

25 ANOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: CONQUISTAS E DESAFIOS

25 YEARS OF UNIFIED HEALTH SYSTEM: ACHIEVEMENTS AND CHALLENGES

Estela Capelas Barbosa

Doutoranda e pesquisadora em Economia no Centro de Economia da Saúde da Universidade de York – CHE, Reino Unido

Professora do Departamento de Economia e Estudos Relacionados da Universidade de York – DERS, Reino Unido

E-mail: estelacapelas@yahoo.com.br (Reino Unido)



25 ANOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: CONQUISTAS E DESAFIOS

RESUMO

Este artigo celebra os 25 anos de existência do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Em seu corpo são descritos os mecanismos políticos e institucionais que deram origem ao sistema, bem como as transformações que ocorreram nos últimos 25 anos. Atenção especial é dada às conquistas atribuíveis à implantação do SUS no que se refere ao acesso da população aos serviços de saúde como também em termos de ganho em saúde em si, o objetivo último do sistema. Em contrapartida, são apontadas dificuldades impeditivas de um bom funcionamento do SUS, especialmente, dificuldades de acesso e de financiamento. O artigo conclui que essas duas últimas questões fundamentais deverão ser solucionadas para que o serviço possa realmente cumprir com o princípio da equidade como se propõe.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde; Gestão em Saúde; Financiamento.

25 YEARS OF UNIFIED HEALTH SYSTEM: ACHIEVEMENTS AND CHALLENGES

ABSTRACT

This paper celebrates 25 years of the existence of the Brazilian National Health System (SUS). Through out the paper, one describes the political and institutional mechanisms from which SUS originated, as well as the transformations undergone in the past 25 years. The conquers obtained with the implantation of the system are specially highlighted, particularly those concerning access to health services gained by the population and health gains *per se*, once these are the ultimate objective of the system. Conversely, the difficulties that hinder the good functioning of SUS are also noted, mainly difficulties in access and financing. The paper points out that these two fundamental issues must be addressed in order for the system to become really equitable, as it proposes itself to be.

Keywords: Brazilian National Health System; Health Management; Health Financing.



1 INTRODUÇÃO

Dentre os mais variados ganhos sociais decorrentes da democratização do país, consolidada pela Constituição de 1988, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) representa, certamente, uma das mais importantes conquistas para os trabalhadores¹ (Marques & Mendes, 2012). As ideias, já defendidas na VIII Conferência Nacional de Saúde, de 1986, de que uma reforma sanitária desejável incluiria os princípios de equidade, descentralização, integralidade e universalidade, propiciaram a criação do primeiro sistema público universal de saúde no Brasil, na qual a mesma é compreendida como “direito do cidadão e dever do Estado” (Giambiagi & Além, 2008). Pela primeira vez, implementava-se em um país latino-americano um sistema em que a Saúde era pensada sob a égide da proteção social,² assemelhando-se à experiência de outras nações, já bem conhecidas por seu Estado de Bem-Estar, tais como Reino Unido, Suécia, Espanha, Itália, Alemanha, França, Canadá e Austrália (Marques & Mendes, op. cit.). Neste ano de 2013, o SUS completa 25 anos. Trata-se de um marco histórico na realidade brasileira, tanto sob a ótica de gestão em saúde como da de administração de política pública. O presente artigo tem por objetivo contemplar criticamente a trajetória percorrida pelo SUS nesses 25 anos. Não se almeja aqui fazer uma pesquisa científica de caráter empírico, mas sim uma apreciação crítica do arcabouço institucional que envolve o SUS. Dessa maneira, tanto o marco legal quanto a literatura acadêmica especializada no assunto serviram de Assim, ele está organizado em quatro seções, além desta introdução. São elas arcabouço político-institucional, escopo e visão do SUS frente à reforma sanitária, conquistas do sistema e desafios futuros.

2 O ARCABOUÇO POLÍTICO-INSTITUCIONAL

Ainda que sua instituição tenha sido no momento da promulgação da Constituição em 1988, a regulamentação inicial do SUS ocorreu somente em 1990, mediante a Lei Orgânica da Saúde (8.080/90). Desde então, várias normas, diretrizes, leis e decretos se seguiram, versando sobre vários aspectos da gestão e financiamento, com o intuito de garantir o cumprimento de seus

¹ Note-se que da promulgação da Constituição de 1988 não consolida a democracia plena no Brasil, a qual somente ocorrerá em 1989, com a primeira eleição livre para a presidência da República.

² Em seu Art. 194, a Constituição Brasileira define que “A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (Brasil, 1988).

princípios. Ainda assim, o texto constitucional é para a saúde o mais relevante, já que define seus princípios doutrinários, que incluem, além da universalização, os seguintes: descentralização; equidade, atendimento integral; e participação da comunidade. Segundo Vasconcelos e Pasche (2006):

A **universalidade** assegura o direito à saúde a todos os cidadãos e o acesso sem discriminação ao conjunto de ações e serviços de saúde ofertados pelo sistema. [...] A **integralidade** pressupõe considerar várias dimensões do processo saúde-doença que afetam os indivíduos e as coletividades e pressupõe a prestação continuada do conjunto de ações e serviços visando garantir a promoção, a proteção, a cura e a reabilitação [...]. A **equidade** no acesso às ações e aos serviços de saúde [...] justifica a prioridade na oferta de ações e serviços aos segmentos populacionais que enfrentam maiores riscos de adoecer e morrer em decorrência da desigualdade na distribuição de renda, bens e serviços. (Vasconcelos & Pasche, 2006, p. 535)

Do ponto de vista institucional, o arcabouço teórico criado pelo SUS fornece ao cidadão brasileiro uma seguridade nunca antes experimentada, em que as três esferas de governo (Municípios, Estados e União) participam do atendimento das ações e serviços de saúde do SUS. Essa participação é não concorrente, de maneira que, em cada esfera, há uma única direção. Assim, as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada (segundo a complexidade tecnológica), com direção única em cada esfera de governo (Costa, 2002).

No que se refere à gestão, a execução dos serviços é comandada e realizada pelos Municípios e Estados, cabendo à União as atividades de planejamento, acompanhamento, fiscalização e controle. Já a participação da comunidade é garantida mediante assento nos Conselhos de Saúde, organizados em todas as esferas de governo. A princípio, os Conselhos têm poder para planejar e fiscalizar as ações e serviços de saúde, de modo a contribuir para que os recursos da política de saúde alcancem maior eficiência na sua aplicação, princípio importante estabelecido pelo WHR 2010 (WHO, 2010).

Em seu texto constitucional, o artigo 197 trata da execução das ações e serviços de saúde. No entanto, o texto é bastante abrangente, na medida em que explicita que tal execução deve ser feita diretamente pelo poder público ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado. Em outras palavras, temos que, em paralelo ao serviço público, se desenvolve outro, privado. Em termos práticos, o que se observa na realidade é que, principalmente na média e alta complexidade da atenção à saúde, parte da estrutura física utilizada é privada, mas paga pelo SUS (Bahia, 2011; Paim et al., 2011).

Na atualidade o financiamento do SUS é feito por meio de recursos da Seguridade Social (Previdência, Assistência e Saúde), que constitui um conceito-chave do esquema de proteção social brasileiro, instituído na Constituição de 1988 e portanto novo à realidade brasileira. Na estrutura orçamentária, os recursos destinados à saúde advêm principalmente de contribuições sobre o faturamento e o lucro líquido, mas a Emenda Constitucional nº 29 também estabeleceu um percentual das receitas de impostos arrecadados pelos Municípios (no mínimo 15%) e Estados (no mínimo 12%). No entanto, o legalmente estabelecido nem sempre é cumprido, conforme se observa na Tabela 1 abaixo.

Tabela 1 – Percentual de Recursos Próprios dos Estados Federativos Aplicados à Saúde

	UF	RECURSOS PRÓPRIOS
1	Amazonas	20,67
2	Pernambuco	17,64
3	Acre	17,43
4	Tocantins	17,24
5	Ceará	16,11
6	Rio Grande do Norte	15,28
7	Mato Grosso do Sul	14,92
8	Rondônia	14,71
9	Roraima	13,78
10	Paraíba	13,73
11	Bahia	13,67
12	Distrito Federal	13,37

13	Minas Gerais	13,3
14	Sergipe	13,02
15	Espírito Santo	12,77
16	São Paulo	12,63
17	Pará	12,48
18	Alagoas	12,34
19	Mato Grosso	12,28
20	Goiás	12,16
21	Rio de Janeiro	12,09
22	Santa Catarina	12,04
23	Amapá	12,03
24	Maranhão	12,03
25	Piauí	11,07
26	Paraná	9,98
27	Rio Grande do Sul	7,62

Fonte: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/texto/7055/907/Demonstrativos.html>

Note-se da tabela 1 que, ao contrário do que se esperaria a princípio, as unidades federativas que melhor desempenham em relação à EC 29 estão localizadas na região Norte do país, cuja questão geográfica não pode ser negligenciada quando se pensa a descentralização dos serviços de saúde.

Ainda no que se refere à EC 29, fica determinado que devesse ser aplicado o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação do PIB nominal. Para a União, a ementa não explicita a origem dos recursos, e em relação à Seguridade Social foi omissa, o que como veremos contribuirá para o subfinanciamento do sistema, o que pode ser evidenciado pelo percentual do PIB gasto na saúde. Em 2010, o SUS gastou 3,8% do PIB, percentual bastante aquém dos demais países que têm saúde universal (Mendes, 2012).

3 ESCOPO E VISÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: MOVIMENTO SANITARISTA E FORMAÇÃO TARDIA.

O entendimento da saúde no Brasil depende diretamente da compreensão desse padrão de proteção social, que assegurou o direito de universalização da saúde pública no Brasil, e que desenvolveu-se, em relação aos países desenvolvidos, de forma “tardia”. O termo tardio aqui é duplamente aplicado. Tardio em relação ao tempo, mas, sobretudo, em referência ao momento histórico em que se inseriu. Diferentemente do que ocorreu no período de desenvolvimento da proteção social do Estado de Bem-estar Social europeu, a proteção social brasileira deu-se num momento em que o capital industrial não mais era hegemônico na dinâmica capitalista.

A partir do início dos anos 1990, o capital financeiro retornou ao centro das relações capitalistas, especialmente determinando políticas econômicas dos governos, fazendo com que nas áreas sociais passassem a existir significativos cortes de recursos (Chesnais, 2005). Na realidade, o domínio do capital financeiro teve grande impacto sobre o arranjo da proteção social conhecido como Estado de Bem-estar Social e sobre a relação capital e trabalho. Desde o início da crise econômica no final dos anos 1970, os ataques e os questionamentos ao Estado de Bem-estar Social intensificaram-se, não sendo poucos os países que introduziram dispositivos que aumentaram a participação do usuário no custeio das ações e serviços de saúde e limitaram a lista de medicamentos gratuitos, entre outros (Mesa-Lago, 1999). Dessa forma, deve-se considerar que os progressos trazidos pela Constituição de 1988 ocorriam em um momento histórico complexo, no qual grande parte dos países atravessava reformas liberalizantes. A crise mundial dos anos 1980 foi especialmente marcada pela queda das taxas de lucro, pela desaceleração do crescimento da produtividade e pelo desemprego.

Sob a ótica do Estado, a queda da taxa de lucro das empresas e o aumento do desemprego representaram uma dupla perda. De um lado, o governo reduzia sua capacidade de arrecadar, na medida em que os lucros diminuía e os salários, em um segundo momento, foram corrigidos abaixo da inflação (Marques, 1997). De outro, o dispêndio encontrava-se aumentado, particularmente nos gastos com previdência e seguridade social (Hobsbawm, 1994).

Particularmente no caso brasileiro, cuja economia ainda é dependente e subdesenvolvida, a criação do SUS ocorreu no íterim dessa crise, com os agravantes de uma dívida externa substancial e inflação elevada, o que constituiu um constrangimento factual de recursos, incapacitando o sistema de cumprir seus objetivos *a priori* (Marques & Mendes, 2012). No momento em que os constituintes brasileiros redigiam a Constituição Cidadã de 1988, o País já sentia os efeitos dos constrangimentos provocados pelo capital financeiro, especialmente na apropriação dos recursos do orçamento do Estado já havia algum tempo. A rigor, esse quadro geral somente se intensificou ao longo das décadas de 1990 e 2000, ainda que seus efeitos já fossem notáveis na década de 1980. Somente a título de exemplo, para se ter uma noção da magnitude do capital financeiro no Brasil, em 2010 foram gastos R\$ 185 bilhões, com o pagamento dos juros da dívida pública, o que corresponde a 3,3 vezes o gasto total do Ministério da Saúde com ações e serviços públicos de saúde nesse mesmo ano (SIOPS, 2013).

Foi nesse ambiente macroeconômico de obstáculos para a economia brasileira que a Constituição de 1988 introduziu o conceito de seguridade social e definiu a saúde pública como um direito de todos e um dever do Estado, o que sob muitos aspectos é contrassensual com a lógica que se impunha ao Estado naquele momento. É importante ressaltar que, ao contrário do que ocorreu nos países desenvolvidos europeus no momento da implantação de seus sistemas de seguridade social, o Brasil não mais crescia de forma duradoura, o que implicava um encolhimento fiscal e financeiro por parte do Estado em relação a seu passado.

Diante da predominância de políticas macroeconômicas neoliberais adotadas pelos governos federais e em consonância com a dominação do capital financeiro no capitalismo contemporâneo, a trajetória do financiamento da Seguridade Social e do SUS, em particular, permaneceu sob forte tensão. Portanto, sob a ótica estritamente econômica, a reforma do setor de saúde no Brasil estava na contramão das reformas disseminadas naquela época no resto do mundo, que, como regra, questionavam a manutenção do estado de bem-estar social (Almeida, 1999). Apesar das dificuldades inerentes ao quadro de desigualdade e das restrições impostas pelo lado da economia

no Brasil, o SUS não deixou de ampliar a atenção à saúde aos brasileiros, ao longo desses seus 25 anos de existência.

4 CONQUISTAS DO SUS: GANHOS, MELHORIAS E GESTÃO

Parece não haver dúvida de que a implantação do SUS, e por consequência da saúde universal no Brasil, melhorou consideravelmente o acesso à atenção básica e ao serviço de emergência. Os índices universais de cobertura para vacinação e assistência pré-natal são bons exemplos de alguns desses ganhos (Bahia, 2011). No entanto, os ganhos não se restringiram ao acesso ao serviço, já que o sistema também investiu em recursos humanos e tecnologia, incorporando esforços para fabricar os produtos farmacêuticos essenciais no País (vide a lei que determina a quebra de patentes).

Além disso, o SUS trouxe ganhos em termos de produtividade nas ações e serviços e na condição de saúde populacional, que constitui talvez objetivo último da implantação de um sistema de saúde público. Alguns indicadores podem ser aqui elucidativos da significativa inclusão social provocada pelo SUS, marcada pela grande elevação da produção e utilização dos serviços. Somente para o ano de 2012 foram identificados (Brasil, 2012): i) a existência de 33.404 equipes do Programa de Saúde de Família, atingindo uma cobertura de 54,84% da população brasileira; ii) 257.265 Agentes Comunitários de Saúde (65,4% de cobertura); c) a realização de 3,3 milhões de cirurgias, incluindo 215 mil cirurgias cardíacas e 11,3 mil transplantes; 3,7 milhões de procedimentos ambulatoriais; 1,2 milhão de procedimentos de média e alta complexidade; 531 milhões de consultas; 11,3 milhões de internações. Esses números tornam o SUS um dos maiores sistemas públicos universais de saúde do mundo, e, assim sendo, suas conquistas merecem a devida reverência.

No que se refere à melhoria das condições de saúde, os seguintes indicadores são dignos de nota: i) queda da mortalidade materna de 143,2 para 68,2 por mil habitantes, entre 1990 e 2010; ii) queda da mortalidade infantil de 45,3 para 16,0 por mil nascidos vivos, entre 1990 e 2010 (Bahia, op. cit). Essa diminuição parece estar relacionada ao aumento da cobertura do saneamento básico, do abastecimento de água – ambos determinantes da saúde, mas não contemplados diretamente no escopo dos serviços coordenados pelo MS, além dos próprios serviços de saúde, dos programas de

saúde materno-infantil, das campanhas de vacinação e dos programas de aleitamento materno e reidratação oral.

É importante ainda mencionar a excelência reconhecida internacionalmente do Programa de DST/AIDS. Para se ter uma ideia de um de seus resultados, a taxa de detecção de Aids em menores de cinco anos vem diminuindo desde 2000, passando de 5,4 casos para 3,0 por 100.000 habitantes em 2009 (Pereira et al., 2011). Interessantemente, a reputação internacional do SUS é bastante positiva, sendo o modelo estudado em diversas localidades como primogênito na saúde universal na América Latina.

No outro extremo do espectro de complexidade, merece destaque o aumento da cobertura do Programa da Saúde da Família (PSF). O PSF, que funciona por meio de equipes da saúde da família – já mencionadas anteriormente – formadas por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde, foi criado em 1994, mas somente a partir de 1998 consolidou-se como política prioritária do Ministério da Saúde (MS). O avanço do programa também foi notório e consiste em um dos ganhos em termos de qualidade de serviço de saúde oferecidos à população brasileira. Entre 1998 e 2012, a proporção da população brasileira coberta pelo PSF passou de 6,58% para 54,4% (Brasil, 2006 e 2013). O grau de cobertura variou entre as regiões do país e entre os municípios. Com relação a esses últimos, em 1998 apenas 9,41% da população que residia em municípios com menos de 20 mil habitantes (80% dos municípios brasileiros) estava coberta pelo PSF. Contudo, ao longo dos anos acelerou-se essa cobertura e, em 2010, ela já atingia quase 80%.

Ainda no que se refere à mensuração do impacto do PSF, merecem ser citados alguns resultados. É possível constatar que quanto mais elevada a faixa de cobertura do PSF do grupo de municípios, maior é a queda na taxa de mortalidade infantil pós-neonatal – associada à diminuição no número de mortes por doença diarreica e por infecções do aparelho respiratório (Aquino, Oliveira, Barreto, 2009; Rasella, Aquino, Barreto, 2010). Outros estudos sugerem uma redução de 15%, a partir de 1999, de internações hospitalares evitáveis (Guanais & Macinko, 2009).

Se fosse necessário atribuir uma causa para o avanço da melhoria da situação de saúde, certamente muito seria devido à descentralização do SUS, adotada como lógica principal da implementação desse sistema – e internacionalmente defendida ao longo das décadas de 1980 e 1990 pela Organização Mundial da Saúde. Na década de 1990, o processo de descentralização da política de saúde e seus esquemas de gestão e financiamento foram operados pelas Normas Operacionais Básicas (NOBs) do SUS – portarias do Ministério da Saúde. Essas normas se

constituíram instrumentos para a regulação dos aspectos de divisão de responsabilidades entre o Ministério da Saúde, as secretarias estaduais de saúde e as secretarias municipais de saúde para a definição de critérios de repasse de recursos federais para estados e municípios. É interessante notar que, embora o financiamento da saúde seja dependente, em maior parte, do governo federal, a operação do sistema é, prioritariamente, local, provocando tensões no interior do sistema de saúde. Isto é, do ponto de vista da operação, o SUS é um sistema fortemente descentralizado. No entanto, sob a ótica do financiamento, a mesma afirmação não é válida. Em 1991, o governo federal participava com 73% do financiamento do SUS, e os Estados e Municípios com 27%. Em 2010, o quadro melhorou relativamente, com os Estados e Municípios contribuindo com 55% e a União com 45% (Servo et al., 2011).

Na realidade, essas normas acabaram por se tornar importantes instrumentos indutores da adesão dos municípios ao processo de descentralização da política de saúde. Na medida em que o processo de descentralização do SUS avançava, tais normas foram estabelecendo mecanismos de transferências automáticas do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde. Para o nível da atenção básica, por exemplo, o repasse aos municípios passou a ser ancorado no Piso da Atenção Básica (PAB) – um valor *per capita* transferido pelo MS aos municípios para financiar esse nível de atenção. O acompanhamento e monitoramento da aplicação desses recursos fica sob controle dos Conselhos Municipais de Saúde, instituídos em todos os municípios, de forma a assegurar a participação da comunidade na política de saúde. Além disso, foram institucionalizadas as Comissões Intergestores nos níveis estadual e federal (bipartites e tripartite, respectivamente), garantindo que as decisões sobre os recursos e responsabilidades pudessem ser tomadas por consenso entre os gestores do SUS.

A partir de 2006, as normas foram substituídas pelo Pacto pela Saúde, valorizando-se, assim, três dimensões fundamentais: 1) as prioridades em saúde para produzir impactos na situação sanitária da população, explícitas no Pacto pela Vida; 2) as responsabilidades gerais na gestão do SUS, descritas no Pacto de Gestão; 3) os compromissos entre os gestores com a consolidação da Reforma Sanitária, propondo a ampliação do diálogo com a sociedade na defesa do direito à saúde e do SUS enquanto política de Estado, relacionados no Pacto em Defesa do SUS (Brasil, 2006).

O Pacto pela Saúde representou uma alteração significativa na forma de governança do SUS, à medida que definiu áreas de responsabilidade institucional com mais clareza que no período anterior, garantindo que cada nível de governo apoiasse a implementação da política de saúde. Do ponto de vista do financiamento do SUS, o Pacto pela Saúde definiu “blocos” gerais de alocação

dos recursos federais, sendo eles: Atenção Básica; Atenção da Média e Alta Complexidade; Vigilância em Saúde; Assistência Farmacêutica; Gestão do SUS. Posteriormente, foi acrescentado outro Bloco denominado de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde (Brasil, 2007, 2007a e 2009).

Ainda assim, a definição desses seis blocos para os repasses dos recursos federais deixa a desejar, na medida em que não contempla as diferentes necessidades socioeconômicas e sanitárias existentes nas localidades. Na prática, o modelo predominante para as transferências federais de recursos do SUS para o financiamento das ações e serviços descentralizados, até o presente momento, faz uso de critérios da capacidade instalada e da produção de ações e serviços de saúde existentes nos estados e nos municípios, a partir da demanda geográfica existente. Desse modo, é possível afirmar que a noção da eficiência econômica ainda prevalece sobre a da equidade, especialmente quando se refere à alocação dos recursos federais no interior do SUS.

Se por um momento nos distanciarmos do SUS a fim de enxergar o setor de saúde de maneira abrangente, podemos afirmar que o sistema de saúde brasileiro é formado por três componentes: o setor público, o setor privado e o setor saúde suplementar. O setor público compreende os serviços que são financiados e fornecidos pelo Estado nos níveis federal, estadual e municipal. O setor privado, lucrativo ou não, abrange os serviços que são financiados de diversas maneiras com recursos públicos ou privados, e já o setor de saúde suplementar incorpora os diferentes tipos de planos privados de saúde e de seguro, além de subsídios fiscais. Na realidade, como se pode imaginar, os componentes público e privado do sistema estão fortemente interligados, sendo que a população pode utilizar os serviços de todos os setores, conforme a sua disponibilidade de acesso ou de sua capacidade de pagamento.

Ao longo dos anos 1990 e 2000, verificou-se o aumento das dificuldades da gestão pública em se utilizar da complementaridade constitucional dos serviços do setor privado que se expandiram muito além do que se previa quando da criação do SUS. Torna-se fundamental reconhecer que um dos grandes problemas atuais é transformar o que deve ser complementar em principal, substituindo o setor público na gestão da saúde (Santos, 2011). Alguns estudos sobre o SUS questionam exatamente o paradoxo da não unicidade desse sistema e seus reflexos, no sentido da construção de um sistema de proteção social na área da saúde (Santos, op. cit; Ocké-Reis, 2011). A base teórica de apoio encontra-se justamente nas experiências vitoriosas do universalismo europeu, que se estruturaram distantes da adoção do mercado de planos e seguros privados de saúde como a solução. Em última instância, esses estudos se comprometem com uma agenda de reforma

em que a regulação do mercado privado no Brasil seja marcada pela lógica do seguro social público e que esse mercado funcione sem contar com recursos financeiros do Estado, de forma a não prejudicar o padrão de financiamento público e do próprio SUS, já tão desgastado. Nesse sentido, muitos analistas se equivocam ao atribuir prioridade à ausência de otimização do gasto do SUS. Isso porque merece reflexão intensa o fato de que a adoção de medidas promotoras de eficiência do gasto não pode servir de base para que se cortem os recursos financeiros ou organizacionais do sistema público; ao contrário, a melhoria da eficiência traz a possibilidade, na realidade, de exigir o aumento dos gastos (Ocké-Reis, op. cit).

Por outro lado, cabe reconhecer também uma concepção abrangente e mais complexa das relações entre o público e o privado na saúde brasileira. É fundamental apreender as noções mais utilizadas de público e privado nos diversos campos do conhecimento e, ainda, admitir a especificidade desses conceitos quando se refere à saúde do Brasil. Isso porque não se pode deixar de apreender a relação dialética entre eles, na medida em que convivem, ao mesmo tempo, no sistema de saúde, o privado (inclusive assistencial) no SUS e o público (inclusive assistencial) no privado (Bahia, 2011). Trata-se de buscar ampliar as fronteiras de aplicação desse par conceitual para aprimorar o conhecimento sobre a gênese e dinâmica das políticas de saúde contemporâneas. Nessa perspectiva, há que se preocupar com o crescimento da privatização do sistema de saúde no Brasil e seus efeitos para o aumento das iniquidades em relação aos riscos, ao acesso e à utilização dos serviços de saúde.

5 DESAFIOS FUTUROS

Até este momento, por diversas vezes o artigo pincelou questões remanescentes no sistema e possíveis desafios. Contudo, o avanço do SUS depende crucialmente da resolução de dois problemas fundamentais: a dificuldade de acesso e o problema do financiamento.

A dificuldade de acesso deve-se a dois motivos: a) a distribuição desigual da oferta de serviços entre as Regiões, Estados e Municípios; b) a baixa oferta dos serviços nos grandes centros populacionais do país (megalópoles). Derivado do primeiro motivo, muitas vezes os pacientes não encontram em sua localidade ou em localidades próximas os serviços necessários, precisando, quando conseguem, ser transferidos para centros maiores; derivados do segundo motivo, a longa espera na marcação de consultas e de exames bem como a recorrente falta de vagas em hospitais

constituem um problema estrutural do SUS em vários dos grandes centros populacionais brasileiros. O Ministério da Saúde (MS), em consonância com Estados e Municípios, tem buscado monitorar as condições de acesso do SUS através do Índice de Desempenho do SUS (IDSUS). Tal prática, ainda que bastante consolidada em alguns países do mundo, consiste em inovação no campo da saúde brasileira. Segundo o MS, o IDSUS constitui um indicador síntese que faz uma aferição do desempenho do SUS quanto ao acesso (potencial ou obtido) e à efetividade da Atenção Básica, das Atenções Ambulatorial e Hospitalar e das Urgências e Emergências.

Em relação ao financiamento, os problemas decorrem do nível do gasto – inferior, enquanto proporção do PIB, quando comparado a países com uma saúde pública universal. Um dos motivos da insuficiência de recursos está na participação da esfera federal em seu financiamento: em 1995, esses gastos correspondiam a 1,75% do PIB; em 2010, esse percentual era praticamente o mesmo, isto é, 1,85% (Mendes, 2012). No plano mais geral, um dos constrangimentos para a ampliação do gasto em saúde pública centra-se na esfera da política macroeconômica desenvolvida pelos últimos governos (de Fernando Henrique Cardoso, de Luiz Inácio Lula da Silva e de Dilma Rousseff), na qual um dos objetivos é realizar anualmente substantivo superavit primário (receitas menos despesas, das três esferas de governo, sem considerar os juros da dívida pública), com vistas a manter sob controle o nível de endividamento do país (Mendes, op. cit). Como resultado dessa preocupação, a Lei Complementar 141/2012, que regulamenta a EC 29, indicando a participação das três esferas de governo no SUS, manteve o cálculo anterior da participação do governo federal (valor apurado no ano anterior corrigido pela variação nominal do PIB), não tendo sido aprovada a introdução de um percentual de 10% sobre a Receita Corrente Bruta (RCB), conforme defendido há anos pelas entidades associadas à saúde pública no país. O gasto com ações e serviços de saúde do governo federal como percentual de sua receita vem diminuindo: em 1995 era de 11,72% e, em 2011, passou para apenas 7,3% (Mendes, op. cit).

No caso brasileiro, deve-se considerar, também, na avaliação do gasto público, o incentivo concedido pelo governo federal à saúde privada, na forma de redução de imposto de renda a pagar da pessoa física ou jurídica, que é aplicada sobre despesas com Plano de Saúde e/ou médicas e similares. Além disso, há que acrescentar as renúncias fiscais que experimentam as entidades sem fins lucrativos e a indústria farmacêutica, por meio de seus medicamentos. Nota-se que o total desses benefícios tributários à saúde privada vem crescendo de forma considerada. Registre-se: R\$ 4,6 bilhões, em 2004; passando para R\$ 20 bilhões, em 2012 (estimativas da Secretaria da Receita Federal). Sem dúvida, essa situação nos remete à problemática relação entre o mercado privado e o

padrão de financiamento público da saúde universal, e ao mesmo tempo suas consequências em relação à temática da equidade, tão importante para a sobrevivência do SUS.

REFERÊNCIAS

Almeida, Célia (1999). Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro: Abrasco, v. 4, n. 2.

Aquino R.; Oliveira N. F.; Barreto M. L. (2009). Impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazilian municipalities. *Am J Public Health*; 1: 87-93.

Bahia, Ligia (2011). A privatização no sistema de saúde brasileiro nos anos 2000: tendências e justificação. In: Santos, Nelson Rodrigues; Amarante, Paulo Duarte de Carvalho (orgs.) *Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde*. Rio de Janeiro: Cebes.

Brasil (2012). *Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012*. Regulamenta o parágrafo 3º da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm.

_____ (2011). Ministério da Saúde. *IDSUS Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.

_____ (2006). Ministério da Saúde. *Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006*. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>.

_____ (2007). Ministério da Saúde. *Portaria nº 204/GM de 29 de janeiro de 2007*. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e serviços de saúde na forma de Blocos de Financiamento e seu respectivo monitoramento e controle. Disponível em: www.portal.saude.gov.br.

_____ (2007a). Ministério da Saúde. *Portaria nº 1497, de 22 de junho de 2007*. Estabelece orientações para a operacionalização do repasse dos recursos que compõem os blocos. Disponível em: www.portal.saude.gov.br.

_____ (2013). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Relatório de Gestão 2012*. Brasília.

_____ (2013). Ministério da Saúde. *SIOPS. SPO*. Brasília: Ministério da Saúde.

Chesnais, F. (2005). O capital portador de juros: acumulação, internacionalização, efeitos econômicos e políticos. In: Chesnais, F. (Org.). *A finança mundializada, raízes sociais e políticas, configuração, consequências*. São Paulo: Boitempo.

Costa, Ricardo César da Rocha (2002). 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, junho 2002, pp.49-71.

Giambiagi, F.; Além, A. (2008). *Finanças Públicas: Teoria e Prática no Brasil*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Campus/Elsevier.

Guanais F.; Macinko, J. (2009). Primary care and avoidable hospitalizations: Evidence from Brazil. *J Ambul Care Manage*; 32: 114-21.

Hobsbawm, E. J. (1994). *Era dos Extremos*. 1ª ed. São Paulo: Companhia das Letras.

Marques, Rosa Maria (1997). *A proteção social e o mundo do trabalho*. São Paulo: Biental.

Marques, Rosa Maria; Mendes, Áquilas (2012). A problemática do financiamento da saúde pública brasileira: de 1985 a 2008. *Economia e Sociedade*, Campinas, v. 21, n. 2 (45), p. 345-362.

Mendes, Áquilas (2005). *Financiamento, gasto e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS): a gestão descentralizada semiplena e plena do sistema municipal no Estado de São Paulo (1995-2001)*. Tese (Doutorado) – Instituto de Economia Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 422 p.

_____ (2012). *Tempos turbulentos na saúde pública brasileira: impasses do financiamento no capitalismo financeirizado*. São Paulo: Hucitec Editora.

Mendes, Áquilas; Marques, Rosa M. (2007). Democracia, Saúde Pública e Universalidade: trajetória difícil. *Saúde e Sociedade*, v. 16: 35-51.

Mesa-Lago, C. (2000). *Desarrollo social, reforma del estado y de la seguridad social, al umbral del siglo XXI*. Santiago do Chile: ONU; Cepal.

- Ocké-Reis, Carlos Octávio (2011). SUS: desafio de ser único. In: Santos, Nelson Rodrigues; Amarante, Paulo Duarte de Carvalho. *Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde*. Rio de Janeiro: Cebes.
- Paim, J.; Travassos, C.; Almeida, C. et al. (May 2011). The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*: 377 (9779): 1778-97. Doi: 10.1016/S0140-6736(11)60054-8 Epub 2011 May 9.
- Pereira, Gerson; F. M. et al. (2011). Perspectivas para o controle da transmissão vertical do HIV no Brasil. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. *Saúde Brasil 2010: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde* – Brasília: Ministério da Saúde.
- Rasella D.; Aquino R.; Barreto M. L. (2010). Impact of the Family Health Program in the quality of vital information and reduction of child unattended deaths in Brazil: an ecological longitudinal study. *BMC Public Health*; 10: 380.
- Servo, Luciana M. S.; Piola, Sergio. F.; Paiva, Andréa; Ribeiro, José Aparecido (2011). Financiamento e gasto público de saúde: histórico e tendências. In: Melamed, C.; Piola, S. F. (orgs.). *Políticas públicas e financiamento federal do Sistema Único de Saúde*. Brasília: Ipea.
- Santos, Lenir (2011). Administração pública e a gestão da saúde. In: Santos, Nelson Rodrigues; Amarante, Paulo Duarte de Carvalho. *Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde*. Rio de Janeiro: Cebes.
- Vasconcelos, C. M.; Pasche, D. F. (2006). O Sistema Único de Saúde. In: Gastão, W. S. C. et al. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec.
- World Health Organization (WHO) (2010). *World Health Report 2010*. Health system financing: the path to universal coverage. Genebra: WHO.

Data do recebimento do artigo: 27/08/2013

Data do aceite de publicação: 18/10/2013