque pode ser dado ao estado do Acre. Entre o grupo de estados estudados é o que apresenta o maior gasto estadual per capita em saúde e apresenta uma tendência de crescimento do gasto na área nos últimos anos.

Figura 12 - Distribuição do financiamento da saúde – Gastos per capita municipais por Unidade Federativa 2005- 2009



Fonte: Disoc/ IPEA

Em relação aos gastos per capita municipais é possível observar que São Paulo e Mato Grosso do Sul possuem o conjunto de municípios que apresentam as maiores despesas per capita na área da saúde.

Todos os estados apresentam uma evolução positiva do gasto per capita municipal para o intervalo dos anos 2005-2009.

5.4 RELAÇÃO DOS RESULTADOS COM O PIB

Figura 13 - Distribuição do financiamento da saúde – Gastos per capita municipais por Unidade Federativa 2005- 2009

	2005	2006	2007	2008	2009
PIB	2.147.239,0	2.369.484,0	2.661.344,0	3.004.881,1	3.143.015,0
Gasto Real em ASPS	44.458	46.814	49.108	51.049	58.270
% Despesa ASPS / PIB	2,1%	2,0%	1,8%	1,7%	1,9%

Fonte: Disoc/ IPEA

No período de 2005 a 2009, houve um crescimento significativo em valores reais destinados ao setor da saúde. Porém, segundo dados da figura 13, é possível verificar uma diminuição do indicador como porcentagem do Produto Interno Bruto.

Dessa forma, é possível concluir que apesar dos repasses federais terem apresentado um aumento, poderia ter sido maior, acompanhando o crescimento da economia e do PIB.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O impacto do Sistema Único de Saúde na população brasileira evidencia a grande importância deste sistema na saúde da população, que através da Constituição Federal de 1988 estabeleceu as garantias da atenção universal à saúde. O SUS é o financiador da maioria dos atendimentos de saúde realizados no país. E o principal financiador da atenção básica e alta complexidade (PORTO, 2006).

Este trabalho demonstrou a evolução das despesas com saúde, destacando-se principalmente a expansão dos gastos estaduais e municipais neste setor. Além disso é apresentada a diminuição das disparidades do gasto per capita dos municípios, evidenciando um grande avanço na saúde pública, em todas as regiões do país.

Apesar de ser constatado neste trabalho o crescente aporte de recursos empregados no setor da saúde, ainda existe uma grande instabilidade e insuficiência dos recursos no setor. A análise do financiamento do SUS revela que as despesas públicas com saúde ainda são uma questão em aberto na discussão das políticas públicas e que é necessário mais estudos e discussão sobre o tema para que seja possível garantir os preceitos do SUS de integralidade, universalidade e equidade.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, E. A. Análise das Contribuições Sociais no Brasil, mimeo. Brasília, 2006. Constituição da República Federativa do Brasil de 5 de outubro de 1988 — Título VIII ("Da Ordem Social"), Capítulo II ("Da Seguridade Social"), Seção II ("Da Saúde")
- Dos Santos, Maria A. B. e Gerschman, Silvia - As segmentações da oferta de serviços de saúde no Brasil – arranjos institucionais, credores, pagadores e provedores, ND, ND, 2004.
- Soares, Adilson - Formação e desafios do sistema de saúde no Brasil: uma análise de investimentos realizados para ampliação da oferta de serviços. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(7):1565-1572, jul, 2007
- Piola, Sergio F. e Vianna, Solon M. - SAÚDE NO BRASIL: ALGUMAS QUESTÕES SOBRE O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS), Brasília, fevereiro de 2009
- De Souza, Renilson R.- O SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE BRASILEIRO, Seminário Internacional: Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas São Paulo, Brasil, Agosto de 2002
- Gonçalves, Telma. O Sistema Único de Saúde, 20 anos: Balanço e perspectivas Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(7):1620-1625, jul, 2009
- Escorel, Sarah et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil . *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 21(2), 2007
- CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE. Declaração de Alma-Ata, Alma-Ata, URSS, 1978. Disponível em <http://www.opas.org.br/Coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>
- Castro e Machado. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 26(4):693-705, abr, 2010
- Starfield, B. Atenção primária — Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: http://unesdoc.unesco.org/ulis/cgi-bin/ulis.pl?catno=130805&set=4BBCA640_1_386&gp=1&mode=e&lin=1&ll=1
- Conill, Eleonor M. - Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S7-S27, 2008
- Giovanella, Ligia et AL - Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil, ND.
- CONASS. "Financiamento da Saúde". 2008.

CONASS. “Financiamento da Saúde”. 2011.

Lima, Luciana; Andrade, Carla Lourenço. “Condições em saúde nos grandes municípios do Brasil”. 2009.

José Roberto Afonso, Kleber Pacheco de Castro. “Evolução dos Gastos Federais com Saúde (cresceu depois de extinta a CPMF)”. 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. “RELATÓRIO DE GESTÃO 2010”. 2011.

Mendes, Áquilas; Marques, Rosa Maria. “O financiamento do SUS sob os ventos da financeirização”. 2009.

Dain, Sulamis. “Os vários mundos do financiamento da saúde no Brasil: uma tentativa de integração”. 2007.

Campelli, Magali Geovana Ramlow; Calvo, Maria Cristina M. “o cumprimento da EC 29 no Brasil”. 2007.

Soares, Adilson. “Formação e desafios do sistema de saúde no Brasil: uma análise de investimentos realizados para ampliação da oferta de serviços”. 2007.

Carvalho, Gilson. “O Gasto público em saúde – Brasil”.

França, José Rivaldo Melo; Costa, Nilson do Rosário. “A dinâmica da vinculação de recursos para saúde no Brasil: 1995 a 2004

ARAÚJO, E. A. Análise das Contribuições Sociais no Brasil, mimeo. Brasília, 2006.

ALMEIDA, Patty Fidelis de; GIOVANELLA, Ligia. “Avaliação em Atenção Básica à Saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006”. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(8):1727-1742, ago, 2008.

ARAÚJO, A.L.A.; UETA, J.M.; FREITAS, Osvaldo de . “Assistência farmacêutica como um modelo tecnológico em atenção primária à saúde”. Rev. Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicadas, v. 26, n.2, p. 87-92, 2005.

BRASIL 1990. Leis, decretos, etc. Lei n. 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 correspondentes e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União. Brasília, 20 de setembro de 1990, Seção I.

BRASIL 1990. Leis, decretos, etc. Lei n. 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. Diário Oficial da União. Brasília, 31 de dezembro de 1990, Seção I.

BRASIL 1999. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial Ministério da Saúde e Procuradoria Geral da República n. 529, de 30 de abril de 1999. Trata da institucionalização

do Siops no âmbito do Ministério da Saúde. Diário Oficial da União, n. 82. Brasília, 3 de maio de 1999, Seção II. p.16.

BRASIL 2000. Constituição de 1988. Emenda Constitucional n. 29, de 2000. Dispõe sobre recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Diário Oficial da União n. 178E. Brasília, 14 de setembro de 2000, Seção I. P. 1.

BRASIL 2000. Ministério da Saúde. Procuradoria Geral da República. Portaria Conjunta n. 1.163, de 11 de outubro de 2000. Trata da institucionalização do Siops no âmbito do Ministério da Saúde. Diário Oficial da União, n.203. Brasília, 20 de outubro de 2000, Seção I. Pp.27-28.

BRASIL 2002. Ministério da Saúde. Portaria n. 2047/GM, de 5 de novembro de 2002. Aprova as Diretrizes Operacionais para a Aplicação da Emenda Constitucional n. 29/2000. Diário Oficial da União, n.216. Brasília, 7 de novembro de 2002, Seção I. pp. 50-51.

BRASIL 2011. Ministério da Saúde. Relatório de Gestão 2010. Secretaria de Atenção à Saúde.

BUSS, Paulo Marchiori. “Promoção da saúde e qualidade de vida”. Ciência & Saúde Coletiva, 5(1):163-177, 2000.

CAMPELLI, Magali G. Ramlow; CALVO, Maria Cristina M. “O cumprimento da Emenda Constitucional n. 29 no Brasil”. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro 23(7):1613-1623, Jul 2007

CAMPOS, Rodrigo Pires de; ALMEIDA, Célia; FONSECA, Luiz Eduardo. “A Assistência Oficial para o Desenvolvimento na saúde do Brasil de 1997 a 2007”. Com. Ciências Saúde. 2009;20(2):101-114.

CARVALHO, Gilson. “Gasto Público em Saúde – Brasil”. Instituto Brasileiro de Saúde, Ensino, Pesquisa e Extensão para o Desenvolvimento Humano.

COSTA, Ricardo Cesar Rocha da. “Descentralização, financiamento e regulação: A reforma do sistema público de saúde no Brasil durante a década de 1990”. Revista de Sociologia e Política, Nº 18: 49-71 JUN. 2002.

DAIN, Sulamis. “Os vários mundos do financiamento da Saúde no Brasil: uma tentativa de integração”. Ciência & Saúde Coletiva, 12(Sup): 1851-1864, 2007.

DAIN, Sulamis. “Os vários mundos do financiamento da Saúde no Brasil: uma tentativa de integração”. Ciência & Saúde Coletiva, 12(Sup):1851-1864, 2007.

ELIAS, Paulo Eduardo. “Estado e Saúde: Os Desafios do Brasil Contemporâneo”. São Paulo em Perspectiva, 18(3): 41-46, 2004.

GOVERNO FEDERAL. Ministério da Saúde. “Entendendo o SUS”. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_entendendo_o_sus_2007.pdf Acesso em: 20/04/2011

GOVERNO FEDERAL. Tribunal de Contas da União. “Parecer Prévio sobre as Contas do Governo da República. Exercício de 2010”. Disponível em: http://portal2.tcu.gov.br/portal/page/portal/TCU/comunidades/contas/contas_governo/contas_10/index.html Acesso em: 13/06/2011

MACHADO, Cristiani Vieira; BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria; LIMA, Luciana Dias de. "O planejamento nacional da política de saúde no Brasil: estratégias e instrumentos nos anos 2000". *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5): 2367-2382, 2010.

MARINHO, Alexandre, et al. "Saúde no Brasil: Algumas questões sobre o Sistema Único de Saúde (SUS)". Documento elaborado no âmbito do Convênio CEPAL/IPEA, Abr 2009.

Disponível em:

<http://www.eclac.org/brasil/publicaciones/sinsigla/xml/4/35734/LCBRSR200SaudenoBrasil.pdf> Acesso em: 04/11/2010

MENDES, Eugênio Vilaça. "As redes de atenção à saúde". *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5): 2297-2305, 2010.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. "O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas". *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25(7): 1620-1625, jul, 2009.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; BUSS, Paulo Marchiori. "Qualidade de vida e saúde: um debate necessário". *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1): 7-18, 2000.

NOVAES, Hillegonda Maria D. "Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde". *Revista de Saúde Pública*; 34(5):547-59, 2000.

RAMOS, Carlos Alberto. "Aspectos Distributivos do Gasto Público Na Saúde". *Planejamento e Políticas Públicas*, no. 24, 2001. Disponível em:

<http://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/issue/view/21> Acesso em: 13/06/2011.

RIBEIRO, José Mendes. "Desenvolvimento do SUS e racionamento de serviços hospitalares". *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(3):771-782, 2009.

SANCHO, Leyla Gomes; VARGENS, José Muniz Costa. "Avaliação econômica em Saúde na esfera de atenção local à saúde". *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(Supl. 1):1513-1521, 2009

SCATENA, João Henrique Gurtler; VIANA, Ana Luiza d'Ávila; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. "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, 25(11):2433-2445, nov, 2009.

SOARES, Adilson. "Formação e desafios do sistema de saúde no Brasil: uma análise de investimentos realizados para ampliação da oferta de serviços". *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(7):1565-1572, jul, 2007.

SOUSA, Maria Fátima de. "O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica". *Rev. Brasileira de Enfermagem*, Brasília 2008 mar-abr; 61(2): 153-8.

TEIXEIRA, Hugo Vocurca; TEIXEIRA, Marcelo Gouvêa. "Financiamento da saúde pública no Brasil: a experiência do Siops". *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(2):379-391, 2003.

UGÁ, Maria Alicia Domínguez; SANTOS, Isabela Soares. "Uma análise da progressividade do financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS)". *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(8):1597-1609, ago, 2006.

VIEIRA, Fabiola Sulpino. "Gasto do Ministério da Saúde com medicamentos: tendência dos programas de 2002 a 2007". *Rev Saúde Pública* 2009;43(4):674-81.

ZUCCHI, Paola; NERO, Carlos Del; MALIK, Ana María. "Gastos em Saúde: Os fatores que agem na demanda e na oferta dos Serviços de Saúde". Saúde e Sociedade; volume 9, número 1-2, páginas 127-150. Dez 2000.