



Módulo 3

Financiamento da Saúde: ferramenta de concretização do direito à saúde

Swedenberger Barbosa
Cirurgião-Dentista, especialista em Saúde Coletiva
Mestrando em Ciências da Saúde na UnB

Conteúdo

Apresentação

1. As receitas do SUS e a participação dos gestores municipais, estaduais e federal
2. Recursos escassos e a judicialização da saúde
3. Um novo perfil demográfico e os reflexos no SUS
4. O pacto pela Saúde e o futuro do SUS

Referências

Apresentação

O Sistema Único de Saúde (SUS), legalmente constituído e não totalmente regulamentado, é público, universal, descentralizado e sob controle social. Com essa configuração, o SUS deveria dar cobertura a todos os brasileiros. Por várias questões como as relacionadas à gestão, escassez de recursos, prioridade política, etc., ainda estamos longe de alcançar o previsto legalmente.

Os 10% mais ricos da população detêm 46,1% da renda familiar *per capita* da sociedade brasileira, enquanto os 20% mais pobres detêm apenas 2,9% da renda. Isso se reflete, como veremos a seguir, no acesso aos serviços de saúde no país. Segundo as pesquisadoras da Fiocruz, Maria Alicia Dominguez Ugá e Isabela Soares Santos (2006), as despesas inerentes ao financiamento do sistema de saúde brasileiro absorvem 9,7% da renda das famílias. Enquanto para o primeiro decil da população, ordenada por sua renda familiar *per capita*, os gastos em saúde absorvem mais de 10% (10,6%) dela, no que se refere ao último decil populacional, esse percentual diminui para 9,1%. Chama a atenção, ainda, o peso do gasto privado direto sobre as famílias mais pobres: esse gasto – que, por definição, é catastrófico, não decorrente de uma escolha e sim de uma necessidade – representa 6,8% da renda das famílias do primeiro décimo e sua participação é inversamente proporcional à renda, diminuindo nos decis superiores, representando apenas 3,1% da renda do último decil.

Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), de 2005, indicam que o Brasil vem se colocando, nos últimos cinco anos, entre os dez países do continente americano com maiores gastos com saúde em valores absolutos, o que é, sem dúvida, uma boa notícia. Infelizmente isso não se desdobra para a ocorrência de acesso equânime aos usuários do Sistema de Saúde. Aproximadamente 45% do gasto total em saúde seriam provenientes de fontes públicas e os 55% restantes de fontes privadas. Essa relação público/privado, no gasto com saúde, distingue-nos de vários países (PIOLA, 2006). Na Alemanha, França, Reino Unido, Canadá, Espanha, por exemplo, a participação pública no gasto total da saúde é superior a 70%. São países, que, como o Brasil, possuem sistemas nacionais de saúde e se propõem a dar cobertura universal. O Brasil gasta aproximadamente 7,6% do PIB com Saúde (gasto total, em 2001, sendo, 3,16% de dispêndio público e 4,4% do gasto privado), enquanto a Espanha gasta 7,6% e o Reino Unido, 7,7%. Países como Chile, México e Uruguai, assim como o Brasil, precisam aumentar o seu gasto *per capita* em Saúde, alterando a relação público/privado, que tem uma participação pública no gasto total da saúde ainda baixa, perdendo para o setor privado. Em relação ao gasto privado em Saúde, no Brasil, 64,2% são realizados como pagamento direto. Os planos e seguros de saúde respondem pelos 35,8% restantes, onde há a participação das empresas. O gasto com saúde é o quarto item de gasto de consumo entre as famílias brasileiras, ficando atrás dos gastos com alimentação, habitação e transporte. Na despesa com saúde, o item mais importante é a compra de medicamentos, seguido dos planos de saúde, refúgio da classe média insatisfeita, regra geral com a assistência pública de saúde. Em relação ao financiamento e gasto do setor público, os recursos destinados às despesas do Ministério da Saúde derivam, majoritariamente, de receitas de contribuições sociais, principalmente da Contribuição Sobre o Lucro Líquido das Empresas (CSLL), da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), esta até dezembro de 2007, e da Contribuição para o Financiamento Seguridade Social (COFINS).

Segundo Déa M. Carvalho (CONASS, 2007), houve aumento do quantitativo total dos recursos destinados ao setor saúde, de 2000 a 2004, como consequência principalmente do incremento das inversões por parte dos estados e municípios. Quanto à evolução das despesas do Ministério da Saúde, nos últimos dez anos, merece destaque o incremento de 479% para medicamentos de dispensação em caráter excepcional, tendo aumentado sua participação no gasto total de medicamentos (excepcionais, estratégicos e farmácia básica), de 14% em 1995 para 34% em 2004. Nesse período, a atenção básica foi o segmento que teve maior aumento (134,5%), tendo sido de 33,7% o da atenção média e alta complexidade, responsável pelo financiamento da maior parte da assistência hospitalar. Afirma a pesquisadora que, embora tenha sido observado crescimento em valores nominais também nos aportes federais, houve redução da participação percentual da saúde nas receitas correntes da União. Para o cálculo das despesas realizadas a partir do ano 2000, o Ministério da Saúde (MS) adotou o conceito de “ações e serviços públicos de saúde”, que viria a ser expresso posteriormente na Resolução n. 322 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), de 8 de maio de 2003, que exclui desse universo todos os gastos relativos a pagamentos de aposentadorias e pensões; assistência à saúde que não atenda ao princípio da universalidade; merenda escolar; limpeza urbana e remoção de resíduos sólidos (lixo); preservação e correção do meio ambiente, realizadas pelos órgãos de meio ambiente dos entes federativos e por entidades não governamentais; ações de saneamento básico e de assistência social não motivadas diretamente por questões relativas à saúde. A Resolução CNS n. 322/2003 teve como finalidade uniformizar o entendimento sobre a matéria para efeito de aferimento do cumprimento da Emenda Constitucional n. 29 pelas três esferas de governo, até que fosse aprovada a Lei Complementar regulamentadora, ainda em tramitação no Congresso Nacional.

1. As receitas do SUS e a participação dos gestores municipais, estaduais e federal

As hipóteses para o financiamento da saúde foram objeto de estudo pelo Ministério da Saúde em 2004, a saber: na primeira hipótese considerou-se que os recursos seriam reajustados anualmente, de acordo com a variação nominal do PIB (algo em torno de 2% ao ano). Na segunda hipótese, estimou-se alcançar um sonho antigo de a Saúde ficar com 30% do Orçamento da Seguridade Social. A terceira hipótese, com base no que consta da Emenda Constitucional (EC n. 29), o gasto federal com a Saúde seria da ordem de 10% de suas receitas correntes. Nesse caso, a estimativa para 2007, que não ocorreu, seria de termos um gasto público das três esferas de governo de aproximadamente R\$ 81 bilhões, ou 4,4% do PIB ou mais do que o dobro do que se gasta atualmente (PIOLA, 2006).

As receitas do MS, em valores reais, corrigidos pelo IPCA, mantiveram-se em ascensão entre 1995 e 2005. Em 1997, foram da ordem de 27 bilhões e, em 2005, 40,80 bilhões (CONASS, 2007). No processo de descentralização e implantação do SUS, ocorreram mudanças substanciais no perfil orçamentário do Ministério da Saúde. Enquanto, em 1995, 71,7% das despesas atendiam pagamento de pessoal (16,7%) e outras despesas correntes (54,8%), em 2005, esses grupos de despesas tiveram sua participação reduzida para quase 30%. Enquanto isto, em 1995, as transferências a estados e municípios, que representavam 7,9% da despesa do MS passaram, em 2005, a constituir 58,4% desse total. O decréscimo em outras despesas

correntes deve-se em grande parte ao processo de descentralização. Isso se identifica com a participação municipal e estadual no período. No caso dos municípios, os gastos sobem de 5,3%, em 1995, para 36,3 %, em 2005. A participação dos Estados no gasto total do MS, no período, aumenta de 2,6% para 22,1%. Essa característica do SUS, de gestão descentralizada para estados e municípios e com boa parte dos recursos que lhe são destinados sendo arrecadados pelo Governo Federal fez com que a questão dos mecanismos e critérios de transferência de recursos se tornasse relevante e motivo de preocupação dos gestores públicos do setor. As Leis n. 8.080 e 8.142, ambas de 1990, não por acaso tratam dessa questão. Esta última, em especial, torna regulares e automáticas as transferências, desde que os governos estaduais e municipais tenham fundo de saúde, conselho de saúde, plano de saúde, relatório de gestão, contrapartida no orçamento para elaboração do plano de carreiras, cargo e salários (art. 4º). Reafirmada a legislação pelo Conselho Nacional de Saúde e pela 9ª Conferência Nacional de Saúde, as Normas Operacionais 01/91 e 01/92 e 01/93 do MS criaram as condições para que o Decreto n. 1.232, de 30 de agosto de 1994, estabelecesse as condições e formas para viabilizar os repasses regulares e automáticos dos recursos do SUS.

Um importante passo para a organização dos gastos públicos em Saúde foi o advento do Sistema de Informação do Orçamento Público de Saúde (SIOPS), em 1999. É um sistema que registra o orçamento público da Saúde, nas três esferas de governo, e que serve para verificar o cumprimento da Emenda Constitucional n. 29, que vincula recursos para saúde nos níveis federal, estadual e municipal. Como forma de assegurar recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde, foi promulgada, em 13 de setembro de 2000, a Emenda Constitucional n. 29. Essa emenda altera os artigos 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal (CF) e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. A EC 29 representou um grande avanço para o financiamento da saúde, ao estabelecer que as três esferas de governo aportassem anualmente recursos mínimos proveniente da aplicação de percentuais das receitas e determinando as suas bases de cálculo. O financiamento e a transferência dos recursos federais para estados e municípios, com o respectivo monitoramento e controle, passaram a ser regulamentados, mais recentemente, pela Portaria GM/MS n. 204, de 29 de janeiro de 2007. Os recursos foram organizados e transferidos na forma de blocos de financiamento. Os blocos são: I) Atenção Básica; II) Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; III) Vigilância em Saúde; IV) Assistência Farmacêutica e V) Gestão do SUS.

Com o término da CPMF (dez. 2007), a situação prevista de uma nova fase para o SUS se altera fortemente. Compromete a regulamentação da EC 29 e torna essencial buscar uma fonte permanente e progressiva de financiamento do setor saúde, sob pena de retrocesso inadmissível na cidadania conquistada até o presente momento. As consequências imediatas, até que sejam assegurados os recursos necessários para o MS e o SUS em geral, dão conta de que a Saúde terá de disputar recursos do Orçamento Geral da União (OGU), num quadro de difícil situação orçamentária do Governo Federal. O Programa Mais Saúde, apelidado de “PAC da Saúde”, lançado no dia 5 de dezembro de 2007, estruturado para atender as complexas necessidades do setor saúde, com investimentos previstos de R\$ 88,6 bilhões ao longo dos próximos quatro anos ficou bastante comprometido, visto que as suas fontes seriam R\$ 64,6 bilhões do Plano Plurianual (PPA) e R\$ 24 bilhões da CPMF/EC n. 29.

2. Recursos escassos e a judicialização da saúde

Se estamos diante de uma nova situação orçamentária, quais os blocos de financiamento serão mais afetados? Como escolher quais as políticas, programas e ações do SUS a serem interrompidos ou mais afetados, diante de escassos recursos previstos?

Num quadro de poucos recursos e de direitos constitucionais à saúde e à vida, é ético e moral estabelecer critérios para acesso aos serviços de saúde? E nesse caso é para qualquer serviço ou para alguns?

A responsabilidade do Estado e das instituições públicas é de encontrar soluções com as quais se possa enfrentar a escassez de recursos, e entendemos que para isso não podemos negligenciar o direito universal de acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Recorrendo ao princípio da justiça de John Rawls¹¹⁷, sempre toda e qualquer pessoa deve ser considerada em condições de igualdade e, para que tal não se subverta, “é justa a ação que tenha consequências desiguais para os diversos envolvidos apenas quando resulta em benefícios compensatórios para cada um, e particularmente para os membros menos favorecidos, menos afortunados da sociedade”. Ainda segundo o autor, em qualquer caso, uma distribuição justa de recursos finitos deve ser resultado de escolha imparcial.

E essa imparcialidade, como exercê-la, senão através de sorteio, de loteria ou de uma ordem já estabelecida, como a fila dos demandantes ao recurso?

Se a igualdade é o ponto de chegada da justiça social, referencial dos direitos humanos e onde o próximo passo é o reconhecimento da cidadania, como exercer plenamente essa cidadania? E no caso da Saúde, com quem contar para que os direitos constitucionais do cidadão sejam respeitados?

Os instrumentos de controle social, como os conselhos de saúde, têm exercido um papel importante para que sejam garantidos esses direitos. O poder executivo nos três níveis tem sido acionado de forma crescente pelo Ministério Público para que cumpra o seu dever de garantir o acesso universal aos serviços de saúde e/ou medicamentos. Também o Poder Judiciário tem sido acionado e respondido a essas demandas, como nos exemplos citados a seguir:

O Poder Judiciário, no exercício de sua alta e importante missão constitucional, deve e pode impor ao Poder Executivo Estadual o cumprimento da disposição constitucional que garante o direito à saúde, sob pena de compactuar com a dor e sofrimento de milhares de brasileiros, pobres e carentes que, ao buscarem, por falta de opção, tratamento no Sistema Único de Saúde, ficam à mercê de um sistema de saúde precário e ineficiente que muitas vezes conduz à morte¹¹⁸.

Vemos, pois, que as limitações orçamentárias são repelidas como justificativa para o indeferimento dos pleitos relativos à saúde pública ao argumento de que prover receitas também

117 Cf.: RAWLS, J. *A theory of Justice*, 1971.

118 Cf.: Mandado de Segurança, n. 1.0000.03.401817-6/000, 3º Grupo de Câmaras Cíveis do TJMG, Belo Horizonte, Rel. Maria Elza. j. 18 de fevereiro de 2004, unânime, Publ. 10 de março de 2004.

representa uma obrigação do Estado. Não há, na hipótese, indevida ingerência de competências, mas sim reposição da legalidade, pois como lembra o Ministro Celso de Mello:

As situações configuradoras de omissão inconstitucional – ainda que se cuide de omissão parcial, derivada de insuficiente concretização, pelo poder Público, do conteúdo material da norma impositiva, fundada na Carta Política, de que é destinatário – refletem comportamento estatal que deve ser repellido, pois a inércia do Estado qualifica-se, perigosamente, como um dos processos informais de mudança da Constituição, expondo-se, por isso mesmo, à censura do Poder Judiciário¹¹⁹.

3. Um novo perfil demográfico e os reflexos no SUS

O quadro de necessidades em saúde é progressivo e complexo. A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2003 contemplou um questionário especial sobre a saúde. Aspectos epidemiológicos ficaram muito evidenciados, como o comprometimento de 29,9% da população com problemas cardíacos, câncer, dores de coluna e diabetes, caracterizando que as doenças crônico-degenerativas avançam sobre a população. O progresso tecnológico somado ao encarecimento e à sofisticação da assistência à saúde vêm ameaçando os sistemas de saúde em países como o Brasil, onde as necessidades crescem muito mais que os orçamentos públicos.

Como enfrentar ao mesmo tempo: dengue, malária, doença de Chagas, esquistossomose, febre amarela, câncer, doenças cardiovasculares, acidentes de trânsito?

A pesquisadora da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Claudia Travassos, lembra que:

quando se olha para o Brasil atual, com este progressivo envelhecimento da população, com as exigências das novas tecnologias médicas, com a brutal desigualdade social e de renda, é inevitável concluir que o sistema de saúde tem que se adequar ao novo perfil demográfico que se apresenta com o passar dos anos.

Sobre esse item é bom destacar que, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o Brasil será, até 2025, o 6º país do mundo em número de idosos. Segundo o Ministério da Saúde, em julho de 2006, já havia no Brasil 18 milhões de idosos (acima de 60 anos), portanto, quase 10% da população brasileira. Dentro do universo dessa população idosa, os “mais idosos” (acima de 80 anos) já representam mais de 12% e continuam crescendo, ou seja, a população idosa está tendo uma vida mais longa. Apenas 25% dos idosos no Brasil ganham mais de três salários mínimos, ou seja, 75% são pobres.

A área técnica do Ministério da Saúde admite que o Sistema Único de Saúde Brasileiro (SUS) está organizado para atender à saúde materno-infantil, portanto, historicamente não se organizou para o atendimento ao idoso. Essa demanda reprimida para ser enfrentada tem naturalmente um custo mais elevado, pois essas pessoas provavelmente apresentarão um número maior de doenças e/ou condições crônicas que requerem mais serviços sociais e médicos por mais tempo. Ou seja, estamos falando de mais necessidades: novas tecnologias, mais recursos,

119 Cf. ADIN n. 1.458/DF.

melhor gestão, maior tempo de internação, utilização adequada das UTIs, e adoção de vários outros mecanismos que permitam-nos assegurar o direito à Saúde.

4. O pacto pela Saúde e o futuro do SUS

Com o objetivo de avançar em questões acima citadas e na necessidade de atualizar e oxigenar os compromissos e relações entre as três instâncias do SUS, foi concebido um “pacto” entre os gestores municipais, estaduais e federal, chamado de Pacto pela Saúde, cujo texto foi publicado em 22 de fevereiro de 2006 pela Portaria GM/MS n. 399. Esse pacto, na realidade, engloba três outros, a saber: o Pacto pela Vida, o Pacto pelo SUS e o Pacto de Gestão. O primeiro define as principais políticas e metas pactuadas pelas três esferas de governo, cabendo a cada Comissão Intergestores Bipartite (CIB), a sua adaptação às condições locais, visando a reforçar o movimento da gestão pública por resultados. O segundo é a reafirmação do SUS, como uma política de Estado e do compromisso de todos com o seu financiamento. O terceiro pode ser visto como o mais próximo das antigas normas da saúde por tratar dos mesmos temas, embora incorporando mudanças expressivas como a transferência dos recursos federais passarem a ser necessariamente automáticas, condicionadas somente à homologação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) de cada Estado, e ordenadas em cinco grandes blocos – atenção básica, atenção de média e alta complexidade, vigilância à saúde, assistência farmacêutica e gestão.

Estamos, no momento, em processo intenso de decisão quanto ao futuro do SUS. A Regulação da EC 29 é uma peça fundamental desse processo, aliado às iniciativas em curso por parte dos gestores e dos conselhos de saúde.

A adoção de mecanismos legais, capazes de assegurar fonte permanente de Financiamento da Saúde e os percentuais mínimos e obrigatórios para as instâncias gestoras são importantes, embora insuficientes, quando vistos pelos elementos levantados até aqui, de forma a garantir o direito à saúde de maneira equânime e igualitária. É necessário incorporar a isso o aperfeiçoamento da gestão, novos modelos assistenciais, a combinação da definição de prioridades com a universalidade do acesso e a consolidação do controle social nas três esferas de governo (abrangendo todo o processo do SUS). Dessa forma, avançaremos na efetivação do direito à saúde.

Referências

BRASIL. Constituição (1988). Emenda Constitucional n. 29 de 13 de setembro de 2000. Altera os artigos 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da CF e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias.

_____. Decreto n. 1.232, de 30 de agosto de 1994. Dispõe sobre as condições e a forma de repasse regular e automático de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal, e dá outras providências.

_____. Leis n. 8.080 e 8.142. Ambas de 1990. Brasília: Congresso Nacional, 1990.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Atenção Hospitalar. Relatório – A Política de Terapia Intensiva no SUS. Brasília, 2005.

_____. Coordenação de Saúde do Idoso. Política Nacional de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, 2006.

CARVALHO, D. M. T. de. Financiamento da assistência médico-hospitalar no Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, jul./ago. 2007.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução n. 322 de 8 de maio de 2003.

CONASS, O. Financiamento da Saúde. *Progestores – Programa de Informação e Apoio Técnico às Equipes Gestoras Estaduais do SUS*. Brasília, 2007, 161 p.

PIOLA, S. F. Tendências do Financiamento da Saúde. *Debates GV saúde*, v. 2, 2006.

RAWLS, J. *A Theory of Justice*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, 1971.

SANTOS, I. S.; UGÁ, M. D. Uma análise da progressividade do financiamento do Sistema Único de Saúde. *Caderno Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2006.

