



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
INSTITUTO DE ECONOMIA  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS ECONÔMICAS

Matheus Brilhante Gomes dos Santos

O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: ORÇAMENTO E SEUS IMPACTOS NA  
SOCIEDADE BRASILEIRA

Rio de Janeiro

2023

Matheus Brilhante Gomes dos Santos

O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: ORÇAMENTO E SEUS IMPACTOS NA  
SOCIEDADE BRASILEIRA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
ao Instituto de Economia da Universidade  
Federal do Rio de Janeiro como exigência para  
obtenção do título de Bacharel em Ciências  
Econômicas.

Orientadora: Professora Dra. Simone Fioritti  
Silva

Rio de Janeiro

2023

## CIP - Catalogação na Publicação

B427s      Brilhante Gomes dos Santos, Matheus  
                O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: ORÇAMENTO E SEUS  
                IMPACTOS NA SOCIEDADE BRASILEIRA / Matheus  
                Brilhante Gomes dos Santos. -- Rio de Janeiro, 2023.  
                68 f.

Orientadora: Simone Fioritti Silva.  
Trabalho de conclusão de curso (graduação) -  
Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto  
de Economia, Bacharel em Ciências Econômicas, 2023.

1. Economia da Saúde. 2. Sistema Único de Saúde.  
I. Fioritti Silva, Simone, orient. II. Título.

Elaborado pelo Sistema de Geração Automática da UFRJ com os dados fornecidos  
pelo(a) autor(a), sob a responsabilidade de Miguel Romeu Amorim Neto - CRB-7/6283.

MATHEUS BRILHANTE GOMES DOS SANTOS

O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: ORÇAMENTO E SEUS IMPACTOS NA  
SOCIEDADE BRASILEIRA

Trabalho de conclusão de curso  
apresentado ao Instituto de Economia da  
Universidade Federal do Rio de Janeiro,  
como requisito para a obtenção do título  
de Bacharel em Ciências Econômicas.

Rio de Janeiro, 25/08/2023.

---

SIMONE FIORITTI SILVA - Presidente

Professora Dra. do Instituto de Economia da UFRJ

---

ANA CRISTINA REIF DE PAULA

Professora Dra. do Instituto de Economia da UFRJ

---

LEANDRO GOMES DA SILVA

Professor Dr. do Instituto de Economia da UFRJ

## AGRADECIMENTOS

Não teria como começar esse projeto sem agradecer o esforço de mais de duas décadas de meus pais, Mario e Gesilda. Sem o apoio e o direcionamento deles, o rumo da minha vida seria completamente diferente e talvez eu sequer sonhasse em ingressar em uma universidade. Por isso, o meu obrigado.

À todos que contribuem e contribuíram para a cultura hip-hop, vocês mudaram a minha vida pra sempre. Mano Brown, Emicida e BK, seus versos me inspiraram a chegar até aqui.

À Gilberto Gil, Jorge Ben e Elza Soares, pra sempre minhas maiores referências de negritude e excelência.

À Restum, Lara e Camila, meus maiores parceiros da faculdade. Não tem um momento da minha vida dos últimos anos que não envolva vocês. Grudados até demais.

Ao Cpcrise, o grupo que mudou completamente o rumo da minha graduação, espero que para melhor. Vocês evitaram que eu ficasse sem amigos na faculdade, meu maior pesadelo.

À Mariana Chrysostomo, porque sem você insistindo talvez eu não tivesse acordado pra vida e feito esse projeto. Todo apoio um dia vai ser recompensado (ou não).

À Gustavo Cumani, meu quase irmão. Você tem pé aqui também.

E pra não ficarem chateadas: à Laura e Victória, vocês insistiram muito para eu terminar isso. Tá aqui.

Obrigado a todos vocês, de verdade.

## RESUMO

A recente crise do COVID 19 teve um impacto imensurável na humanidade e trouxe à tona debates cada vez mais intensos sobre a saúde global. No contexto brasileiro, o Estado precisou assumir um papel como nunca antes visto, tendo que retomar investimentos para a saúde de forma emergencial e fortalecer o Sistema Único de Saúde para evitar o agravamento da situação. É fato que sem o SUS e sua estrutura, muitas outras vidas teriam sido ceifadas durante a pandemia. Este trabalho tem como objetivo apresentar a história de desenvolvimento do SUS e a evolução do orçamento público de saúde no Brasil entre 2003 e 2017. Além disso, será feita uma análise dos usuários do SUS, de forma a compreender a importância desse tipo de política em um país tão desigual quanto o Brasil.

**Palavras-chave:** Gasto com saúde - SUS - Saúde pública - Desigualdades

## **ABSTRACT**

The recent COVID 19 crisis has had an immeasurable impact on humanity and has brought to the forefront increasingly intense debates about global health. In the Brazilian context, the State needed to assume a role like never before, having to resume investments in health on an emergency basis and strengthen the Unified Health System to avoid the worsening of the situation. It is a fact that without SUS and its structure, many other lives were taken during the pandemic. This work aims to present the development history of SUS and the evolution of the public health budget in Brazil between 2003 and 2017. In addition, an analysis of SUS users will be carried out, in order to understand the importance of this type of policy in a country as unequal as Brazil.

**Keywords:** Health Expenditures - SUS - Public Healthcare - Inequalities

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

- APS - Atenção Primária à saúde  
ASPS - Ações e serviços públicos de saúde  
CAPs - Caixas de Aposentadoria e Pensões  
CF - Constituição Federal  
CPMF - Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira  
EC - Emenda Constitucional  
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
INPS - Instituto Nacional de Previdência Social  
LC - Lei Complementar  
PIB - Produto Interno Bruto  
OMS - Organização Mundial de Saúde  
OSS - Seguridade Social  
SUS - Sistema Único de Saúde

## **LISTA DE GRÁFICOS**

**Gráfico 1** - Participação da CPMF na Receita Total do Ministério da Saúde

**Gráfico 2** - Simulação do impacto da PEC 241 sobre o Gasto Federal do SUS caso vigorasse desde 2003

**Gráfico 3** - Gasto das três esferas do governo com ASPS em % do PIB (2003-2017)

**Gráfico 4** - Gasto das três esferas do governo com ASPS em valores per capita (2003-2017)

**Gráfico 5** - Gasto público total com ASPS por habitante e grandes regiões (2003-2017)

**Gráfico 6** - Gasto federal com ASPS por habitante e grandes regiões (2003-2017)

Gráfico 7 - Distribuição do gasto em ASPS das três esferas do governo, por grandes regiões (2003-2017)

**Gráfico 8** - Distribuição do gasto per capita em ASPS das três esferas do governo, por grandes regiões (2004-2017)

**Gráfico 9** - Evolução da participação do setor saúde no PIB em países selecionados - 2000, 2004, 2008, 2012, 2015 e 2018

**Gráfico 10** - Evolução da participação da saúde no PIB e da saúde pública no gasto total em saúde – Brasil, 2000 a 2017

**Gráfico 11** - % da população filiada a planos de saúde (2003, 2008, 2013 e 2019) e participação das despesas de saúde no orçamento das famílias (2003, 2009 e 2017)

**Gráfico 12** - Distribuição da população segundo as classes de percentual de pessoas em ordem crescente de rendimento domiciliar per capita

**Gráfico 13** - Pessoas com rendimento mensal domiciliar per capita abaixo das linhas de pobreza

**Gráfico 14** - Pessoas residindo em domicílios sem acesso a serviços de saneamento, com inadequações domiciliares e posse de bens

## **LISTA DE TABELAS**

**Tabela 1** - Gasto das três esferas do governo com ASPS (2003-2017)

**Tabela 2** - Número e proporção ponderada de usuários entrevistados nos serviços de Atenção Primária à Saúde, segundo características demográficas e região geográfica.

**Tabela 3** - Características socioeconômicas dos usuários dos serviços de Atenção Primária à Saúde, por região

**Tabela 4** - Procura de serviços de saúde e medicamentos, por região

**Tabela 5** - Estatísticas dos Valores Comerciais dos Planos, por tipo de Segmentação Assistencial e Faixa Etária, 2018

## **LISTA DE FIGURAS**

**Imagen 1:** Dados de Mercado de trabalho, distribuição de renda e condições de moradia, violência, educação e representação política por raça

## **SUMÁRIO**

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>2 SAÚDE PÚBLICA .....</b>	<b>12</b>
2.1 - SAÚDE E PROTEÇÃO SOCIAL .....	12
2.2 - A EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL .....	18
2.3 - O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE .....	25
<b>3 O ORÇAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE .....</b>	<b>30</b>
3.1 - O HISTÓRICO DA ESTRUTURA DE FINANCIAMENTO DO SUS .....	30
3.2 - A EVOLUÇÃO DO GASTO PÚBLICO EM SAÚDE ENTRE 2003 E 2017.....	38
<b>4 A IMPORTÂNCIA DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL.....</b>	<b>51</b>
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	62
REFERÊNCIAS.....	64

## 1 INTRODUÇÃO

No ano de 2020, o Sistema Único de Saúde (SUS) completou 30 anos de existência. Com a promulgação da Lei 8080/1990, era dado um dos passos mais importantes da história do Brasil, de forma a tentar exercer os direitos básicos garantidos pela Constituição Federal de 1988. A implantação do SUS representava o surgimento de uma nova república, com a tentativa de o Estado brasileiro despir seu caráter autoritário e vestir uma roupagem de bem-estar social.

A partir da virada do milênio, o Brasil passa por um fértil período de crescimento, motivado pela alta dos preços da commodities e o cenário internacional extremamente favorável, o que permitiu que o governo realizasse constantes expansões fiscais, influenciando diretamente o financiamento do SUS. De fato, os anos 2000 foram marcados por uma fase de bonança econômica e maiores investimentos sobre setores estratégicos. Com o início desse novo ciclo de crescimento, o Estado brasileiro fortalece e reformula os programas de distribuição de renda anteriormente criados. Dessa forma, a década apresenta indicadores de desigualdade decrescendo, dando esperança a muitos após tantos anos de concentração de renda brutal.

Entretanto, com a virada para a década de 2010 é marcada por uma das maiores crises financeiras da história do capitalismo, e muda o cenário externo que antes era extremamente favorável. A partir de 2014, o país entra em uma das suas piores crises da história, que se arrasta até os dias de hoje. Esse período é definido por baixíssimo crescimento e adoção de diversas políticas contracionistas, como o caso da aprovação do Teto de Gatos (2016). Essas medidas, reverteram aquele cenário de expansão de gasto público, afetando diretamente setores como saúde e educação.

Dessa forma, este trabalho de monografia pretende aprofundar o processo de implementação do SUS e analisar o gasto público em saúde no período entre 2003 e 2017, de forma a trazer uma compreensão mais ampla sobre o sistema. A recente pandemia do COVID 19 escancarou as diversas fragilidades existentes no sistema de saúde brasileiro, colocando diversos especialistas em alerta e cada vez mais preocupados com o futuro do país. O debate público sobre a importância do SUS vêm se intensificando cada vez mais, o que motivou a condução deste estudo.

No primeiro capítulo deste trabalho, o objetivo será introduzir alguns conceitos básicos da economia da saúde, como saúde e sistemas de saúde. A primeira seção terá como foco explicar os tipos de sistema de proteção social existentes ao redor do mundo e como eles se desenvolveram. Em seguida, será contado um breve resumo do desenvolvido das políticas públicas de saúde existentes no Brasil desde o início da República. Por fim, o capítulo encerra desvenda os caminhos que levaram até a criação do SUS e quais são suas diretrizes, objetivos e linhas de atuação.

Posteriormente, o capítulo 2 tem como finalidade analisar a evolução do orçamento público em saúde, ou seja, o gasto do governo com o SUS. Na primeira seção, haverá uma linha do tempo sobre os mecanismos legais de financiamento do SUS, desde sua criação até os dias de hoje. Depois, o foco do trabalho será fazer uma análise do comportamento do orçamento do SUS entre 2003 e 2017. A partir dos dados e gráficos utilizados, será possível traçar uma relação entre o desempenho orçamentário e a legislação vigente na época.

Por fim, o último capítulo visa explicitar a importância do papel do SUS na vida da população brasileira, e como esta depende diretamente do sistema para sobreviver. Na seção inicial, o objetivo será identificar as características dos usuários do SUS, traçando seu perfil de renda, gênero, raça, entre outros. Em seguida, também serão feitas algumas reflexões sobre desigualdade racial e a atuação fundamental do SUS para com as populações mais vulneráveis.

Em resumo, este trabalho é uma tentativa de valorizar a saúde pública no Brasil e contribuir para o debate dentro da economia da saúde.

## 2 SAÚDE PÚBLICA

Uma análise convincente do Sistema Único de Saúde brasileiro e de seu processo de implementação e financiamento, antecede o entendimento daquilo que se comprehende como saúde e que outros tipos de sistemas de proteção social são utilizados internacionalmente. Nesse sentido, antes de examinar a estrutura atual do SUS é necessário se ater a alguns conceitos amplamente utilizados na Economia da Saúde.

Na primeira sessão deste capítulo, o objetivo é fazer uma apanhado geral de alguns conceitos fundamentais na Economia da Saúde e entender como o Setor Público foi assumindo papéis diferentes ao longo do século XX. Depois, busca-se compreender a evolução da saúde pública no Brasil, desde a Nova República até a implementação do Sistema Único de Saúde. Por fim, a última sessão pretende explicar os pilares jurídicos, atribuições e estrutura do SUS, antes de começar o debate sobre seu orçamento.

### 2.1 SAÚDE E PROTEÇÃO SOCIAL

Dentre os muitos conceitos de saúde que surgiram ao longo do século XX, o mais bem aceito pela comunidade científica é o que consta na carta de princípios da Organização Mundial de Saúde (OMS), que a define como "um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades." Trata-se, portanto, de um direito coletivo cujo o Estado tem obrigação da sua garantia e promoção a fim de garantir o bem estar da sociedade. Além de estar integrada com a seguridade social, a saúde se estabelece como um direito inerente à condição de cidadania e que deve ser assegurado sem distinção de raça, religião, ideologia ou condição socioeconômica.

Segundo PAIM (2009), além de corresponder a um estado da vida, a saúde também compõe um complexo setor da economia no qual se produzem bens e serviços. Esse setor é composto pelos mais diversos agentes como hospitais, postos de saúde, indústrias farmacêuticas, de vacinas, equipamentos, planos de saúde, instituições públicas de gestão, dentre outras. Ainda que o fator econômico tenha um grande peso na forma como cada sociedade enfrenta suas necessidades na área da saúde, não se pode deixar de considerar as influências culturais e políticas. É dessa

forma que cada nação organiza seu sistema de saúde, baseando-se em seus valores, crenças e questões sociais.

Entende-se como Sistema de Saúde, o conjunto de agentes e agências cuja atuação visa garantir a saúde da população de determinado território. Tais agências, podem ser tanto entidades públicas ou privadas, governamentais ou não, mas todas devem promover e reabilitar a saúde dos indivíduos e das comunidades. Assim, o sistema de saúde é composto pelas mais diversas instituições, desde os provedores de planos de saúde até os hospitais públicos ou filantrópicos.

Já os agentes, são os profissionais que realizam as ações de saúde, como médicos e enfermeiros. Estes agentes, em sua maioria, estão vinculados a organizações que podem ser públicas ou privadas. No caso dos médicos, por exemplo, é extremamente comum que estejam associados a instituições públicas e ao mesmo tempo com instituições privadas, o que pode trazer algumas distorções no sistema público de saúde pela tentativa de reproduzir a lógica do setor privado. (PAIM, 2009)

Na prática, quando se fala em sistema de saúde, refere-se ao sistema de serviços de saúde, cujo objetivo é a prevenção de doenças e a promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde. Não estão inclusos, portanto, as indústrias farmacêutica e de equipamentos médico hospitalares, muito menos a medicina popular. As duas primeiras, apesar de fazerem parte do grande complexo produtivo de saúde, não se encaixam no sistema.

Apesar do sistema de saúde ser o principal agente das políticas de garantia e atenção à saúde, estas não ficam restritas ao sistema, podendo ser executadas por outras organizações que não compõem o setor. Iniciativas como a obrigatoriedade do cinto de segurança e a proibição do consumo de cigarro em ambientes fechados, por exemplo, são responsabilidade do Poder Legislativo. As campanhas educativas de promoção da saúde que são veiculadas em rádios, escolas, televisores e na internet, também são trabalhos de outros setores e que geram externalidades positivas para a população geral.

A estrutura e organização de cada sistema de saúde está diretamente relacionada a dois tópicos muito debatidos na Economia do Setor Público: o papel do Estado e sua configuração de arrecadação. Ambas questões foram decisivas para o desenvolvimento do capitalismo ao longo do século XX, permitindo que cada país adotasse modelos diferentes baseado em suas características físicas, sociais e

culturais. Além disso, essas variáveis também ajudam a compreender a pluralidade de sistemas de proteção que existem ao redor do mundo.

Em relação ao caráter do Estado, o conceito refere-se à sua capacidade de pagamento e seu grau de intervenção na economia. Nesse contexto, o Estado visto como grande seria aquele cuja participação na atividade econômica é alta, em contrapartida dos governos em que não há interesse na garantia da estabilidade macroeconômica e do bem estar da população. (REZENDE, 2001)

Já o sistema de arrecadação, é um fator que tem ligação direta com o tamanho de cada Estado, podendo variar de acordo com o grau de intervenção. Os países cujo sistema de proteção é mais generoso, demandam uma maior arrecadação e, consequentemente, um sistema de arrecadação de tributos mais robusto. De maneira oposta, as nações que abdicam de ter certas proteções em prol de um fortalecimento da livre iniciativa, exigem bem menos impostos pela menor contribuição estatal. Assim, é possível compreender a lógica de que quanto maior a despesa de um governo, maior é sua necessidade de arrecadação para um bom funcionamento da máquina pública e a manutenção de um equilíbrio fiscal.

Contudo, essa visão acerca do papel do Estado foi algo que passou por constantes evoluções ao longo do século XX. Até meados da década de 20, imperava o pensamento clássico de Adam Smith, cuja premissa se baseia na mínima intervenção estatal, ou seja, o Estado assume um papel apenas de garantidor da propriedade privada. Com o advento da Crise de 29, o raciocínio smithiano começa a perder seu protagonismo para as ideias de John Maynard Keynes, trazendo novas perspectivas de atuação para o Estado. (BRUE, 2005)

Já o pensamento Keynesiano, passa a encarar a economia pela ótica da demanda e atribui ao Estado o papel de condutor econômico, com uma forte atuação em investimentos públicos e na universalização de serviços de assistência social. Essa corrente de pensamento tomou grandes proporções entre a década de 40 até meados dos anos 70 que, segundo Castro (2006), é o período no qual o sistema capitalista vive sua fase áurea com intensa acumulação de capital que vai resultar no surgimento de diversos modelos de proteção social ao redor do globo.

Para Lobato e Giovanella (2008), os modelos de proteção social regem as configurações de organização e intervenção do Estado em toda área social, incluindo saúde, previdência e assistência social. Além da mudança de caráter do Estado, fatores como a industrialização, a explosão demográfica, a mobilização da classe

trabalhadora e o aumento da produção e produtividade foram fundamentais para o desenvolvimento dos sistemas de proteção que viriam a constituir o Estado de Bem Estar Social, também conhecido como *Welfare State*.

O termo "Estado do Bem-Estar Social" é conceitualmente utilizado para descrever o conjunto de políticas implementadas nos países ocidentais, com o objetivo de promover a segurança e aumento do bem estar dos cidadãos, buscando assim, fomentar a integração social em sociedades altamente industrializadas e dinâmicas. (FLEURY; OUVERNEY, 2008, p. 29-30)

Tais políticas visavam manter a coesão social dessas nações industrializadas cujo tecido social foi severamente afetado pela acumulação de capital ocorrida. As primeiras experiências de Welfare buscavam, de certa forma, se contrapor com o avanço do socialismo ao redor do globo, tornando o trabalhador cada vez mais dependente da máquina estatal e mudando de vez o perfil adotado pelo Estado. (BOBBIO; MATTEUCCI; PASQUINO, 1999, p. 413)

Os diferentes sistemas de proteção social são reflexo dos valores que cada sociedade adquiriu ao longo do desenvolvimento capitalista, dando origem a três variações de Sistema de Proteção Social: Modelo Residual ou de Predominância de Mercado; Modelo Industrial Performático ou de Seguros Sociais Obrigatórios e Modelo Redistributivo ou de Dominância Estatal. (CASTRO, 2006)

O Sistema Residual se baseia na premissa de que o mercado é capaz de garantir a distribuição de serviços, fortalecendo a iniciativa privada como protagonista da estrutura do sistema previdenciário e de saúde. Fundamentado na ideia de estado mínimo e na autorregulação dos mercados, as iniciativas lideradas pelo Estado são pontuais, restringindo-se apenas aqueles que são inaptos a acessar aquilo que foi oferecido pelo mercado. Segundo Fleury e Ouverney (2008), aqui o benefício não é visto como um direito social, mas como uma benesse do Estado para recuperar os incapazes e frustrados financeiramente. O modelo tem como maior protagonista os Estados Unidos, mas também é adotado por países como Austrália e Suíça.

O modelo tem como personagem principal as seguradoras, que se financiam através dos pagamentos dos cidadãos que variam de acordo com o risco e tipo de cobertura escolhida. Dessa forma, o setor privado é quem faz toda a mediação com a população, sem depender de quaisquer políticas sociais que venham do Estado. Na verdade, o Estado cria incentivos para que os mais ricos adotem a seguridade

privada, tanto pelos baixos valores de benefícios por ele concedido, quanto por incentivos tributários.

Nesse contexto, há uma premissa de que o mercado privado é capaz de suprir as necessidades individuais, colocando a atuação do Estado como uma atividade extraordinária que deve existir apenas em casos de necessidade. Entretanto, esse modelo tem como resultado um aprofundamento das desigualdades, por demandar dos beneficiários uma capacidade de pagamento muito alta e por gerar uma maior estratificação social que a divide entre aqueles que podem contratar os serviços privados e aqueles que dependem do auxílio governamental.

Já o Modelo Performático Industrial, também conhecido como modelo bismarckiano, estabelece um vínculo entre proteção social e uma contrapartida individual, que nesse caso é o trabalho. Neste, a garantia da seguridade é mantida por uma relação contratual em que uma das partes precisa ter ocupação. O sistema implementado por Bismark se caracteriza por seu financiamento tripartite, mantido pelos empregadores, trabalhadores e pelo próprio Estado. (FLEURY; OUVERNEY, 2008, p. 34)

A criação deste modelo visava contornar o problema da marginalização dos trabalhadores industriais alemães, a fim de impedir sua radicalização política. A finalidade é assegurar aos trabalhadores e seus familiares uma proteção social mínima, que pode ser de caráter temporário ou permanente, diante das diversas dificuldades decorrentes do desemprego, doenças, acidentes, aposentadoria e óbito. Essa proteção visa oferecer suporte diante dessas situações adversas, proporcionando amparo financeiro e assistência social para garantir a segurança e o bem-estar dessas pessoas afetadas.

Quando comparado ao modelo residual, o performático apresenta vantagens do ponto distributivo, uma vez que é capaz de assegurar um certo nível de assistência sem se basear no poder de compra dos indivíduos (BISPO Jr. e MESSIAS, 2005). Ele se caracteriza por ser um sistema meritocrático, uma vez que relaciona a seguridade social à contribuição de trabalhador, ou seja, os benefícios funcionam com um prêmio concedido à classe trabalhadora por sua participação no crescimento da economia nacional. Aqui, cada indivíduo conquista sua capacidade de se amparar em caso de algum infortúnio com seu trabalho e produtividade, as políticas estatais tem uma atuação parcial que apenas corrige algumas distorções do mercado. Além da Alemanha, países como Áustria e França também adotam este modelo.

O Modelo Redistributivo, que teve sua origem na década de 1950 no Reino Unido, baseia-se nos princípios do *Welfare State* e hoje é praticado por países como Itália, Suécia e Espanha. Também conhecido como Sistema de Dominância Estatal, sua concepção foi muito influenciada pelo Plano Beveridge, que advogava pela existência de um sistema nacional de saúde que tivesse como pilares os princípios de universalização e equidade social e geográfica das ações de saúde. Aqui, a saúde é entendida como um direito inalienável, sem depender de contrapartidas para que o cidadão possa usufruí-lo, e não um serviço a ser ofertado pela iniciativa privada em uma perspectiva mercadológica. (BISPO Jr. e MESSIAS, 2005)

Nesse contexto, o Estado é protagonista das ações sociais, tanto no financiamento quanto na provisão de serviços. Segundo Fleury e Ouverney (2008, p.35), por não vincular os benefícios às contribuições de cada indivíduo, o modelo cria um mecanismo de redistribuição que visa corrigir as disparidades geradas pelo mercado, contrariando a tese da auto regulação. Ao não criar tributos específicos para o financiamento do sistema, o Estado reforça a saúde como um direito ligado à cidadania, além de assumir a responsabilidade pelas três macrofunções do sistema.

O modelo tem seu foco na atenção básica, promovendo um conjunto de ações que busquem o diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde coletiva. Dessa forma, busca-se ter um impacto social que garanta assistência e promova uma maior qualidade de vida aos cidadãos, evitando complicações futuras. Além disso, esse tipo de organização traz vantagens econômicas, por permitir um melhor uso dos recursos financeiros, uma vez que tende a resolver a maioria dos casos no nível primário. (BISPO Jr. e MESSIAS, 2005).

Resumidamente, o modelo residual é aquele que encarrega o mercado do protagonismo da distribuição de serviços de saúde, restando ao setor público apenas a responsabilidade de incluir os incapazes de prover suas próprias necessidades. Já o modelo performático industrial, desvincula os direitos sociais da iniciativa privada mas incorpora a eles uma lógica meritocrática, podendo ser acessados mediante a uma contribuição. Por fim, o sistema redistributivo se estabelece por seu caráter solidário, com o Estado assumindo o papel de garantidor de direitos sem a imposição de qualquer contrapartida. Para Bispo Jr. e Messias (2005), além da sua limitação redistributiva por focar apenas no contribuinte e não no cidadão, o sistema meritocrático só é eficiente em nações cujo índice de desemprego é baixo o suficiente

para não comprometer o acesso dos cidadãos e evitar um alto gasto do Estado com o financiamento do seguro aos trabalhadores desempregados.

Entretanto, as diversas crises entre as décadas de 70 e 80 fizeram com que a participação do Estado nesses modelos protetivos fosse cada vez mais questionada, muito baseada numa ótica liberal que visava a redução da máquina pública. Esse discurso se fortaleceu ainda mais com a ascensão do conservadorismo nos anos 80 e disseminou-se globalmente, mantendo sua influência até os dias atuais.

De acordo com Castro (2006):

"Tanto nos países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento, este processo de liberação do mercado e de privatização conduziu a um processo de desmonte do sistema de Seguridade Social, abrindo espaço para a expansão da iniciativa privada em setores como a Saúde, a previdência, a educação e até mesmo a assistência social" (CASTRO, 2006. p.57)

Contudo, o mercado ainda se mostra incapaz em garantir a equidade e universalização dos bens e serviços de saúde, reforçando a necessidade da atuação do Estado na garantia da saúde enquanto direito. O caso do sistema de saúde norte americano escancara as desigualdade que o modelo residual pode gerar, resultando em uma sociedade cada vez mais endividada para acessar serviços de saúde.

## **1.2 A EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL**

A trajetória da Saúde Pública no Brasil é marcada por diversas reorganizações administrativas desde o período colonial. Com a proclamação da república, as ações do Estado brasileiro começam a se intensificar, mas só a partir da década de 30 é que o governo passa a adotar medidas com melhor planejamento institucional como a criação de órgãos de prevenção e controle de doenças. Nesta sessão, o objetivo será discorrer sobre o processo de evolução das políticas públicas de saúde no Brasil republicano.

O período da República Velha (1889-1930) é marcado por uma dominância das oligarquias cafeicultoras como detentoras da influência política que guiava a administração federal. Uma parcela considerável dos grandes lucros produzidos nas fazendas mineiras e paulistas era aplicado no desenvolvimento das cidades, fomentando a industrialização, a expansão das atividades comerciais e uma explosão

demográfica nos centro urbanos, principalmente pelas políticas públicas de atração de imigrantes europeus. (BERTOLLI FILHO, 1996)

A abolição da escravatura de 1888 firmou o processo de substituição da mão de obra escrava pela assalariada de origem europeia, que trouxe consigo diversos ideais anarquistas. Dessa forma, eram constantes os protestos, paralisações e greves de trabalhadores da época, buscando melhores condições de trabalho. Além disso, a classe trabalhadora era diretamente afetada pelo surgimento das epidemias, o que afastava a entrada de novos imigrantes europeus e obrigou o governo a agir. Entendendo a real gravidade de doenças como a febre amarela, varíola e malária, o Presidente Rodrigues Alves passou a estabelecer como prioridade o saneamento e a reforma urbana do Rio de Janeiro, capital brasileira até então. (CEFOR, s.d)

Liderando a Diretoria Geral de Saúde Pública, Oswaldo Cruz cria e implementa instituições públicas de higiene e saúde no Brasil, focando no combate às epidemias urbanas e endemias rurais. As chamadas campanhas sanitárias, tinham inspiração militar, marcadas por seu estilo repressivo e decisões tecnocráticas. Contudo, o crescimento das intervenções médicas nos espaços urbanos fomentou um sentimento de medo e desconfiança na população, que logo se revoltou com os inúmeros processos de despejo dos casarões nos centros urbanos. (BERTOLLI FILHO, 1996)

A constante derrubada de bairros pobres, arrombamentos de casas e invasões de propriedade por parte do Estado alimentava a oposição que, após a definição da obrigatoriedade da vacina contra a varíola, atingiu seu ápice. A chamada Revolta da Vacina de 1904 foi marcada por greves, tiroteios, massiva campanha midiática e muita repressão policial. Preocupado com a crise social que havia se instaurado, o governo deu um passo para trás e revogou a obrigatoriedade da vacinação.

Esse período foi marcado pela diferente assistência médica que era dada de acordo com a classe social e raça. Para Cefor (s.d), enquanto os negros e pobres eram fortemente reprimidos e tinham que recorrer aos hospitais filantrópicos ou à medicina caseira, os brancos e ricos tinham acesso a profissionais legais da medicina. No ponto de vista do governo, a saúde era tratada muito mais como um caso de polícia do que como questão social.

Ao longo das décadas de 10 e 20, o Estado brasileiro começa a abandonar sua postura liberal em relação às questões trabalhistas e sociais, diante do

crescimento massivo do movimento operário. Com a promulgação da lei Eloy Chave em 1923, nasce a Previdência Social no Brasil. Surgem então as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs), entidades organizadas por empresas, de natureza civil e privada, responsáveis pelos benefícios pecuniários e serviços de saúde dos empregados de empresas específicas. Financiadas por meio de contribuições dos empregados e empregadores, as CAPs eram geridas por comissões compostas por representantes da empresa e dos empregados, restando ao setor público o papel de mediador de conflitos. Aqui, a assistência médica tem um papel fundamental no sistema, que tinha altas despesas e permitiu a criação de novos serviços de saúde que eram acessados pelos trabalhadores vinculados às CAPs. (Cunha & Cunha, 1998)

Em resumo, antes dos anos 30, o Estado tinha pouca participação nas políticas sociais, limitando a política pública de saúde a ações de saneamento e proteção individual. Com a Revolução de 1930, as oligarquias cafeeiras perdem sua hegemonia política e econômica, uma vez que o governo não era mais capaz de manter o protecionismo sobre os preços do café, que haviam despencado durante a Crise de 29. A fim de reduzir ainda mais o poder político das elites cafeicultoras, Getúlio Vargas promoveu uma ampla reforma política e administrativa, centralizando a máquina pública e silenciando reivindicações sociais por meio da força.

Com a criação do Ministério do Trabalho, Vargas elaborou uma ampla legislação trabalhista, regulamentando a relação entre o capital e o trabalho, criando condições para que o Brasil começasse a se industrializar, substituindo importações. Com uma participação bem maior, as CAPs são incorporadas aos Institutos de Aposentadoria e Pensões, IAPs. Organizadas por categorias profissionais e não por empresas, além de fornecer assistência médica aos trabalhadores e suas famílias, os IAPs também forneciam atendimento a gestantes, crianças e portadores de doenças contagiosas. Também há uma ampliação da Previdência, que é focada muito mais na concessão de benefícios que na prestação de serviços de saúde. Para Cunha & Cunha (1998), com uma participação cada vez mais intensa na Previdência, o Estado buscava reduzir gastos a fim de gerar superávits que permitissem futuros investimentos de interesse do governo.

No setor da saúde, Getúlio centraliza serviços de forma a criar um caráter nacional das políticas públicas. Além de dar uniformidade para a estrutura dos departamentos estaduais de saúde, há uma expansão dos serviços de saúde em

direção do interior do país. Entre 1938 e 1945, há uma reforma no Departamento Nacional de Saúde, que passa a ser cada vez mais atuante em ações sanitárias e na prestação de serviços de saúde.

Com a morte de Vargas em 45, o Brasil passa por um período de redemocratização que perdura até 1964, marcado pelas eleições diretas e pelo pluripartidarismo. Apesar das grandes mudanças institucionais, as políticas populistas se mantiveram a fim de controlar o crescimento dos movimentos sociais e manter a popularidade entre a população. A década de 50 foi marcada por manifestações nacionalistas, que pediam independência das políticas econômicas visando conter o imperialismo norte americano. E com a entrada massiva de capital estrangeiro na economia brasileira, o presidente Juscelino Kubitschek pôs em prática políticas desenvolvimentistas, com o Estado coordenando a direção da economia. (BERTOLLI FILHO, 1996)

O período é marcado pela ampliação dos serviços de saúde, exigindo cada vez mais uma estrutura administrativa mais robusta. Em 1953, cria-se o Ministério da Saúde, e o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), criado na gestão anterior, passa a acumular mais atribuições e recursos. Com o objetivo principal de prover assistência médica aos trabalhadores que participavam da produção de borracha na Amazônia, o SESP era uma forma de mostrar o esforço brasileiro em apoiar seus aliados na 2a Guerra Mundial.

Ao final da guerra, o Brasil é bombardeado pelos ideais discutidos na Europa de Seguridade Social, contrariando a lógica de seguro. A partir disso, a Previdência abandona a postura poupadora e passa a expandir seus gastos, diminuir saldos e esgotar reservas. Nesse momento, os IAPs mais abastados começaram a construir hospitais próprios e há o surgimento dos primeiros serviços médicos particulares contratados pelas empresas. O período também se caracteriza pelo investimento na assistência médica hospitalar ao invés da atenção primária, o que fazia sentido dado o desenvolvimento industrial de equipamentos médicos e da indústria farmacêutica. (CEFOR, s.d.)

Apesar da melhora das condições sociais ao longo do período democrático, uma parcela da população foi tomando consciência de que havia um impasse estrutural das políticas públicas na garantia de direitos, principalmente no setor da saúde. É nesse momento, que os movimentos sociais e as elites progressistas passam a defender reformas de base, em diversos setores, para resolver problemas

estruturais de ordem política, institucional e social. Apesar do avanço inicial, tais ideias foram suprimidas pelos ideais conservadores que culminaram no golpe militar de 1964.

Sob pretexto de frear os avanços do comunismo internacional, em 1964 os chefes das Forças Armadas lideraram um golpe de Estado que culminou num regime ditatorial que perdurou por 20 anos. Com uma política econômica pautada na modernização da infraestrutura nacional e arrochos salariais intensos, a ditadura foi marcada como um período de intensa concentração de renda e empobrecimento da população. Tal fato influenciou diretamente o crescimento da mortalidade, além da expansão das epidemias de poliomielite e meningite, cujas notícias eram constantemente censuradas nos meios de comunicação. Além disso, o regime reduziu as verbas destinadas ao Ministério da Saúde, em linha com o discurso de enxugamento das contas públicas. Sob nova direção, o ministério mudou drasticamente sua linha de atuação, entendendo a saúde como um elemento individual e não como algo coletivo.

Nesse contexto, o governo abandona os IAPs e cria o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), reduzindo a participação dos trabalhadores na gestão do sistema previdenciário sob pretexto de modernização da máquina pública. Contudo, o Estado ampliou a cobertura previdenciária para trabalhadores domésticos e rurais, além de ceder a outras pressões. Os gastos com assistência médica crescem nos primeiros 10 anos do regime, dando ênfase à atenção individual especializada, ao invés de medidas de caráter preventivo que tenham mais impacto na saúde coletiva. Com um orçamento que equivalia a menos de 1% dos recursos da União, o Ministério da Saúde foi tendo suas ações cada vez mais enfraquecidas. Com o INPS, a política de saúde adotada priorizava a contratação de serviços terceirizados e operações que desenvolvessem o complexo médico industrial. (CUNHA & CUNHA, 1998)

Entre 68 e 75, a demanda por consultas médicas aumentou bastante, o que criou uma possibilidade de expansão do setor privado na saúde. Com apoio financeiro da Previdência Social, foram construídos novos hospitais e clínicas particulares, as faculdades privadas de medicina ganharam cada vez mais força e as instituições públicas de saúde passaram a receber cada vez menos recursos em relação ao setor privado. Dessa forma, cria-se uma lógica cada vez mais mercantilizada da saúde, visando apenas o lucro e olhando a população como a clientela de um serviço. Em 75, o governo instituiu o Sistema Nacional de Saúde, que apesar de apresentar

algumas inovações, restringia o Ministério da Saúde a ações coletivas e encarregava o Ministério da Previdência dos atendimentos individuais da população.

Para Cunha e Cunha (1998), as políticas sociais do regime militar fazem parte de um modelo assistencial privatista, que tem o Estado como financiador de tudo, através da Previdência. Contudo, é o setor privado o responsável pela maior parte dos serviços de assistência médica, aliado ao setor privado internacional como principal produtor de insumos, medicamentos e equipamentos.

No final da década de 70 a economia brasileira foi decaindo, e com ela, o funcionamento do INPS também passou a sofrer por causa dos aumentos de gastos, aumentos de demanda, ausência de fiscalização dos serviços da rede privada e incidência de fraudes nos contratos. A incorporação de novos trabalhadores e as novas tecnologias cada vez mais complexas e onerosas, tiveram um impacto significativo no custo do sistema como um todo. Em 78, o INPS é substituído pelo Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), como uma forma de racionalizar a previdência e fiscalizar as concessões e custeios de atividades. Cunha e Cunha (1998) também entendem que esse movimento demonstra uma tendência à universalização da saúde e tentativa de criar um modelo de segurança social.

Com a chegada da década de 80, o Brasil se vê frente a uma crise econômica profunda, intensificando a necessidade de racionalizar as políticas de saúde. Nesse contexto, ganha força o movimento sanitarista, uma corrente contrária aos ideais hegemônicos no setor da saúde até então. Este se organizava como um movimento social, formado por setores populares, estudantes, pesquisadores e profissionais da saúde, que já defendiam a implementação de um Sistema Único de Saúde. Contrastando com as políticas do regime militar, os sanitaristas criticavam o modelo hospitalocêntrico e acreditavam que o setor público deveria ser o agente principal da saúde, focando em cuidados primários. Contudo, o movimento sanitário também entendia a necessidade da racionalização dos gastos em saúde, já que as altas despesas geradas pelo setor privado poderiam levar a quebra do sistema como um todo, impedindo assim a democratização do atendimento médico, estendendo-o aos não contribuintes com a Previdência Social.

Em 1981 é criado o Conselho Consultivo da Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), cujo objetivo era melhorar a qualidade dos serviços de saúde e retomar o protagonismo do Estado na prestação destes, contrariando o modelo privatizante. Assim, o CONASP formula o Programa de Ações de Saúde

(AIS), visando integrar os serviços que prestavam assistência à saúde de uma região. Integrando a esfera federal, estadual e municipal na prestação de serviços, as ações também pretendiam balancear a saúde pública com a assistência médica individual que havia ganhado muita força ao longo da ditadura. Com a queda do regime militar e a ascensão da Nova República, as propostas do AIS ganham cada vez mais força e participação popular.

Durante a VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, foi possível compreender a proporção que o debate da saúde pública tinha tomado, uma vez que o evento reuniu uma grande massa de trabalhadores, o governo e os predadores do serviço de saúde. A conferência foi onde se consolidou os pilares da Reforma Sanitária Brasileira, além de clamar pela criação de um sistema reformador de saúde, que buscasse democratizar seu acesso à toda população. O texto final do evento serviu como uma das bases para negociações na Assembléia Nacional Constituinte que posteriormente viriam a criar o SUS. (CUNHA & CUNHA, 1998)

Apesar da força do movimento sanitarista, também haviam outras duas propostas principais que cercavam a discussão durante a Assembléia Nacional Constituinte. A primeira, visava a manutenção do sistema vigente, dando continuidade ao fortalecimento do setor privado na prestação de serviços. A outra, queria criar um sistema de seguros de saúde, inspirado no modelo norte americano.

Com a crise do modelo presente até então e pela incapacidade financeira de se espelhar no modelo americano, os ideais sanitaristas ganharam mais força. Segundo Cunha e Cunha (1998), mesmo com todos os embates durante a Constituinte, em 1988 a Constituição Federal aprovou a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), reconhecendo a saúde como um direito que deve ser garantido pelo estado e pautado pelos princípios de universalidade, equidade, integralidade e organizado de maneira descentralizada, hierarquizada e com participação da população. Inspirada no Modelo Redistributivo, a Constituição de 88 é um marco na história do Setor Público pois consolida no Estado Brasileiro um sistema de proteção social inspirado no Estado de Bem Estar Social europeu.

Ao analisar a evolução histórica da organização sanitária que precedeu o surgimento do SUS, pode-se afirmar que o Brasil apresentou uma proteção social incipiente, caracterizada por um modelo assistencialista exclusivo ou residual, até a década de 1920. Com a Revolução de 1930, houve a implementação do seguro social para os trabalhadores urbanos, e somente após a promulgação da Constituição de

1988 é que o país passou a buscar a implantação da seguridade social, conceito que serviu de base para a criação do SUS. Apesar do reconhecimento da saúde como um direito fundamental ter sido internacionalmente difundido desde a fundação da Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1948, apenas quarenta anos depois o Brasil reconheceu oficialmente a saúde como um direito social.

### **2.3 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Com a promulgação da Constituição de 1988 cria-se o Sistema Único de Saúde, formado pelas ações e serviços de saúde prestados por instituições das três esferas do sistema político, podendo ter participação também da iniciativa privada. Ou seja, todas as políticas de saúde são protagonizadas pela União, Estados e Municípios, restando ao setor privado uma atuação mais modesta e que cumpra todas as normas estabelecidas no serviço público.

Pelos artigos 196 e 197 da Constituição Federal:

"Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado."

Dessa forma, a saúde se estabelece como um direito fundamental que deve ser garantido pelo Estado a todo cidadão brasileiro, de forma igualitária e universal. O SUS deve atender as necessidades da população como um todo, sem exigir o pagamento da Previdência Social ou de qualquer quantia como contrapartida. Quanto à integralidade do sistema, cabe ao governo direcionar ações que atendam tanto os indivíduos quanto as comunidades, prevenindo e tratando doenças.

Antes de se referir a serviços de saúde, a Constituição de 88 destaca a importância das políticas econômicas e sociais como um mecanismo fundamental de garantia do direito à saúde. O acesso à educação, cultura, lazer, segurança, a distribuição de riqueza e renda, a garantia de empregos com bons salários, fazem parte de políticas econômicas e sociais capazes de impactar a saúde da comunidade e dos indivíduos. (PAIM, 2015)

Além disso, a carta magna estabelece que é dever do Estado criar ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde. A primeira, se refere a políticas que estimulem a saúde e a qualidade de vida dos cidadãos, como cultura, educação e lazer. A proteção trata da redução ou eliminação de riscos através de medidas baseadas na ciência, como vacinação e campanhas de combate a insetos transmissores de doenças. Quanto à recuperação, diz respeito ao diagnóstico e tratamento dos enfermos, por meio da atenção à saúde na comunidade e da assistência médica ambulatorial, hospitalar e domiciliar.

De acordo com o artigo 198 da Constituição Federal:

"Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

1. descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
2. atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
3. participação da comunidade"

Este artigo reforça a necessidade da descentralização do sistema, buscando se adequar à diversidade regional brasileira, marcada por grandes discrepâncias econômicas, geográficas e sociais. Nesse sentido, cada esfera do sistema político é responsável por gerir as ações de saúde que façam sentido naquele momento. Segundo Paim (2015), essa regionalização permite uma melhor distribuição dos estabelecimentos de saúde (ambulatórios, hospitais e laboratórios etc.) pelos territórios, com serviços básicos mais generalizados e descentralizados e serviços especializados mais concentrados e centralizados. Entretanto, isso não significa que não há uma gestão coletiva das ações de saúde. Aqui, o governo federal, orientado pelo Ministério da Saúde, apoia e conduz as ações estaduais e municipais, de forma a garantir o cumprimento de normas e diretrizes do SUS.

Quanto à integralidade do atendimento, o SUS deve adotar políticas que busquem a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e comunidades. Além disso, o foco do sistema devem ser as atividades preventivas, que evitem que as pessoas adoeçam, sofram acidentes ou outros agravos. Contudo, essa atenção não pode prejudicar os serviços assistenciais de cuidados aos doentes. Como não é possível impedir que todos adoeçam ou se acidentem, o sistema de saúde precisa garantir assistência de qualidade que atenda as necessidades de todos.

Já a participação da comunidade é uma orientação de diversos organismos internacionais, como a Organização Mundial de Saúde, buscando democratizar os serviços e os debates e tomadas de decisão relacionados à saúde. Paim (2015) destaca que essa medida é uma forma de superar o autoritarismo que adentrou as instituições de saúde durante o regime militar, buscando aproximar a população na identificação de problemas, fiscalização de serviços e proposição de soluções.

A lei n. 8.080/90 é a legislação específica que descreve a aplicação dos preceitos defendidos na constituição dentro da área da saúde. Apesar de ter ficado conhecida como "a lei do SUS", o texto é bem mais abrangente, regulando todas ações e serviços de saúde, públicas ou privadas, em todo território nacional. Ela também reforça a saúde como um direito fundamental inerente à cidadania, que deve ser garantido por políticas estatais que não se resumem apenas ao SUS. A lei reforça os impactos das políticas sociais e econômicas na saúde da população, ou seja, para garantir melhorias na saúde, deve-se buscar mudanças nas condições de vida das pessoas.

Apesar da regionalização e descentralização, o SUS tem sua gestão mais ampla organizada pelo Ministério da Saúde, aliado das secretarias estaduais e municipais. Além de gerir, o Ministério da Saúde também deve garantir que todas as ações de saúde executadas no país tenham concordância com os princípios e valores do sistema. Dentre os principais valores, destacam-se a universalidade, reforçando a lógica da saúde como direito independente de gênero, raça e etc, e a integralidade, buscando atuar tanto na promoção e proteção de saúde, quanto na sua recuperação.

Além de princípios, o SUS também possui diretrizes, que são as orientações organizacionais e técnicas que guiam as políticas do sistema. Pelo artigo 200 da Constituição de 88:

Art. 200. Ao Sistema Único de Saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

1. controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;
2. executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;
3. ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;
4. participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;
5. incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;

6. fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para o consumo humano;
7. participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
8. colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

É natural que a maioria das pessoas associe a atuação do SUS a ações de recuperação da saúde, entretanto, é importante compreender que essa não é a atividade principal do sistema. Como forma de garantir a proteção da saúde coletiva, o SUS participa da vigilância sanitária, responsável por controlar e fiscalizar medicamentos, alimentos, vacinas e etc. Além disso, ele também cuida da vigilância epidemiológica, traçando ações que estudem, detectem e previnam quaisquer riscos à saúde individual e coletiva. Com investimentos massivos no desenvolvimento científico e tecnológico, o SUS também busca aumentar a proteção e melhorar sua capacidade e efetividade na assistência às pessoas.

Apesar do adjetivo único, o SUS é um sistema segmentado e que convive com outros serviços de saúde prestados por outros ministérios e instituições, como os hospitais das forças armadas. Além disso, os planos de saúde também fazem parte dos prestadores de serviço, apesar de também serem regulados por órgão dos Ministério da Saúde. Outros agentes são os consultórios, clínicas e laboratórios particulares que apesar da necessidade de seguir normas definidas pelo Ministério da Saúde, atuam sem intermediação do órgão.

Para garantir a integralidade, o SUS atua em níveis distintos: na atenção básica ou primária, na atenção ambulatorial especializada e na atenção hospitalar. A primeira, consiste na porta de entrada do paciente no sistema de saúde, visando dar orientações sobre prevenção de doenças e atendimento para os casos mais comuns de cada comunidade, podendo resultar no direcionamento de casos mais graves para os níveis mais complexos de atendimento. Segundo o Ministério da Saúde, 80% dos casos de saúde no Brasil poderiam ser atendidos e resolvidos com a atenção primária, geralmente gerida pelos Municípios. Nesta, a população tem acesso a especialidades básicas como clínica médica ou geral, pediatria e ginecologia, além das equipes de saúde responsáveis por campanhas vacinais e de prevenção de doenças. (PAIM, 2015)

Apesar das diversas dificuldades políticas e econômicas, em suas três décadas de existência, o SUS coleciona conquistas importantes na garantia de saúde da população brasileira. Sendo o único sistema de saúde público e gratuito do mundo

que atende mais de 100 milhões de habitantes, o SUS é reconhecido pela OMS por ter uma das estratégias de vacinação mais bem sucedidas do meio, com altíssima cobertura vacinal e erradicação de doenças como a poliomielite.

Entretanto, o SUS também é marcado pela má gestão e pelo desperdício de recursos, resultando na insatisfação da população com o sistema. Com longuíssimas filas de espera, quem tem condições busca atendimento na rede privada. Segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar, em 2023, 50 milhões de brasileiros constam como beneficiários de planos privados de saúde, quase um quarto da população. Manter um sistema de saúde gratuito em um país populoso e continental como o Brasil exige altos níveis de investimentos e uma gestão técnica, que busque maximizar a oferta de serviços para a população.

Em resumo, pode-se dizer que o século XX foi marcado por mudanças fortíssimas no papel do Estado, que refletiram diretamente na assistência à saúde das populações. Dessa forma, cada nação pôde formular seus modelos de proteção social baseado em suas necessidades demográficas e geográficas, tendo também uma influência cultural muito forte. Apesar do entendimento da OMS de que a saúde seria um direito universal, nem todos os sistemas protetivos são capazes de assegurá-la de forma equitativa.

No caso brasileiro, é possível notar que as grandes ações de saúde começaram a surgir no período da Nova República, como uma forma de modernizar as cidades brasileiras e impedir o agravamento das epidemias da época. Depois da Revolução de 30, adota-se o modelo de seguro social que garantia assistência à saúde mediante contribuição, inspirado no modelo performático industrial. Tal modelo perdurou por mais de 60 anos, apesar de aos poucos, o Estado brasileiro ter iniciado ações de inclusão de crianças, gestantes e idosos no sistema de saúde.

Para Werneck Vianna (2009), a Constituição de 88 é um marco por estabelecer um sistema de segurança social, universal e integrado, que depende do financiamento compartilhado de benefícios contributivos e não contributivos. Baseando-se no *Welfare State*, o Estado brasileiro assume o papel de garantidor da universalização do acesso à saúde para seus cidadãos, convergindo com a lógica de saúde construída pela OMS.

### **3 O ORÇAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Uma vez compreendida a evolução do sistema de saúde brasileiro até a criação do SUS, é necessário entender os métodos de financiamento do sistema. Este capítulo tem como objetivo, primeiramente, explicar a estrutura de custeio da saúde pública no Brasil e suas mudanças ao longo de 3 décadas. Posteriormente, será analisada a evolução desse financiamento entre o período de 2003 a 2017, levantando tendências e as necessidades do setor para o futuro.

### **3.1 O HISTÓRICO DA ESTRUTURA DE FINANCIAMENTO DO SUS**

A fim de organizar as novas estruturas orçamentárias, a Constituição de 1988 definiu o orçamento do Estado brasileiro em três esferas: orçamento das estatais, orçamento fiscal e orçamento da Seguridade Social(OSS). O primeiro, se refere aos investimentos realizados nas empresas cuja União possui, direta ou indiretamente, maioria do capital social com direito a voto. Já o orçamento fiscal é constituído por meio da arrecadação de impostos, sendo o imposto de renda o mais relevante entre eles. Esses recursos são destinados a diversas áreas de políticas públicas, incluindo defesa nacional, judiciário, educação, administração, trabalho, habitação, cultura, agricultura, transporte, indústria, comunicação e pagamento da dívida pública. (CISLAGHI; TEIXEIRA; SOUZA, 2011)

A seguridade social é composta por políticas de saúde, previdência e assistência social, além da proteção ao trabalhador desempregado. Para garantir o financiamento dessas políticas, a seguridade social possui um orçamento próprio, composto não apenas pelas contribuições previdenciárias, mas também por recursos orçamentários específicos destinados exclusivamente a esse propósito. Esse modelo é conhecido como vinculação de receitas. Além disso, a Constituição estabelece que, conforme as necessidades, o orçamento da seguridade social pode ser complementado pelos recursos do orçamento fiscal. Isso significa que, se houver demandas adicionais que excedam as receitas próprias da seguridade social, o orçamento geral do país pode contribuir para suprir essas necessidades e garantir o funcionamento adequado das políticas de seguridade social.

Nesse contexto, a seguridade social não apenas ampliou o direito à saúde, mas também incorporou novos direitos universais, demandando a criação de fontes de arrecadação que fossem sustentáveis e garantissem a manutenção das políticas sociais. E para financiar a seguridade social, a CF/1988 definiu como fontes de

recursos os orçamentos da União, dos estados, dos municípios e das contribuições sociais.

Segundo Carvalho (2008 p.42-43), a Constituição estabelecia tais fontes de arrecadação para o financiamento da saúde pública:

- a) RECURSOS FISCAIS (Impostos) - Cada esfera de Governo deve aplicar parte dos recursos de seus orçamentos em saúde. A União: recursos do Imposto de produtos Industrializados (IPI); Imposto de Renda (IR) e outros menores. Estados: recursos do Imposto de Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS); Fundo de Participação dos Estados (FPE); Imposto de Transmissão de Bens Causa Mortis (ITBCM); Imposto de Renda (IR)- recolhido de seus servidores na fonte; Imposto de Propriedade de Veículos Automotores Terrestres (IPVA) e outros menores. Municípios: recursos do ICMS (parte municipal – 25% do total); Fundo de Participação dos Municípios (FPM); Imposto Predial Territorial Urbano (IPTU); Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza (ISSQN); Imposto de Renda(IR) - recolhido de seus servidores na fonte; IPVA (rateado com os Estados em 50%); Imposto Territorial Rural (ITR)- rateado com a União em 50) e outros menores.
- b) CONTRIBUIÇÕES SOCIAIS - Recursos denominados de Contribuições Sociais recolhidos pelo Governo Federal, mas destinados, por competência, para as três esferas de Governo financiarem Saúde e Assistência Social e para a União financiar a Previdência. Estas Contribuições Sociais são: dos empregados sobre a folha de salários; dos empregadores: sobre a folha (CSEESF), faturamento (COFINS) e o lucro (CSLL) e, entre 1996 e 2007, sobre a movimentação financeira (CPMF).
- c) CONCURSOS PROGNÓSTICOS - Parte dos recursos dos concursos prognósticos (lotto, sena, mega etc.).
- d) DPVAT - Parte do Seguro Obrigatório de Veículos Automotores Terrestres (50%)para financiar a cobertura à saúde de acidentados com veículos.

Contudo, a inserção desses novos direitos veio em meio a um período de recursos escassos da economia brasileira, em um contexto de hiperinflação herdado do regime militar. Apesar da vinculação de 30% dos recursos do OSS para a saúde, nos anos de 1990 e 1991 não houve o cumprimento desta norma, resultado das altas disputas internas entre as áreas sociais e da falta de recursos. Além disso, era natural a saúde receber menos recursos do que previsto nas LDO's (Lei de Diretrizes Orçamentárias), reforçando a necessidade de se criar uma fonte de recursos capaz de sustentar o SUS e mostrando que, até então, o governo estava muito mais preocupado com os projetos de estabilização econômica e controle inflacionário.

Para Gerschmann e Santos (2006), a criação do Fundo Social de Emergência em 1994, que capturava 20% do orçamento do OSS para a União, demonstrava que a prioridade das políticas eram o ajuste fiscal e a contenção da crise. Além disso, todas as outras contribuições também eram tomadas pela União a fim de financiar o

Plano Real e desvincular os recursos previdenciários do resto da seguridade social. Essa separação informal entre previdência e saúde contrariava a lógica da Seguridade Social e seus fins redistributivos. (FRANCO, 2016)

A fim de conseguir solucionar a crise de financiamento da saúde que se agravara depois da CF/1988, em 1996 o governo criou a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF). As arrecadações geradas pelo novo tributo deveriam ser direcionadas ao Fundo Nacional de Saúde (FNS), financiando as ações e serviços de saúde promovidas pelo Estado. Contudo, segundo Viana e Machado (2008), a criação do tributo não teve um impacto tão bom quanto esperado, uma vez que o governo começou a executar cortes na destinação de outras fontes de receitas da saúde. Mesmo que o governo federal tenha aumentado sua arrecadação e não tenha sido necessário fazer movimentações orçamentárias para financiar a saúde, a população geral foi onerada sem que houvesse um impacto significativo na saúde.

Nesse contexto, a CPMF surge como um meio de evitar cortes ainda mais severos no setor da saúde, motivados pela necessidade de estabilização da economia brasileira. Apesar de sempre ter sido um tributo polêmico, a CPMF se destacava por seu baixo custo de arrecadação e pela enorme base de contribuintes, com pouquíssima isenção. Além disso, ela também é um tributo com baixíssimos níveis de sonegação, não exigindo grandes esforços de fiscalização por parte da receita.

Como é possível verificar no gráfico 1, a CPMF foi mais importante para garantir a estabilidade da receita do Ministério da Saúde que na ampliação de seus recursos, pela retração das outras fontes de financiamento. Durante seu tempo de vigência, entre 1997 e 2007, o tributo representou em média cerca de 30% dos recursos

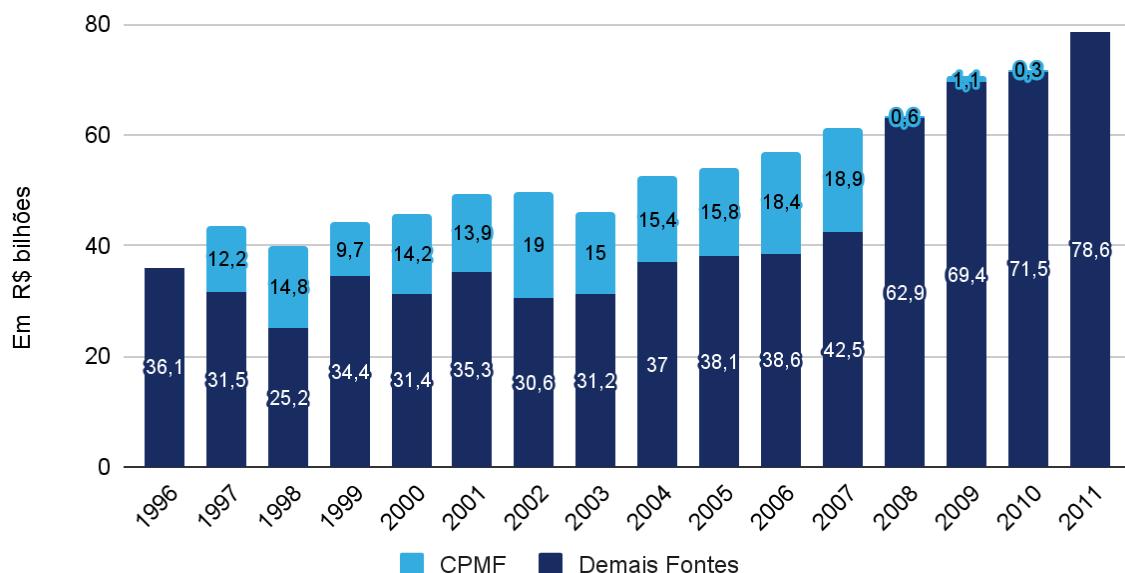
federais investidos na saúde.

Gráfico 1 - Participação da CPMF na Receita Total do Ministério da Saúde

Fonte: Sistema Integrado de Administração Financeira (Siafi)/Sistema Integrado de Dados Orçamentários (Sidor), (Gasto Social Federal-Ipea: 1995 a 2007), e Siga Brasil, 2008 a 2011.

Diante da crise de financiamento da saúde, surgiram diversos debates no

### Participação da CPMF na Receita Total do Ministério da Saúde 1996-2011



parlamento brasileiro a fim de criar novas vinculações de recursos para o SUS. Além da CPMF em 1997, a Proposta de Emenda Constitucional (PEC) nº 169/1993 garantia ao SUS 30% do OSS, acrescido de 10% da arrecadação de impostos nas três esferas. Outras propostas também foram levantadas ao longo da década de 90, que quando aglutinadas deram origem à EC nº 29/2000, definindo um piso de investimento da União na saúde.

Vigorando desde 2000, a EC nº 29 aumentou o orçamento geral da saúde e fomentou a participação dos estados, municípios e do Distrito Federal no financiamento do SUS, nas Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS). Segundo dados do Sistema de Informações e Orçamentos Públicos de Saúde (SIOPS), a emenda fez com que a participação da União no investimento público em saúde fosse de 60% em 2000 para 44% em 2011. No sentido contrário, a participação dos municípios aumentou de 21,7% para 29,6% e a dos estados foi de 18,5% para 25,7%, durante o mesmo período. Nesse sentido, a EC nº 29 teve implicações diversas em cada esfera política e teve sucesso em descentralizar e ampliar as ações e serviços

de saúde. (PIOLA; PAIVA; DE SÁ; SERVO, 2013)

O Artigo 7º da EC nº 29 definiu que, até 2004, os estados deveriam aplicar nas ASPS no mínimo 12% de sua receita de impostos, enquanto o piso de investimento dos municípios seria de 15% da receita. Esse incremento poderia ser feito de forma gradativa, desde que em 2000% o investimento mínimo fosse de 7%. Na União, abandonou-se a vinculação de 30% da receita da seguridade social e os 10% da receita de impostos e se adotou um acréscimo apenas de 5% em relação ao investimento de 1999. De 2000 até 2004, a regra adotada seria que o investimento seria corrigido de acordo com a variação nominal do PIB.

O sistema federativo brasileiro sempre se justificou pela complexidade e heterogeneidade do país, de forma a agregar aos valores democráticos a diversidade econômica, política, social e cultural. Entretanto, esse cenário também cria dificuldades para a implementação de políticas sociais a nível nacional, exigindo uma melhor articulação das esferas políticas, além da definição das funções de cada uma. Com uma história marcada por períodos de centralismo autoritário como na ditadura militar, o sistema tributário brasileiro é afetado diretamente por tal, muitas vezes limitando a atuação das esferas que não são a União. Nesse contexto, a EC nº 29 se justifica por seu caráter descentralizador, dando maior autonomia e poder aos estados e municípios, fortalecendo portanto, o federalismo fiscal brasileiro.

Logo a EC-29 mostrou seus impactos positivos: em 2001 o gasto público em saúde teve aumento real de 10% quando comparado com o anterior e entre 2004 e 2000 o crescimento foi de 35%. Contudo, a nova regra não agradou a todos e promoveu intensos debates na época. Segundo uma simulação de Carvalho (2008), em 2001, a regra definida pela EC-29 permitiu que a União aplicasse R\$ 25,7 bi, enquanto pela regra anterior, a PEC 169, seriam investidos R\$ 57 bi na saúde pela União. Em 2007, essa diferença seria ainda maior: R\$ 44,3 bi pela EC-29 e R\$ 132 bi pela PEC 169, ou seja, a União deixou de aplicar mais de  $\frac{2}{3}$  com a nova regra. Carvalho (2008) reforça a importância da EC-29 na descentralização do orçamento de saúde, fixando pisos de investimentos a cada esfera política e na definição de sanções em caso de descumprimento das normas definidas. Contudo, ele avalia que houve sim um retrocesso em relação aos níveis de investimento definidos para a União. Ademais, a não definição exata do que seriam as ações e serviços de saúde também permitiram que os Estados e Municípios criassem formas de burlar a legislação.

Além disso, Piola, et, al. (2013) também acrescenta outras crítica à emenda:

"A falta de regulamentação também gerou discussões acerca da base sobre a qual incidiria a correção correspondente à variação nominal do PIB, para determinação do montante dos recursos federais, entre outras questões. Foi a polêmica da "base fixa" versus "base móvel" ocorrida em 2001 e 2002. Na visão da Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional (PGFN)/MF, seguida pela Advocacia-Geral da União (AGU), o "valor apurado no ano anterior" para 2000 seria o valor apurado em 1999 acrescido de 5%. Sobre esse valor, já fixado, seria acrescido, ano a ano, a variação nominal do PIB. A consultoria jurídica do MS, por sua vez, interpretou "valor apurado no ano anterior" como o montante efetivamente empenhado pelo MS, em cada exercício financeiro. Ou seja, se o valor empenhado pelo MS, mesmo em 2000, para os gastos em ações e serviços públicos de saúde fosse superior ao mínimo, este valor passaria a ser a base para aplicação da variação do PIB. Vem daí o conceito de "base móvel""(PIOLA; PAIVA; DE SÁ; SERVO, 2013)

Nesse sentido, a ausência de mecanismos legais mais rígidos de regulamentação possibilitou que fossem encontradas formas de burlar o cumprimento das determinações da emenda. De acordo com o SIOPS, em 2008, apenas 13 estados do Brasil tinham alcançado o mínimo de 12% da receita vinculada para a saúde, demonstrando a fragilidade e as brechas presentes na legislação (MS, 2010). As análises dos balanços feitos pelo SIOPS estimam que, entre 2004 e 2008, essas brechas permitiram que cerca de R\$ 16 bilhões deixassem de ser aplicados no SUS (Fiocruz, 2012; Servo *et al.*, 2011).

Apenas doze anos depois, em 2012, é que a EC-29 foi melhorada e corrigida por meio da Lei Complementar(LC) nº 141. Apesar de não corresponder a todas as expectativas da época, a LC finalmente definia o que seriam as ASPS e critérios básicos para definição destas. Além disso, apertou-se a regulamentação quanto ao não cumprimento do piso de saúde previsto: a diferença entre o gasto e o piso deve ser acrescida no próximo orçamento, mas sem ser contabilizada para o próximo piso.

Nesse contexto, os anseios eram de que a LC nº141 solucionasse duas questões: impedir os vazamentos ou manobras políticas que reduziam o orçamento da saúde, além da penalização mais acirrada sobre o descumprimento dos pisos; e a criação de novas fontes de recursos para o SUS. Outra crítica razoável a EC nº29 era em relação à queda abrupta da participação da União no orçamento da saúde, já que muitos estados e municípios alcançaram seus limites e estavam começando a ter problemas financeiros para sustentar o piso. A União estaria, portanto, fazendo um esforço muito menor do que era capaz para o financiamento do SUS.

Para Piola, et, al. (2013), essas avaliações eram respaldadas por alguns fatos: i) crescimento da União na carga tributária; ii) apesar dos aumentos de gastos em outras áreas, a saúde dependia necessariamente de uma boa resposta do PIB; iii) queda da participação relativa dos gastos federais em ASPS em relação à receita corrente da União; iv) queda considerável na proporção dos recursos federais destinados ao financiamento do SUS, de 60% em 2000 para 45% em 2010.

Mesmo que a EC nº29 e a LC nº141 tenham possibilitado o crescimento real dos recursos do SUS por parte das três esferas políticas ao longo dos anos 2000, a União, principal arrecadadora, foi quem teve menor participação proporcional. Essa conjuntura foi o que levou a assinatura da Emenda Constitucional nº 86, datada de março de 2015, que mudou a norma de vinculação de recursos da União para o SUS e definiu um piso para tal. A norma, que só passou a vigorar em 2016, também estabelecia que o percentual mínimo de aplicação da União fosse reavaliado a cada cinco anos. Além disso, a EC também estabeleceu uma vinculação mínima dos espólios gerados pela exploração de petróleo e gás natural para as ASPS.

Contudo, a nova legislação foi rapidamente substituída com a aprovação do Novo Regime Fiscal (EC nº 95/2016), que pretendia congelar as despesas primárias da União por 20 anos e estabeleceu um novo piso da participação federal no SUS. Diante da crise econômica que se instaurou no Brasil entre 2015 e 2016, o governo adotou esta medida e desvinculou as despesas com saúde e educação da receita corrente líquida(RCL). Antes de ser aprovada, a PEC 241 determinava que a aplicação da União em ASPS deveria ser de 13,2% a 15% (a depender da interpretação) da RCL de 2016, corrigido pelo IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Amplo) do ano vigente.

A PEC 241, também conhecida como Teto de Gastos, além de desvincular o gasto federal com saúde de percentuais da Receita Corrente Líquida (RCL), tem como objetivo congelar o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) por parte do governo federal, até então, visando manter os valores de 2016 pelos próximos 20 anos. A situação fica ainda mais preocupante pelo fato do ano base para o congelamento ser 2016, um ano em que o montante mínimo de saúde ficou significativamente abaixo do valor empenhado no ano anterior, devido à queda da RCL. No entanto, essa abordagem não leva em consideração as mudanças demográficas e epidemiológicas em curso no país, o que agrava o problema de uma base financeira já comprometida. (VIEIRA; E BENEVIDES, 2016)

Segundo os defensores da proposta, com a desvinculação das despesas com saúde, o Congresso Nacional teria a liberdade para destinar novos recursos que ultrapassassem o piso. Para Vieira e E Benevides (2016), essa justificativa não considera que o congelamento das despesas primárias da União, acrescido do aumento de gastos com benefícios previdenciários comprometeria ainda mais o orçamento federal. Ademais, eles também argumentam que o histórico mostra que o financiamento público da saúde no brasil só teve uma estabilização a partir da EC 29, com a vinculação do orçamento.

A simulação (figura 2) feita por Vieira e E Benevides (2016) permite visualizar o impacto da PEC 241 caso tivesse sido aprovada em 2003 e vigorasse até o momento em que foi discutida no Congresso Nacional, considerando que o gasto federal com o SUS fosse de 13,2% da RCL.

Simulação do impacto da PEC 241 sobre o Gasto Federal do SUS caso vigorasse desde 2003 (em % do PIB), 2003 – 2015.

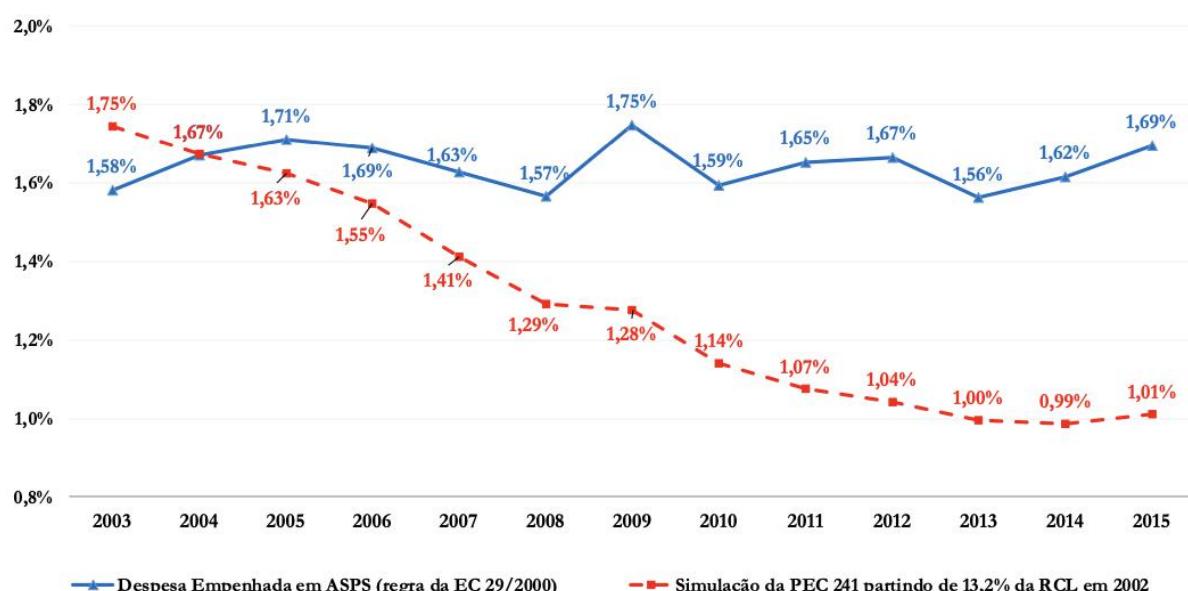


Gráfico 2 - Simulação do impacto da PEC 241 sobre o Gasto Federal do SUS caso vigorasse desde 2003

Fonte: VIEIRA, E BENEVIDES, 2016.

A simulação do gráfico admite que, a partir de 2003, a aplicação mínima de recursos do governo federal em ASPS seria o equivalente a 13,2% da RCL de 2002 acrescida da correção inflacionária. Vieira e E Benevides (2016) estimam que nesse cenário, o governo deixaria de destinar cerca de R\$ 257 bilhões entre 2003 e 2015, quando comparado com a regra definida pela EC 29. Em 13 anos, a participação da

despesa da União com ASPS em relação ao PIB teria caído 42,1%, agravando ainda mais as desigualdades existentes no SUS.

Em 2016, a PEC 241 foi incessantemente discutida no Congresso Nacional e passou por algumas mudanças até ser aprovada. Como em 2016 houve uma queda forte da arrecadação, o piso de 13,2% da RCL daquele ano não era suficiente para que o Ministério da Saúde garantisse o funcionamento do sistema. Por isso, quando o Novo Regime Fiscal foi aprovado por meio da EC nº 95/2016, o piso definido para a saúde foi de 15% da RCL do ano de 2017, que deverá ser corrigido anualmente pelo IPCA até 2036.

Ao contrário da EC 29, que assegurava a correção do orçamento federal do SUS pela variação nominal do PIB, o Teto de Gastos garantia apenas a correção inflacionária sob o orçamento do ano base. Aqui, não há qualquer relação entre gasto público em saúde e taxas de crescimento econômico, o que acaba reduzindo a participação do gasto com saúde no PIB. Além disso, o congelamento dos gastos ignora quaisquer mudanças demográficas a acontecer nesses vinte anos de vigência, forçando o sistema a frear sua expansão.

Desde a recente crise do COVID-19 em 2020, o governo brasileiro passou a adotar políticas de expansão de gastos como medidas excepcionais para contenção dos impactos da crise. Nesse cenário, o Teto de Gastos foi desrespeitado e levantou-se ainda mais questionamentos sobre sua manutenção. Com a mudança de governo em 2023, a política fiscal brasileira já vem sofrendo alterações, como a aprovação do Novo Marco Fiscal, o que deve impactar diretamente o orçamento do SUS nos próximos anos.

### **3.2 A EVOLUÇÃO DO GASTO PÚBLICO EM SAÚDE ENTRE 2003 E 2017**

O ano de 2003 marca o início de um novo período da política brasileira. Durante os quatorze anos subsequentes, o Brasil seria governado, pela primeira vez desde a redemocratização, por um governo de esquerda. Eleito com um discurso focado na redução da desigualdade social, a era Lula se inicia em meio a uma explosão dos preços de commodities e da entrada da China na Organização Mundial de Comércio(OMC). O cenário de aumento massivo das exportações de produtos primários brasileiros, acrescido do estreitamento das relações comerciais com a China e de um movimento de crescimento econômico global, permitiram que o novo governo

adotasse políticas cada vez mais voltadas para a proteção social, seja investindo em programas de distribuição de renda ou aumentando os gastos em saúde.

Segundo Amorim(2020), esse ciclo de crescimento econômico brasileiro teve um ritmo acelerado a partir de 2004 e se estendeu até 2014. O *boom* do preço das *commodities* ocorrido nesse período permitiu que o Banco Central acumulasse cada vez mais reservas em moeda estrangeira e valorizasse o Real frente ao dólar e outras moedas. Além disso, a retomada da ampliação do investimento público alavancou ainda mais a economia brasileira, o que permitiu que o governo adotasse políticas sociais de redução das desigualdades, fortalecendo o consumo entre as camadas mais baixas e classes médias.

Contudo, entre 2011 e 2014 esse ciclo de crescimento começa a desacelerar, até que em 2015 a economia brasileira tem um choque recessivo e se inicia a maior crise de sua história. Para Rossi e Mello(2017), as políticas de austeridade adotadas pelo governo a partir de 2014 e intensificadas em 2015 permitiram que houvesse choques fiscais, cambiais, monetários e de preços administrados. Somado à crise econômica, o lado político também ia de mal a pior, aumentando o clima de instabilidade e aprofundando a recessão. É nesse cenário complexo que se encerra o ciclo de poder da esquerda no comando do executivo, com o *impeachment* de Dilma Rousseff em 2016.

O objetivo desta seção é analisar a evolução do gasto público em saúde entre 2003 e 2017. A escolha desse período se justifica principalmente por representar o período anterior à pandemia de COVID 19, o que pode ajudar a entender muitas das dificuldades enfrentadas a partir de 2020. Além disso, o período concentra tanto um ciclo de crescimento econômico quanto a crise recente que se instaurou no país, permitindo que se faça uma análise de como os governos encaram a relevância do gasto público com saúde nos dois cenários.

Como é possível ver na tabela 1, entre 2003 e 2014 as três esferas do governo tiveram suas despesas em ASPS com crescimento real, que pode ser explicado em partes pela aprovação da EC 29 e pelas novas políticas de investimento público do governo. O impacto da EC 29 é bastante visível, principalmente pelo crescimento proporcional da participação dos Municípios no gasto com ASPS.

Nos anos de 2015 e 2016 houve uma ruptura do movimento ascendente que tomava o gasto público em saúde, o que pode ser explicado pela crise política e

econômica que se instaurou no país durante esse período. Contudo, entre 2003 e 2017 o orçamento público em saúde teve um crescimento de 120%, tendo o gasto dos estados aumentado em 130% e o dos municípios 169%. Mais uma vez, a Emenda Constitucional nº29 mostra seu papel fundamental na descentralização orçamentária do SUS, obrigando os Estados e Municípios a aumentar cada vez mais seus níveis de investimento em saúde pública. Entretanto, o gasto da União cresceu apenas 89% durante esse período, o que também realça os pontos negativos da regra.

Gasto das três esferas do governo com ASPS (2003-2017)

Ano	Total (R\$ bilhões de 2017)	União		Estados		Municípios	
		R\$ bilhões de 2017	% do total	R\$ bilhões de 2017	% do total	R\$ bilhões de 2017	% do total
2003	121,0	60,6	50,1	29,7	24,5	30,7	25,4
2004	138,8	68,4	49,3	36,1	26,0	34,3	24,7
2005	150,9	72,7	48,2	38,5	25,5	39,7	26,3
2006	164,0	76,5	46,7	43,2	26,3	44,3	27,0
2007	175,3	80,3	45,8	47,1	26,9	47,9	27,3
2008	192,3	83,5	43,4	53,1	27,6	55,7	29,0
2009	204,5	95,3	46,6	52,8	25,8	56,5	27,6
2010	215,7	96,5	44,7	58,1	26,9	61,2	28,4
2011	233,4	105,6	45,3	60,6	26,0	67,2	28,8
2012	245,0	110,9	45,3	62,1	25,3	72,1	29,4
2013	254,4	108,3	42,6	68,0	26,7	78,1	30,7
2014	265,6	112,7	42,4	70,3	26,5	82,6	31,1
2015	262,3	113,0	43,1	68,1	26,0	81,2	31,0
2016	256,6	109,9	42,8	65,5	25,5	81,2	31,6
2017	265,6	114,7	43,2	68,3	25,7	82,5	31,1

Tabela 1 - Gasto das três esferas do governo com ASPS (2003-2017)

Fonte: PIOLA, E BENEVIDES, VIEIRA, 2018

No gráfico 3 é possível verificar que, entre 2003 e 2017, a proporção do gasto público total com ASPS em percentual do PIB também aumentou nas três esferas. Nesse período, o custeio da saúde aumentou 0,89 pontos percentuais (p.p) do PIB, chegando a 4,05% em 2017. É evidente que houve um esforço maior por parte dos Municípios, uma vez que seu acréscimo foi de 0,46 p.p do PIB, enquanto o dos Estados e da União foi de 0,26 p.p e 0,27 p.p respectivamente. Ainda que entre 2015 e 2016 tenha havido uma retração do financiamento da saúde, o gasto como proporção do PIB aumentou nesse período pelo fato do crescimento do PIB ter sido inferior ao do gasto em ASPS. (PIOLA; E BENEVIDES; VIEIRA, 2018)

Gasto das três esferas do governo com ASPS em % do PIB (2003-2017)

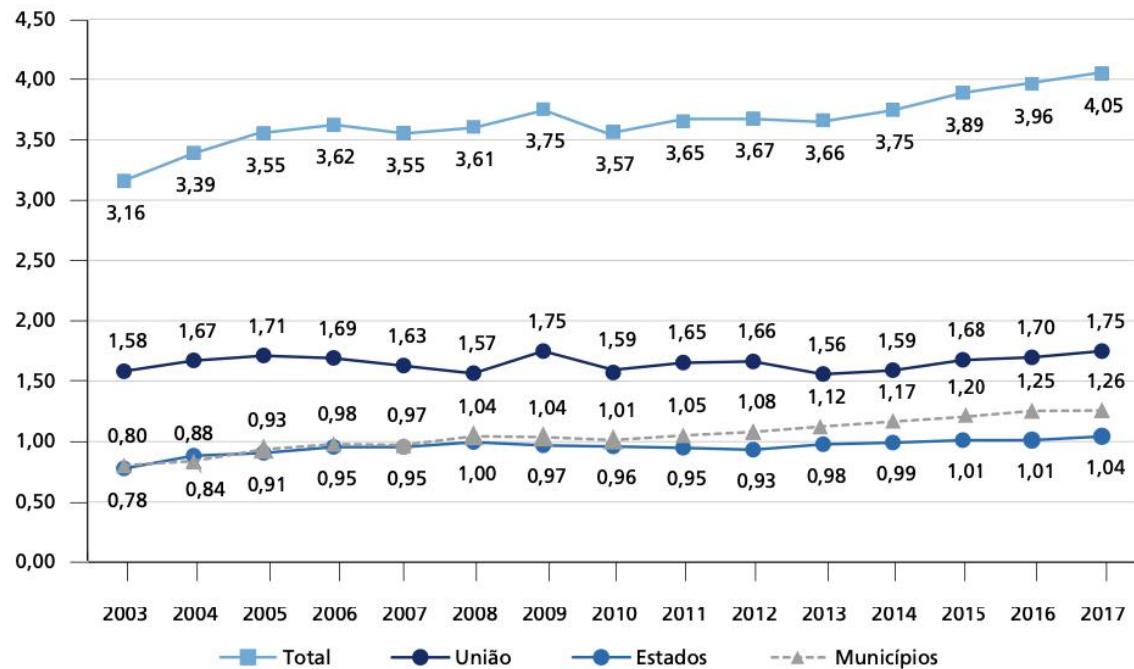


Gráfico 3 - Gasto das três esferas do governo com ASPS em % do PIB (2003-2017)  
Fonte: PIOLA, E BENEVIDES, VIEIRA, 2018

No gráfico 4, é possível analisar a evolução do gasto *per capita* com ASPS das três esferas políticas. Entre 2003 e 2017, a tendência geral é de crescimento, apesar da queda entre 2015 e 2016. Essa é mais uma evidência do impacto negativo da crise política e econômica que se iniciou nessa época e perdura até o momento, por afetar diretamente o gasto público em saúde. Mais uma vez, os municípios foram os que mais se esforçaram nesse aumento do gasto *per capita*, tendo mais que dobrado seus investimentos nesse período. Enquanto isso, o crescimento por cabeça pela União foi de 64% e 93% pelos Estados.

Gasto das três esferas do governo com ASPS em valores *per capita* (2003-2017)  
(Em R\$ de 2017)

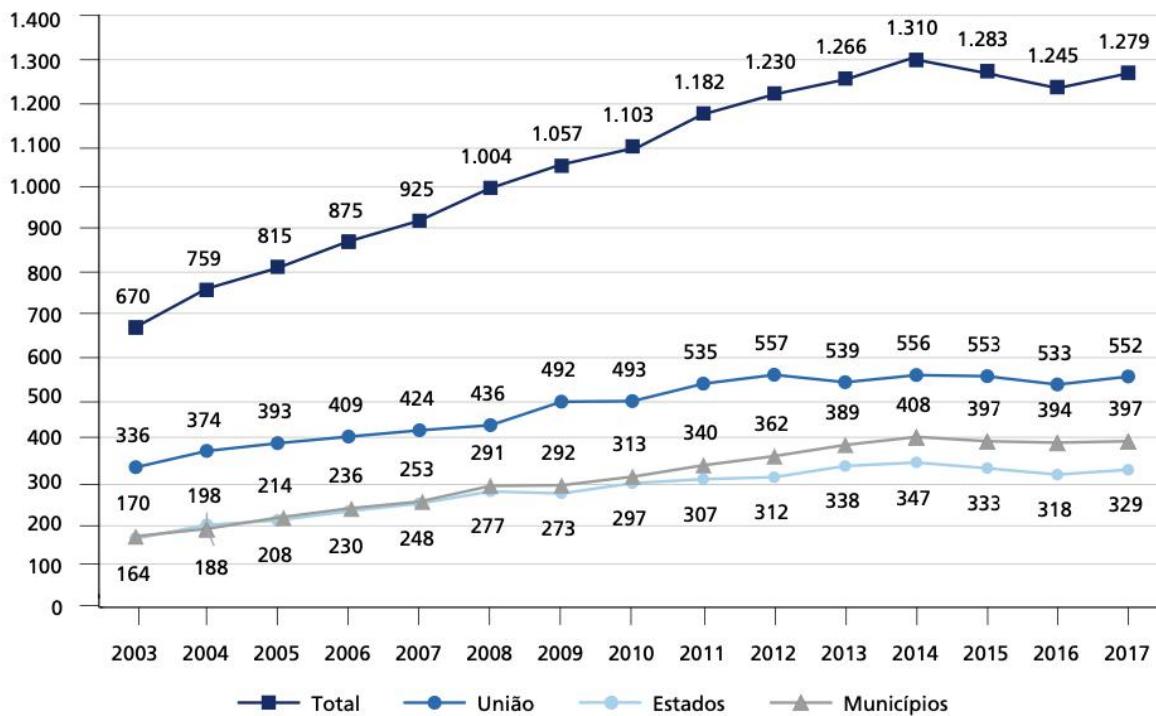


Gráfico 4 - Gasto das três esferas do governo com ASPS em valores per capita (2003-2017)  
Fonte: PIOLA, E BENEVIDES, VIEIRA, 2018

Outra análise importante a ser feita, é a do gasto público em ASPS por região, em valores *per capita*, para entender as desigualdades orçamentárias existentes no SUS. Nesse caso, está sendo considerado o gasto municipal e estadual com recursos próprios, somado aos gastos federais regionalizados. Portanto, os dados a seguir não representam o gasto total com ASPS das três esferas, e sim um valor descontado justamente por desconsiderar as aplicações diretas da União.

Como é possível verificar no gráfico 5, o gasto público total com ASPS por habitante cresceu em todas as regiões entre 2003 e 2014. Também é possível observar que as regiões Sudeste e Centro-Oeste, normalmente têm o gasto *per capita* acima da média brasileira. As outras regiões, contudo, possuem um histórico de gasto *per capita* em ASPS abaixo da média, sendo a região Nordeste a ter o pior desempenho do país. Entre 2004 e 2017, o aumento desse gasto no Sudeste foi de 54,1%, enquanto no Norte e Nordeste foi de 61,2% e 73,3% respectivamente. Essa performance do Norte e Nordeste pode ser explicada pelo fato de serem as regiões mais pobres do país, com recursos escassos por parte dos estados e municípios.

Gasto público total com ASPS por habitante e grandes regiões (2003-2017)  
(Em R\$ de 2017)

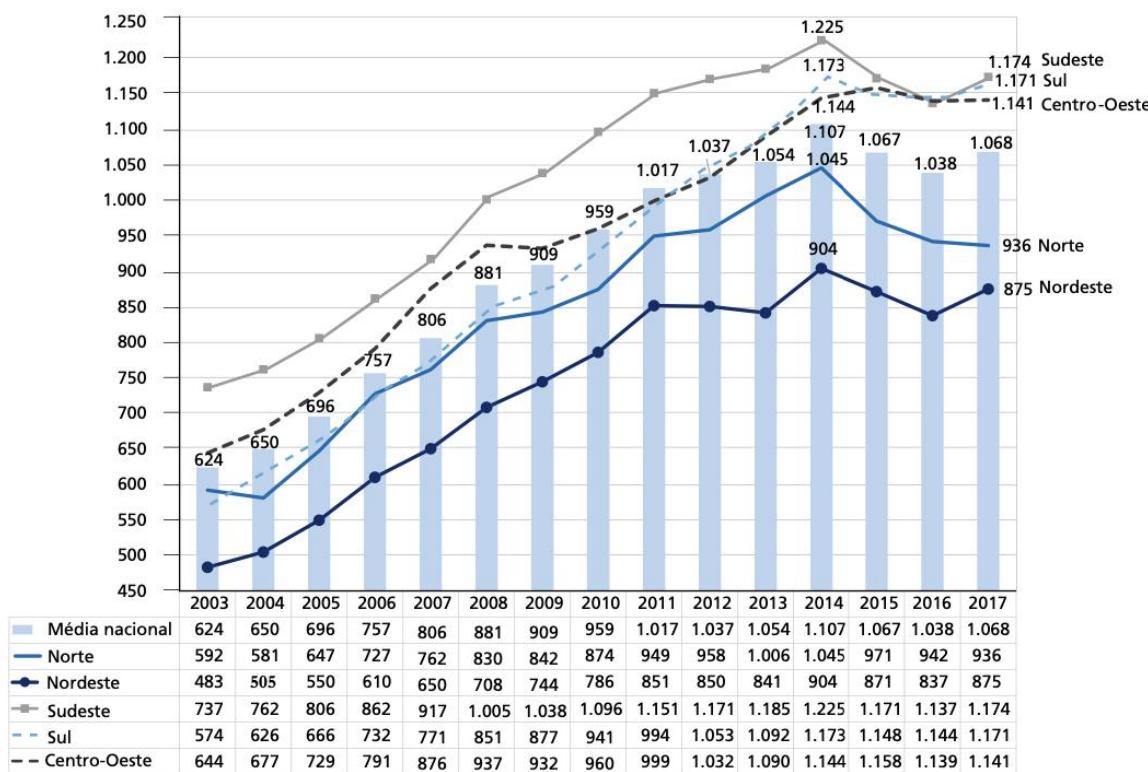


Gráfico 5 - Gasto público total com ASPS por habitante e grandes regiões (2003-2017)

Fonte: PIOLA, E BENEVIDES, VIEIRA, 2018

Aqui, a União assume um papel fundamental redutor dessas disparidades orçamentárias. Segundo o inciso II do § 3º do art. 198 da Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988), o rateio dos recursos federais destinados aos estados, municípios e Distrito Federal devem seguir critérios que busquem a redução progressiva das desigualdades regionais. Por esse motivo se faz necessário também analisar o comportamento da distribuição de recursos da União para cada região do país.

A partir da análise do gráfico 6, é possível notar a mudança de comportamento da União em praticamente todas as regiões, com exceção do Sul. Isso acontece por uma mudança metodológica da contabilização de gastos com servidores do Ministério da Saúde, que desde 2004 é considerada um dispêndio federal e não regional. As regiões que recebem os maiores valores *per capita* de recursos federais regionalizados são o Sul e Sudeste, as regiões mais ricas e populosas do país. O Nordeste, região com o menor gasto total *per capita* com ASPS, passou de quarto maior destino de recursos federais regionalizados para o segundo maior em 2015. Essa postura mostra uma certa determinação do MS em cumprir a regra definida pela CF 88 de reduzir as intensas desigualdades estruturais existentes entre as cinco regiões do Brasil.

Gasto federal com ASPS por habitante e grandes regiões (2003-2017)  
(Em R\$ de 2017)

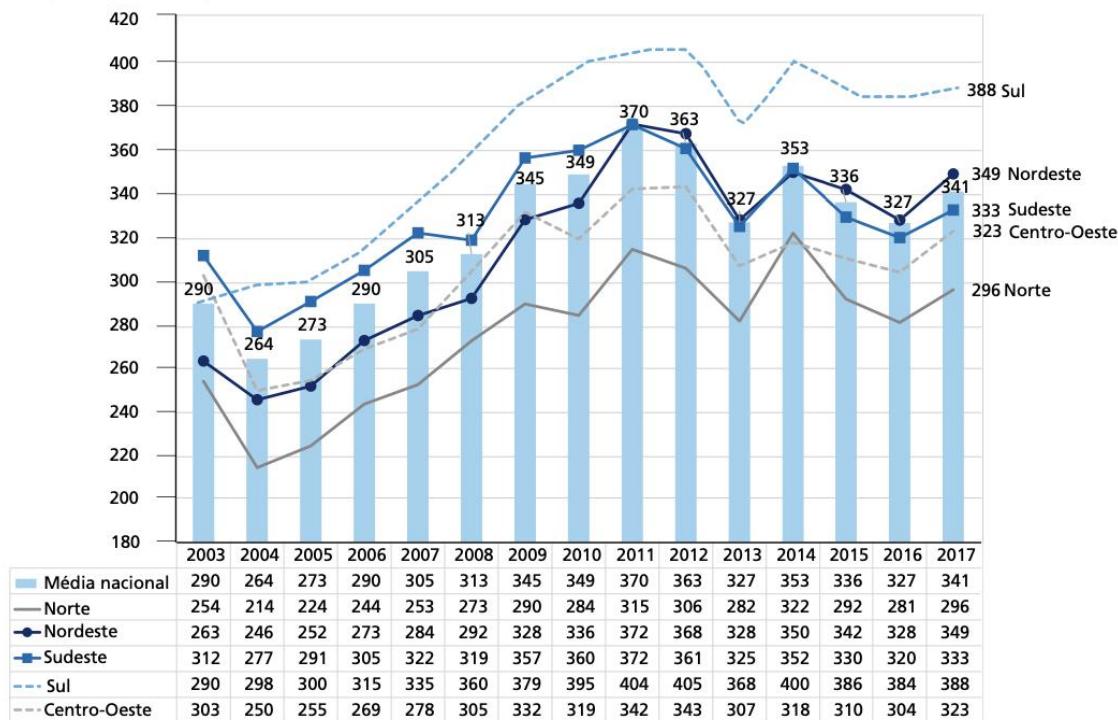


Gráfico 6 - Gasto federal com ASPS por habitante e grandes regiões (2003-2017)

Fonte: PIOLA, E BENEVIDES, VIEIRA, 2018

Voltando a analisar todo o dispêndio com ASPS, nota-se que a participação da União caiu de 50,1% em 2003 para 43,2% em 2017. Até certo ponto, esse movimento é aceitável pelo fato da EC 29, norma que perdurou pela maior parte desse período, ter buscado aumentar a participação e autonomia dos estados e municípios no orçamento da saúde. O gráfico 7 evidencia esse movimento de diminuição da participação dos recursos federais em todas as regiões do país.

Apesar da contração entre 2004 e 2017, o Nordeste é a região onde os recursos federais têm maior importância relativa no orçamento de ASPS. Já o Sul, uma das regiões que mais se beneficiavam das receitas da União em 2004, apresentaram a maior redução da participação federal da despesa até 2017. Na direção do que a EC 29 buscava, o Sul perdeu uma parcela da fonte de financiamento da União e buscou recursos internos nos estados e municípios. Já no Centro-Oeste a participação dos estados no orçamento é maior, pois os investimentos próprios do Distrito Federal são contabilizados como um custo dos estados.

Distribuição do gasto em ASPS das três esferas do governo, por grandes regiões (2003-2017)  
(Em % do total)

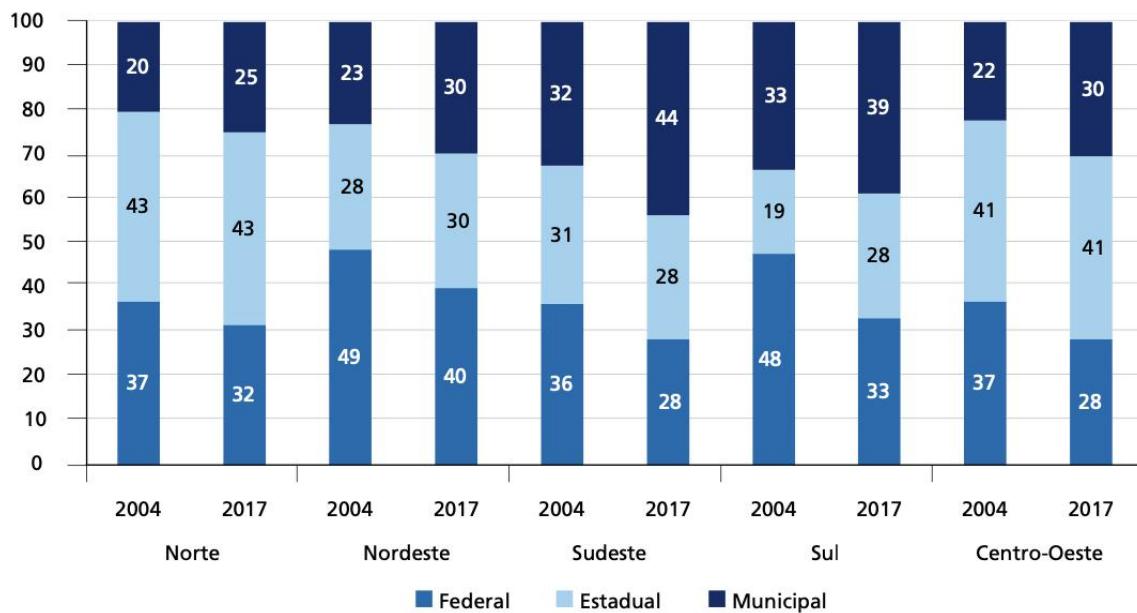


Gráfico 7 - Distribuição do gasto em ASPS das três esferas do governo, por grandes regiões (2003-2017)

Fonte: PIOLA, E BENEVIDES, VIEIRA, 2018

Os dados apresentados por Piola et al (2018) permitem que sejam feitas algumas constatações acerca da evolução orçamentária do SUS entre 2003 e 2017. A primeira conclusão é que a EC 29 possibilitou o crescimento real do gasto público em ASPS nas três esferas de governo, cumprindo uma demanda antiga. Além disso, a emenda também obrigou os estados, municípios e Distrito Federal a aumentarem o custeio da saúde, que tiveram o maior salto justamente por partirem de baixos níveis de comprometimento no início dos anos 2000. Dessa forma, era impossível que a União continuasse a ter a mesma participação no orçamento, pois o objetivo da regra era descentralizá-lo. Contudo, também é inegável que a União se acomodou já que a emenda permitiu que o crescimento de seus gastos apenas acompanhasse as variações do PIB, fazendo com que as aplicações sempre fossem próximas do piso.

Apesar da EC 29 ter tido sucesso em alguns pontos, ela não atingiu todas as expectativas que haviam sobre ela. Isso porque em seus primeiros anos de validade surgiram diversos debates sobre quais seriam os gastos que se encaixavam no conceito de ASPS e sobre quais seriam as bases de cálculo para os pisos de aplicação. Para piorar a situação, o governo federal e os governos estaduais criaram diversos mecanismos e manobras fiscais para burlar o piso de gastos em saúde. A União estabelecia o valor mínimo a ser investido anualmente com base na correção do montante comprometido no ano anterior, levando em conta o crescimento nominal

do PIB entre os dois anos precedentes. Essa abordagem permitia que o governo federal evitasse ultrapassar o piso, que nesse contexto operava como um teto, a fim de não ampliar a base de cálculo para os anos subsequentes. restos a pagar

Todos esses problemas levaram à aprovação da LC nº 141/2012, que definiu legalmente o que seriam as despesas que poderiam ser enquadradas como ASPS, além de criar novas regras para a recomposição de despesas inscritas como restos a pagar (RP). As brechas da EC nº 29 permitiam que as três esferas descrevessem recursos relevantes para a saúde como RPs e, posteriormente, fossem cancelados. Com a LC 141, há a obrigatoriedade da reposição dos valores dos RPs cancelados ou prescritos que fossem contabilizados no piso de aplicação, determinando a aplicação desses montantes até o término do exercício seguinte. (PIOLA, E BENEVIDES, VIEIRA, 2018)

Os dados também indicam um problema gravíssimo de desigualdade de aplicação de recursos em saúde entre as regiões do país. Primeiro, é possível notar que a distribuição dos recursos regionalizados feita pelo governo federal privilegia principalmente os estados do Sul do Brasil. Contudo, também há de se considerar o esforço do governo federal, que entre 2003 e 2017 transformou o Nordeste na segunda região que mais recebeu recursos federais para aplicação em saúde. Isso mostra que existe interesse por parte da União em reduzir essas disparidades orçamentárias existentes, de forma a cumprir seu papel definido na Constituição Federal de 1988.

Mesmo com esse empenho e uma certa melhora dos indicadores, a região Nordeste ainda é a que possui os menores gastos per capita em ASPS quando consideradas as três esferas políticas. Nesse contexto, se reforça a atuação do governo federal na distribuição de recursos, visto que a região possui os piores indicadores de renda do país e possui uma capacidade de arrecadação menor quando comparada às outras, o que dificulta o desempenho dos estados e municípios. No Sudeste, a região que apresentou o maior gasto per capita com recursos próprios de estados e municípios em 2017, o valor foi de R\$ 841, o que representa um aumento de 60% em relação ao Nordeste, que registrou o menor valor de R\$ 526 (gráfico 8).

Distribuição do gasto per capita em ASPS das três esferas do governo, por grandes regiões (2004-2017)  
(Em R\$ de 2017)

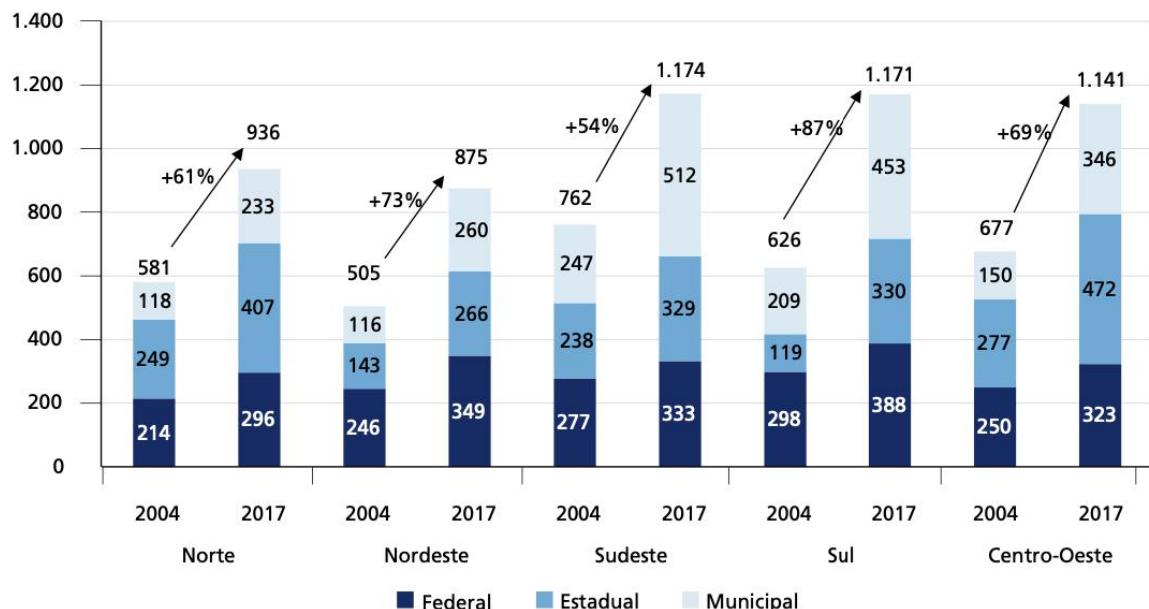


Gráfico 8 - Distribuição do gasto per capita em ASPS das três esferas do governo, por grandes regiões (2004-2017)

Fonte: PIOLA, E BENEVIDES, VIEIRA, 2018

Outro movimento importante é a redução da participação relativa do governo federal no gasto *per capita* em ASPS em regiões como Sul e Sudeste. Nesse contexto, a União passa a ter mais flexibilidade e pode direcionar mais recursos para a região que mais destoa da média, como é o caso do Nordeste. Para Piola et al (2018), a solução para a redução das desigualdades regionais na alocação de recursos na saúde não significa uma alocação igualitária, mas uma que considere as necessidades locais de cada região, baseando-se em sua estrutura demográfica, no quadro epidemiológico e na sua situação social e econômica.

Apesar do crescimento real do gasto público em saúde entre 2003 e 2017, é notório que o Brasil ainda tem um longo caminho a percorrer se quiser se adequar aos padrões internacionais. O gráfico 9 apresenta a evolução da participação do setor de saúde, tanto público quanto privado, no PIB em alguns países entre 2000 e 2018. Como fica evidente, o Brasil ainda investe menos em saúde proporcionalmente quando comparado a países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico(OCDE) como Canadá, França e Estados Unidos. Com exceção da Colômbia, os países sul americanos atingiram níveis de participação do gasto em saúde no PIB próximos a 10%, chegando perto dos patamares de países desenvolvidos. (SILVEIRA; GAIGER, 2021)

Evolução da participação do setor saúde no PIB em países selecionados - 2000, 2004, 2008, 2012, 2015 e 2018

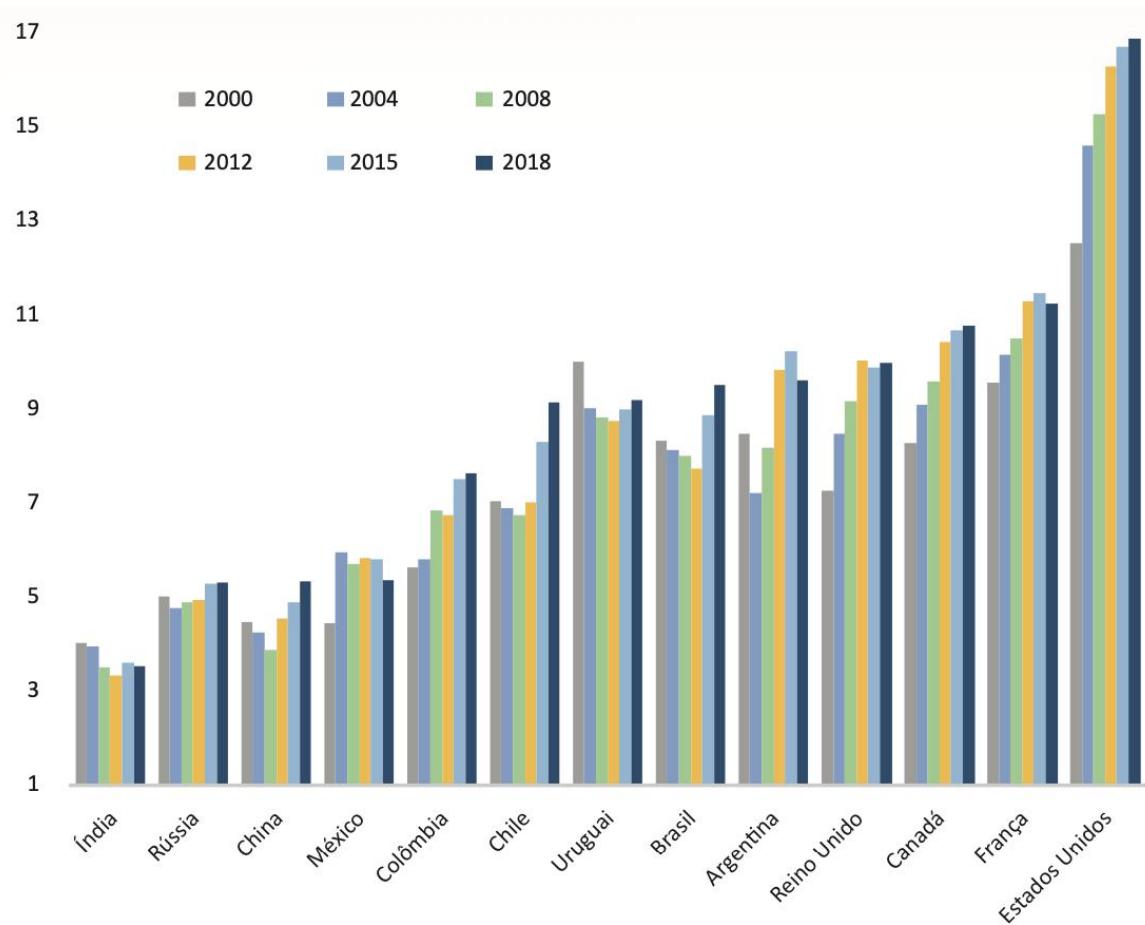


Gráfico 9 - Evolução da participação do setor saúde no PIB em países selecionados - 2000, 2004, 2008, 2012, 2015 e 2018

Fonte: SILVEIRA, GAIGER, 2021

Quanto à composição do gasto total no setor de saúde, a partir dos gráficos 10 e 11, é possível verificar a força do segmento privado dentro da saúde. Apesar do aumento da proporção gasto em saúde em relação ao PIB, entre 2000 e 2017 o gasto público no setor não foi o protagonista desses investimentos. Isso mostra que a saúde no Brasil segue uma certa tendência à mercantilização, contrariando preceitos defendidos na Constituição de 88 e se aproximando do Sistema Residual de proteção social e do modelo utilizado nos Estados Unidos.

Essa participação do setor privado na saúde pode ser explicada pelo consumo das famílias, que entre 2003 e 2019 passou a se filiar cada vez mais a planos de saúde. O gráfico 11 evidencia que durante esse período, a população coberta pelos planos de saúde passou de 24% para 29%. Além disso, o gasto das famílias com saúde também aumentou, alavancado pelo custo dos planos. De certa forma, essa tendência mostra que mesmo com os avanços orçamentários, a percepção pública sobre o SUS ainda deixa a desejar, fazendo com que a população tenda a buscar

alternativas na rede privada. (SILVEIRA; GAIGER, 2021)

Evolução da participação da saúde no PIB e da saúde pública no gasto total em saúde – Brasil, 2000 a 2017

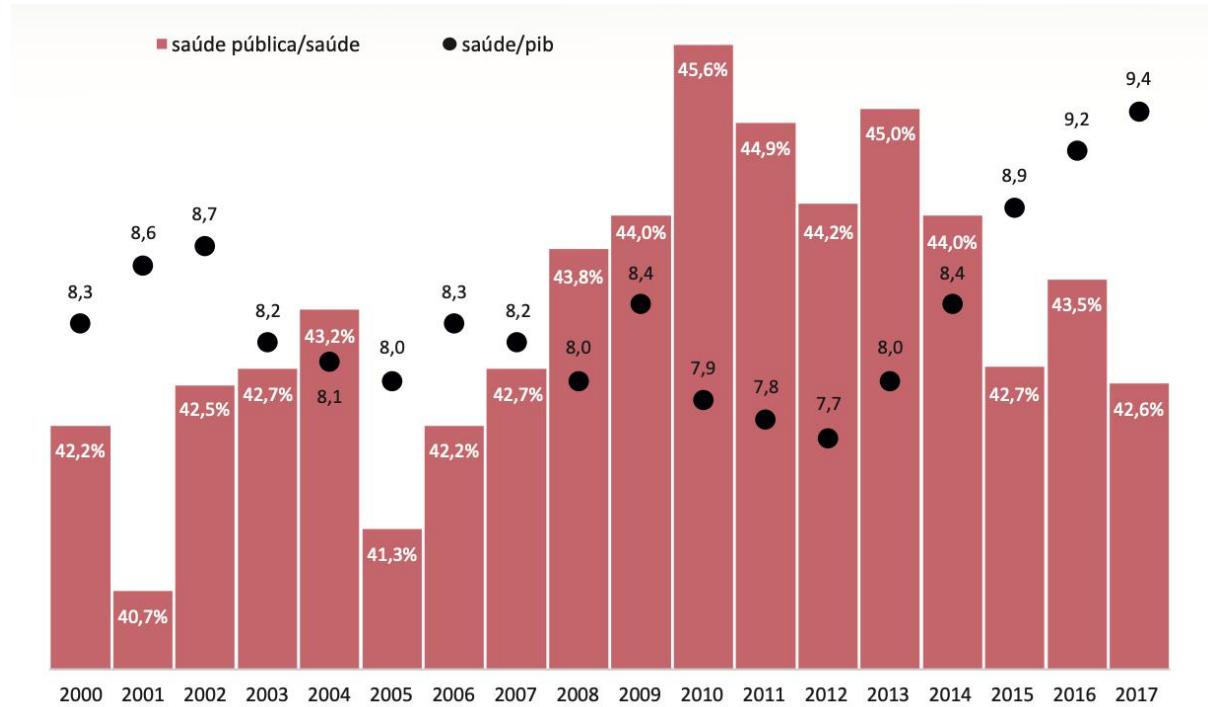


Gráfico 10 - Evolução da participação da saúde no PIB e da saúde pública no gasto total em saúde – Brasil, 2000 a 2017

Fonte: SILVEIRA, GAIGER, 2021

% da população filiada a planos de saúde (2003, 2008, 2013 e 2019) e participação das despesas de saúde no orçamento das famílias (2003, 2009 e 2017)

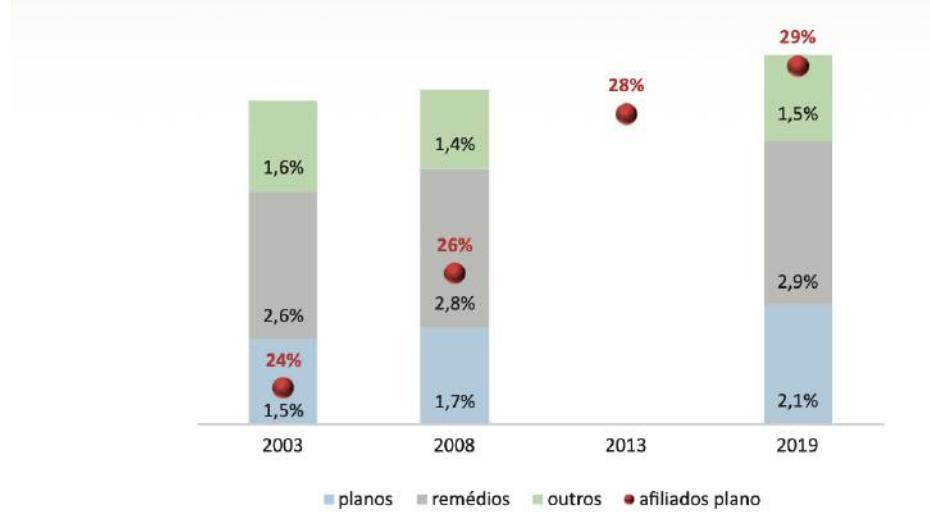


Gráfico 11 - % da população filiada a planos de saúde (2003, 2008, 2013 e 2019) e participação das despesas de saúde no orçamento das famílias (2003, 2009 e 2017)

Fonte: SILVEIRA, GAIGER, 2021

Segundo Tesser e Serapioni (2021), além da má administração do SUS, outros

três fatores impactam diretamente no seu subfinanciamento e sucateamento: (i) os crescentes gastos tributários em saúde; (ii) o financiamento de planos de saúde privados para servidores públicos; (iii) a falta de articulação entre o movimento sanitário e o sindical, que normalmente luta para garantir planos privados para os trabalhadores.

Os gastos tributários em saúde (GTS) são as renúncias de receitas governamentais dentro do setor da saúde. Normalmente essas renúncias envolvem a dedução fiscal dos gastos com planos de saúde privados de pessoas físicas e jurídicas, além do financiamento de planos de saúde para servidores públicos em geral. Tesser e Serapioni (2021) argumentam que os gastos tributários em saúde no ano de 2018 totalizam cerca de R\$ 39 bilhões, 14% do gasto tributário federal deste ano.

As despesas médicas que são deduzidas no Imposto de Renda Pessoa Física (IRPF) têm um impacto significativo no GTS, 46,8% das renúncias em saúde em 2013 segundo Tesser e Serapioni (2021). Além disso, 60% dessas deduções estavam concentradas entre aqueles que recebiam mais de dez salários mínimos, ou seja, o estado deixa de arrecadar bilhões que poderiam ser investidos no SUS para beneficiar as classes mais altas. Os autores também argumentam que em 2016, 71% das deduções de despesas médicas do IRPF eram gastos com planos de saúde. Esse mecanismo de renúncia fiscal fortalece o crescimento do setor privado na saúde e enfraquece o orçamento do SUS, tendo um impacto regressivo e concentrador.

Ao longo deste capítulo, foi possível compreender a trajetória dos mecanismos de financiamento do SUS ao longo de suas mais de três décadas. Ainda que no início da década de 90 não houvesse um compromisso tão firme com a saúde pública, o governo foi criando mecanismos de financiamento importantes para a pasta como o piso de 30% das receitas da Seguridade Social e a CPMF. Mas conforme apresentado, além desses instrumentos não serem suficientes para sustentar um sistema tão complexo quanto o SUS, a pauta da saúde também não era uma prioridade para os governos da época, que centravam seus esforços na estabilização econômica.

A partir dos anos 2000, a economia brasileira já começava a colher os frutos plantados pelo Plano Real em 94, trazendo uma maior estabilidade. É nesse contexto que surge a EC 29, sem sombra de dúvidas, o mecanismo mais importante de financiamento da saúde pública dos últimos 30 anos. Além de definir pisos de

investimento na saúde para as três esferas políticas, a emenda foi fundamental no aumento da participação dos estados e municípios, descentralizando cada vez mais a gestão do SUS. Apesar da norma ter, de certa forma, acomodado a participação da União, é inegável que ela foi fundamental para que o Brasil tivesse crescimento real do gasto em saúde pública entre 2003 e 2017.

É fato que durante esse período o cenário de investimentos públicos em saúde no Brasil melhorou bastante, permitindo uma maior democratização do SUS. Além da melhora da proporção entre gastos com ASPS em relação ao PIB, a União também passou a mover esforços maiores para a redução das desigualdades de investimentos em cada região do país. Contudo, o Brasil ainda tem um longo caminho a percorrer se quiser seguir as tendências internacionais de países desenvolvidos.

Até junho de 2023, o Teto de Gastos era o que regia as contas públicas, congelando os gastos primários até 2036 e freando um possível crescimento real dos gastos públicos em saúde. Nesse contexto, o aumento da participação do governo federal no custeio do SUS seria um desafio enorme, justamente por ter que disputar recursos com outras pautas dentro de um orçamento limitado. As possíveis mudanças demográficas e epidemiológicas, somadas à atual incapacidade de ofertar serviços públicos de alto nível para toda população e a defasagem tecnológica tornariam o cenário dos próximos 13 ainda mais preocupantes para a pasta da saúde pública no Brasil. Contudo, com a aprovação do novo Marco Fiscal em 2023, essa realidade pode mudar bastante.

#### **4 A IMPORTÂNCIA DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL**

Ao longo deste projeto, um dos objetivos principais foi explicitar o papel fundamental da saúde pública na vida da população brasileira. Contudo, não é possível compreender a importância das ações do SUS sem conhecer as características principais de seus usuários. A primeira parte deste capítulo visa traçar o perfil demográfico e socioeconômico daqueles que mais dependem da saúde pública.

Em seguida, o texto busca compreender o comportamento dos preços dos planos de saúde da rede privada, e como isso afeta a população como um todo. Ao se basear no que o SUS deveria ser, o setor privado deveria ser apenas um coadjuvante na prestação de serviços de saúde. Porém, como visto no capítulo

anterior, os planos vem ganhando cada vez mais força e clientes, muitas vezes, por uma incapacidade do SUS em prover o melhor atendimento para a população.

Atendendo mais de 200 milhões de pessoas, o Sistema Único de Saúde é referenciado globalmente como um exemplo de sistema de saúde com alta cobertura da população. Diante das grandes diversidades racial, social e econômica existentes no Brasil, surge uma questão importante: quem é o usuário do SUS? Obviamente, o sistema visa impactar a população como um todo, sem distinção de credo, sexualidade ou raça, mas também precisa cumprir seu caráter constitucional de redutor de desigualdades. Nesse sentido, se faz necessário traçar o perfil dos usuários do SUS, de forma a compreender quem são os mais impactados pelo sistema.

Para traçar esse perfil, serão utilizados dados da Pesquisa Nacional sobre Acesso e Promoção do Uso Racional de Medicamentos - Serviços (PNAUM), um estudo que busca levantar informações com uma amostra representativa de serviços de atenção primária em diversos municípios das regiões do Brasil. A pesquisa realizou diversas entrevistas presenciais com os usuários, médicos e responsáveis pelos serviços de atenção primária do SUS, com amostras estratificadas por regiões e ponderadas de acordo com o tamanho de suas populações.

Apesar da pesquisa não ser sobre todos os usuários do SUS, ela já nos permite ter uma noção ampla das características de boa parte de seus usuários. Vale lembrar que a Atenção Primária à Saúde(APS) é a porta de entrada de quem quer acessar serviços de saúde em todos os níveis de complexidade. Além disso, a APS tem um papel fundamental na política nacional de saúde e é considerada o foco do SUS para democratizar a atenção à saúde para toda a população.

Na Tabela 2 é possível verificar a quantidade de usuários que participaram da entrevista nos serviços de APS, com proporções ponderadas e intervalos de confiança de 95%(IC95%). Diante disso, pôde-se constatar que a maior parte dos entrevistados são mulheres, chegando a 76% das respostas de todo o Brasil, principalmente na faixa etária dos 18 a 39 anos (42,9%). Quanto a raça, 58,2% dos entrevistados eram negros, utilizando a denominação do IBGE que inclui pretos e pardos, enquanto 39,7% eram brancos. Nas regiões Nordeste e Norte há uma predominância forte da população negra dentre os usuários entrevistados, lógica que se inverte fortemente no Sul do país. Além disso, a maior parte dos usuários era casada ou tinha união estável, chegando a 64,4%.

Número e proporção ponderada de usuários entrevistados nos serviços de Atenção Primária à Saúde, segundo características demográficas e região geográfica.

Variável	Norte		Nordeste		Centro-Oeste		Sudeste		Sul		Brasil	
	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %
<b>Total de entrevistados e % ponderada</b>												
	1.625	5,9	1.675	29,7	1.525	5,9	1.837	34,0	2.014	24,5	8.676	100,0
<b>Nº mulheres entrevistadas</b>	1.225		1.351		1.134		1.416		1.517		6.643	
	74,4	72,1–76,7	78,4	75,8–80,8	73,0	70,3–75,5	75,3	72,9–77,6	74,5	72,2–76,7	75,8	74,6–77,1
<b>Nº homens entrevistados</b>	400		324		391		421		497		2.033	
	25,6	23,3–27,9	21,6	19,2–24,2	27,0	24,5–29,7	24,7	22,4–27,1	25,5	23,3–27,8	24,2	22,9–25,4
<b>Sexo feminino por faixa etária (anos)</b>												
18 a 39	59,9	57,0–62,8	45,6	42,3–49,0	51,0	47,6–54,5	39,5	36,5–42,6	38,4	35,6–41,3	42,9	41,3–44,6
40 a 59	27,6	25,1–30,4	35,3	32,2–38,6	31,8	28,7–35,1	39,0	36,0–42,0	40,4	37,5–43,4	37,1	35,6–38,8
60 e +	12,4	10,6–14,5	19,1	16,6–21,9	17,1	14,7–19,9	21,5	19,0–24,2	21,2	18,9–23,7	19,9	18,6–21,3
<b>Sexo masculino por faixa etária (anos)</b>												
18 a 39	41,5	35,5–46,7	28,9	23,5–35,0	35,0	29,7–40,6	26,0	21,5–31,1	31,0	26,4–35,9	29,6	27,1–32,3
40 a 59	37,2	32,3–42,3	36,5	30,5–43,0	35,9	30,6–41,5	36,4	31,3–41,8	39,5	34,6–44,6	37,3	34,5–40,1
60 e +	21,3	17,4–25,9	34,5	28,7–40,9	29,2	24,3–34,6	37,6	32,4–43,1	29,5	25,1–34,3	33,1	30,4–36,0
<b>Cor da pele</b>												
Branca	15,2	13,5–17,2	25,7	23,2–28,4	29,1	26,5–31,8	41,3	38,7–44,0	63,1	60,6–65,5	39,7	38,3–41,1
Preta	8,8	7,4–10,4	7,8	6,4–9,5	9,2	7,7–11,0	9,2	7,7–10,8	5,4	4,4–6,7	7,8	7,1–8,6
Amarela	0,1	0,0–0,3	0,3	0,1–0,8	0,6	0,3–1,3	3,8	2,8–5,0	0,2	0,1–0,7	1,5	1,1–1,9
Parda	75,1	72,8–77,3	66,0	63,1–68,7	60,7	57,8–63,5	45,2	42,5–47,9	30,4	28,1–32,8	50,5	49,0–51,9
Indígena	0,7	0,4–1,3	0,2	0,0–0,7	0,3	0,1–0,9	0,2	0,1–0,7	0,1	0,0–0,4	0,2	0,1–0,4
<b>Estado civil</b>												
Solteiro	26,1	23,9–28,4	21,4	19,2–23,9	23,9	21,5–26,5	21,2	19,1–23,5	21,4	19,4–23,6	21,8	20,6–23,0
Casado	39,0	36,5–41,5	45,7	42,8–48,7	49,0	46,1–51,9	52,0	49,3–54,7	49,8	47,3–52,4	48,6	47,2–50,1
União estável	26,4	24,1–28,7	21,3	19,0–23,8	15,1	13,1–17,3	12,1	10,4–14,0	12,8	11,2–14,6	16,0	15,0–17,1
Divorciado/separado	4,0	3,1–5,1	5,3	4,1–6,7	6,7	5,4–8,3	7,8	6,4–9,3	7,6	6,4–9,1	6,7	6,0–7,5
Viúvo	4,5	3,5–5,7	6,2	4,9–7,8	5,1	3,9–6,5	6,8	5,5–8,2	8,2	6,9–9,7	6,7	6,0–7,5
Outros	0,1	0,0–0,6	0,1	0,0–0,4	0,3	0,1–0,6	0,2	0,1–0,5	0,2	0,0–0,6	0,1	0,1–0,3

Tabela 2 - Número e proporção ponderada de usuários entrevistados nos serviços de Atenção Primária à Saúde, segundo características demográficas e região geográfica.

Fonte: PNAUM - Serviços, 2015

Já a tabela 3 apresenta variáveis socioeconômicas como nível educacional e classe social. Mais da metade dos entrevistados, 53,7%, apenas concluíram o ensino fundamental, enquanto 29,9% terminaram o ensino médio e apenas 6,2% têm ensino superior. Num geral, a distribuição de nível de escolaridade entre sexo e regiões não varia muito, com excessão da quantidade de usuários analfabetos no Nordeste, 13,7% do total.

Em relação a renda, será utilizada a classificação definida pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas. É possível notar que a pesquisa é majoritariamente protagonizada por pessoas da classe C, 55,1% do total, enquanto a classe D representa 30%. Já as classes A+B são as que menos tiveram participação, sendo bem menor no Norte e Nordeste e bem maiores no Sul do país. Além disso, 32% de todos entrevistados recebiam algum tipo de auxílio governamental, proporção que se intensifica nas regiões Norte e Nordeste. Outro dado relevante é que apenas 9,8% dos usuários de APS entrevistados possuíam plano de saúde, estatística que cresce bastante no Sul e cai drasticamente no Norte do país.

Características socioeconômicas dos usuários dos serviços de Atenção Primária à Saúde, por região

Variável	Norte		Nordeste		Centro-Oeste		Sudeste		Sul		Brasil	
	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %
<b>Escolaridade por sexo</b>												
Analfabeto												
F	7,9	6,4–9,7	12,5	10,4–14,9	5,8	4,4–7,7	7,2	5,7–9,0	11,2	9,4–13,2	9,7	8,8–10,8
M	13,6	10,4–17,6	18,1	13,6–23,5	7,4	4,9–11,1	8,5	5,8–12,1	11,0	8,1–14,6	11,9	10,1–14,0
Total	9,4	7,9–11,0	13,7	11,8–15,9	6,3	5,0–7,9	7,5	6,2–9,1	11,1	9,6–12,8	10,3	9,4–11,2
Fundamental												
F	48,5	45,6–51,5	53,9	50,6–57,2	54,2	50,8–57,5	52,1	49,0–55,1	49,0	46,0–52,0	51,8	50,2–53,5
M	60,6	55,4–65,4	58,5	52,1–64,6	66,8	61,2–71,9	63,2	57,8–68,3	54,6	49,5–59,6	59,8	56,9–62,6
Total	51,6	49,0–54,2	54,9	52,0–57,8	57,6	54,6–60,4	54,8	52,1–57,5	50,4	47,9–53,0	53,7	52,3–55,2
Médio												
F	37,5	34,7–40,4	28,8	25,9–31,9	32,8	29,7–36,1	33,8	31,0–36,8	31,7	29,0–34,5	31,9	30,4–33,5
M	22,7	18,8–27,1	21,2	16,5–26,9	22,0	17,7–27,0	22,8	18,6–27,6	26,6	22,4–31,4	23,3	21,0–25,8
Total	33,7	31,4–36,2	27,2	24,6–29,9	29,9	27,3–32,6	31,1	28,7–33,6	30,4	28,1–32,8	29,9	28,6–31,2
Superior												
F	6,0	4,8–7,6	4,8	3,5–6,4	7,2	5,6–9,1	6,9	5,5–8,7	8,2	6,7–9,9	6,5	5,8–7,4
M	3,2	1,9–5,3	2,3	1,0–4,8	3,8	2,2–6,7	5,6	3,6–8,5	7,8	5,5–11,0	5,0	3,9–6,3
Total	5,3	4,3–6,5	4,2	3,2–5,5	6,3	5,0–7,8	6,6	5,4–8,0	8,1	6,8–9,6	6,2	5,5–6,9
ABEP												
A+B	7,1	5,7–9,1	5,5	4,1–8,0	11,1	8,8–14,5	15,4	12,0–18,7	28,1	24,5–32,5	14,9	13,5–16,5
C	54,9	50,2–59,6	45,6	40,9–50,5	64,3	58,9–70,0	57,2	52,5–62,2	61,5	57,1–66,4	55,1	52,6–57,7
D+E	38,0	34,7–41,8	48,9	44,9–53,3	24,6	21,8–27,9	27,4	24,6–30,6	10,4	8,8–12,5	30,0	28,3–31,9
<b>Auxílio governamental</b>												
Bolsa família	36,5	30,3–43,1	46,7	41,0–52,5	19,0	15,3–23,4	14,4	11,5–17,7	11,3	9,2–13,8	24,8	21,7–28,2
Seguro desemprego	0,6	0,3–1,2	0,1	0,0–0,6	0,6	0,2–2,0	0,3	0,1–0,6	0,9	0,5–1,8	0,4	0,3–0,7
Não tem	58,8	53,5–63,9	47,2	43,4–51,1	77,0	73,6–80,1	82,1	78,3–85,3	74,6	68,1–80,2	68,2	64,2–72,0
Outro	4,0	2,3–7,0	5,8	2,2–14,5	3,4	2,0–5,7	3,2	1,8–5,7	13,2	8,4–20,0	6,5	4,5–9,3
<b>Plano de saúde</b>												
Sim	2,5	1,9–3,3	8,5	6,0–12,1	6,2	5,0–7,6	9,6	8,0–11,5	16,7	14,7–18,8	9,8	8,9–10,7

Tabela 3 - Características socioeconômicas dos usuários dos serviços de Atenção Primária à Saúde, por região

Fonte: PNAUM - Serviços, 2015

Outro dado relevante é que 73% dos entrevistados responderam que sempre procuram atendimento de APS nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), o que mostra a importância da manutenção desse serviço e a dependência da população comum para com o setor público de saúde. Além disso, 22,9% dos usuários declararam que utilizaram o atendimento de emergência nos últimos doze meses antes da pesquisa. Ou seja, pouco mais de um quinto dos entrevistados recorre ao setor público em casos de urgência. Além disso, 60,3% dos usuários demandaram remédios da farmácia do SUS, reforçando o papel fundamental do sistema não apenas no atendimento médico, mas também no tratamento e promoção da saúde através da distribuição de remédios.

Procura de serviços de saúde e medicamentos, por região

Procura por serviço e medicamentos	Norte		Nordeste		Centro-Oeste		Sudeste		Sul		Brasil	
	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %
<b>Procura por atendimento na UBS</b>												
Sempre	67,0	64,4–69,4	75,6	73,0–78,1	60,4	37,5–63,3	73,5	71,0–75,8	73,4	71,0–75,6	73,0	71,7–74,2
Repetidamente	4,6	3,6–5,9	3,1	2,2–4,3	6,3	4,9–7,9	5,2	4,2–6,6	1,8	1,2–2,6	3,8	3,3–4,4
Às vezes	19,2	17,1–21,4	13,0	11,1–15,1	19,4	17,1–21,8	11,9	10,2–13,7	16,5	14,7–18,6	14,2	13,2–15,2
Raramente	6,0	4,8–7,3	5,2	4,0–6,7	10,6	8,9–12,6	7,1	5,8–8,6	5,2	4,1–6,5	6,2	5,5–6,9
Nunca	0,0	0,0–0,3	0,0	0,0–0,1	0,2	0,1–0,7	0,4	0,2–0,9	0,1	0,0–0,5	0,2	0,1–0,4
Primeira vez	3,2	2,4–4,4	3,0	2,2–4,2	3,1	2,3–4,3	1,9	1,4–2,8	3,0	2,3–4,0	2,7	2,3–3,2
<b>Usou emergência no último ano</b>												
Sim	21,0	19,0–23,3	22,3	20,0–24,9	26,1	23,3–28,8	18,3	16,3–20,5	29,5	27,2–31,9	22,9	21,7–24,1
<b>Internação nos últimos 12 meses</b>												
Sim	8,8	7,4–10,5	9,4	7,8–11,3	12,5	10,0–14,6	7,6	6,3–9,1	12,1	10,5–13,9	9,6	8,8–10,5
<b>Tomou remédio no último mês</b>												
Sim	64,5	62,0–67,0	73,7	71,1–76,2	70,7	68,0–73,3	74,5	72,1–76,8	83,4	81,4–85,2	75,6	74,4–76,9
<b>Procurou remédio em farmácia do SUS nos últimos 3 meses?</b>												
Apenas na UBS	44,9	42,3–47,6	38,3	35,4–41,2	33,7	31,1–36,6	43,2	40,5–45,9	50,1	47,5–52,6	43,0	41,5–44,4
Apenas em outras Farmácias SUS	4,2	3,3–5,4	4,5	3,4–6,0	9,6	8,0–11,4	5,5	4,4–6,9	6,7	5,5–8,1	5,7	5,1–6,4
Em ambas	18,4	16,4–20,6	16,7	14,6–19,0	21,4	19,0–23,9	19,8	17,7–22,1	16,6	14,8–18,6	18,1	17,0–19,2
Não procurei	16,0	14,2–18,0	6,5	5,2–8,1	9,6	8,1–11,3	12,8	11,1–14,8	15,5	13,7–17,5	11,6	10,7–12,5
Não utilizei nenhuma farmácia do SUS	16,5	14,5–18,6	33,0	30,9–36,5	25,6	23,1–28,3	18,1	16,1–20,2	11,1	9,6–12,8	21,4	20,2–22,6

Tabela 4 - Procura de serviços de saúde e medicamentos, por região

Fonte: PNAUM - Serviços, 2015

A partir dos dados demonstrados é possível concluir que os principais usuários da APS são mulheres jovens de 18 a 39 anos e homens mais velhos de 40 a 59 anos, negros, casados ou com união estável, com baixo nível de escolaridade, pertencentes à classe C e sem plano de saúde. Essa constatação reforça a importância do papel do SUS dentro da sociedade, uma vez que o atendimento principal do sistema é utilizado majoritariamente por quem está na base da pirâmide social brasileira e não possui recursos financeiros para arcar com planos de saúde.

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística define como negros a soma total daqueles autodeclarados pretos e pardos, representando 56% da população total do Brasil em 2022. Apesar de ser maioria quantitativa, a população negra brasileira lidera as taxas de homicídio, de analfabetismo, de pessoas abaixo das linhas de pobreza, entre outras que podem ser vistas na imagem 1. Essas estatísticas escancaram o problema da desigualdade social brasileira, que além de ter um peso econômico, também possui uma forte influência racial.

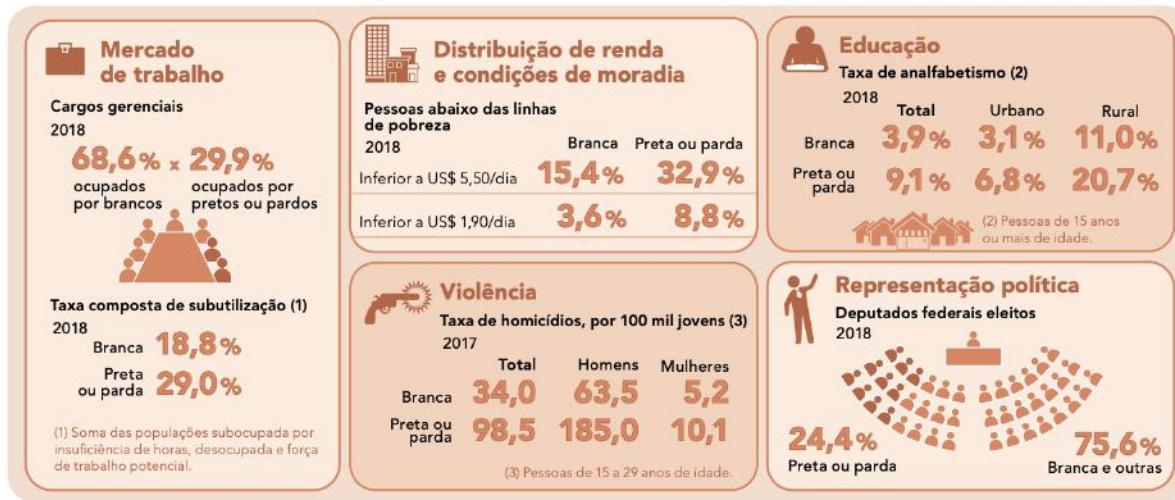


Imagen 1: Dados de Mercado de trabalho, distribuição de renda e condições de moradia, violência, educação e representação política por raça

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais.

Segundo o IBGE(2019), em 2018, apenas 27,7% das pessoas presentes entre os 10% com maiores rendimentos eram negras. Já entre os 10% com menores rendimentos, negros chegam a 75,2% dos indivíduos, o que mostra o abismo brutal de renda existente no Brasil (gráfico 12). Enquanto o rendimento médio domiciliar *per capita* da população branca era de R\$ 1846 em 2018, o da população negra era de R\$ 934, ou seja, uma diferença de quase 50%.

Além disso, pretos e pardos também lideram entre aqueles que estão abaixo da linha de pobreza. Utilizando a metodologia do Banco Mundial, aqueles cujo rendimento diário domiciliar *per capita* é inferior a US\$ 1,90 encontram-se na extrema pobreza. Nesse contexto, apenas 3,6% das pessoas brancas brasileiras têm rendimentos inferiores a esse valor, enquanto 8,8% das pessoas negras se encontram nessa condição. Como o valor de 1,90 é muito baixo para acompanhar a pobreza de países mais desenvolvidos, também pode-se usar US\$ 5,50 diários como piso. Com esse cenário, 15,4% da população branca está abaixo da linha de pobreza, quase metade da população negra nesse quadro, 32,9% (gráfico 13). Todos esses indicadores revelam a profundidade das desigualdades etnico-raciais existentes no Brasil, ressaltando as desvantagens entre brancos e negros.

### Distribuição da população segundo as classes de percentual de pessoas em ordem crescente de rendimento domiciliar per capita (%)

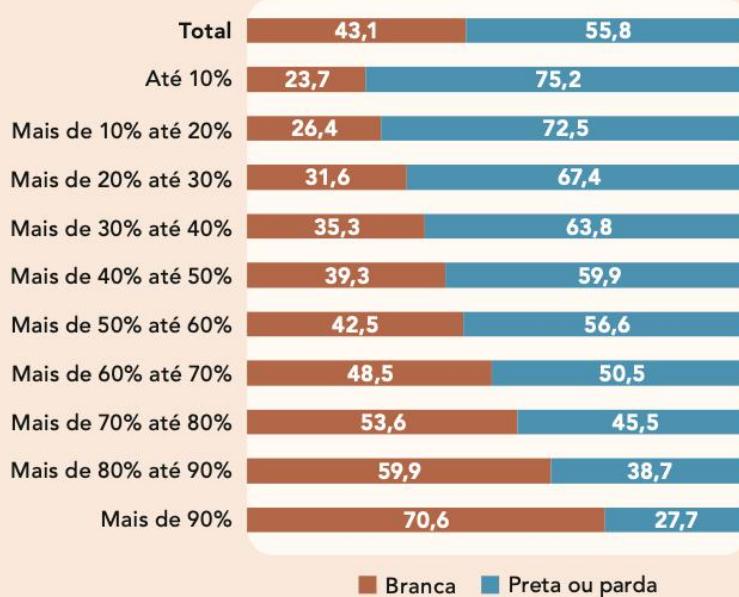


Gráfico 12: Distribuição da população segundo as classes de percentual de pessoas em ordem crescente de rendimento domiciliar per capita

Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua 2018

### Pessoas com rendimento mensal domiciliar per capita abaixo das linhas de pobreza (%)



Gráfico 13: Pessoas com rendimento mensal domiciliar per capita abaixo das linhas de pobreza

Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua 2018

Ao virar atenção para Indicadores relacionados à abrangência dos serviços de saneamento básico, também fica evidente a existência de uma disparidade com base na cor ou raça. Em 2018, constatou-se que uma proporção maior da população negra ou parda residia em domicílios desprovidos de coleta de lixo (12,5% em comparação com 6,0% da população branca), sem acesso a abastecimento de água proveniente de rede geral (17,9% em contraste com 11,5% da população branca) e sem sistema de esgotamento sanitário por meio de rede coletora ou pluvial (42,8% em oposição a 26,5% da população branca). Essa realidade implica em uma condição de vulnerabilidade e uma maior exposição a vetores de doenças. A população negra brasileira está, portanto, mais suscetível a certas enfermidades pela falta de atuação do poder público em garantir condições básicas de saúde e dignidade para seus cidadãos.

#### **Pessoas residindo em domicílios sem acesso a serviços de saneamento, com inadequações domiciliares e posse de bens (%)**

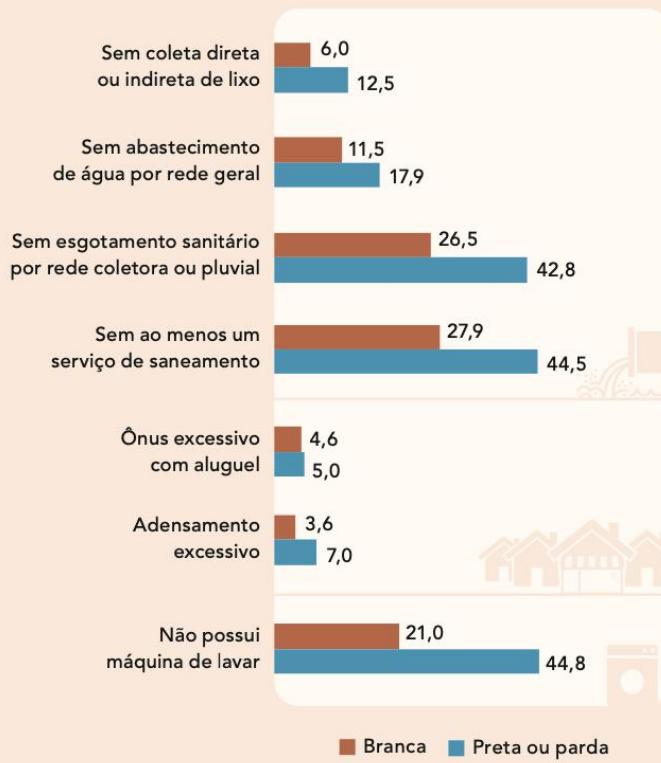


Gráfico 14: Pessoas residindo em domicílios sem acesso a serviços de saneamento, com inadequações domiciliares e posse de bens

Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua 2018

Cruzando o perfil dos usuários de APS com os dados apresentados anteriormente, é possível concluir que uma parte considerável dos beneficiados pelo

SUS são aqueles que se encontram na base da pirâmide social. A atuação desempenhada pelos SUS se mostra ainda mais fundamental, justamente por atender principalmente a população mais vulnerável. A partir disso, é razoável considerar que o desmantelamento das políticas públicas de saúde e seu subfinanciamento trariam prejuízos severos para a população como um todo, mas a comunidade negra brasileira seria a mais impactada.

E são políticas como o Teto de Gastos que na prática impediam o crescimento real das despesas em saúde. Qualquer piora no atendimento do serviço do SUS pode ter impactos rigorosos sobre a população mais vulnerável, podendo aprofundar ainda mais as persistentes desigualdades econômicas e étnico-raciais existentes no país. Se hoje a estrutura do sistema já não é suficiente para atender as demandas da população da melhor forma possível, com o orçamento que até 2036 só terá correções inflacionárias a situação poderá se agravar. Sem considerar as mudanças demográficas, tecnológicas e sanitárias que poderiam ocorrer nos próximos 13 anos, congelar o financiamento de uma pasta tão importante quanto a saúde era extremamente arriscado.

Como visto no capítulo anterior, uma tendência dentro do setor da saúde no Brasil é o crescimento da participação do setor privado. O crescimento da adesão da população aos modelos de planos de saúde privados é o retrato da percepção social que impera sobre o SUS. Devido à incapacidade em atender a população com agilidade, aqueles que possuem condições financeiras buscam atendimento na rede privada. Contudo, essa está muito longe de ser a realidade da maioria da população brasileira, que depende diariamente do SUS.

Como é possível ver na Tabela 5, em 2018, o valor médio pelo qual um plano de saúde completo individual é oferecido para pessoas com 59 anos ou mais é R\$ 1343,78. Esse valor é maior que o salário mínimo em 2023, que equivale a R\$ 1320. Esse valor é referente ao plano ambulatorial e hospitalar, ou seja, além dos exames, procedimentos e consultas realizados em ambulatórios, o plano também cobre internações e procedimentos de maior complexidade. Para os mais jovens, a média de preço é abaixo do salário mínimo: R\$ 964,97 para quem tem entre 54 e 58 anos e R\$750,41 para quem tem entre 49 e 53 anos.

Estatísticas dos Valores Comerciais dos Planos, por tipo de Segmentação Assistencial e Faixa Etária, 2018

Cobertura	Faixa Etária	Valor Comercial Médio Individual	Valor Comercial Médio Coletivo
Ambulatorial	0 a 18 anos	89,84	80,00
	19 a 23 anos	109,79	92,42
	24 a 28 anos	122,17	101,98
	29 a 33 anos	135,98	113,12
	34 a 38 anos	153,36	126,58
	39 a 43 anos	174,41	144,88
	44 a 48 anos	206,08	177,93
	49 a 53 anos	253,61	213,74
	54 a 58 anos	328,53	272,10
	59 anos ou mais	454,21	383,01
Hospitalar	0 a 18 anos	116,18	200,58
	19 a 23 anos	135,80	252,53
	24 a 28 anos	154,76	304,70
	29 a 33 anos	172,78	343,77
	34 a 38 anos	192,62	366,45
	39 a 43 anos	234,54	425,50
	44 a 48 anos	287,42	499,65
	49 a 53 anos	368,87	595,41
	54 a 58 anos	470,51	702,98
	59 anos ou mais	678,70	1.194,44
Ambulatorial + Hospitalar	0 a 18 anos	237,90	195,23
	19 a 23 anos	283,36	235,33
	24 a 28 anos	328,76	276,60
	29 a 33 anos	371,82	314,48
	34 a 38 anos	414,28	347,41
	39 a 43 anos	476,63	395,68
	44 a 48 anos	591,39	486,58
	49 a 53 anos	750,41	591,22
	54 a 58 anos	964,97	749,26
	59 anos ou mais	1.343,78	1.124,08

Tabela 5 - Estatísticas dos Valores Comerciais dos Planos, por tipo de Segmentação Assistencial e Faixa Etária, 2018

Fonte: ANS, 2019

Contudo, o valor médio dos planos completos é bem menor para pessoas mais jovens, como é possível observar na tabela 5. Entre o nascimento até os 48 anos de idade, o valor do plano vai tendo alguns ajustes razoáveis de acordo com a faixa etária. Porém, a partir dos 49 anos os aumentos são de mais de 25% do valor da faixa anterior. Nesse contexto, são poucas as pessoas que podem arcar com os reajustes de preços dos planos de saúde, levando a população comum a depender do atendimento do SUS.

Conforme já citado neste capítulo, os principais usuários de APS são as mulheres de 18 a 39 anos e os homens de 40 a 59 anos, negros, pertencentes à classe C e com baixo nível de escolaridade. Com a média de preços apresentada, é fácil concluir a inviabilidade desses usuários contratarem um plano de saúde privado.

Ou seja, essa população, que muitas vezes já enfrenta inúmeros problemas de educação, violência e saneamento básico, não tem outra opção de atendimento que não seja pelo SUS. Aqui o Sistema Único de Saúde assume um papel fundamental na vida dessa população, não podendo ser ameaçado de forma alguma.

Diante da atual realidade da economia brasileira, é inimaginável considerar um modelo de sistema de saúde parecido com o Norte Americano, onde os planos dominam o atendimento e o Estado tem pouquíssima atuação. De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios(PNAD) realizada pelo IBGE em 2022, o rendimento mensal familiar *per capita* é R\$ 1586, valor muito baixo comparado ao de países desenvolvidos. Nesse contexto, não há como a maioria das famílias brasileiras arcarem com o custo de planos de saúde, cabendo ao Estado o papel de garantidor da saúde enquanto um direito inviolável, como manda a Constituição Federal.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta monografia teve como objetivo central apresentar a importância da atuação do setor público na saúde, e o papel fundamental do Sistema Único de Saúde na vida da população brasileira. Diante de um cenário recente de diversos ataques às instituições científicas e de questionamento do papel do Estado na sociedade, este trabalho buscou trazer uma reflexão sobre a saúde por meio de análises históricas e orçamentárias.

No capítulo 1, foram apresentados os principais modelos de proteção social que ganharam força ao redor do mundo. Além disso, também foi feito um apanhado geral do desenvolvimento da saúde pública no Brasil desde o início da República. Ao final da ditadura militar e com a assinatura da Constituição Federal de 1988, o Brasil decide adotar o modelo de proteção inspirado no Welfare State, compreendendo que o Estado tem um papel fundamental na vida da população e deve agir como um equalizador das desigualdades. Reconhecendo a saúde enquanto um direito universal, a CF 88 inicia um novo período do Estado brasileiro. Ao criar o SUS, o governo assume um compromisso de promover, proteger e recuperar a saúde de seus cidadãos, independente de sexo, credo, raça, renda ou região.

No capítulo 2, foi demonstrada a evolução da legislação que garantia o financiamento do SUS desde sua criação em 1990. A partir desse texto foi possível compreender o papel fundamental da Emenda Constitucional 29, que foi imprescindível para que houvesse crescimento real do gasto público em saúde a partir dos anos 2000. Além disso, a EC 29 também obrigou os estados e municípios a participarem cada vez mais do orçamento do SUS, apesar disso ter retraído um pouco os investimentos da União. Ao fazer a análise orçamentária do período entre 2003 e 2017, foi possível verificar que o gasto *per capita* também aumentou, demonstrando que a EC teve mais impactos positivos do que negativos. Contudo, a aprovação do Teto de Gastos em 2016 colocava um ponto de interrogação em como o investimento em saúde iria performar até 2036. Com o novo Arcabouço Fiscal aprovado em 2023, há esperança de uma certa mudança no cenário. Além disso, o Brasil ainda investe menos em saúde que os países da OCDE, mostrando o longo caminho a ser percorrido se quisermos atingir patamares dos países desenvolvidos. Outra tendência preocupante é o crescimento dos planos de saúde no Brasil e do setor privado de saúde, que muitas vezes tem benefícios fiscais financiados pelo governo e impactam

negativamente o orçamento do SUS.

No capítulo 3, buscou-se traçar o perfil das características dos usuários do SUS. Utilizando pesquisas feitas com os usuários da Atenção Primária à Saúde, foi possível constatar que os principais usuários do sistema são mulheres de 18 a 39 anos e homens de 40 a 59 anos, pardos, pertencentes à classe C, com baixos níveis de escolaridade, casados e sem plano de saúde. Nesse contexto, o SUS assume um papel fundamental na vida dessa população mais vulnerável, que não tem condições financeiras de arcar com custos de planos de saúde. Dessa forma, a preservação e fortalecimento do SUS é imprescindível. Também foi possível observar que quem mais depende do SUS é a população negra. Diante de tantas estatísticas que escancaram os altíssimos níveis da desigualdade étnico-racial existente no Brasil, o SUS contrai uma responsabilidade vital de resguardar essa população.

E para a conclusão deste trabalho é de suma importância levantar o seguinte questionamento: até que ponto faz sentido limitar gastos em um setor tão fundamental para o bem estar da população quanto a saúde? Apesar do aumento considerável da população que contrata planos de saúde, a grande maioria da população ainda depende diretamente dos serviços do SUS. Até porque mesmo aqueles que utilizam a cobertura dos planos também dependem das ações públicas de saúde.

A pandemia de 2020 escancarou a fragilidade do sistema de saúde brasileiro e exigiu a aprovação de recursos emergenciais para evitar um caos ainda maior. Nesse contexto, os debates acerca do orçamento da saúde vem se intensificando cada vez mais, porém, segue sem conclusão até o momento. O que se espera, é que o Brasil volte a crescer e possa investir cada vez mais em políticas tão essenciais para a vida quanto o SUS, afinal de contas, a saúde sempre será um direito fundamental e jamais uma mercadoria.

## REFERÊNCIAS

AMORIM, R. L. C. (2020, dezembro). O ciclo de crescimento brasileiro entre 2003 e 2014. [Anais do 48º Encontro Nacional de Economia, Área 3: História Econômica], ANPEC, Brasília.

ANS – AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Painel de Precificação: Plano de Saúde 2018. Rio de Janeiro, 2019.

BERTOLLI FILHO, C. História da saúde pública no Brasil. São Paulo: Ática, 1996. 71p.

BISPO JÚNIOR, J.P.B. e MESSIAS, K.L.M. Sistemas de Serviços de Saúde: Principais tipologias e suas relações com o Sistema de Saúde Brasileiro. Revista Saúde.com, v.1 n.1, p.79-89, 2005.

BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidente da República, [2016]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em 15 mai. 2023.

CEFOR. Breve história das políticas de saúde no Brasil. São Paulo, s.d. (mimeo)

CISLAGHI, Juliana Fiúza; TEIXEIRA, Sandra Oliveira; SOUZA, Tainá. O Financiamento do SUS: principais dilemas. Anais do I Circuito de Debates Acadêmicos. Rio de Janeiro: IPEA, 2011.

CUNHA, J.P.P., CUNHA, R.E. Sistema Único de Saúde - SUS: princípios. In: CAMPOS, F.E., OLIVEIRA JÚNIOR, M., TONON, L.M. Cadernos de Saúde. Planejamento e Gestão em Saúde. Belo Horizonte: COOPMED, 1998. Cap.2, p. 11-26.

FIOCRUZ – FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2012.

FLEURY, Sônia; OUVERNEY, Assis Mariot. Política de Saúde: Uma Política Nacional. In: GIOVANELLA, Lígia et al. (Org). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

FRANCO, Bruno Brettas. Financiamento Público de Saúde: Desafios e Perspectivas. Monografia (Graduação de Administração Pública) - Universidade Federal Fluminense, Volta Redonda, 2016.

GERSCHMAN, S. e SANTOS, M.A.B. O Sistema Único de Saúde como desdobramento das políticas de saúde do século XX. Revista Brasileira de Ciências Sociais. v.21 n.61, p.177-190, jun. 2006.

GUIBU IA, MORAES JC, GUERRA JÚNIOR AA, COSTA EA, ACURCIO FA, COSTA KS, et al. Características principais dos usuários dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. Rev Saude Publica 2017;51 Supl 2:17s.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Desigualdades sociais por Cor ou Raça no Brasil. Rio de Janeiro, 2019 (Informação Demográfica e Socioeconômica n. 41).

LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; GIOVANELLA, Lígia. Sistemas de Saúde: origens, componentes e dinâmica. In: GIOVANELLA, Lígia et al. (Org). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

LUZ, M.T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de "transição democrática" - anos 80. Physis, Rio de Janeiro, v.1, n.1, p. 77-96, 1991

MS – MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sistema de orçamentos públicos em saúde (SIOPS). Brasília, 2010 (Nota Técnica, n. 19).

PAIM, J. S. O que é o SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.

PIOLA, Sergio F; DE PAIVA, Andrea Barreto; DE SÁ, Edvaldo Batista; SERVO, Luciana Mendes Santos. Financiamento Públicos da Saúde: uma história à procura de rumo. Rio de Janeiro, IPEA, 2013.

PIOLA, Sergio F; E BENEVIDES, Rodrigo Pucci de Sá; VIEIRA, Fabiola Sulpino; Consolidação do gasto com ações e serviços públicos de saúde: trajetória e percalços no período de 2003 a 2017. Rio de Janeiro, IPEA, 2018.

REZENDE, F. Finanças Públicas. São Paulo: Atlas, 2001.

ROSSI, Pedro; MELLO, Guilherme. Choque recessivo e a maior crise da história: A economia brasileira em marcha à ré. Nota do Cecon, IE/UNICAMP. Campinas, 2017.

SILVEIRA, Fernando Gaiger; GAIGER, Maria Luiza Campos. O gasto em saúde e suas bases de financiamento: Dinâmicas e Tendências para o Brasil. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2021.

TESSER, Charles Dalcanale; SERAPIONI, Mauro. Obstáculos à universalização do SUS: gastos tributários, demandas sindicais e subsídio estatal de planos privados. SciElo, 2021.

VIEIRA, Fabiola Sulpino; E BENEVIDES; Rodrigo Pucci de Sá. Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do Sistema Únicos de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil. Brasília, IPEA, 2016.

WERNECK VIANNA, M L T. O culpado é o mordomo? Constrangimentos outros (que não os do modelo econômico) à seguridade social. In LOBATO, L. de V. C. e FLEURY, S. (Org.). Seguridade Social, Cidadania e Saúde. Rio de Janeiro: Cebes, 2009, pag 73. Disponível em [http://www.cebes.org.br/media/File/Livro\\_Seguridade.pdf](http://www.cebes.org.br/media/File/Livro_Seguridade.pdf). Acesso em 17/02/2012. Acesso em: 16 mai 2023.