ipea Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

Título	SAÚDE
Autores (as)	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
Título do Boletim	POLÍTICAS SOCIAIS: ACOMPANHAMENTO E ANÁLISE
Cidade	
Editora	Ipea
Ano	2005 (n.11)
ISSN	1518-4285

© Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – **ipea** 2018

As publicações do Ipea estão disponíveis para *download* gratuito nos formatos PDF (todas) e EPUB (livros e periódicos). Acesse: http://www.ipea.gov.br/ portal/publicacoes

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e inteira responsabilidade dos autores, não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ou do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão.

É permitida a reprodução deste texto e dos dados nele contidos, desde que citada a fonte. Reproduções para fins comerciais são proibidas.

SAÚDE

1 Conjuntura

A mudança do ministro da Saúde, em julho do presente ano, é a mais visível questão conjuntural da área de saúde. Pode-se afirmar que o Ministério da Saúde vem apresentando, nos últimos dez anos, uma característica que o singulariza no âmbito da gestão federal, que é a continuidade das suas políticas e de seus principais programas. Essa característica não é casual, pois se explica pela existência do movimento social que gerou historicamente a construção do SUS. Os gestores sucessivos desse ministério realizam acréscimos de novos programas e introduzem diferenças de táticas nas políticas, mas, de um modo geral, compartilham os mesmos objetivos estratégicos e insistem na manutenção dos mesmos programas essenciais.

Na passagem do Governo Fernando Henrique para o Governo Lula, essa característica de continuidade das políticas e programas foi expressamente ressaltada pelo ministro Humberto Costa. De fato, algumas de suas iniciativas, tais como a expansão do Programa de Saúde da Família (PSF), a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) e a inclusão da atenção odontológica no PSF (Programa Brasil Sorridente), assim como a Política Nacional de Humanização do SUS (Humaniza SUS), encontram claros precedentes ou acumulações prévias no governo anterior. Da mesma maneira, em sua recente posse, o ministro Saraiva Felipe declarou seu intento de dar continuidade às linhas de ação de seu antecessor. Por isto, além das naturais diferenças de estilo, e do propósito expresso pelo novo ministro de realizar uma administração sensível às questões políticas do governo federal como um todo, caberia indagar se é possível antecipar quais são as atitudes, as táticas ou os programas inéditos que deverão marcar sua gestão. Mas por ora ainda não existem indícios claros que apontem qualquer mudança substantiva no rumo e na natureza das políticas e programas.

No entanto, há uma novidade no que tange à condução da gestão descentralizada do SUS que se anuncia desde logo, e está relacionada com a biografia do ministro – que foi secretário de saúde do estado de Minas Gerais. Trata-se do reforço ao papel político e diretivo das secretarias estaduais de Saúde. Esse objetivo decorre de uma interpretação crítica da evolução do SUS que ganhou força nos últimos anos: a de que houve uma ênfase descabida na gestão municipalizada do sistema. Isso teria favorecido a fragmentação das ações e das condições de acesso da população, bem como prejudicado a eficácia de certas políticas de caráter regulatório, como é o caso da vigilância sanitária. Desencadear esforços e mobilizar recursos para retomar o protagonismo das secretarias estaduais de Saúde e dar centralidade a seu papel de responsável pelo bom funcionamento do sistema estadual de saúde parece, assim, ser uma das prioridades políticas assumidas na nova gestão do Ministério.

Neste número do boletim, além desta breve introdução conjuntural, adotou-se padrão diferente dos outros números do periódico (conjuntura, programas e financiamento), ao se buscar tratar questões relevantes para a área de saúde que vão para além

da conjuntura atual. Optou-se pela apresentação resumida dos principais problemas de saúde no Brasil, seguida de uma análise de produção, acesso e utilização dos serviços de saúde, de como a saúde vem sendo financiada, assim como de suas principais restrições. Por fim, apresentam-se alguns dos principais desafios para o setor.

2 Temas relevantes

2.1 Principais problemas de saúde no Brasil

No último quarto de século, o perfil dos problemas de saúde da população brasileira experimentou profunda mudança. Há trinta anos era comum iniciar tal diagnóstico afirmando que o Brasil exibia problemas de saúde típicos dos países pouco desenvolvidos, que se combinavam com problemas típicos dos países desenvolvidos. Atualmente essa afirmação, ainda que verdadeira, não mais apreende integralmente as novas nuances do quadro epidemiológico e demográfico que está surgindo no país.

Como se pode constatar pelo quadro a seguir, as doenças do aparelho circulatório constituíam a principal causa de óbito no Brasil ao final da década de 1970, seguidas das doenças infecciosas e parasitárias, que são condições típicas dos países menos desenvolvidos. Em 2002, as doenças infecciosas e parasitárias já não despontavam entre as cinco principais causas de mortalidade geral em nenhuma das macrorregiões do país. Em contrapartida, as enfermidades cardiovasculares e as neoplasias ganharam ainda mais importância. Destaca-se também o crescimento das enfermidades do aparelho respiratório e das endócrinas, nutricionais e metabólicas.

QUADRO 1
Brasil, 1979 e 2002: cinco principais causas de mortalidade geral*

1979	2002
Doenças do aparelho circulatório	Doenças do aparelho circulatório
Doenças infecciosas e parasitárias	Neoplasias
Causas externas	Causas externas
Neoplasias	Doenças do aparelho respiratório
Doenças do aparelho respiratório	Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas

Fonte: MS/Datasus.
Obs.: *Excluídas as causas mal-definidas.

Entre as causas de internação hospitalar promovidas pelo SUS, as doenças transmissíveis aparecem em quarto lugar, sendo precedidas por: *i*) gravidez, parto e puerpério; *ii*) doenças do aparelho respiratório; e *iii*) doenças do aparelho circulatório. Portanto, mesmo entre a clientela do SUS, a qual certamente absorve uma proporção significativa da população de menor renda, as doenças do aparelho circulatório configuram atualmente uma realidade muito expressiva dentro do quadro geral de morbidade. Deste modo, torna-se evidente que o novo contexto epidemiológico que veio a se consolidar no último quarto de século afeta a todas as camadas sociais, independentemente de seu nível educacional e econômico.

As doenças do aparelho circulatório, primeira causa de mortalidade, compreendem dois tipos bem distintos: as doenças isquêmicas do coração, que atualmente têm uma taxa de mortalidade em torno de 46 óbitos por 100 mil habitantes, e as doenças cérebro-vasculares, com uma taxa em torno a 50 óbitos por 100 mil habitantes. Em algumas regiões mais desenvolvidas do país já se nota hoje uma tendência de diminuição da mortalidade por essas causas. Comparativamente, a mortalidade por neoplasias, a

segunda principal causa, cresce em todas as regiões. A taxa geral de mortalidade por neoplasias passou de 56, em 1990, a 73, por 100 mil habitantes, em 2002, com predominância das neoplasias do pulmão e do estômago.

Como terceira mais importante causa de mortalidade, aparecem as causas externas, grupo esse que inclui os acidentes de transporte, homicídios, suicídios e outros tipos de acidentes. A taxa brasileira de mortalidade por causas externas, situada em torno a 70 óbitos por 100 mil habitantes, é extremamente elevada, excedendo a de países desenvolvidos como os Estados Unidos. Nesse caso, o que vem ocorrendo no país é uma sobremortalidade devida ao número proporcionalmente muito elevado de homicídios em relação às demais causas que compõem o grupo. A mortalidade por homicídios passou de 22 a 28 por 100 mil habitantes, entre 1990 e 2002, enquanto a taxa de mortalidade por acidentes de transporte manteve-se estável – em patamares ainda elevados –, variando de 18 a 20 por 100 mil habitantes. Portanto, essa taxa tem sido muito influenciada pela alta incidência de homicídios – uma espécie de endemia da violência que vitima, sobretudo, a população masculina jovem.

É possível que nas próximas duas décadas a mortalidade por doenças do aparelho respiratório venha a ultrapassar a mortalidade por causas externas, tal como acontece nos países mais desenvolvidos. As doenças endócrino-metabólicas, por sua vez, deverão crescer em importância, com destaque para uma enfermidade específica: o diabetes. A taxa de mortalidade por diabetes melito passou de 17 para 21 por 100 mil habitantes entre 1990 e 2002. O diabetes desde agora e cada vez mais tende a se constituir num dos problemas mais relevantes para a saúde pública brasileira.

Para se ter uma idéia do impacto dessas mudanças ocorridas na dinâmica da mortalidade geral da população brasileira, basta mencionar que, em 1979, ocorreram cerca de 43 mil óbitos por infecções intestinais, enquanto em 2002 essa causa foi responsável por menos de 6 mil óbitos. Em particular, a diminuição da mortalidade por doenças transmissíveis teve um efeito muito positivo na mortalidade de crianças menores de 5 anos de idade. Essas doenças constituíam as principais causas de óbito dessas crianças até os anos 1980 – associadas a fatores ambientais e sociais, tais como a desnutrição e a desidratação. Desde então, a taxa de mortalidade de menores de 5 anos declinou em ritmo acelerado. Entre 1990 e 2003, a média nacional de redução alcançou 38,3%. O Nordeste apresentou um desempenho mais expressivo, com uma redução de 46,1%.

Contudo, num período relativamente curto de tempo, entre 1996 e 2003, a taxa de mortalidade infantil decresceu em 26,5%, tendo passado de 33,2 para 24,4 óbitos de menores de 1 ano de idade por mil nascidos vivos. A tendência declinante ocorreu em todas as regiões, sendo que no Nordeste verificou-se o maior índice de redução (31,2%). Embora ainda se encontre em um patamar elevado em algumas regiões do Brasil, a mortalidade infantil começa a assumir as características peculiares aos países desenvolvidos, concentrando-se cada vez mais no chamado período neonatal, que abrange as primeiras quatro semanas de vida. Assim, mais da metade dos óbitos de menores de 1 ano de idade é provocada por afecções perinatais, as quais dependem de fatores associados às condições físicas da criança no momento do nascimento e ao acesso e qualidade da assistência à gravidez e ao parto.

Essa panorâmica da mortalidade por grandes grupos de causa de mortalidade, no entanto, não pode deixar de ser completada por uma análise do que acontece com algumas enfermidades específicas pertencentes ao grupo das infecciosas e parasitárias. Nas últimas duas décadas, viu-se o aparecimento da epidemia de aids que constituiu um problema sanitário inédito e de grande monta, tendo sido em 2002 responsável por um quarto dos óbitos devidos a doenças infecciosas e parasitárias. Em associação com a aids, a incidência de tuberculose respiratória é hoje um problema reemergente que preocupa as autoridades de saúde ao apresentar 80 mil casos novos anualmente. Outra enfermidade transmissível reemergente, que em suas formas hemorrágicas pode ser letal, é a dengue, que gerou picos epidêmicos em 1998 e 2002 e taxas de incidência que chegaram a ultrapassar a marca de 200 casos por 100 mil habitantes.

De 1980 até meados de 2004 foram notificados 360 mil casos de aids no Brasil. As taxas de incidência cresceram até 1998, alcançando cerca de 20 casos por 100 mil habitantes. A partir de 1998, tem início uma tendência de declínio na região Sudeste, a mais atingida desde o início pela epidemia. Para as demais regiões, contudo, vem-se observando um aumento persistente das taxas de incidência, principalmente no Sul, em conseqüência do aumento do número de casos entre mulheres e entre os menos escolarizados. Já a taxa de mortalidade, a partir de meados de 1990, apresentou um declínio expressivo, estabilizando-se recentemente em cerca de 6 óbitos por 100 mil habitantes, como conseqüência da introdução do acesso universal do tratamento antiretroviral proporcionado pelo SUS.

Há muitos outros indicadores que demonstram que, no conjunto, o Brasil ainda não pode, em matéria de saúde, ser equiparado de fato aos países desenvolvidos, sendo que, em vários aspectos, encontrâmo-nos em situação pior que outros países da América Latina com nível similar de desenvolvimento socioeconômico. Isto é particularmente verdadeiro no caso da mortalidade materna, associada ao ciclo gravídico-puerperal e ao importante problema do aborto. Em 2003, a razão de mortalidade materna situava-se num patamar de mais de 50 óbitos por 100 mil nascidos vivos. A despeito de não constar entre as dez primeiras causas de óbito de mulheres em idade reprodutiva, a mortalidade materna é uma questão gravíssima entre nós, porque, em cerca de 90% dos casos, estão envolvidas condições evitáveis mediante uma adequada assistência médica. Esta vinculação com a qualidade técnica do cuidado é complicada ainda mais pela questão do aborto inseguro, que faz as mulheres demandarem as unidades de saúde somente em última instância, quando sua condição de saúde já está bastante comprometida. Em 2003, mais de 240 mil internações do SUS foram motivadas por curetagens pós-aborto, decorrentes de complicações de abortamentos espontâneos ou inseguros. As curetagens representam o segundo procedimento obstétrico mais praticado nas unidades de internação, sendo superadas somente pelo número de partos normais. As condições atuais da mortalidade materna, bem como da infantil, constituem exemplos de problemas para cuja solução não é suficiente ter um acesso universal aos serviços de saúde. O que se necessita antes de mais nada é uma substantiva melhoria da qualidade e da continuidade do cuidado de saúde que é oferecido às pessoas.

Outra mudança no quadro de saúde de grande relevância foi introduzida nas últimas três décadas pela chamada transição nutricional. Nesse período, o Brasil experimentou uma redução muito significativa na prevalência da desnutrição de crianças

e adultos. Por exemplo, a prevalência da deficiência estatural (abaixo de -2 desvios-padrão da tabela de normalidade) diminuiu em mais de 70%, tendo alcançado todas as regiões, inclusive o Nordeste, a partir dos anos 1980. *Pari passu* com a diminuição da prevalência da desnutrição, ocorreu um aumento importante do problema do sobrepeso e da obesidade, que passou a ter uma dimensão epidêmica comparável ao que acontece em alguns países desenvolvidos. Especialmente nas áreas urbanas, a alimentação inadequada, com altos teores calóricos e lipídicos, que tem por conseqüência o sobrepeso e a obesidade – o que por sua vez eleva a incidência de doenças como diabetes e problemas cardiovasculares –, constitui hoje um problema de saúde pública tão sério quanto a própria desnutrição.

Com a proeminência assumida pelas doenças cardiovasculares, das neoplasias e dos transtornos endócrinos e metabólicos, em combinação com a hipertensão, a obesidade e a inatividade física, são necessárias políticas que atuem sobre um conjunto muito complexo de fatores sociais, na esfera da produção de bens e do consumo, assim como nos hábitos cotidianos da população. Reduzir a incidência desses problemas de saúde é um desafio que o Brasil enfrenta em comum com os países mais avançados do planeta. Existe um amplo consenso entre as autoridades de saúde de que resultados favoráveis quanto à incidência e à mortalidade por essas enfermidades encontram-se na dependência da difusão ampla de informações e da promoção da atividade física permanente, de uma alimentação saudável e da redução do estresse. Paralelo às ações de promoção da saúde realizadas em escala maciça e com adequados instrumentos de informação para o grande público, podem e devem ser adotadas medidas que possibilitem uma maior vigilância sobre certos alimentos não saudáveis. Devem ser implantados, nos serviços de saúde, procedimentos técnicos adequados para acompanhamento dos diabéticos, hipertensos e pessoas com história familiar desses problemas. Não menos importante é a detecção e o tratamento precoce de diabetes, neoplasias e problemas cardiocirculatórios, bem como das seqüelas resultantes de algumas dessas enfermidades quando alcançam estágios mais avançados. Tudo isso sem descurar do controle das doenças transmissíveis, que ainda apresentam relevância em algumas regiões do país e em áreas rurais.

2.2 Dimensão do setor público, SUS e não-SUS: produção, acesso e utilização de serviços de saúde

Qual a dimensão assumida relativamente pelo setor público (três esferas de governo da Federação) e pelo SUS no conjunto do sistema de saúde brasileiro? Esta pergunta não admite uma resposta que se possa expressar por meio de um só indicador. Há pelo menos três parâmetros que devem ser considerados: *i*) o da capacidade física instalada; *ii*) o da força de trabalho empregada; e *iii*) o da produção efetiva de serviços. A aplicação desses três parâmetros deve ser diferenciada de acordo com pelo menos dois tipos de unidades de saúde: as que prestam serviços ambulatoriais (sem internação de pacientes) e as que prestam serviços hospitalares (com internação de pacientes). Finalmente, há que se ter em conta que a parte privada do SUS, integrada ao setor público mediante convênios e contratos, não constitui um setor organizacional propriamente dito, dotado de recursos próprios, mas tem características puramente funcionais. Assim, um dado leito ou um dado médico de um estabelecimento privado pode atender tanto o paciente do SUS quanto um paciente privado, dependendo de como será o financiamento deste atendimento – SUS, seguro-saúde ou pagamento direto. Nesse caso, o

único parâmetro adequado para tal mensuração é a quantidade serviços produzidos em benefício dos pacientes do SUS.

A capacidade física instalada costuma ser utilizada na análise dos estabelecimentos com internação, em que é usual a medida do número de leitos ativos. Dos aproximadamente 465 mil leitos hospitalares disponíveis em 2002, os hospitais públicos participavam com 144 mil – portanto, menos de um terço. Essa proporção, ainda assim, é resultado de uma evolução temporal recente que tem sido favorável ao setor público. De fato, em 1992, apenas 25% dos leitos eram de natureza pública. Desde então, o setor privado, por intermédio de uma espécie de "reestruturação produtiva", diminuiu sua capacidade instalada de leitos em 21%, enquanto o setor público fez crescer a oferta de seus leitos em 6%. Em correspondência aproximada com essa proporção de leitos, em 2002 os hospitais públicos produziram 30% das internações hospitalares. Essa é também uma das justificativas para a manutenção de contratos e convênios com o setor privado, preferencialmente com os estabelecimentos sem fins lucrativos; sem eles, o SUS não poderia garantir um acesso universal, conforme o preceito constitucional.

No caso da mensuração da capacidade instalada dos estabelecimentos sem internação (ambulatórios), é mais adequado usar o número de empregados. Em 2002, as unidades públicas mantinham 67% dos postos de trabalho médicos e 78% do total de empregos na atenção ambulatorial. Ademais, as unidades públicas foram responsáveis por 66% das consultas realizadas em estabelecimentos sem internação. No entanto, os dados da pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (MAS) do IBGE computam nesse caso apenas os dados provenientes de clínicas ambulatoriais de maior porte, e deixam de lado uma boa parte dos pequenos consultórios privados espalhados por todo o país. Mas há claras evidências de que o setor público é fortemente majoritário neste tipo de capacidade institucional de atendimento à saúde, ao contrário do que acontece com o atendimento hospitalar, no qual a maior parte dos leitos são privados e o SUS faz contratos ou convênios para utilização desses leitos.

Já a análise da dimensão do SUS como um todo requer, como se sabe, a consideração de aspectos funcionais relacionados com a produção de serviços. A pesquisa de Assistência Médico-Sanitária do IBGE de 2002 registrou um total de 67.612 estabelecimentos de saúde, com ou sem capacidade de internação. Do conjunto dos estabelecimentos públicos e privados existentes no Brasil, naquele ano, 70% realizavam atendimento de pacientes do SUS. No setor privado, apenas 27% dos estabelecimentos com fins lucrativos atendiam a pacientes do SUS; enquanto isto, 67% dos estabelecimentos sem fins lucrativos atendiam essa clientela.

No entanto, o aspecto mais relevante da dimensão do SUS diz respeito à capacidade de atendimento global, considerando-se a soma dos serviços produzidos pelos estabelecimentos públicos e privados vinculados ao sistema. Verifica-se que, em 2002, de acordo com os dados da pesquisa Assistência Médico-Sanitária (AMS), 68% de todas as internações e 73% das consultas realizadas foram prestadas a pacientes do SUS, e, portanto, financiadas por esse sistema. Portanto, o SUS é responsável por mais de dois terços de todos os atendimentos de saúde realizados no país. Dados esses percentuais elevados, fica bem clara o grande alcance da magnitude atingido pela rede do SUS no atendimento à saúde da população brasileira.

Analisando-se os dados da Pnad de 2003 – Suplemento Saúde –, observa-se que mais da metade (54%) das pessoas que necessitaram de atendimento de saúde dirigiram-se a um posto ou centro de saúde. Além disso, mais de 60% da população tinha consultado um médico nos últimos doze meses. Os dados de utilização dos serviços de saúde mostram que no período entre a terceira e quarta semana de setembro de 2003,[21] 96% das pessoas que procuraram atendimento de saúde foram atendidas e, deste total, 57% o fizeram por meio do SUS e 26% por meio de um plano ou seguro de saúde; os outros correspondem a pagamentos diretos ao prestador de saúde ou a pessoas que não souberam responder quem financiou o atendimento. O principal atendimento recebido foi o de consultas médicas (71,9%). A grande maioria das pessoas considerou o atendimento recebido como bom ou muito bom (86%), enquanto o percentual de pessoas atendidas por planos e seguros de saúde que consideraram o atendimento bom ou muito bom foi superior ao daquelas atendidas pelo SUS (94% e 80%, respectivamente).

Quando as internações passam a ser o foco da análise o percentual de pessoas atendidas pelo SUS aumenta para 68%, e o percentual dos planos e seguros de saúde cai para 24%. A diferença das avaliações em bom e muito bom nas internações por meio do SUS e por meio dos planos de saúde se reduz: o percentual de pessoas internadas pelo SUS que avaliam o atendimento como bom e muito bom sobe para 85%, ao passo que o daquelas internadas por meio de planos de saúde continua em 94%.

A análise dos atendimentos SUS e não-SUS, por grupos de anos de estudo, que tem uma alta correlação com a renda, mostra que a proporção de utilização do SUS decresce com o aumento da escolaridade (ver gráfico 1), isto é, quanto maior a escolaridade, menos se utiliza o SUS e mais se utilizam outros sistemas – por meio de planos e seguros ou pagamento direto ao prestador.

Embora o gráfico 1 deixe claro a relação inversa entre elevação da escolaridade e utilização do SUS, há indícios de que isso não ocorre em todos os tipos de acesso e utilização de serviços de saúde. Enquanto os serviços básicos e de média complexidade são mais procurados pela população de baixa renda, no acesso e utilização da alta complexidade o SUS apresenta indícios de ser utilizado por estratos sociais mais diversificados. Três fatores se destacam nessa demanda diferenciada: [22]

a) procedimentos de alto custo podem não estar cobertos pelos planos de saúde;

b) o custo elevadíssimo de alguns serviços, como transplantes, hemodiálise, medicamentos; e

c) a percepção do usuário quanto à melhor qualidade dos serviços com maior densidade tecnológica em comparação aos demais oferecidos pelo SUS.

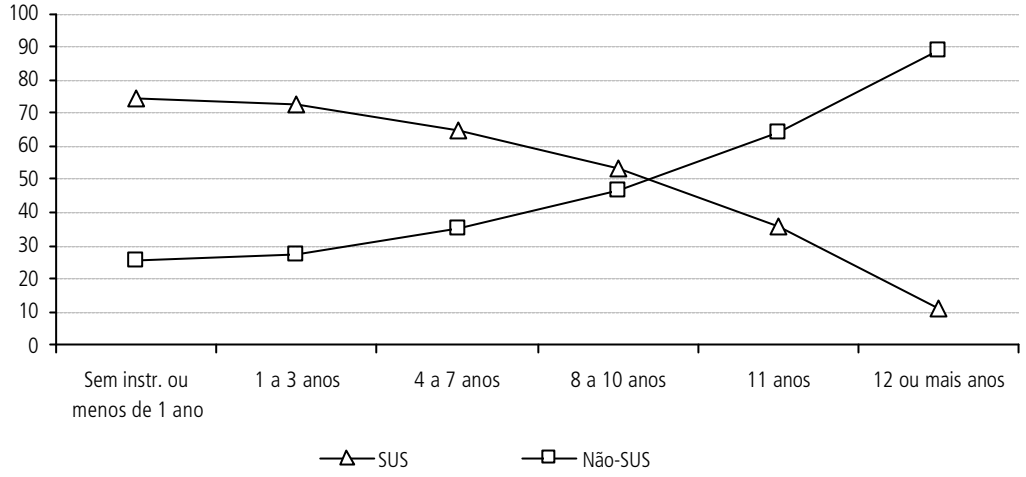
---

21. As perguntas são: se procurou atendimento nas últimas duas semanas (14 dias que antecedem a data de referência da pesquisa – neste caso, 27 de setembro) e se foi atendido da primeira ou da última vez que procurou. A diferença na cobertura de consultas entre AMS e Pnad deve-se ao fato de aquela primeira, conforme colocado no texto, pesquisar apenas os setores institucionais, estando excluídos os profissionais liberais; enquanto a segunda pergunta diretamente ao usuário que, ao responder, está relacionando todo tipo de atendimento recebido, inclusive por profissionais liberais.

22. Os resultados apresentados nesse item são uma resenha de parte de um estudo mais amplo, com o título de "Alta Complexidade no SUS: Desigualdades no Acesso e no Financiamento", realizado pelo Ipea em 2005, no âmbito do Projeto de Economia da Saúde (MS/Ipea/Dfid). O estudo, ainda não publicado, foi coordenado por Sólon Magalhães Vianna e tem como co-autores André Nunes, Geraldo Góes e René Jose Moreira dos Santos.

GRÁFICO 1

Atendimento SUS e não-SUS por grupos de anos de estudos, 2003



Fonte: IBGE. Pnad 2003. Suplemento Acesso e Utilização de Serviços de Saúde.
Elaboração: Disoc/Ipea, a partir dos microdados.

Um estudo de caso realizado no DF permite considerar, portanto, que a demanda do SUS como um todo é distinta da demanda por serviços de alta complexidade, com uma menor participação dos sem escolaridade e maior participação dos com ensino superior (completo ou incompleto). O boxe 1 apresenta um resumo da pesquisa para os procedimentos de alta complexidade em hemodiálise e para o programa de dispensação de medicamentos em caráter excepcional no DF.

BOXE 1

DESIGUALDADE NA ALTA COMPLEXIDADE: RESUMO DE UM ESTUDO DE CASO

TABELA A

Distrito Federal: distribuição percentual da população com 20 anos ou mais em tratamento de hemodiálise, da população de usuários do SUS, e total por escolaridade

Anos de estudo	Hemodiálise	SUS/DF	DF
Sem escolaridade	2,77	18,01	7,31
1ª a 4ª série	32,99	19,67	13,94
5ª a 8ª série	26,28	29,99	22,81
2º grau	25,84	26,99	32,98
3º grau	9,34	5,34	22,25
Não declarou	2,78	-	0,71
Distrito Federal	100	100	100

Fontes: IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Acesso e Utilização de Serviços de Saúde. Suplemento 2003 (análise para o DF, a partir dos microdados). Vianna *et alii* – pesquisa de campo (out., nov./2004).

Obs.: A Pnad utiliza anos completos de estudo. No caso, sem escolaridade refere-se às pessoas que nunca estudaram ou que não concluíram um ano completo de estudo. No caso do 2º grau, refere-se às pessoas que tinham entre 9 e 11 anos de estudo; e no do 3º grau, às pessoas com 12 a 16 anos de estudo.

A população do DF apresenta um perfil de escolaridade mais elevado que a média nacional. Contudo, quando se analisam aqueles que utilizam o SUS no DF, observa-se que o perfil de escolaridade apresenta uma sobre-representação de pessoas com menor escolaridade. Enquanto a população do DF de 20 anos ou mais de idade e sem escolaridade representa 7,3% do total da população do DF nessa faixa etária, para os usuários do SUS, nessa mesma faixa etária e escolaridade, o percentual se eleva para 18%. Quando se examina a distribuição da população em tratamento de hemodiálise por escolaridade, nota-se que o percentual dos sem escolaridade é seis vezes maior no SUS do que entre os dialisados. O percentual de renais crônicos em tratamento que estão cursando ou já concluíram o curso superior é 1,7 vezes maior do que no grupo de mesmo nível educacional no SUS como um todo. Porém, entre aqueles com 1 a 4 anos completos de estudo, sua participação entre os dialisados é superior àquela observada no SUS.

(continua)

(continuação)

TABELA B

Distrito Federal: distribuição percentual da população com 20 anos ou mais com acesso a medicamentos excepcionais, da população de usuários do SUS, e total por escolaridade

Anos de estudo	Med. excepcionais	SUS/DF	DF
Sem escolaridade	3,91	18,01	7,31
1ª a 4ª série	34,25	19,67	13,94
5ª a 8ª série	22,11	29,99	22,81
2º grau	20,74	26,99	32,98
3º grau	8,41	5,34	22,25
Não declarou	10,58	-	0,71
Distrito Federal	100	100	100

Fontes: IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Acesso e Utilização de Serviços de Saúde. Suplemento 2003 (análise para o DF, a partir dos microdados). Vianna *et alii* – pesquisa de campo (out., nov./2004).

Obs.: A Pnad utiliza anos completos de estudo. No caso, sem escolaridade refere-se às pessoas que nunca estudaram ou que não concluíram um ano completo de estudo. No caso do 2º grau, refere-se às pessoas que tinham entre 9 e 11 anos de estudo; e no do 3º grau, às pessoas com 12 a 16 anos de estudo.

O percentual dos sem escolaridade no SUS é cerca de cinco vezes maior do que entre os usuários de medicamentos excepcionais. Entre os que possuem educação superior (completa ou incompleta), o percentual é de 8,41%, enquanto na média da clientela do SUS/DF é de apenas 5,3%. Contudo, quando se observa a distribuição da população com 1 a 4 anos completos de estudo, a proporção dos que fazem uso de medicamentos excepcionais é maior do que sua representação no SUS-DF.

2.3 Padrões de financiamento da saúde

O financiamento da saúde é, por motivos diversos, objeto de preocupação em quase todos os países. Nos países desenvolvidos, que investem parcela considerável do seu produto interno bruto em saúde, cresce a preocupação com a eficiência, efetividade e eqüidade nos gastos, uma vez que o incremento nos dispêndios com serviços médico-assistenciais não redunda, necessariamente, em melhores condições de saúde e nem resolve, automaticamente, as iniqüidades no acesso aos serviços. Nos países em desenvolvimento, por sua vez, existe o problema adicional de estender a cobertura a toda a população e de atender as exigências de financiamento setorial em concorrência com outras necessidades do desenvolvimento social e econômico.

Basicamente, os recursos para o financiamento da saúde vêm de dois grupos de agentes econômicos – famílias e empresas. O Estado, apesar de não gerar recursos, a não ser quando desenvolvendo atividade produtiva, tem o papel importante de arrecadar – por intermédio de impostos, contribuições e taxas – e distribuir recursos financeiros para execução de ações e serviços públicos.

A intervenção do Estado nesse setor é justificada porque saúde é um setor especial, diferente de outros setores da economia, e também uma necessidade especial, distinta de outras necessidades consideradas básicas. Tal diferença vem da relativa imprevisibilidade das necessidades de atenção; do fato de a falta de atendimento oportuno poder resultar na morte; e dos custos – por vezes elevadíssimos – do atendimento, que podem ser financeiramente catastróficos para as famílias, inclusive as de renda média.

Adicionalmente, a intervenção do Estado na saúde é justificada ainda pelas imperfeições do mercado da saúde, pelas características de bem público de algumas atividades sanitárias, e pelas externalidades geradas por alguns serviços. Todas essas características do setor justificam a participação do Estado, seja como financiador, seja como regulador das atividades no campo da saúde. Apesar disso, a efetiva constituição e configuração dos sistemas de atenção à saúde depende da trajetória histórica e

política de cada nação, especificamente no campo dos direitos sociais – o que acarreta uma considerável diversidade de "soluções" encontradas para a questão da saúde: alguns países adotam sistemas universais, outros contributivos; uns mais voltados para o mercado, outros predominantemente públicos.

De modo geral, os modelos de financiamento da saúde evoluíram de uma relação direta consumidor/provedor, que ainda se mantém de forma mais reduzida, para a criação de "fundos" que agregam recursos, com o objetivo básico de tornar o financiamento da saúde mais solidário. Essa função solidária está na gênese das "caixas" por categorias de profissionais, da criação dos seguros sociais, dos sistemas nacionais de saúde e, até mesmo, dos planos coletivos privados de saúde.

Nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, a maior parte do financiamento da saúde provém de fontes públicas.[23] Nos países da OCDE, a maior parte do financiamento (em torno de 70%) provém de fontes administradas pelo poder público. Na América Latina, onde predominam sistemas segmentados, a participação de recursos públicos é bem menor – inferior a 50%. O desembolso direto, forma mais iníqua e instável de financiamento é, paradoxalmente, maior nos países mais pobres (OMS, 2000).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima, no entanto, que o Brasil gasta cerca de 7,6% do PIB com saúde, que o gasto privado responde por 58,4 % do gasto total, e que o gasto direto das famílias atinge cerca de 37,4% do gasto total em saúde, ou ainda 64,1% do total do gasto privado (OMS, 2004). A partir dessas estimativas, seria possível afirmar que a sociedade brasileira gasta com saúde uma parcela do PIB bastante próxima à dos países da OCDE (ver tabela 4). Contudo, como nosso Produto Interno Bruto *per capita* é menor do que o desses países, percentuais equivalentes significam gastos *per capita* em saúde consideravelmente menores – além disso, o poder de compra da moeda brasileira também é inferior em relação às moedas desses países. Enquanto agravante, percebe-se ainda que a participação privada no Brasil é maior do que naqueles países da OCDE que possuem sistemas de saúde públicos e universais.

TABELA 4
Gasto nacional em saúde: percentual do PIB , per capita e participação público e privado: estimativas para 2001

País	PIB (%)	Per capita[(1)] em saúde	Índice Brasil: 100	Público (%)	Privado (%)
Alemanha	10,8	2820	492	74,9	25,1
Brasil	7,6	573	100	41,6	58,4
Espanha	7,5	1607	280	71,4	28,6
EUA	13,9	4887	853	44,4	55,6
Reino Unido	7,6	1989	347	82,2	17,8

Fonte: OMS (2004).
Nota: [1]Em dólares internacionais, ou seja, valores padronizados segundo paridade de poder de compra (PPP).

23. A exceção mais importante são os Estados Unidos, onde a maior parte dos recursos é originária de fontes privadas. O modelo dos Estados Unidos é baseado fundamentalmente na cobertura por meio da inserção no mercado de trabalho. A provisão de assistência à saúde pelo empregador não é obrigatória; ainda assim, 61% da população está coberta por essa modalidade. Existe uma cobertura federal para os idosos e pessoas com deficiência – Medicare –, complementada por uma cobertura compartilhada entre o nível federal e o estadual para os indigentes que sejam também idosos, deficientes, crianças ou gestantes – Medicaid. O restante da população, para ter atenção à saúde, deve pagar por ela diretamente do bolso – "out-of-pocket" – ROSS, B. et alli. International Approaches to Funding Health Care. Volume Two. Health Financing Series. Occassional Paper. Department of Health and Age Care Position/Commonwealth of Austrália, 1999.

A responsabilidade maior pelo financiamento da Seguridade Social – na qual a saúde está incluída – é da União, mas isso não exclui outras instâncias de governo de compartilharem seu financiamento: a Constituição, em seu artigo 159, especifica que "... a Seguridade Social será financiada (....) mediante recursos provenientes dos Orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios e das seguintes contribuições sociais (...)" (BRASIL, 1988). De qualquer forma, apesar de, na prática, estados e municípios participarem do financiamento do SUS, havia uma relativa ausência de critérios e parâmetros para definir a participação dos governos subnacionais, fazendo com que todas as pressões para aumento dos recursos setoriais recaíssem exclusivamente sobre a União.

A situação de incerteza gerou a busca de soluções transitórias, como a criação do Imposto Provisório sobre a Movimentação Financeira (IPMF), em 1994, posteriormente rebatizado como Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF), em 1996. A CPMF vigorou até o final de 1998 e, após intenso debate legislativo, foi novamente prorrogada, deixando de ser uma contribuição exclusiva da saúde.[24] Emergencialmente, em função desses problemas, o Ministério da Saúde (MS) teve que recorrer à utilização de empréstimos junto ao Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT), que, se por um lado foram fundamentais para possibilitar atravessar uma situação particularmente crítica no financiamento da Saúde, por outro lado oneraram os orçamentos dos anos subseqüentes. Assim, diante do quadro, desde 1993 começaram a surgir, no âmbito do Legislativo, diversas propostas para dar maior estabilidade ao financiamento setorial. O ponto comum dessas propostas era a vinculação dos recursos orçamentários dos três níveis de governo, que, no caso dos governos subnacionais, variava de 10 a 15% da receita disponível. O último desses dispositivos foi o Projeto de Emenda Constitucional (PEC Aglutinativa nº 86-A), a qual, após aprovada pela Câmara de Deputados e pelo Senado, foi transformado na Emenda Constitucional nº 29 (EC nº 29), em agosto de 2000.

A Emenda Constitucional nº 29 estabeleceu assim a vinculação de recursos orçamentários da União, estados e municípios para despesas com saúde. Para a União, a EC nº 29 determinava que, para o ano 2000, o montante mínimo aplicado em ações de saúde deveria ser o valor executado em 1999, acrescido de 5%. Nos anos seguintes, entre 2001 e 2004, o aumento das despesas estaria vinculado à variação nominal do PIB. Para os estados e municípios, os percentuais mínimos de vinculação de sua receita de impostos deveriam chegar a 12% e 15%, em 2004, respectivamente, estipulando-se para o ano 2000 um percentual mínimo de aplicação de 7% como ponto de partida.

Vemos, portanto, que a EC nº 29 teve duas grandes motivações:

- garantir recursos estáveis para a saúde, diante das crônicas oscilações no volume dos gastos públicos; e
- fazer as esferas subnacionais, principalmente os estados, aumentarem sua participação no financiamento do SUS.

24. Em prorrogações subseqüentes, a CPMF teve sua alíquota aumentada, passando a participar do financiamento das despesas previdenciárias, a partir de 1999, e do Fundo de Combate à Pobreza, a partir de 2001.

Segundo recente relatório divulgado pelo Sistema de Informações Sobre Orçamento Público em Saúde (Siops),[25] a implantação de Emenda Constitucional nº 29 foi bem-sucedida no alcance desses objetivos, embora não sem obstáculos.

Corrigindo-se pelo IPCA médio os valores encontrados pelo Siops, nota-se que os recursos dispendidos em Ações e Serviços Públicos de Saúde pelo governo federal mantiveram-se estagnados no período – ou melhor, a queda ocorrida em 2003 comprometeu o modesto crescimento apresentado em 2001 e 2002. Já estados e municípios ampliaram seus gastos em torno de 45% após a aprovação da Emenda. Observando-se as três esferas de governo em seu conjunto, o crescimento dos recursos superou os 18%.

TABELA 5

Despesa com Ações e Serviços Públicos de Saúde por nível de governo, 2000 a 2003

(Em R$ milhões de 2004)

	2000	2001	2002	2003	2000	2001	2002	2003
					Índice 2000 = 100			
União	28.835,6	29.804,3	30.249,0	28.974,6	100,0	103,4	104,9	100,5
Estados	8.945,3	10.967,1	12.606,5	13.030,9	100,0	122,6	140,9	145,7
Municípios	10.490,0	12.292,1	14.379,3	15.156,6	100,0	117,2	137,1	144,5
Total	**48.271,1**	**53.063,5**	**57.234,8**	**57.162,0**	**100,0**	**109,9**	**118,6**	**118,4**

Fonte: Siops.
Elaboração: Disoc/Ipea.
Obs.: Valores corrigidos pelo IPCA médio

Em termos de percentuais do PIB, a despesa com Ações e Serviços Públicos de Saúde das três esferas também apresenta crescimento significativo no período. Porém, analisada por esta ótica, a trajetória de crescimento dos gastos públicos em saúde se apresenta um pouco mais fraca. O crescimento dos recursos aplicados por estados e municípios alcança os patamares de 38% e 35%, respectivamente, enquanto os gastos do governo federal recuam, particularmente no ano de 2003. Ainda assim, o efeito consolidado das três esferas de governo é de um crescimento de mais de 11% nas aplicações em Ações e Serviços Públicos de Saúde.

TABELA 6

Despesa com Ações e Serviços Públicos de Saúde por nível de governo em percentual do Produto Interno Bruto, 2000 a 2003

	2000	2001	2002	2003	2000	2001	2002	2003
	Em % do PIB				Índice 2000 = 100			
União	1,85	1,87	1,84	1,75	100,0	101,1	99,5	94,6
Estados	0,57	0,69	0,77	0,79	100,0	121,1	134,4	138,6
Municípios	0,67	0,77	0,87	0,91	100,0	114,9	129,9	135,8
Total	**3,09**	**3,34**	**3,48**	**3,45**	**100,0**	**108,1**	**112,5**	**111,7**

Fonte: Siops.
Elaboração: Disoc/Ipea.

A implantação da EC nº 29 teve impactos distintos em cada uma das três esferas de governo. Desse modo, a composição do financiamento público da Saúde também se alterou nos últimos anos. Os dados do Siops revelam que o gasto público total com o

25. SIOPS. A Implantação da EC 29: apresentação dos dados do Siops, 2000 a 2003. Depto. Economia de Saúde/Ministério da Saúde. Brasília, 2005. Disponível em: http://siops.datasus.gov.br/publicacoes.htm.

SUS atingiu em 2003 o equivalente a 3,45% do PIB. Nesse ano, a União respondeu por 50,7% do total, os estados por 22,8% e os municípios por 26,5%. No ano de 1995, segundo dados estimados pelo Ipea,[26] a situação era bastante diferente: os recursos da União respondiam por 63,0% dos recursos públicos destinados à saúde, os dos estados por 20,7%, e os dos municípios por 16,4%. Isto parece indicar[27] que a EC nº 29 trouxe, efetivamente, uma maior participação de estados e municípios no financiamento do SUS.

Esse movimento, entretanto, ainda não está completo. Os gastos dos governos estaduais com Ações e Serviços Públicos de Saúde cresceram consideravelmente, mas não o suficiente para cumprir os níveis exigidos pela EC nº 29. O Siops (2005b) aponta que os gastos em saúde dos estados e Distrito Federal, como percentual da receita vinculada pela EC nº 29, crescem de 7,1% em 2000 para 9,6% em 2003, em média – nível ainda bastante inferior aos 12% da receita vinculada estabelecidos pela Emenda. Um outro trabalho do Siops revela, por exemplo, que apenas onze governos estaduais cumpriram a EC nº 29 de maneira inequívoca.[28]

A situação dos municípios parece mais consolidada. O percentual dos gastos em saúde dos municípios, frente à receita vinculada, passa de 13,9% em 2000 para 17,4% em 2003 – superando o patamar de 15% definido pela Emenda. Em termos gerais, portanto, os governos municipais já se adequaram. Mas, em um universo de mais de 5 mil municípios, a fiscalização dos atores sociais deve permanecer vigilante para encontrar e denunciar as prefeituras que se encontrarem irregulares em relação à Emenda.

O caso do governo federal, conforme já analisado na edição anterior deste boletim, está sujeito a distintas interpretações, devido à intricada diversidade de abordagens na avaliação da aplicação da EC nº 29. A depender da posição adotada em relação aos dois principais dissensos,[29] pode-se concluir tanto pelo cumprimento da Emenda quanto pelo seu desrespeito por parte do governo federal.

Nesse sentido, merece menção o recente Acórdão nº 957/2005 do TCU, de 13 de julho. Nesse documento, reafirmam-se alguns entendimentos do TCU em relação à EC nº 29, dos quais destacam-se os relacionados a seguir:

a) O método considerado correto para o cálculo do piso mínimo de aplicações em Ações e Serviços Públicos de Saúde exigido pela Emenda é o chamado critério de "base móvel";

26. FERNANDES et alli. Gasto Social das três esferas de governo: 1995. Ipea: Brasília, 1998 (Texto para Discussão, n. 598).

27. As diferenças entre as metodologias e as bases de dados utilizadas pelo Ipea e pelo Siops, que não serão exploradas aqui, fazem com que as informações tenham problemas de comparabilidade. A intenção de apresentar seus resultados lado a lado é tão-somente tentar caracterizar tendências gerais.

28. SIOPS. Nota Técnica n. 9/2005 (Março de 2005). MS/SCIIE/DESH. Brasília, 2005b. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/publicacoes.htm>.

Tal afirmação não significa que os outros 16 governos estaduais estejam necessariamente irregulares. A implementação da Emenda nº 29 é bastante complexa, dando margem a diversas interpretações – conforme discutido já na edição anterior deste boletim.

29. Quais sejam: a definição acerca de quais gastos podem ser considerados como Ações e Serviços Públicos de Saúde e a base de cálculo a ser utilizada para a previsão mínima de recursos – o embate "base fixa" versus "base móvel".

b) Os gastos realizados por meio do Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza, bem como os gastos do Programa Bolsa-Família, não devem ser considerados parte integrante dos recursos aplicados em Ações e Serviços Públicos em Saúde;

c) O TCU reconhece que, de acordo com os critérios reafirmados nesse Acórdão, a Emenda Constitucional nº 29 não foi cumprida pelo governo federal no ano de 2003, mas considera que os recursos ausentes em 2003 foram adequadamente compensados pelos recursos excedentes em 2004, quando a EC nº 29 teria sido cumprida; e

d) O TCU também alerta a Presidência de República e o Ministério da Saúde a respeito do sério risco de descumprimento à Emenda no ano de 2005, uma vez que as dotações iniciais do Ministério de Saúde são claramente insuficientes.[30]

Uma questão importante em relação a esse último ponto, que gerou muita polêmica, foi o crédito adicional de R$ 1,2 bilhão ao Ministério da Saúde para o programa de transferência direta de renda – o Bolsa Família. Embora tal recurso esteja suplementando a dotação orçamentária do Ministério da Saúde, ele não está resolvendo a insuficiência de recursos para o cumprimento da EC nº 29 em 2005 – segundo a LDO, ações financiadas com recursos do Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza não são consideradas Ações e Serviços Públicos de Saúde. Além disso, a Resolução nº 322 do Conselho Nacional de Saúde também não reconhece gastos com ações de transferência direta de renda para fins de cumprimento da Emenda. Nesse sentido, seja por um ou por outro critério, esses recursos adicionais não estarão contribuindo para a recomposição do orçamento do Ministério da Saúde para fins de cumprimento da Emenda Constitucional nº 29.[31]

3 Considerações finais: desafios da política pública de saúde

São inúmeros os avanços obtidos na construção do SUS. Contudo, isso não faz esquecer a distância existente entre o SUS imaginado à época da sua criação e o SUS de que se dispõe hoje. Apesar de sua importância na oferta de serviços, sobretudo à parcela mais carente da população, o SUS vem se consolidando como mais um dos subsistemas que compõem o sistema nacional de saúde. Ao seu lado, coexistem pelo menos três outros subsistemas ou segmentos: *i*) o segmento dos planos e seguros privados de saúde, de afiliação voluntária, financiado com recursos de empregados e

30. O alerta do TCU está em sintonia com a preocupação expressa na edição anterior desse boletim. Para 2005, o quadro não parece promissor. A dotação inicial total do Ministério da Saúde (MS), para o corrente exercício é de R$ 40,5 bilhões. Excluindo-se os gastos com Inativos e Pensionistas, Juros e Amortização da Dívida, e Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza, temos uma primeira aproximação da dotação inicial para Ações e Serviços Públicos de Saúde: R$ 36,8 bilhões, de acordo com os critérios estabelecidos pela LDO. Entretanto, a dotação do MS prevista para financiar ações de transferências diretas de renda é de R$ 1,1 bilhão. Excluindo-se também este valor, chegamos a uma dotação inicial líquida de R$ 35,7 bilhões.

Tal valor é suficiente apenas para atender o critério de "base fixa" – isto, apenas se a execução destes programas alcançar o elevado patamar de 98%. Observando o critério de "base móvel", seriam necessários créditos adicionais a partir de R$ 1,5 bilhão. Caso contrário, esta diferença será acrescida no déficit acumulado no cumprimento da Emenda 29, que alcançaria a marca de R$ 4,4 bilhões. (Políticas Sociais – acompanhamento e análise, Ipea, nº 10, fev. 2005, p.72-3).

31. Além disso, esse crédito não constitui nem ao menos um acréscimo no total dos recursos para o Bolsa-Família – uma vez que ao crédito realizado na parcela do programa contabilizada no Ministério da Saúde correspondeu um idêntico corte na parcela contabilizada no Ministério do Desenvolvimento Social. COFF. Suplementação do Bolsa-Família da Saúde: PLN n. 02/2005. (Nota Técnica 03/2005). Brasília: Câmara dos Deputados, 2005.

empregadores (no caso de contratos coletivos) ou exclusivamente pelas famílias (no caso dos contratos individuais); *ii*) o segmento que responde pela provisão de serviços aos servidores públicos (financiado com recursos públicos e dos próprios servidores, de acesso restrito a essa clientela); *iii*) o segmento privado de acesso direto, caso em que a população, diretamente, sem a intermediação de planos ou seguros de saúde, e paga os serviços no ato de sua prestação. Todos são, direta ou indiretamente, total ou apenas parcialmente, custeados com recursos públicos, ainda que em alguns casos isso se faça pela possibilidade de desconto no imposto de renda devido, seja por pessoas físicas, seja por pessoas jurídicas.

Independentemente do juízo que se faça sobre a função do setor privado de saúde, as características do seu financiamento são importantes para a formulação da política geral do setor. De certa forma, o setor privado de saúde não se constitui em mera solução de "mercado" frente a um sistema público de baixa qualidade; pois se é também financiado, ainda que em parte, com recursos públicos, por meio de renúncia fiscal, esses serviços adquirem, em algum grau, o caráter de política subsidiada às classes de renda mais alta e/ou de inserção laboral mais qualificada. Reafirma-se, assim, a necessidade de uma regulação mais efetiva desses serviços. O mesmo raciocínio se aplica àqueles planos de assistência a clientelas fechadas, especialmente aqueles para servidores públicos.

Apesar de ser a terceira área mais importante de gasto governamental, depois da previdência social e do pagamento de juros e encargos da dívida, o SUS ainda assim não tem recursos suficientes para atender de forma universal e com alcance integral as necessidades de saúde da população. Como visto anteriormente, quando comparado com outros países que também possuem sistema de acesso universal, o gasto público com saúde do Brasil é ainda baixo, seja como proporção do PIB (cerca de 3,6%), seja em valores *per capita*. A mesma desvantagem tem o SUS quando comparado ao segmento de planos e seguros privados de saúde. Em 2002, por exemplo, o SUS dispunha de R$ 305 por habitante para atender, de forma integral, a 176 milhões de brasileiros. Ou R$ 380, se excluída a clientela vinculada a planos e seguros privados de saúde. Em qualquer alternativa, o valor disponível pelo SUS é bem menor que o valor de R$ 687 por usuário do segmento de planos e seguros privados de saúde, estimado para o ano 2000 em estudo desenvolvido por Lígia Bahia e Paulo Elias 2004. Ademais, tem-se, como visto anteriormente, um gasto privado elevado, superior mesmo ao gasto público – estima-se que cerca de 56% do gasto nacional tenha origem em fundos privados. Pior ainda, o desembolso direto das famílias permanece como um componente importante do gasto privado em saúde, principalmente no tocante à compra de medicamentos.

De certa forma, o tratamento a ser dado às necessidades de financiamento do SUS pode definir seu perfil futuro. É possível, por meio de aumento de eficiência do sistema, fazer mais com os recursos atualmente destinados ao SUS. Mas não é crível imaginar que com o aporte atual de recursos o SUS possa resolver os seus maiores desafios: melhorar a qualidade da atenção básica e assegurar a integralidade da atenção, aqui entendida tanto no sentido horizontal – ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde – como no sentido vertical – das ações mais simples às mais complexas.

A reconhecida insuficiência dos recursos do SUS para cumprir as responsabilidades constitucionalmente definidas tem incentivado a polêmica entre os chamados

focalistas e universalistas. Para os primeiros, tirar da porta do SUS a população de renda média e alta, por meio de maiores incentivos à compra de planos e seguros privados de saúde, poderia fazer "sobrar" mais recursos públicos para a assistência da população mais pobre. Para os segundos, o que vem garantindo e garantirá mais recursos para o SUS é o seu caráter universal, assim como a ampliação capaz de atrair a população de classe média, inclusive na busca de serviços de atenção básica ou primeiro atendimento. Hoje, conforme mostram diversos estudos e pesquisas, a utilização dos serviços do SUS é mais diversificada, em termos de estratos de renda e/ou escolaridade, na atenção de alto custo/complexidade e em situações de urgência/emergência.

Tornar o SUS mais atrativo à classe média implica, fundamentalmente, melhorar a qualidade da atenção básica, e coordenar, de forma mais satisfatória para o usuário, o acesso aos serviços de média e alta complexidade.

Foi notável, nos últimos anos, o crescimento da atenção básica no setor público, seja pela adoção do Piso da Atenção Básica – repasse de valor *per capita* para os municípios pelo governo federal –, que tornou viável a oferta desses serviços na quase totalidade dos municípios brasileiros, seja, principalmente, pela expansão do Programa de Saúde da Família e estratégias estaduais assemelhadas. Esse processo de prioridade à expansão de serviços básicos permitiu incluir milhões de brasileiros no atendimento básico de saúde. Contudo, apesar do aumento de cobertura, a organização desses serviços, da forma em que se deu, não garantiu a qualidade e, muito menos, criou condições para assegurar a integralidade da assistência. Entre as causas da má qualidade da atenção primária de saúde incluem-se deficiências qualitativas de recursos humanos, precarização dos vínculos empregatícios dessa força de trabalho, infra-estrutura física inadequada, insuficiência de medicamentos, falta de integração funcional aos demais níveis de atendimento e, o que também é muito importante, uma concepção muito simplista do que seja atenção primária de saúde.[32]

Melhorar a qualidade da atenção básica e integrá-la funcionalmente aos demais níveis assistenciais – especialmente esse último objetivo – requer, sem dúvida, repensar a forma de regionalização do sistema. Para tanto, rever e estimular o papel das secretarias estaduais de Saúde na condução desse processo parece ser condição obrigatória.

32. MENDES, E. V. O SUS que temos e o SUS que queremos. Texto elaborado para mesa-redonda da II Assembléia do Conass. 19 mar. 2004. Mimeografado.