

FINANCIAMENTO DA SAÚDE

À espera de resgate

Com missão de oferecer serviços a todos, Sistema Único de Saúde tem menos dinheiro que a rede privada. Senado quer investimentos da União



O SENADO VOTOU. AGORA É LEI

Aposentadoria especial de pessoas com deficiência
Lei Complementar 142/2013

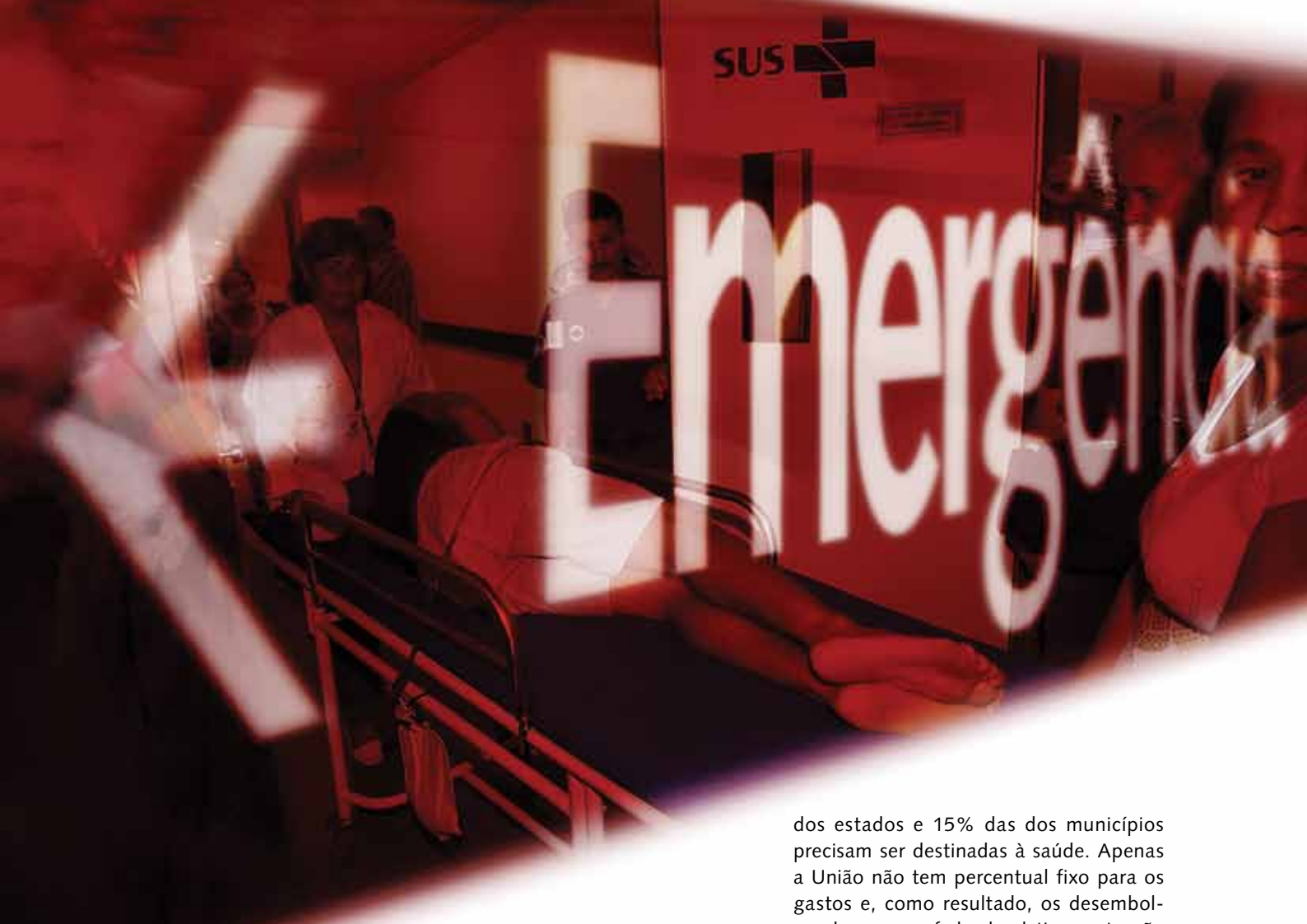
Um justo direito para quem percorre esse caminho

O Senado aprovou a lei que reduz o tempo de contribuição e a idade para a aposentadoria de pessoas com deficiência.

É o Congresso Nacional colaborando para a conquista da cidadania.

Saiba mais em:
www.senado.leg.br/agoraelei





Aos leitores

Um país que promete fornecer atendimento gratuitamente a todos os cidadãos, para qualquer tipo de demanda de saúde. Um país onde a maioria dos gastos com saúde não são públicos, mas privados. As frases acima não falam de dois países, mas de um só: o Brasil.

Essa dualidade entre a pretensão e a prática faz com que os brasileiros se deparem, no dia a dia, com mau atendimento, filas e sofrimento em hospitais em todo o país. Diante desse quadro, milhares de pessoas manifestaram insatisfação com o sistema de saúde brasileiro durante os protestos registrados nas grandes cidades brasileiras em junho de 2013, cobrando soluções dos governantes.

Além dos recorrentes problemas de fraudes e gestão pública, o diagnóstico aponta falta de recursos para o Sistema Único de Saúde (SUS) cumprir sua missão constitucional. Com efeito, os gastos com saúde em relação ao produto interno bruto (PIB) no Brasil estão abaixo da média mundial. Pior, o setor público participa com menos da metade dos investimentos em saúde.

Para a situação mudar, especialistas viram os olhos para o governo federal. Isso porque a Emenda Constitucional 29, de 2000, já determina que 12% das receitas

dos estados e 15% das dos municípios precisam ser destinadas à saúde. Apenas a União não tem percentual fixo para os gastos e, como resultado, os desembolsos do governo federal, relativamente, são cada vez menores.

Assim, a definição de um percentual mínimo de aplicação de recursos federais na saúde voltou a ser prioridade no Senado em 2013. Tanto que, em setembro, foi destaque em uma sessão temática promovida pelo presidente da Casa, senador Renan Calheiros, com a presença dos ministros da Saúde, Alexandre Padilha, e do Planejamento, Miriam Belchior.

Enquanto a Câmara recebia o projeto de lei de iniciativa popular, com apoio de 2,2 milhões de cidadãos, o Senado costurou acordo com o Planalto para aprovar uma proposta de emenda constitucional fixando novo piso para gastos da União com saúde. Ainda que o Congresso não tenha chegado a uma definição para o problema ao fim do ano, as negociações avançaram e podem ter um desfecho já em 2014.

O imbróglio do financiamento da saúde no Brasil, as características do sistema, os problemas na gestão, os programas bem sucedidos, a concentração de gastos privados, inclusive com subsídio de recursos públicos, e as propostas no Congresso. Tudo isso e mais uma comparação com sistemas de saúde de outros países estão nas páginas desta edição.

Boa leitura!

SUMÁRIO

Mesa do Senado Federal

Presidente: Renan Calheiros
Primeiro-vice-presidente: Jorge Viana
Segundo-vice-presidente: Romero Jucá
Primeiro-secretário: Flexa Ribeiro
Segunda-secretária: Ângela Portela
Terceiro-secretário: Ciro Nogueira
Quarto-secretário: João Vicente Claudino
Suplentes de secretário: Magno Malta, Jayme Campos, João Durval e Casildo Maldaner

Diretor-geral: Helder Rebouças
Secretária-geral da Mesa: Claudia Lyra

Expediente

Secretaria de
Comunicação Social



Diretor: Davi Emerich
Diretor-adjunto: Flávio de Mattos
Diretor de Jornalismo: Eduardo Leão

A revista **Em Discussão!** é editada pela
Coordenação Jornal do Senado

Coordenador: Flávio Faria
Editor-chefe: João Carlos Teixeira
Editores: Joseana Paganine, Raíssa Abreu, Ricardo Westin e Sylvio Guedes
Reportagem: João Carlos Teixeira, Joseana Paganine, Raíssa Abreu, Ricardo Westin e Sylvio Guedes
Capa: Priscilla Paz
Diagramação: Bruno Bazílio e Priscilla Paz
Arte: Bruno Bazílio, Cássio Sales Costa, Diego Jimenez e Priscilla Paz
Revisão: Fernanda Vidigal, Juliana Rebelo, Pedro Pincer e Tatiana Beltrão
Pesquisa de fotos: Bárbara Batista, Braz Félix e Leonardo Sá
Tratamento de imagem: Roberto Suguino
Circulação e atendimento ao leitor: Shirley Velloso (61) 3303-3333

Tiragem: 2.500 exemplares

Site: www.senado.leg.br/emdiscussao
E-mail: emdiscussao@senado.leg.br
Twitter: [@jornaldosenado](https://twitter.com/jornaldosenado)
www.facebook.com/jornaldosenado
Tel.: 0800 612211
Fax: (61) 3303-3137
Praça dos Três Poderes, Anexo 1 do Senado Federal, 20º andar — CEP 70165-920 — Brasília, DF

Impresso pela Secretaria de
Editoração e Publicações (Sigraf)

Contexto



Verbas são insuficientes para manter SUS em funcionamento

6

Pesquisas de opinião mostram que população está descontente com serviços

11

Rótulo de que sistema atende somente os pobres é equivocado

12

Antes do SUS, poucos brasileiros tinham direito à saúde pública

14

Realidade Brasileira

Participação federal no financiamento precisa aumentar

16

A difícil administração de um sistema que tem 5.600 gestores

19

As expectativas e as frustrações em torno da Emenda 29

47

Dedução no Imposto de Renda incentiva saúde privada

50



Mundo

Países desenvolvidos dão prioridade à saúde pública

54

Canadá é referência em serviços gratuitos para toda a população

58

Na Espanha, sistema público de saúde é bem avaliado por 67%

59

Medicina tem gastos altos nos Estados Unidos, mas deixa muitos excluídos

60



NHS

Propostas

Projetos de lei elevam obrigações da União

66

Proposta de iniciativa popular muda regras de financiamento

68

Senadores aprovam vinculação de emendas parlamentares à saúde

70

Governo ainda aposta na criação de nova CPMF

79

A tramitação dos projetos pode ser acompanhada no site do Senado: www.senado.leg.br

Veja e ouça mais em:



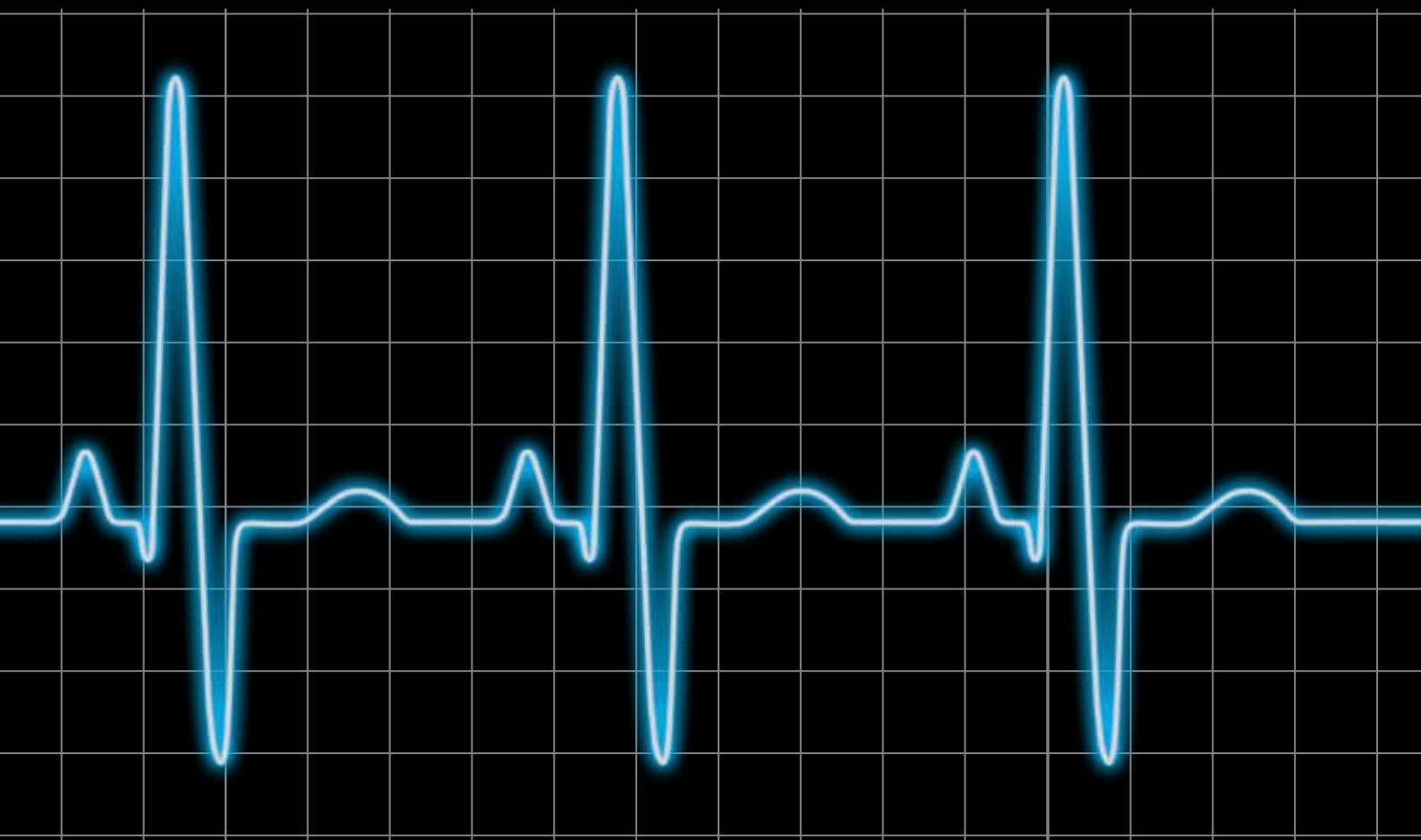
GERALDO MAGELA/AGÊNCIA SENADO

Saiba mais

82

Pouco dinheiro para uma missão ambiciosa

O Sistema Único de Saúde foi criado em 1988 para cuidar de todos os brasileiros, sem distinção. Passados 25 anos, serviços ainda funcionam mal. Entre os problemas, um é inquestionável: as verbas que sustentam o setor são insuficientes para o tamanho da tarefa



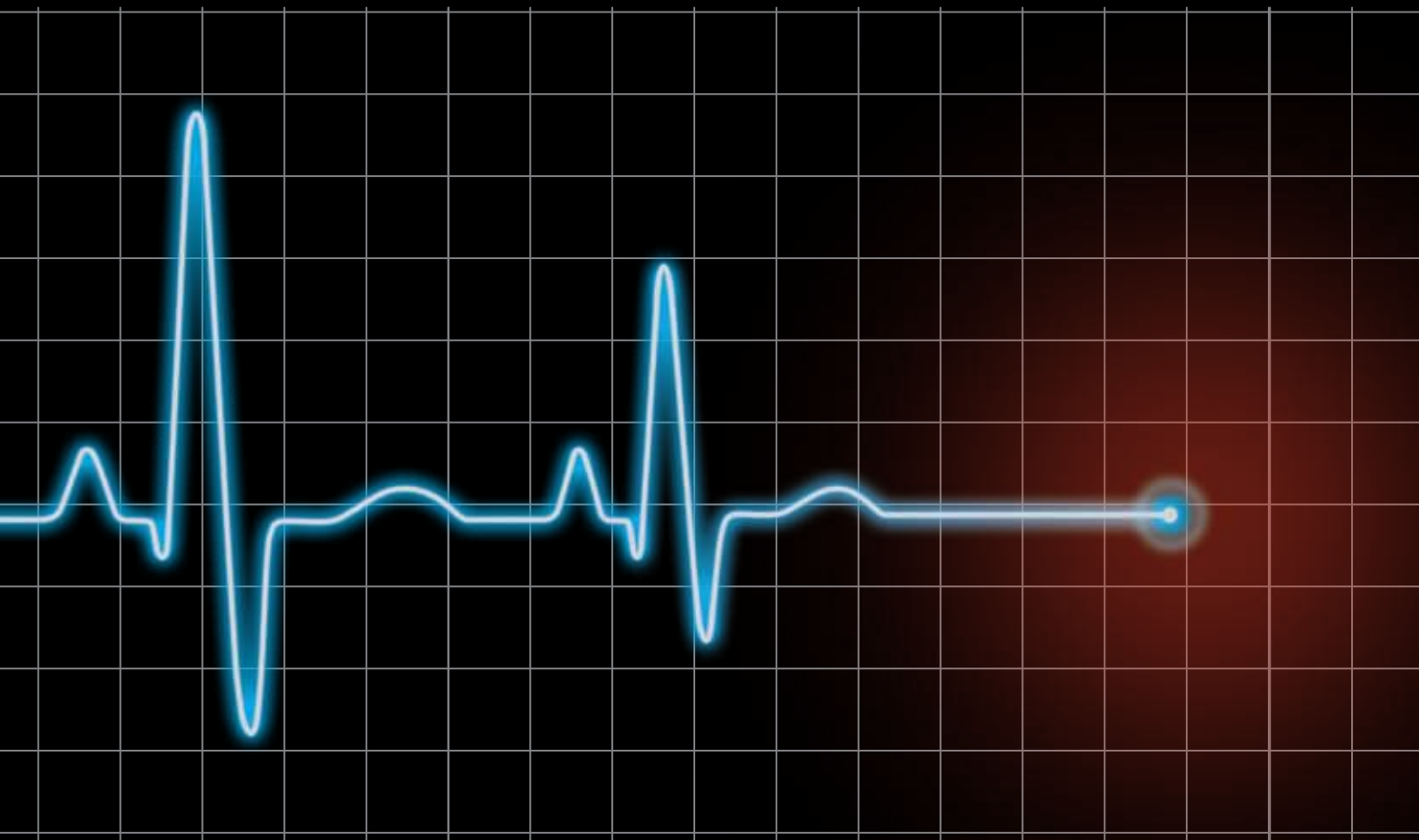
A rede pública de saúde do Brasil é ambiciosa. Ao criar o Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, a Constituição estabeleceu que a saúde é um “direito de todos” e um “dever do Estado”. Isso quer dizer que cada brasileiro, rico ou pobre, precisa ter todas as necessidades atendidas pelo poder público sem pagar nada — de uma simples aspirina a um remédio anticâncer que custa milhares de reais, de uma corriqueira consulta médica por causa de uma dor de garganta a uma complicada cirurgia no coração.

Em certos casos, o SUS consegue fazer um trabalho exemplar. É o que se vê, por exemplo, no tratamento dos doentes de aids, nas campanhas de vacinação em

massa e nos transplantes de órgãos. Nessas três ações, o Brasil é referência internacional. No entanto, são apenas exceções. Na maioria dos serviços, a saúde pública funciona de forma precária.

Faltam médicos no interior do país e na periferia das cidades grandes. A espera por uma consulta pode durar muitos meses. Por uma cirurgia, anos. Prontos-socorros vivem abarrotados de pacientes. Em hospitais, pessoas convalescem em macas espalhadas pelos corredores porque não há quartos suficientes nem vagas nas enfermarias. Doentes recorrem aos tribunais para receber tratamento.

Os tomógrafos e os aparelhos de raios X são insuficientes. Mamógrafos estão parados à espera de conserto. Ambulâncias





Entre os ministros Miriam Belchior e Alexandre Padilha, o presidente do Senado, Renan Calheiros, fala sobre verbas do SUS

ficam na garagem por falta de gasolina.

O Brasil ainda registra novos casos de elefantíase, esquistossomose, mal de Chagas e hanseníase (a antiga lepra), doenças que deveriam ser coisa do passado. A dengue, incluindo o perigoso tipo hemorrágico, ressurge todo verão.

É uma realidade trágica. Quando se trata de saúde, a morte é o pior dos desfechos. “Em todo o Brasil, o cidadão que procura tratamento frequentemente depara com toda sorte de desrespeito, como longas filas e descaso. Isso é inaceitável, porque a manutenção da saúde está ligada ao direito à própria existência”, disse o presidente do Senado, Renan Calheiros, numa sessão temática realizada em setembro passado em que senadores, ministros e militantes da saúde pública discutiram o financiamento do Sistema Único de Saúde.

As mazelas da saúde no Brasil não têm uma única explicação. Especialistas responsabilizam tanto as falhas na gestão (a rede é extremamente abrangente, capilarizada e complexa) quanto a corrupção (de governantes

que desviam verbas a médicos que batem o ponto e vão embora sem dar expediente), mas são enfáticos ao apontar que o subfinanciamento é, de longe, o maior dos problemas. Para fazer tudo aquilo a que se propõe, o SUS simplesmente não tem dinheiro suficiente.

Bilhões insuficientes

Em 2012, o governo federal, os estados e as prefeituras destinaram à saúde em torno de R\$ 173 bilhões. Com esse valor, seria possível construir e equipar perto de 3.500 hospitais de médio porte ou custear todo o Programa Nacional de DST e Aids durante quase um século e meio.

O montante que alimenta o SUS aparenta ser fabuloso, mas três comparações financeiras deixam claro que não é.

A primeira comparação é com a rede privada. De todo o dinheiro que sustenta a saúde brasileira, a fatia grande do bolo (54%) está no sistema privado. A parcela menor (46%) mantém o sistema público. O desequilíbrio aumenta quando se leva em consideração que a grande maioria dos brasileiros

(76%) não tem plano de saúde e depende exclusivamente do SUS quando adocece (*leia mais sobre os gastos públicos e privados a partir da pág. 43*).

A segunda comparação é internacional, com países que mantêm um sistema universal e integral, tal qual o SUS. Considerando-se a participação do poder público no custeio de todos os gastos nacionais com saúde, o Brasil (46%) gasta bem menos do que o Reino Unido (83%), o Canadá (70%) e a Argentina (61%). Tomando-se o produto interno bruto (PIB) como medida, a situação se repete. No Brasil, o poder público investe em saúde 4% do PIB, também menos do que o Reino Unido (7,7%), o Canadá (7,8%) e a Argentina (4,9%). Em países onde a saúde pública é gratuita e para toda a população, o governo aporta montantes consideráveis no setor (*leia mais sobre o cenário internacional na pág. 54*).

Para comprovar a falta de dinheiro no SUS, a última comparação é com os planos de saúde, uma das peças da saúde privada. Enquanto os convênios médicos gastam, em média,



R\$ 160 mensais com cada um de seus 48 milhões de clientes, a rede pública desembolsa R\$ 72 por mês — menos da metade — com cada um dos 200 milhões de brasileiros. A rede pública, além de tudo, tem uma lista de tarefas muito mais extensa do que a dos planos de saúde. Cabem ao SUS o controle de epidemias e a vigilância sanitária de remédios e alimentos, por exemplo (*leia mais sobre os planos de saúde na pág. 41*).

“O SUS está sem dinheiro, abandonado, e isso se vê nos itens mais banais. Os consultórios não têm cadeira para os pacientes e os hospitais não têm lençol. Como o médico pode oferecer um atendimento digno? Os políticos fazem promessas na campanha eleitoral, mas quando chegam ao governo mostram que a saúde, na realidade, nunca foi prioridade”, diz Antonio Carlos Lopes, presidente da Sociedade Brasileira de Clínica Médica.

Falta dinheiro especialmente do governo federal. De acordo com especialistas, os estados e as prefeituras já destinam à saúde o máximo que podem dos próprios orçamentos. A União, afirmam eles, arrecada a maior parte dos impostos do

país, mas aplica no SUS uma parte muito pequena deles (*leia mais sobre arrecadação tributária na pág. 38*).

Gastos crescentes

A qualidade do SUS foi o tema de uma pesquisa nacional conduzida pelo DataSenado no final de 2011. Dos entrevistados que já haviam recorrido à rede pública, a maioria (35%) descreveu o último atendimento como “regular”. O descontentamento foi maior na Região Nordeste, onde o serviço foi avaliado majoritariamente como “ruim” e “péssimo” (44%).

O Senado está empenhado em ajudar o governo a encontrar o caminho. Neste momento, os senadores analisam uma série de projetos de lei que buscam reforçar os cofres da saúde pública.

No início do ano passado, o Senado encarregou uma comissão temporária de debruçar-se sobre o problema e propor soluções para o financiamento do Sistema Único de Saúde.

Em setembro, na discussão realizada no Plenário, os senadores trataram do problema com os dois ministros mais diretamente envolvidos — Alexandre Padilha, da Saúde, e Miriam Belchior, do Planejamento.

O debate integrou uma série de sessões temáticas. O forma-

to foi adotado no ano passado, logo após Renan Calheiros assumir a Presidência do Senado. O objetivo é permitir discussões aprofundadas sobre os grandes temas nacionais. Com diagnósticos precisos e detalhados, os senadores podem apontar as soluções mais acertadas para cada problema em pauta.

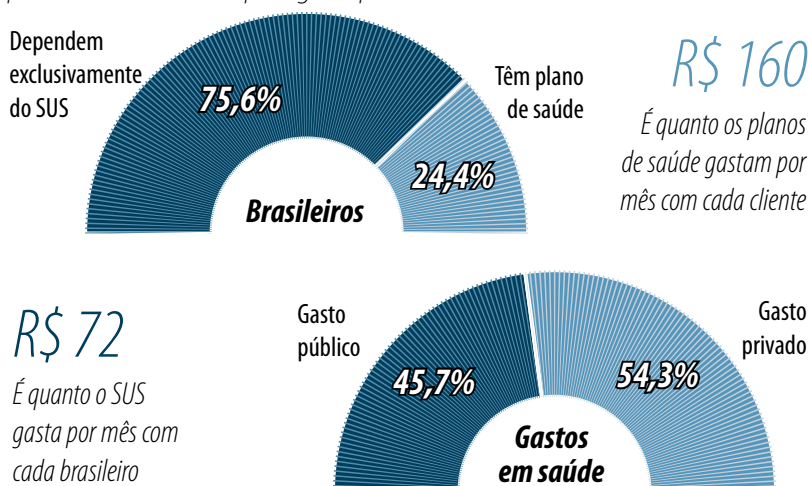
“Falta consideração à dignidade do cidadão. Faltam médicos, faltam remédios. A cobertura é pretensamente universal, mas o atendimento, infelizmente, não tem sido integral”, afirmou Renan no debate.

As discussões voltaram a ganhar fôlego em agosto, quando entidades do setor sanitário reunidas no movimento Saúde+10 apresentaram um projeto de lei de iniciativa popular que obriga o governo federal a aplicar 10% da própria receita bruta no SUS. Para que a proposta fosse aceita pelo Congresso, o Saúde+10 recolheu impressionantes 2,2 milhões de assinaturas. O projeto ainda está em estudo (*leia mais sobre as principais propostas a partir da pág. 66*).

Se a situação atual não é boa, as perspectivas são ainda menos alentadoras. Caso o poder público não tome nenhuma atitude com urgência, o subfinanciamento ficará ainda mais profundo com o passar do tempo. Isso porque os gastos

Muitos pacientes, pouco dinheiro

O Brasil é o único país com sistema de acesso universal à saúde onde o gasto privado é mais alto do que o gasto público

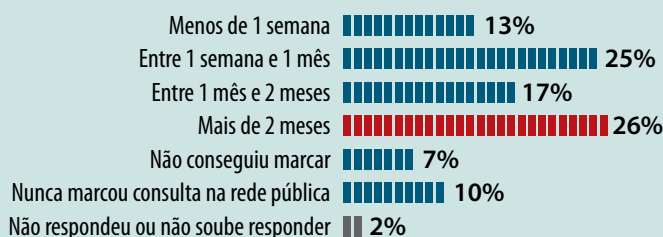


Fonte: ANS, IBGE, Banco Mundial e Sergio Piola

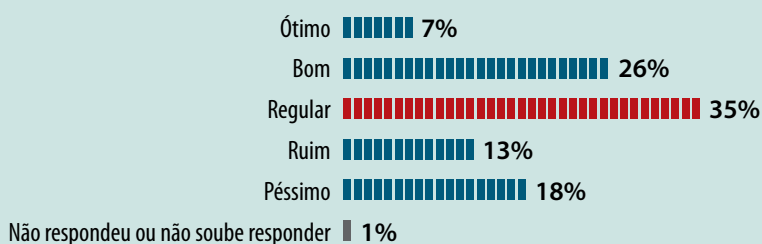
A experiência de quem utiliza o SUS

O DataSenado ouviu 1.290 pessoas sobre saúde. Na rede pública, disseram, é preciso esperar bastante tempo pela consulta e ela não costuma ser boa

Na última vez em que precisou marcar uma consulta na rede pública, quanto tempo teve que esperar até a consulta?



Como você avalia o seu último atendimento na rede pública de saúde?



Fonte: DataSenado

da saúde crescem num ritmo extraordinariamente veloz.

Diariamente são lançados remédios e aparelhos novos e caros, que, em vez de substituir, passam a conviver com os antigos. A tomografia computadorizada, por exemplo, não levou à aposentadoria do velho aparelho de raios X. O Brasil tem cada vez mais idosos, que requerem mais medicamentos, consultas, exames e cirurgias

do que os jovens. O câncer está entre as doenças ligadas à idade (*leia mais sobre o envelhecimento da população na pág. 25*). Outro fenômeno é a chamada judicialização da saúde. As pessoas recorrem mais e mais à Justiça para obter do governo remédios e tratamentos que não encontram na rede pública. Tudo isso faz a conta de saúde ficar progressivamente mais pesada.

Não se trata de um problema exclusivo do Brasil. Entre 2000 e 2009, os gastos do planeta com saúde (públicos e privados) passaram de 8,2% para 9,2% do PIB mundial.

Segundo Mário Scheffer, professor de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo (USP), a má qualidade do SUS tem empurrado os brasileiros a buscar a saúde privada. Em 2000, 31 milhões de pessoas tinham plano de saúde. Hoje, 48 milhões. Diz Scheffer:

“Nem mesmo os clientes dos planos de saúde estão satisfeitos. Os convênios já mostraram que não são capazes de oferecer o atendimento adequado. Eles não são a solução. Está claro que o governo deve tirar do papel o SUS que está previsto na Constituição. Para isso, precisa garantir ao sistema um financiamento decente. Sem dinheiro, é impossível aumentar a quantidade e a qualidade dos serviços públicos de saúde”.

Médicos fazem protesto em Brasília: profissionais do SUS e usuários se ressentem das falhas da rede pública de saúde



O problema que mais tira o sono dos brasileiros

Nos protestos que se espalharam pelas ruas do Brasil em junho do ano passado, os manifestantes usaram cartazes para apresentar aos governantes um sem-fim de reivindicações. Os atos nasceram com críticas ao transporte público da cidade de São Paulo, mas à medida que avançaram pelo país ganharam outros alvos e deixaram claro que os brasileiros também se ressentem da precariedade dos serviços de saúde.

Nos cartazes, liam-se frases do

tipo “Queremos hospitais com o padrão Fifa”, em referência ao enorme empenho do governo em construir estádios de futebol modernos e caros para a Copa do Mundo de 2014.

Pesquisas de opinião têm reiteradamente mostrado que a falta de qualidade do Sistema Único de Saúde é a grande aflição dos brasileiros. Num levantamento divulgado em novembro passado pela Confederação Nacional do Transporte (CNT), cada entrevistado

apontou as duas áreas que mais precisavam melhorar no Brasil. De longe, a resposta que mais se repetiu foi saúde (citada por 87,4% das pessoas), à frente de educação (49,7%) e segurança (34,3%).

Antes, em junho, uma pesquisa do Datafolha havia chegado a resultados semelhantes. Para 48% dos entrevistados, a saúde era o principal problema do país. A educação (13%) e a corrupção (11%) vinham bem atrás. Nesse levantamento, as pessoas puderam dar apenas uma resposta.

Não é à toa que as promessas para a saúde são recorrentes e têm grande destaque nas corridas eleitorais. Na última disputa pela Presidência da República, em 2010, Dilma Rousseff (PT) listou entre as prioridades a construção de 500 UPAs (unidades de emergência abertas 24 horas) em quatro anos de mandato. O principal adversário dela, José Serra (PSDB), prometeu abrir 150 AMEs (ambulatórios com médicos especialistas) no país.



Saúde só para os pobres, um rótulo equivocado

O Sistema Único de Saúde paga caro pelo rótulo de ser uma rede que cuida de pobres. De acordo com especialistas, o SUS padece de falta crônica de dinheiro porque as classes média e alta — as mais influentes — não fazem pressão sobre o governo por melhores serviços.

Elas acreditam que, por pagarem convênio médico e consultas particulares, não precisam da rede pública. Não há nada mais equivocado.

Uma parte considerável do trabalho do SUS é, sim, cuidar da população carente em hospitais e postos de saúde. Mas não

é só isso. É extensa a lista de ações de saúde pública que beneficiam todas as classes sociais.

O SUS custeia o tratamento dos doentes de aids, a vacinação das crianças e dos adultos, os transplantes de órgãos e as sessões de hemodiálise para os pacientes renais. Remédios contra asma, diabetes e hipertensão arterial são distribuídos de graça em farmácias privadas conveniadas.

As ambulâncias do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), que são acionadas pelo telefone 192, atendem os casos de urgência, não importando se quem liga tem plano de saúde ou não.

“Embora poucos se deem conta, todos os 200 milhões de brasileiros dependem do SUS, tanto os ricos quanto os pobres”, afirma o médico Gastão Wagner, que foi secretário-executivo do Ministério da Saúde em 2003 e 2004, no governo Luiz Inácio Lula da Silva, e hoje é professor na Universidade Estadual de Campinas (Unicamp).

Ações contra o cigarro

Nos últimos anos, o Ministério da Saúde conseguiu fechar acordos com a indústria para reduzir o teor de sódio e gordura trans dos alimentos processados. Agora, está empenhado em diminuir o açúcar. Em outra frente, de tempos em tempos, divulga nos meios de comunicação campanhas que combatem o hábito de fumar, alertam sobre os riscos de fazer sexo sem camisinha e incentivam a doação de órgãos.

Cabe ao SUS fazer o controle de epidemias. Agentes de saúde vistoriam casas no país inteiro destruindo focos do mosquito da dengue, por exemplo. Em 2010, o governo reagiu à explosão de casos de gripe suína importando milhões de doses de



KARINA ZAMBRANA/MINISTÉRIO DA SAÚDE

Zé Gotinha promove vacina contra a pólio: campanhas públicas, com ampla cobertura, alcançam ricos e pobres



Agentes de saúde combatem o mosquito da dengue: exemplo de ação do SUS que beneficia todas as classes sociais

vacina para proteger os brasileiros do letal vírus H1N1.

O SUS se encarrega até mesmo das condições sanitárias de restaurantes, supermercados, farmácias, clínicas e hospitais. Fiscais verificam se esses locais funcionam adequadamente e não ameaçam a saúde. Também é tarefa da rede pública de saúde verificar a qualidade dos remédios, cosméticos, alimentos e agrotóxicos comercializados no país.

No ano passado, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) proibiu a comercialização de uma marca de suco de maçã após constatar que um lote estava contaminado com soda cáustica. Dois anos atrás, suspendeu a venda de próteses mamárias de silicone após o escândalo dos implantes importados defeituosos. Logo em seguida, estabeleceu requisitos

mínimos mais severos para as próteses utilizadas no Brasil.

Sindicatos

Para o médico Gilson Carvalho, que foi secretário nacional de Assistência à Saúde em 1994, no governo Itamar Franco, as classes sociais mais altas usariam sua influência para pressionar o governo se conseguissem enxergar todo o alcance do sistema:

“A sociedade se divide entre uma maioria silente e uma minoria grandiloquente. A maioria silente [os pobres] não tem espaço na mídia e não tem como mostrar seus objetos de interesse e defesa. A minoria grandiloquente [os ricos] conta com todo o espaço [na mídia], mas tem uma atitude alienante. Se a educação pública vai mal, paga uma escola privada. E faz a mesma coisa com a segurança e a saúde”.

O dinheiro que mantém o

SUS em funcionamento — em 2012, foram R\$ 173 bilhões — é originado dos impostos pagos indiscriminadamente por toda a sociedade, dos pobres aos ricos.

Os sindicatos trabalhistas e os funcionários públicos são grupos que, embora organizados, engajados politicamente e fortes, tampouco se mobilizam pelo SUS. Segundo o médico Sergio Piola, pesquisador do Núcleo de Estudos de Saúde Pública da Universidade de Brasília (UnB) e consultor do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), essa apatia existe porque eles contam há décadas com planos de saúde:

“Se você perguntar, é claro que eles vão dizer que são favoráveis ao SUS. Ninguém vai dizer que é contra. Mas eles nunca vão incluir a saúde pública forte na pauta de reivindicações. O SUS não empolga os trabalhadores”.

Antes do SUS, saúde era para poucos

Quando adoece, cada um dos 200 milhões de brasileiros tem o direito de ser atendido gratuitamente em qualquer hospital ou posto de saúde do país. Nem sempre foi assim. Esse preceito, que está inscrito na Constituição, revolucionou a forma como o Brasil cuida da população.

Até 1988, ano em que o SUS foi criado, a saúde pública ficava a cargo do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) e era coisa para poucos — estima-se que em torno de 45% da população brasileira era atendida pelo governo em meados dos anos 80.

As pessoas que trabalhavam com carteira assinada sofriam um desconto no salário, o que lhes dava acesso aos hospitais próprios do Inamps e aos conveniados. Os dependentes dos trabalhadores também tinham o direito de ser atendidos. O governo e as empresas ajudavam a financiar o sistema.

Do restante da população, uma parcela pequena pagava do próprio bolso por consultas, exames e cirurgias. A imensa maioria dos brasileiros, sem dinheiro nem proteção do governo, ou contava com a caridade de hospitais filantrópicos ou simplesmente ficava desassistida. É por isso que o Ministério da Saúde

gosta de apresentar o SUS como o maior programa de inclusão social da história do Brasil.

Antes do SUS, a saúde pública era quase inexistente no Norte e no Nordeste, justamente as regiões mais pobres do país. Em 1986, por exemplo, os estados do Norte receberam pífios 2% das verbas do Inamps. No outro extremo, 60% dos recursos foram consumidos pelo Sudeste — resultado natural da elevada porcentagem de trabalhadores com carteira assinada.

Revolta da Vacina

O Inamps era subordinado ao Ministério da Previdência e Assistência Social. Ao Ministério da Saúde restava um campo limitado de atuação. Mantinha alguns poucos hospitais especializados em tuberculose e transtornos mentais, por exemplo. Sua principal incumbência era a prevenção, fazendo campanhas de vacinação em massa e o controle de doenças endêmicas, como a dengue.

A saúde coletiva foi um elemento quase ausente durante boa parte da história nacional. Ao fim dos três séculos da Colônia, o Brasil contava com apenas dez Santas Casas de Misericórdia. No Império, as preocupações do poder público se

restringiam às epidemias e às condições sanitárias dos portos. O primeiro episódio digno de registro nos livros didáticos é a Revolta da Vacina, em 1904, quando a população do Rio, a capital da República, reagiu violentamente à vacinação compulsória contra a varíola, determinada pelo médico Oswaldo Cruz.

O atendimento médico-hospitalar começou a se organizar nos anos 20. Foi quando surgiram as caixas de aposentadorias e pensões (CAPs). Eram entidades que, geridas pelos trabalhadores de determinadas empresas, ofereciam aos associados aposentadoria, remédios e assistência médica. Mais tarde, as CAPs de categorias profissionais afins foram reunidas nos institutos de aposentadorias e pensões (IAPs). Além das contribuições dos empregados e das empresas, os IAPs eram financiados pelo governo.

Assim como os planos de saúde de hoje, os IAPs de algumas categorias eram melhores que os de outras. Os institutos “superiores”, como o dos funcionários públicos, tinham convênio com os melhores hospitais. Os “inferiores” limitavam tempo de internação, como o dos marítimos, ou cobravam uma taxa extra cada vez que o beneficiário utilizava um serviço, como os

Os 25 anos do SUS

Momentos marcantes do atual modelo de saúde

1988

A Constituição estabelece que a saúde é “direito de todos e dever do Estado”

1990

O SUS ganha regras de funcionamento, com a aprovação da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080)

1994

É lançado o Programa Saúde da Família. Cada equipe (com médicos, enfermeiros e agentes de saúde) cuida das famílias de determinada área da cidade, com visitas mensais



1996

Começa a distribuição gratuita do coquetel antiaids

1997

O Sistema Nacional de Transplantes é instituído
A Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) é criada para ajudar a custear a saúde pública

1999

É criada a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa)



2000

É aprovada a Emenda Constitucional 29, que prevê os valores mínimos que União, estados e prefeituras devem aplicar em saúde. O SUS passa a ter financiamento garantido



Manifestantes fazem ato em 1988: a saúde gratuita foi um dos direitos sociais incluídos na nova Constituição

dos operários da indústria. Nos anos 60, para acabar com esse tipo de distorção, os IAPs foram unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Na década seguinte, a saúde dos trabalhadores registrados passou para as mãos do Inamps.

Nessa mesma época, pesquisadores, professores e profissionais de saúde começaram a propor a adoção de um sistema universal, integral e gratuito. O período perfeito para que essa ideia ganhasse o respaldo da sociedade e dos governantes foi a redemocratização, após 21 anos

de ditadura militar. Entre 1987 e 1988, pela primeira vez, os legisladores escreveram uma Constituição voltada para toda a população. Assim, estabeleceram que a saúde passaria a ser “direito de todos” e “dever do Estado”.

Mesmo com as dificuldades, em grande medida decorrentes da falta de dinheiro, o SUS fez o Brasil progredir. De 1981 para cá, a quantidade de postos de saúde básica subiu de 8.700 para 44.000. Em 1981, 8% da população dizia ter usado algum serviço de saúde nos 30 dias anteriores. Em 2008, para os 15 dias

anteriores, o índice foi de 14%. Hoje, metade dos brasileiros é visitada em casa regularmente por equipes do Saúde da Família, programa criado em 1994. Graças às vacinações em massa, as mortes por sarampo caíram de 478 em 1990 para zero nos últimos cinco anos. O Brasil não tem novos casos de pólio (paralisia infantil) desde 1989. A redução da mortalidade infantil foi particularmente expressiva. Entre 1990 e 2012, caiu de 52 para 13 o número de bebês que morriam antes de completar 1 ano, a cada 1.000 nascidos vivos.

2001

Com a Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei 10.216), os doentes mentais passam a ser tratados fora dos manicômios, que vão aos poucos sendo fechados

2003

É lançado o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), com ambulâncias acionadas pelo telefone 192



2006

Por meio do Programa Aqui Tem Farmácia Popular, as pessoas podem receber remédios gratuitamente em farmácias privadas ou comprá-los com grandes descontos



2007

A renovação da CPMF é rejeitada e o tributo deixa de existir

2011

A Emenda Constitucional 29 é regulamentada, impedindo que ações como saneamento básico, aposentadoria de servidor público e merenda escolar sejam custeadas com verbas do SUS

2013

É lançado o Mais Médicos para o Brasil, programa que leva médicos para regiões do país com poucos profissionais. Um dos destaques é a importação de médicos cubanos



Há 25 anos à espera



DIVULGAÇÃO

de socorro



O SUS nunca contou com uma fonte generosa e permanente de dinheiro. Todas as tentativas feitas, da criação da CPMF à regulamentação da Emenda 29, mostraram-se insuficientes

Desde 1988, ano de criação do SUS, 17 homens chefiaram o Ministério da Saúde. De Adib Jatene a José Gomes Temporão, de José Serra a Alexandre Padilha, todos tentaram convencer o presidente da República de que o SUS precisava de uma fatia mais generosa do Orçamento. Ministro algum teve sucesso.

“O governo diz que não há recursos suficientes. É uma desculpa que vem desde o início do sistema”, diz Jurandi Frutuoso, secretário-executivo do Conass (entidade que representa os secretários estaduais de Saúde).

De acordo com Mário Scheffer, professor de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo (USP), os ministros da Saúde esbarram na força dos ministérios da área econômica:

“O SUS vai continuar afundado em problemas enquanto prevalecer essa política

Equipe em treinamento de urgência: serviço do Samu, gerido pelas prefeituras, é parte do SUS

econômica que prioriza a redução das despesas com ações sociais para alcançar elevados superávits primários e abater a dívida pública.”

Em 25 anos de existência, o SUS nunca contou com uma fonte de recursos ao mesmo tempo estável e suficiente.

No início, o SUS tinha direito a 30% do orçamento da seguridade social, um guarda-chuva que abrigava previdência, assistência social e saúde. Na prática, a saúde não alcançava a porcentagem. As outras áreas tinham prioridade. A previdência exigia mais verbas por causa do rombo no caixa do INSS. A assistência social, por causa dos direitos sociais criados na nova Constituição.

Em 1993, o Ministério da Saúde deixou de receber recursos previdenciários. A situação ficou tão grave que, numa medida emergencial, chegou a tomar emprestado dinheiro do Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT), que guarda recursos do abono salarial e do seguro-desemprego.

Imposto do cheque

A primeira grande resposta para o subfinanciamento do SUS foi dada em 1996, quando se criou a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), na época conhecida como imposto do cheque. A CPMF seria derrubada em 2007. Durante o período em que vigorou, respondeu em média por 30% dos recursos federais da saúde.

O segundo movimento ocorreu em 2000, com a aprovação da Emenda Constitucional 29, que estabeleceu os valores mínimos que União, estados e municípios teriam de aplicar no SUS. A União passou a ter de investir o mesmo volume aplicado no ano anterior mais a variação nominal do produto interno bruto (PIB) no período. Os estados, 12% das receitas próprias. E os municípios, 15%. Os recursos se elevaram.

O terceiro e último avanço se deu em 2012, com a regula-

mentação da Emenda 29. Até então, o poder público se aproveitava de uma brecha no texto para investir menos em saúde. Como a Emenda 29 não explicava detalhadamente o que é saúde pública, a União, os estados e os municípios lançavam na conta do SUS gastos com saneamento básico, merenda escolar e aposentadoria de funcionários públicos, por exemplo, e assim atingiam artificialmente o valor mínimo obrigatório. A regulamentação estabeleceu que nada disso poderia sair dos cofres da saúde pública.

Nenhum dos três passos, entretanto, foi capaz de dar a solução definitiva. A CPMF caiu, e a aprovação da Emenda 29 e sua posterior regulamentação não elevaram a um nível satisfatório os recursos que a União aplica no SUS.

No ano passado, mais duas medidas foram aprovadas. Primeiro, decidiu-se que 25% dos royalties do petróleo seriam aplicados em saúde. Depois, que 50% do valor das emendas parlamentares ao Orçamento de 2014 teriam o mesmo destino. Para os especialistas, foram ações tímidas.

Eles dizem que só há uma solução: obrigar a União a gastar um percentual de suas receitas, tal qual estados e municípios. Para que o SUS funcione a contento, defendem que o piso esteja em 18,7% da receita corrente líquida da União (ou 10% da receita bruta). O governo aceita vincular não mais do que 15% da receita líquida. Hoje, os gastos com saúde equivalem a 12%.

Sessão temática

Em setembro passado, os ministros da Saúde, Alexandre Padilha, e do Planejamento, Miriam Belchior, participaram de uma sessão temá-

tica no Senado sobre o caixa do SUS. Padilha reclamou da falta de dinheiro, mas preferiu não cobrar explicitamente um quinhão maior do Orçamento. Miriam, ao contrário, foi categórica e afirmou que reservar 18,7% das receitas líquidas seria “impossível”.

Para Gastão Wagner, que foi secretário-executivo do Ministério da Saúde em 2003 e 2004, as falas dos dois ministros já eram previsíveis e seguem a mesma linha adotada por seus antecessores:

“O ministro da Saúde é um cargo de confiança do presidente. Ele não pode destoar da política econômica do governo e sair brigando por mais recursos. Há um limite para o confronto com a área econômica. Para que a situação mude, é preciso haver pressão da mídia e da sociedade. Não há como superar o subfinanciamento esperando uma iniciativa do próprio governo”.

Para Gastão Wagner, secretário-executivo do Ministério da Saúde entre 2003 e 2004, é preciso haver pressão da mídia e da sociedade em defesa do setor



ELZA FIUZA/ABR



Posto de saúde no interior de SP: na gestão do SUS, municípios ficam com a prestação dos serviços básicos

Uma complexa engrenagem

Manter o Sistema Único de Saúde (SUS) em funcionamento é uma tarefa extremamente complexa, quase um desafio. E não só porque falta dinheiro. Também porque a gigantesca rede está fatiada em milhares de subsistemas espalhados pelo Brasil, cada um com seu próprio administrador.

Tanto a condução quanto o sustento financeiro do SUS cabem aos 5.570 secretários municipais de Saúde, aos 27 secretários estaduais e ao ministro da Saúde. Esses subsistemas são independentes uns dos outros, mas precisam trabalhar de forma coordenada.

De maneira geral, os municípios garantem os serviços básicos, como os pos-

tos de saúde, as clínicas, os prontos-socorros e os pequenos hospitais, que fazem as cirurgias básicas (de hérnia, varizes, vesícula). Os estados se responsabilizam pelos serviços especializados, em hospitais que realizam operações mais complicadas (neurológicas, cardíacas, transplantes). Ao Ministério da Saúde cabe desenhar e financiar as grandes políticas nacionais.

Dessas políticas elaboradas em Brasília, a maioria é executada por estados e municípios, como a Estratégia Saúde da Família (equipes de saúde que visitam as casas de determinadas zonas da cidade) e o Samu (resgates de emergência em ambulâncias). Apenas excepcionalmente o ministério oferece serviços

diretamente à população, como o Programa Nacional de DST e Aids (que inclui a distribuição de camisinhas e do coquetel anti-HIV) e o Aqui Tem Farmácia Popular (que permite ao cidadão obter remédios gratuitos ou com grandes descontos em farmácias particulares).

Terceirização

Como têm maior capacidade de arrecadação de impostos, as esferas mais abrangentes alimentam as esferas locais. Assim, os municípios mantêm sua parcela do SUS em funcionamento utilizando verbas próprias, estaduais e federais. Os estados, com recursos próprios e federais. O Ministério da Saúde, apenas com dinheiro próprio.

Raio X do SUS

A rede está em todo o país, o que explica os números superlativos (dados de 2012)

Exames	
Ultrassonografias	14,1 milhões
Tomografias	2,8 milhões
Exames laboratoriais	542,4 milhões
Tratamentos	
Sessões de hemodiálise	12,1 milhões
Sessões de quimioterapia	2,5 bilhões
Cirurgias	
Oncológicas	84 mil
Varizes	73,2 mil
Cardíacas	76 mil
Catarata	457,7 mil
Transplantes de órgãos	24,4 mil
Partos	2,2 milhões
Insumos	
Preservativos distribuídos	493 milhões
Doses de vacina contra pólio	19,4 milhões
Drogas anti-HIV distribuídas	21 tipos
Estabelecimentos de saúde	
Postos de saúde	44 mil
Hospitais públicos	5,7 mil
Hospitais conveniados	7,2 mil
Leitos públicos	158,2 mil
Leitos contratados	178,7 mil
Mão de obra	
Médicos	281,4 mil
Enfermeiros	111,8 mil
Dentistas	59,6 mil

Fonte: Ministério da Saúde

É graças à descentralização, com o evidente protagonismo das cidades na prestação dos serviços, que o SUS consegue chegar às localidades mais remotas do Brasil. Espalham-se pelo país, por exemplo, 44 mil postos de saúde — a média é de oito por município, embora existam enormes diferenças regionais.

Dado o gigantismo do SUS, o poder público não conta com estabelecimentos próprios em número suficiente para oferecer todos os serviços. Para complementar a rede própria, a União, os estados e as prefeituras “compram” da iniciativa privada uma parcela considerável dos serviços.

De todas as interações do SUS, por exemplo, metade se dá em leitos privados. As Santas Casas de Misericórdia, espalhadas por todo o país, aparecem como o exemplo mais ilustrativo dessa terceirização. São entidades particulares, mas estão associadas ao SUS e fazem atendimentos gratuitos, como se fossem hospitais públicos. O poder público faz o pagamento tanto em dinheiro quanto em isenção de impostos.

Obrigações distintas

Dos três níveis da Federação, a fatura proporcionalmente mais pesada é paga pelas prefeituras.

A União, de acordo com a Constituição, precisa aplicar na saúde o mesmo valor aplicado no ano anterior mais a variação nominal do produto interno bruto (PIB). Ano após ano, tem investido exatamente o mínimo constitucional.

Os estados devem destinar à saúde 12% de suas receitas próprias. No ano passado, a média estadual efetivamente aplicada ficou em 13%. O índice mais alto foi o do Amazonas, de 21%.

Os municípios, por sua vez, estão obrigados a investir 15% de suas receitas em saúde. Aplicaram em média 21,5% — notoriamente um índice bastante superior ao piso constitucional. Muitos municípios até passaram de 30%.

O médico Fernando Monti, que é vice-presidente do Conasems (entidade que representa os secretários municipais de Saúde) e secretário de Saúde de Bauru (SP), explica que os municípios acabam fazendo um esforço financeiro maior que os estados e o governo federal porque são responsáveis diretos pelo funcionamento da maior parte dos serviços de saúde. Ele aponta uma segunda razão:

“Se o cidadão enfrenta dificuldade para ser atendido no posto de saúde ou não encontra o remédio na farmácia pública, não é na porta do ministro ou do governador que ele bate. Ele cobra diretamente o prefeito, o secretário de Saúde, os vereadores. Eles se encontram nas ruas. Quando se trata dos problemas da saúde, o grau de pressão é muito maior sobre as autoridades municipais”.

Além dos 15% obrigatórios em saúde, a Constituição obriga as prefeituras a direcionar 25% de suas receitas para a educação. Afirma Monti:

“Os municípios já estão no limite. Não têm como prover mais recursos. Se eles ampliarem os investimentos em saúde ainda mais, não sobrá dinheiro para as outras necessidades da cidade, como a infraestrutura urbana, o saneamento, a mobilidade. Para que o SUS funcione como prega a Constituição, é preciso que agora os estados e, sobretudo, a União ponham a mão no bolso”.



Mais recursos, só com novas regras

O ministro da Saúde, Alexandre Padilha, diz que as regras atuais não permitem ao governo federal elevar as verbas do setor, de forma substancial, de um ano para outro. Segundo ele, a situação mudaria se uma nova regra estabelecesse a aplicação de um percentual das receitas do governo.

Na entrevista que deu a Em Discussão!, por e-mail, tratou dos desafios e dos avanços do Sistema Único de Saúde e contou que utiliza a rede pública: “Não tenho plano de saúde”.

As pessoas têm razão quando consideram a saúde o principal problema do Brasil hoje?

O Brasil é o único país do mundo com mais de 200 milhões de habitantes que assumiu para si o desafio de ter um sistema de saúde nacional, público, universal e gratuito, da vacinação ao transplante. Nestes 25 anos de SUS, houve muitos avanços e desafios. O país foi o que mais reduziu a mortalidade infantil no mundo. Buscamos melhorar a qualidade do atendimento, e essa qualidade começa na formação dos nossos profissionais. Apoiamos os estados e os municípios na qualificação do pessoal, em especial na distribuição espacial e nas condições de trabalho.

Especialistas apontam que as verbas federais para o SUS são insuficientes, ao contrário das verbas estaduais e municipais, e que essa é razão de boa parte dos problemas do SUS. O senhor concorda?

O Brasil vive, neste início de século, uma situação de saúde que combina uma transição demográfica acelerada e uma transição epidemiológica singular, caracterizada pelo aumento da expectativa de vida, pela convivência de doenças agudas e crônicas e pelo aumento dos casos de violências e traumas. Assim, temos a necessidade de serviços de qualidade que exigem um orçamento cada vez mais crescente. O governo federal saiu de R\$ 28

bilhões em 2002 para R\$ 91,7 bilhões em 2012 — um valor quase três vezes maior. Em 2013, teremos [tivemos] o maior aumento nominal no Ministério da Saúde por decisão da presidenta Dilma. Ao mesmo tempo, temos que continuar combatendo qualquer tipo de desperdício de recursos na saúde.

Hoje, a aplicação de parte das emendas parlamentares em saúde e a criação de uma nova CPMF não significariam verba extra para o setor, por causa da atual regra do piso federal da saúde. A regra precisa ser mudada?

As fontes de financiamento do SUS no âmbito federal são as receitas do orçamento da seguridade social e outras receitas próprias. Se considerarmos a criação de novas fontes de financiamento (como a nova CPMF), com a manutenção da atual regra, não se garante aplicação adicional de recursos pela União, porque hoje ela está obrigada a aplicar o valor empenhado no ano anterior, acrescido da variação nominal do PIB. No caso do orçamento impositivo, é importante dizer que não se trata de nova fonte e que, mantendo-se a atual regra de aplicação, provavelmente não haverá adicional para a saúde. No Congresso estão tramitando algumas propostas para a alteração da regra de aplicação da União. Uma delas diz respeito à aplicação de um percentual da receita corrente líquida da União. A

depende do percentual definido, mais recursos poderão ser alocados no SUS e, para financiar esse acréscimo, as novas fontes, como uma nova CPMF, poderão ajudar no esforço da União.

A saúde pública do Brasil algum dia será igual à do Canadá ou à da Inglaterra, que são exemplos em saúde universal?

A saúde pública deve, pode e precisa melhorar. Estamos assumindo a responsabilidade de liderar o processo com a qualidade no atendimento como obsessão para o SUS. O grande desafio é colocar qualidade, ampliar o acesso aos serviços de saúde. Interiorizar o atendimento de média e alta complexidade, expandir o acesso a serviços para a população, que cada vez mais terá um grande contingente de idosos. Mas como viver bem durante a velhice? Preparando-se desde a juventude, tendo acesso a orientações de como prevenir doenças. Nosso comportamento ao longo da vida se refletirá na terceira idade, e os hábitos saudáveis mostrarão seus frutos nessa fase. Devemos colocar a saúde da população em primeiro lugar. Esse é nosso maior desafio.

O senhor utiliza o SUS?

Sim. Não tenho plano de saúde.



MARCOS OLIVEIRA/AGÊNCIA SENADO



Centro Municipal da Mulher, em Ponta Grossa (PR): mulheres já são maioria entre os médicos jovens no país

Profissionais concentrados nas regiões mais ricas

Não falta apenas dinheiro na área de saúde, também faltam médicos. De acordo com estudo do Conselho Federal de Medicina (CFM), o Brasil possui 1,95 médicos para cada mil habitantes. A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda no mínimo um para cada mil. O problema é que os profissionais estão concentrados no Sul e Sudeste e atuam principalmente no setor privado, e não há uma política pública que estimule a dispersão da categoria pelo país.

O estudo *Demografia Médica no Brasil* mostra que a desigualdade continua sendo característica da assistência médica no país, apesar do aumento de 72,5% na razão médico/habitante entre 1980 e 2011. Na Região Sudeste, a proporção é de 2,61 médicos por mil habitantes, comparável a países europeus. No Norte, esse índice cai para 0,98, similar aos africanos.

A desigualdade também é encontrada dentro dos próprios estados: os profissionais

preferem trabalhar nas capitais ou em centros médios, em detrimento das cidades do interior. A cidade de São Paulo, por exemplo, tem média de 4,33 médicos. Já quando se avalia o estado, a média cai para 2,58, número ainda alto se comparado com o restante do país. A presença de médicos nas capitais é duas vezes maior que a média nacional.

Realizado em parceria com o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp), o estudo revela também que o Sistema Único de Saúde (SUS) possui quatro vezes menos médicos que o setor privado. E os estabelecimentos privados contam com 3,9 vezes mais postos de trabalho do que a rede pública.

A expectativa é de que o país alcance a razão de 2,52 médicos por mil habitantes em 2022. Mas o relatório alerta que esse aumento não reduzirá as desigualdades entre regiões e entre os setores público e privado, caso não sejam adotadas novas

políticas de atração e fixação de médicos e não haja mudanças substantivas no funcionamento do sistema de saúde brasileiro.

Divergências

De acordo com o estudo, é equivocado calcular o número ideal de médicos pela média de profissionais por habitante. Segundo a pesquisa, não há justificativa técnica para a proporção divulgada pela OMS, nem para a de 2,5 por mil habitantes, defendida pelo Ministério da Saúde, que toma como referência a realidade europeia.

A justificativa é de que esse tipo de cálculo não é eficiente em países como o Brasil, de grandes extensão territorial e disparidades socioeconômicas, grandes diferenças de oferta de profissionais e de acesso a equipamentos e tecnologias.

Para os conselhos, um critério mais justo seria o de “postos de trabalho ocupados”. Segundo a pesquisa, o número de postos médicos ocupados chega hoje a 636.017, o que dá uma

média de 3,33 por mil habitantes. Por esse método, a média nacional de postos ocupados sobe, mas as desigualdades se repetem, do mesmo modo que em relação ao critério de médicos registrados.

O Espírito Santo é a unidade da Federação com maior desigualdade entre capital e o resto do estado no que se refere à ocupação de postos nos setores privado e público. Na capital, Vitória, o índice de postos de trabalho ocupados no setor privado é de 7,81 por mil habitantes. Já no SUS, é de 4,30.

Perfil

De acordo com a pesquisa, o Brasil possuía, em 2011, 371.788 mil médicos. Em 1970, esse número era de 58.994 profissionais. O crescimento foi de 530%, cinco vezes mais do que o aumento da população brasileira nas últimas cinco décadas, que ficou na casa de 104,8%.

Uma das principais razões para o aumento no número de médicos é o crescimento de universidades e faculdades de Medicina. Em 2009, o Brasil contabilizava 185 escolas

médicas, com uma oferta de 16.876 vagas. O Sudeste concentra 45% dos cursos. Do total de vagas disponíveis, 58,7% são oferecidas por instituições privadas e 41,3%, por públicas.

O relatório chama a atenção ainda para o processo de “feminização da medicina” no Brasil, que acompanha a tendência mundial. Em 2009, pela primeira vez, o número de médicas (50,23%) que ingressou no mercado de trabalho foi maior do que o de médicos (49,77%). Em 2010, essa proporção já tinha crescido para 52,46% de mulheres e 47,54% de homens.

Como consequência, as médicas conquistaram a maioria no grupo dos profissionais com menos de 29 anos, com 53,31%. Já a partir dos 30 anos, continuam a predominar os homens, principalmente nas faixas etárias mais avançadas.

Carreira

Segundo a pesquisa *Radar: Perspectivas Profissionais — níveis técnico e superior*, divulgada em julho de 2013 pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), entre 48 carreiras universitárias, medicina ocupa

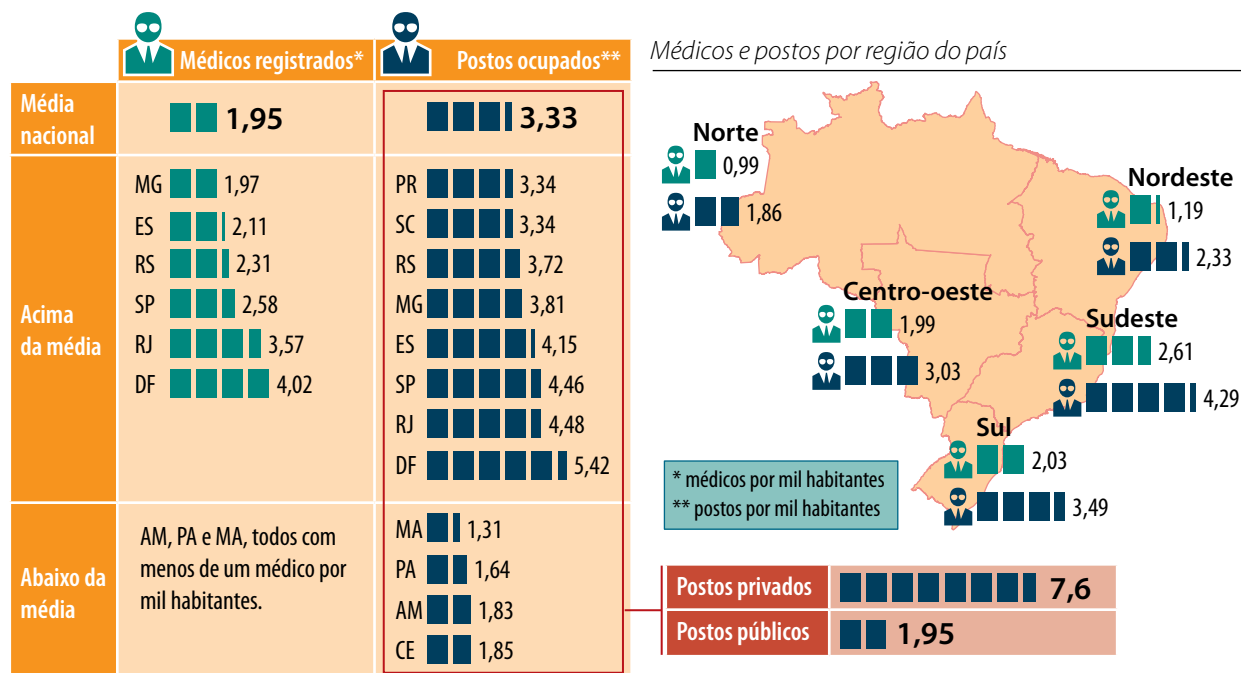
o primeiro lugar em ranking de melhores salários, jornada de trabalho, taxa de ocupação e cobertura de previdência. Em seguida, estão odontologia e engenharias.

O salário médio de médicos é R\$ 6.940,12, considerando os recém-formados. Para quem já está no mercado de trabalho, a média salarial é R\$ 8.459,45 (o mais alto entre as carreiras analisadas). Medicina é a quarta profissão com maior aumento de salário entre 2009 e 2012. A facilidade de encontrar um emprego — expresso pela taxa de ocupação de 97% dos médicos formados, a maior entre as carreiras — e a cobertura previdenciária, de 93,3%, são fatores determinantes.

Falta, no entanto, a regulamentação da carreira. Em visita ao Senado em agosto, os presidentes do CFM, Roberto d’Avila, e da Federação Nacional dos Médicos (Fenam), Geraldo Ferreira, pediram ao presidente do Senado, Renan Calheiros, a aprovação da Proposta de Emenda à Constituição (PEC) 34/2011, que cria carreira de Estado para médicos (*leia mais na pág. 80*).

Onde estão os médicos no Brasil

O Conselho Federal de Medicina defende o critério de número de postos ocupados em vez do número de médicos por mil habitantes. Em qualquer dos casos, a desigualdade entre os estados e entre os setores público e privado é gritante



Fonte: Conselho Federal de Medicina (CFM)



VALTER CAMPANATO/ABR

Profissionais cubanos chegam a Brasília para trabalhar no Mais Médicos: medida causou polêmica no início

Cresce aprovação popular ao Programa Mais Médicos

O Programa Mais Médicos, lançado pelo governo federal em outubro (Lei 12.871/2013), foi adotado para tentar amenizar a falta de médicos no Brasil. Inicialmente, recebeu muitas críticas, principalmente da classe médica, em relação à contratação de profissionais estrangeiros sem revalidação de diploma.

Porém, pesquisa realizada pela Confederação Nacional do Transporte (CNT) mostra que, à medida em que vai sendo implantado, o programa tem angariado apoio da população. Em julho, 49,7% dos entrevistados apoiavam a ideia, em setembro, 73,9% e, em novembro, 84,3%.

Grande parte dos entrevistados (66,8%) disse acreditar que os médicos estrangeiros estão capacitados para atender a população brasileira. Pouco mais de 20% disseram que eles não estão preparados para exercer a atividade no país.

Apesar dos números favoráveis, apenas 13% responderam que o programa está cumprindo totalmente os objetivos para os quais foi criado. A maioria, 46%, diz que cumpre em parte o que foi proposto.

O presidente do Senado Re-

nan Calheiros ressaltou que o confronto de opiniões faz parte do processo democrático. "Desde o início, expressei meu apoio ao programa. Cumprimentei a presidente pela coragem de enfrentar os problemas da saúde pública, que afligem a todos."

O senador Eduardo Suplicy (PT-SP) ressaltou que, apesar de ainda não haver número suficiente de médicos para todos os municípios necessitados, nos locais que já estão sendo beneficiados, as pessoas estão acolhendo bem o programa.

Áreas carentes

O programa tem o objetivo de levar profissionais brasileiros e estrangeiros para atender a população nas áreas carentes, as periferias de grandes cidades e o interior do país. Já foram contratados 6,6 mil médicos que fizeram sua formação em universidades estrangeiras, número que o governo estima aumentar para 12.996 até março de 2014.

Em audiência no Senado, o ministro da Saúde, Alexandre Padilha, disse que a comprovada necessidade que o Brasil tem de médicos é a melhor justificativa para o programa. Já para a

presidente do Conselho Nacional de Saúde, Maria do Socorro de Souza, a iniciativa não é suficiente para resolver as desigualdades. "Se o Mais Médicos é importante para a sociedade brasileira, o governo também tem de sinalizar com saídas concretas para o financiamento da saúde, senão medidas como essas terão pouco impacto, com pouca possibilidade de se sustentar", avaliou.

Educação

O senador Mozarildo Cavalcanti (PTB-RR) frisou a necessidade de aumentar investimentos em formação de médicos. Além da contratação de profissionais, o Mais Médicos prevê que os alunos que ingressarem na graduação em Medicina, a partir de 2015, atuem por dois anos em unidades básicas e na urgência e emergência do SUS.

Em parceria com o Ministério da Educação, o programa promete abrir 11,5 mil vagas de graduação até 2017 e 12 mil vagas para formação de especialização até 2020. Segundo o Ministério da Saúde, já foram criadas 2.415 novas vagas, que serão implantadas até o final de 2014.

Envelhecimento faz gastos explodirem

A população brasileira vai chegar a 228,4 milhões de pessoas até 2042, último ano em que o número de nascimentos será maior que o número de mortes. A partir de 2043, a população do país começará a diminuir gradualmente. Em 2060, serão 218 milhões de brasileiros, dos quais 58 milhões de idosos. Quase um terço da população, 26,7%, terá 60 anos ou mais, com expectativa de viver até os 81,2 anos. Hoje, o número de idosos corresponde a 7,4% do total, e a expectativa média de vida é de 73,9 anos. Os dados são do IBGE, de novembro de 2013.

Se, por um lado, a informação de que se viverá mais é positiva, por outro, o envelhecimento da população representa enorme problema para o sistema de saúde pública. O ministro da Saúde, Alexandre Padilha, reconheceu que a área tem um desafio pela frente. “Somos um país que envelhece rapidamente e com expectativa de vida cada vez maior. A mortalidade por doenças cardiovasculares, por exemplo, foi reduzida em 42%. Então, um adulto vai precisar cada vez mais de atendimentos complexos”, avaliou.

Com isso, os custos para manter o sistema de saúde pública também aumentarão. Segundo o ministro, a partir dos 60 anos de idade, gasta-se em saúde 25% a mais do que se gastou a vida inteira. No último ano de vida, gasta-se metade do que se gastou a vida inteira. “O envelhecimento exige um financiamento estável para a saúde”, destacou.

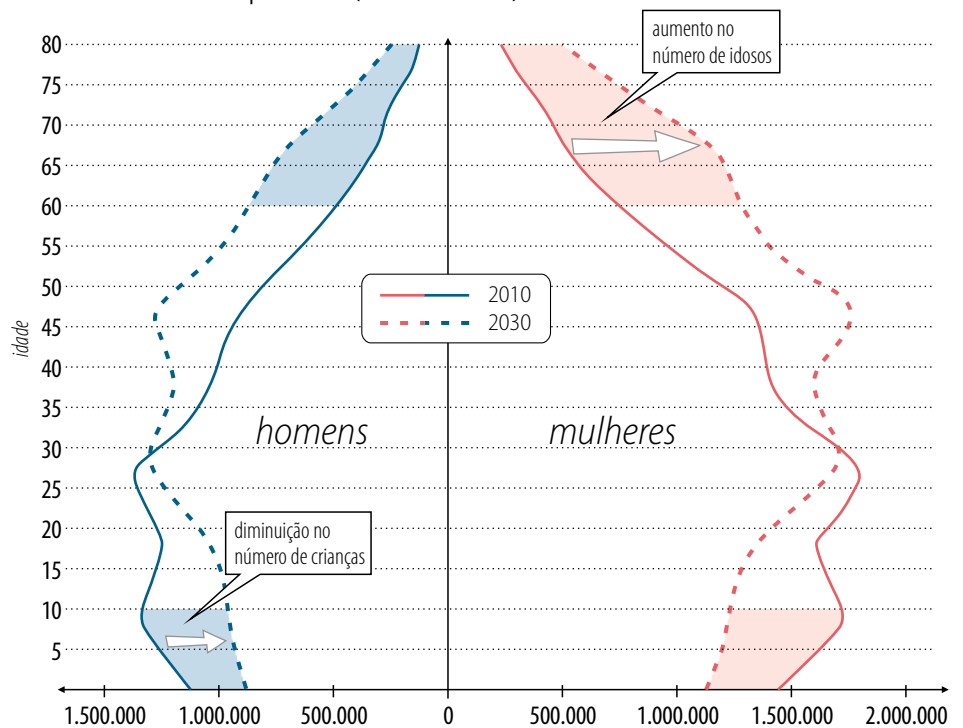
Aumentos

No documento *Envelhecimento Populacional e os Desafios para o Sistema de Saúde Brasileiro*, o Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (Iess) fez uma projeção dos gastos ambulatorial e hospitalar do SUS entre 2010 e 2030. O gasto ambulatorial com os mais jovens, de zero a

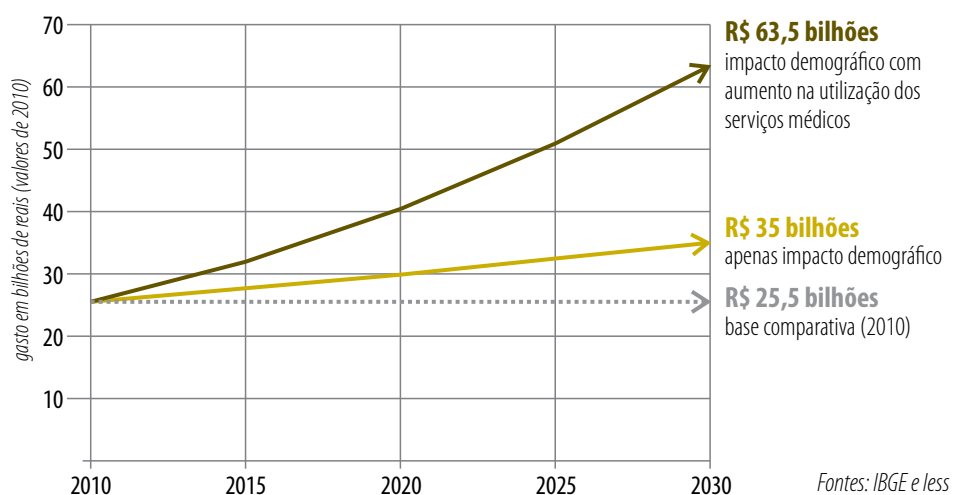
Mais idosos, mais dinheiro

Com o envelhecimento da população, os aumentos de gastos com a saúde pública serão significativos. No pior cenário, o aumento pode chegar a 149%.

Pirâmide etária comparativa (2010 e 2030)



Projeção de aumento no gasto médico assistencial



14 anos, sofrerá redução de 44,2%. “De forma contrária, a parcela do gasto relativa aos idosos, que, em 2010, era de 31,2%, atingirá 42,8% em 2030, um crescimento acumulado de 36,8%

no período”, afirma o estudo. No caso das internações, o gasto com crianças e adolescentes cairá de 17,5% para 10,9%. Já os idosos terão sua parcela do gasto aumentada de 28,5% para 41,9%.



BRUNA SAMPAIO/BLOG DANDO NOTÍCIA

Casa de idosos em Piracicaba (SP): em um ano, uma pessoa idosa pode gastar metade do que gastou a vida inteira em saúde

De acordo com o Iess, o gasto público com assistência ambulatorial e hospitalar pelo SUS foi de R\$ 25,5 bilhões em 2010. Considerando apenas o efeito demográfico, esse gasto será de R\$ 35,8 bilhões em 2030, um aumento

de 40,4%. Se forem computados, além do aumento populacional, o consequente crescimento na utilização do sistema de saúde e nos gastos de atendimento, esse valor sobe para R\$ 63,5 bilhões, uma elevação de quase 149% em relação a 2010.

Diante dos números, o instituto levanta dúvidas sobre a capacidade de o país financiar a saúde. Caso a previsão de crescimento do PIB seja de 2% ao ano, o orçamento do SUS, segundo o Iess, será de R\$ 37,9 bilhões em 2030. Com crescimento de 4% ao ano, esse orçamento saltaria para R\$ 56 bilhões. Mesmo assim, continuaria inferior aos R\$ 63,5 bilhões estimados para as despesas hospitalares e ambulatoriais em 2030.

Educação

O senador Humberto Costa

(PT-PE) reconhece que os próximos governos terão de reavaliar as prioridades. Ele afirma que, nos últimos anos, houve um crescimento real do orçamento da saúde. Mas, em termos relativos, foi menor do que o de áreas como educação e assistência social. De 2003 a 2012, o orçamento da saúde duplicou, enquanto o da educação quadruplicou.

“A clientela da educação no país é sensivelmente menor do que a clientela da saúde. O Bolsa Família beneficia 60 milhões de brasileiros. É muita gente, mas o SUS é para os 200 milhões. É óbvio que ele tem um custo diferenciado. E existem outros problemas. Na área da educação, teremos a clientela se reduzindo nos próximos anos; no caso da saúde, estará aumentando. As pessoas com mais de 60 anos vão formar um pico de uma pirâmide invertida crescente a cada ano, enquanto as taxas de crescimento populacional no Brasil vêm diminuindo. Então é óbvio que vamos ter que lidar com essa questão do envelhecimento e das novas necessidades”, ponderou.

Apesar do SUS, qualidade da saúde varia muito

Uma das principais missões do SUS, dar acesso igualitário a serviços de saúde, é também um de seus maiores desafios. Assim como nos dados socioeconômicos, o Brasil é extremamente desigual nos indicadores de saúde. Apesar de as políticas públicas após a Constituição de 1988 estarem surtindo efeito, ainda há um longo caminho a percorrer para que um cidadão do Nordeste do país, por exemplo, tenha a mesma chance de viver com qualidade pelo mesmo tempo que uma pessoa na Região Sul, onde, em geral, os indicadores de saúde são melhores.

“As desigualdades em saúde no Brasil estão expressas sob diferentes eixos: cobertura e qualidade da informação de saúde, tendências na expectativa de vida ao nascer, tipo de parto e idade materna, distribuição dos riscos de adoecer e morrer, entre outros aspectos da atenção prestada pelos serviços de saúde”, resume o estudo *Epidemiologia das Desigualdades em Saúde no Brasil*, conduzido pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e pela Fundação Nacional de Saúde (Funasa) em 2002.

Por conta da disparidade no acesso e na qualidade dos

serviços de saúde, as pessoas mais vulneráveis, em regiões mais pobres, apresentam maior chance de adoecer e morrer. Para se ter uma ideia, o risco de uma criança morrer durante o primeiro ano de vida, na Região Nordeste, é 3,1 vezes maior do que na Região Sul. Pior ainda, esse risco em Alagoas é 4,2 vezes maior do que no Rio Grande do Sul (*leia mais na pág. 34*).

“O excedente de doenças provocado pelas desigualdades em saúde pode acarretar nos grupos mais vulneráveis mortalidade precoce, sobrecarga de determinados procedimentos médicos, maiores

demandas de serviços sociais e redução da possibilidade de ascensão social”, afirma o estudo.

Sem ações firmes do Estado, essa situação tende a perpetuar as diferenças no desenvolvimento humano entre as regiões. As intervenções precisam, em primeiro lugar, ampliar a infraestrutura para o acesso aos serviços. “Como um estado pobre como o meu pode cumprir igualmente o que cumprem estados ricos? É uma desigualdade que aprofunda até as desigualdades regionais e sociais”, avalia o senador Mozarildo Cavalcanti (PTB), atento a essa realidade em Roraima.

As desigualdades são observadas até mesmo no sistema de informação de dados

epidemiológicos, que aponta diferenças na vigilância à saúde de local para local. Isso dificulta até as análises necessárias para que as ações de saúde deem respostas aos problemas.

“A Lei 141 [que regulamentou a distribuição de recursos para a saúde, em 2012] poderia ter superado boa parte das desigualdades. Sabemos na pele o impacto da desigualdade no SUS. Mas a gente se deparou com uma posição refratária do governo federal de ter uma aposta mais definitiva no orçamento da saúde”, lamentou, no Senado, Maria do Socorro de Souza, presidente do Conselho Nacional de Saúde.

A desigualdade também se reflete na distribuição, pelo

país, de médicos e de leitos de terapia intensiva (*leia mais nas págs. 22 e 30*). Apenas 30% da população tem acesso à metade dos médicos e leitos disponíveis. Por isso, a necessidade de políticas de Estado que busquem a melhor distribuição dos profissionais de saúde pelo país, o que justifica, por exemplo, o Programa Mais Médicos.

Outras políticas, como a campanha nacional de imunização, têm melhor desempenho. Além da cobertura semelhante à de países desenvolvidos, o programa é mais homogêneo, ainda que estados como Pará, Maranhão e Amazonas apresentem valores mais baixos, o que evidencia menor organização dos serviços de saúde.

Mutirão realizado pelo Ministério da Saúde na Amazônia: desigualdade de atendimento entre as regiões é grande



Cartão evita fraude e facilita atendimento

O Sistema Cartão Nacional de Saúde — ou simplesmente Cartão SUS — é um documento que pretende facilitar o acesso à rede de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS). O cartão armazena informações sobre atendimento, serviços prestados, nome do profissional e procedimentos realizados.

O cartão foi instituído em 1996, mas avançou pouco nos

anos seguintes. O governo federal voltou a lançá-lo em 2011.

O objetivo do cartão é organizar dados sobre o atendimento aos usuários, dotar a rede de atendimento de um instrumento que facilite a comunicação entre os serviços de saúde e gerar dados atualizados que permitam subsidiar a elaboração e a execução das políticas públicas.

O número do cartão deve

constar do registro de procedimentos ambulatoriais e hospitalares, mesmo daquelas pessoas que têm plano de saúde ou são pacientes particulares.

O cadastro é feito em hospitais, clínicas, postos de saúde e locais definidos pelas secretarias municipais de Saúde. Além de facilitar a marcação de consultas e exames, garante o acesso a medicamentos gratuitos.

O Cartão SUS funcionará como uma ficha médica. Ao utilizar os serviços dos estabelecimentos credenciados, o usuário poderá transferir as informações para um banco que armazena consultas, datas, horários e procedimentos realizados. Essas informações poderão ser acessadas de qualquer lugar pelo profissional autorizado pelo paciente.

Todo cidadão deve ter um número do Cartão SUS. Ele funciona como uma espécie de registro de identidade na área de saúde. O cadastramento deve ser feito pelos municípios. O Ministério da Saúde não soube informar quantas pessoas já se cadastraram.

Irregularidades

O Cartão SUS já foi alvo de denúncias. Em setembro de 2013, o programa *Fantástico*, da TV Globo, mostrou vários casos de fraude. De acordo com a reportagem, um único Cartão SUS foi usado por 186 pessoas em maio do ano passado em um hospital no Paraná. Por esses atendimentos, a unidade recebeu R\$ 117 mil.

Segundo o Ministério da Saúde, um novo sistema de informática estará implantado no início deste ano e eliminará ou, pelo menos, dificultará ações ilegais. O sistema será integrado com outros bancos de dados, como o registro de óbitos, para evitar fraudes.

Cartão SUS foi criado pelo governo federal em 1996, mas ainda não alcança todos os usuários da rede pública de saúde



FABRÍCIO BARRETO/GSH

Muitos atendimentos por pouco dinheiro

A crise financeira que afeta as Santas Casas de Misericórdia e os demais hospitais filantrópicos tem raiz nos recursos destinados à saúde. O Brasil tem 2.100 instituições filantrópicas de saúde, responsáveis por 51% dos atendimentos feitos pelo SUS.

No 23º Congresso Nacional das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos, realizado em agosto do ano passado, as entidades revelaram acumular déficit anual de R\$ 5,1 bilhões pela assistência que prestam ao Sistema Único de Saúde. O endividamento tributário é superior a R\$ 15 bilhões.

A queixa encontra respaldo no relatório da subcomissão da Câmara dos Deputados que analisou em 2011 a situação das filantrópicas. Naquele ano, os custos dos serviços prestados ao SUS alcançaram R\$ 14,7 bilhões. O pagamento, no entanto, foi de R\$ 9,6 bilhões.

Por isso, as entidades querem um reajuste de 100% nos valores da tabela do SUS. Hoje, de acordo com o DataSUS, o sistema paga R\$ 47,27 por um atendimento ou diagnóstico de urgência em pediatria, dos quais R\$ 35,65 referem-se a serviço hospitalar e R\$ 11,62 a serviço profissional. No caso de uma mastectomia simples, a remuneração é de R\$ 462,80 para hospital e profissionais. Como comparação, no Hospital Samaritano, em São Paulo, uma mastectomia simples sai por, no mínimo, R\$ 7.500 em atendimento particular.

O senador Aloysio Nunes Ferreira (PSDB-SP) destacou que a parceria do Estado brasileiro com as instituições filantrópicas é prevista na Constituição. Ele reforçou a necessidade de o governo encontrar uma solução para as instituições filantrópicas de saúde.

“A Santa Casa é o único ponto para o qual convergem aqueles em busca de tratamento em mais



MILTON MICHIDA/GOVERNO DE SÃO PAULO

Mulher se submete a mamografia: segundo hospitais, tabela SUS remunera pouco por procedimentos

de mil pequenos e médios municípios do país”, disse.

Socorro

Em outubro de 2013, o Ministério da Saúde divulgou medidas para fortalecer os hospitais filantrópicos. Além de socorrer as entidades endividadas, o governo quer ampliar o atendimento de pacientes do SUS nas instituições.

Entre as medidas, está a ampliação de 25% para 50% do incentivo pago aos hospitais filantrópicos pelos atendimentos de média e alta complexidade, como exames e cirurgias. O incentivo é um bônus pago sobre o valor total do procedimento médico. Segundo o ministério, o bônus terá direcionado R\$ 1,7 bilhão para as instituições em 2013.

Para facilitar o pagamento da dívida tributária, o governo pretende parcelar o pagamento dos tributos devidos à Receita Federal e ao Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS). As dívidas somam R\$ 5,4 bilhões e poderão ser quitadas em até 15 anos. O Senado já aprovou uma medida provisória que estabelece moratória nas dívidas

tributárias acumuladas pelas entidades filantrópicas. Ao final do prazo, a dívida será zerada caso a entidade mantenha em dia o pagamento dos impostos correntes.

Em setembro de 2013, o ministério já havia publicado uma portaria reajustando, por meio do Incentivo de Adesão à Contratualização (IAC), os repasses para procedimentos de média complexidade. Os valores serão retroativos a agosto e estão estimados em R\$ 1,7 bilhão.



LIA DE PAULA/AGÊNCIA SENADO

O senador Aloysio Nunes Ferreira cita a importância das Santas Casas para os pequenos municípios

Faltam leitos e profissionais nas UTIs

O ministro da Saúde, Alexandre Padilha, afirmou que o governo federal conseguiu reduzir o número de internações de 17 milhões em 2000 para 12 milhões em 2012. Na avaliação dele, a queda é positiva, pois indica que a política de investir em atenção básica e prevenção está surtindo efeito.

“A redução do número de internações significou exatamente a mudança no modelo de organização do serviço de saúde, que apenas começamos. É o primeiro passo de uma longa caminhada, que é cuidar da saúde das pessoas e não só cuidar da doença”, ele disse.

Segundo o ministro, a maior redução foi nas internações pediátricas. O ministério detectou redução de 30% em internações de crianças acometidas por diarreia, pneumonia e meningite. Padilha lembrou também que o

governo começou a distribuir, em junho de 2012, remédio para asma pelo Programa Farmácia Popular. O ministro credita a essa iniciativa a diminuição de 20 mil no número de internações por asma no país em um ano.

Mas Padilha admitiu que ainda há muito a avançar em relação ao acesso aos serviços. Entre as prioridades, está a ampliação de leitos em unidades de terapia intensiva (UTIs). Atualmente, segundo o ministério, o país tem quase 19 mil leitos. Para atender a toda a demanda, seriam necessários mais 2 mil leitos. Mesmo crescendo ao ritmo atual de 800 leitos ao ano, em 2020 o déficit terá chegado a 17 mil leitos.

“Isso significa forte investimento de recursos, não só recursos para comprar equipamento, mas também recursos para manutenção e para um grande investimento em profissionais de

saúde, que é o mais complexo de conseguir. Formar médicos com especialização em terapia intensiva é o principal desafio hoje para a ampliação de leitos de UTI”, disse.

A ministra do Planejamento, Miriam Belchior, afirmou que há previsão de R\$ 1,2 bilhão para contratação de médicos e outros profissionais de saúde em 2014, destinados aos 45 hospitais universitários. Em 2015 e 2016, serão empregados mais R\$ 2,2 bilhões para dotar esses hospitais de mais leitos de UTI, entre outros serviços de saúde.

O senador Waldemir Moka (PMDB-MS) advertiu que, se não houver uma decisão política, de fato, de alocar mais recursos na saúde, “os hospitais vão continuar superlotados, com atendimento em corredor e em maca, e o médico tendo que decidir quem fica na UTI e quem sai”.

Pacientes se amontoam em corredor de hospital público: vagas insuficientes para todos



SIMERS



Criança é vacinada: campanhas nacionais conseguiram erradicar a varíola e a pólio no Brasil

Com 40 anos, campanhas de vacinação colhem bons resultados

Criado em 1973, o Programa Nacional de Imunizações é uma das políticas de saúde mais longevas — e com melhores resultados. Nas últimas décadas, poliomielite, sarampo, rubéola e tétano neonatal foram praticamente eliminados do Brasil e outras doenças, controladas.

A eficácia de campanhas de vacinação foi confirmada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) a partir das experiências internacionais contra a varíola, que foi erradicada do planeta. O último caso foi registrado no Brasil em 1971 e, no mundo, em 1977.

A partir da década de 70, as campanhas de imunização brasileiras, antes marcadas pela descontinuidade e pela reduzida área de cobertura, firmaram-se como política pública permanente, imunes às mudanças de governo.

Em 1980, houve a 1ª Campanha Nacional de Vacinação contra a Poliomielite, com a meta de

vacinar todas as crianças menores de 5 anos em um só dia. Depois de menos de uma década, o Brasil não observava mais casos nativos da doença. Em 1994, recebeu uma certificação de que o vírus causador da doença não mais circula no país.

Além das campanhas de erradicação (poliomielite, sarampo e tétano neonatal), o Brasil promove vacinação em massa para controle de doenças como difteria, coqueluche, tétano acidental, hepatite B, meningites, febre amarela, formas graves da tuberculose, rubéola e caxumba.

Cobertura satisfatória

A partir de dados sobre a aplicação da vacina tríplice bacteriana (DTP, que protege contra a difteria, o tétano e a coqueluche) no ano 2000, um estudo observou que o nível de cobertura vacinal brasileira equivale ao de países desenvolvidos.

A vacina DTP, apesar de

rotineira, é especializada, tendo em vista que requer três doses e um reforço entre os 2 e os 15 meses de idade, iniciativa para a qual é necessária uma maior organização dos serviços de saúde.

Cerca de 55% dos municípios atingem mais de 95% de cobertura, ainda que em alguns estados (Pará, Maranhão e Amazonas) esse índice seja inferior a 30%, o que evidencia diferenças grandes na organização dos serviços de saúde para o cumprimento das metas.

“No tocante à cobertura vacinal, observou-se que os valores médios nacionais, regionais e estaduais, referentes aos patamares de imunização da vacina DTP, são comparáveis àqueles dos países desenvolvidos”, conclui o estudo *Epidemiologia das Desigualdades em Saúde no Brasil*, conduzido em 2002 pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e pela Fundação Nacional da Saúde (Funasa).

Samu faz 10 anos e mostra falhas

Inspirado, até mesmo na sigla, no **modelo francês**, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) foi lançado pelo governo federal em 2003 para melhorar o socorro à população em casos de emergência. Implementado por meio de parcerias com governos estaduais e prefeituras, contava com 3.041 ambulâncias em dezembro de 2013, conforme o Ministério da Saúde.

O serviço funciona ininterruptamente, com equipes de profissionais de saúde que, conforme a cidade, podem contar até com médicos. Em geral, porém, o atendimento é prestado por enfermeiros, auxiliares de enfermagem e socorristas.

Os chamados dirigidos ao telefone 192 são atendidos por uma das 182 centrais espalhadas pelo país, que abrangem 2.627 municípios e 140 milhões de habitantes (72% da população).

O ministério doa as

O Service d'Aide Médicale d'Urgence (Samu), idealizado na França em 1986, é considerado por especialistas o melhor do mundo.

ambulâncias e ajuda na estruturação das centrais de regulação. Depois, as despesas são divididas entre governo federal, estados e municípios. Os investimentos da União com o programa passaram de R\$ 432 milhões em 2011 para R\$ 531 milhões em 2012.

O Samu ainda conta, em algumas regiões, com helicópteros e “ambulanchas”, usadas particularmente na região amazônica, onde o acesso às pequenas localidades só pode ser feito por rio.

Argentina, Chile, Colômbia, Cuba, Espanha, Marrocos, México e Portugal, entre outros países, dispõem de serviço semelhante.

Falhas no sistema

Em 2011, uma reportagem do

programa *Fantástico*, da TV Globo, visitou sete estados e mostrou falhas graves no serviço — ambulâncias sucateadas e, ao mesmo tempo, veículos novos sem uso, porque foram doados pelo governo federal antes que as centrais de atendimento estivessem de fato operacionais. Na época da denúncia, o Ministério da Saúde admitiu que 1.200 ambulâncias novas em 14 estados — de um lote de 1.511 doadas no ano anterior — não estavam sendo utilizadas. Esse número, hoje, foi reduzido em 89%, informou a assessoria de imprensa da pasta.

A qualidade do Samu também sofre com as deficiências do sistema de saúde pública em geral. Com os prontos-socorros lotados, mostrou a reportagem, não é raro haver várias ambulâncias estacionadas diante dos hospitais. Enquanto não houver um leito vago, o doente fica na maca da própria ambulância.



PEDRO GUILHON/FMPA

Ambulâncias do Samu: programa é resultado de parceria entre União, estados e municípios

Transplantes dobram em uma década

O número de transplantes de órgãos realizados em 2002 no Brasil — 12.722 — quase dobrou em uma década, atingindo a marca de 24.473 em 2012. O SUS realiza 95% dos procedimentos. Os planos de saúde são obrigados a cobrir apenas transplantes de rim e córnea.

O investimento público chegou a R\$ 1,4 bilhão em 2013, quatro vezes maior do que dez anos antes, resultando também em uma substancial redução na fila de espera — de 64.774 pessoas, em 2008, para 38.759.

As informações foram dadas pelo ministro da Saúde, Alexandre Padilha, no 8º Congresso Brasileiro de Transplantes de Órgãos, realizado em outubro, no Rio.

O transplante de córnea responde por quase 60% do total de transplantes no sistema público. Também os transplantes de grande complexidade cresceram entre os anos de 2010 e 2012, como os de coração e pulmão (35%) e o de fígado (12%).

Com mais serviços, melhorias na captação de órgãos e o aumento do número de cirurgias, caiu 40% no período a quantidade de pessoas

VENITON KUCHLER/AGÊNCIA DE NOTÍCIAS DO PARANÁ



Órgãos são transportados para transplante: fila de pessoas que espera pela cirurgia ficou menor nos últimos anos

aguardando por transplante.

Nos Estados Unidos, em novembro, a lista de espera era de 120 mil pessoas, enquanto mais de 16 mil procedimentos foram realizados no primeiro semestre.

O Sistema Nacional de Transplantes (SNT) conta com 548 estabelecimentos de saúde, 1.376 equipes médicas autorizadas a realizar transplantes e 25 centrais que coordenam a alocação dos órgãos baseada na fila única, estadual ou regional.

Doação de órgãos

Um dos fatores para esses avanços é a melhor aceitação familiar quanto à doação. A negativa para doação caiu de 80% em 2003 para 45% em 2012.

Outro dado que reforça essa mudança de comportamento é o de que o Brasil levou 23 anos (de 1987 a 2010) para chegar a 9,9 doadores por milhão de pessoas, enquanto, nos últimos três anos, o índice cresceu para 13,5. A meta é chegar a 15 neste ano.

O SNT é gerenciado pelo Ministério da Saúde, pelos estados e pelos municípios.

O ministério vem investindo na adoção de medidas para estimular a doação de órgãos por meio de campanhas e ações de mobilização. Uma dessas ações foi a parceria firmada entre o governo e o Facebook, em que o internauta declara ser doador em seu perfil. Em 2012 eram 121 mil e hoje são 135 mil.

Para o presidente da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO), José Osmar Medina, é preciso reduzir as diferenças regionais. São Paulo, por exemplo, responde por um terço de todos os transplantes de órgãos sólidos do país.

“O desafio principal é aprimorar a logística do programa de transplante, corrigir as disparidades geográficas em locais como Bahia, Mato Grosso e Maranhão, que têm número pequeno de transplantes”, disse Medina.

Salto de qualidade

Brasil já é o segundo país do mundo em cirurgias por ano

Nos últimos 10 anos	
Transplantes realizados*	92%↑
Investimentos	300%↑
Negativa de doação	43%↓
Nos últimos 5 anos	
Fila de espera	40%↓

*95% deles feitos pelo SUS (2012)

Fontes: Ministério da Saúde e ABTO

Modelo, Brasil atingiu metas de redução da mortalidade infantil

Problema típico de países com baixo desenvolvimento humano, a mortalidade infantil do Brasil já esteve entre as mais altas do continente americano. Porém, nesse quesito, o país tem o que comemorar: entre 1990 e 2012, o Brasil reduziu a taxa de mortalidade infantil de 62 para 14 mortes para cada 1.000 nascimentos, de acordo com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef).

Com esse resultado — um índice abaixo de 20 mortes por 1.000 nascimentos é aceitável pela Organização das Nações Unidas (ONU) —, o Brasil foi citado em outubro passado como modelo a ser seguido no combate à mortalidade infantil pela organização não-governamental Save the Children. A ONG credita o resultado brasileiro ao programa nacional de

imunizações e ao trabalho da Pastoral da Criança, órgão vinculado à Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB).

Com o resultado de 2012, o país já conseguiu superar a meta de 17,9 óbitos a cada 1.000 nascimentos, estabelecida nas **Metas de Desenvolvimento do Milênio**, ou seja, reduzir em dois terços a taxa de mortalidade infantil de 1990 a 2015.

O Brasil acompanha a tendência mundial. De 1990 a 2012, a mortalidade infantil no mundo caiu de 12 milhões de crianças por ano para 6,6 milhões. Mas, ao contrário do Brasil, o mundo ainda não deve cumprir essa Meta do Milênio até o ano que vem.

Nordeste

Para obter maiores avanços,

Oito objetivos fixados pela Declaração do Milênio da ONU em 2000. Os 191 países signatários se comprometeram a, até 2015, acabar com a pobreza e a fome, promover a igualdade entre os sexos, erradicar doenças, de acordo com metas concretas.

o Brasil precisa diminuir as desigualdades internas. Mesmo apresentando as maiores quedas nas mortes ao nascimento (de 44,7 para 18,4 mortes por 1.000 nascimentos de 2000 a 2010), o Nordeste, onde a diarreia e a desnutrição ainda são mais frequentes, continua com índices acima da média nacional.

Em 2001, a Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) observou que o país, entre 20 monitorados, apresentava uma das maiores discrepâncias entre os valores máximo e mínimo da taxa de mortalidade infantil entre os estados.

De um lado, está Santa Catarina, com 9,2 mortes de crianças a cada 1.000 nascimentos. Do outro, Alagoas, com 3,3 vezes mais óbitos até um ano de vida (30,2). Mas essa proporção já foi pior: em 2000, Alagoas tinha 4,2 vezes mais mortes que o estado com melhor resultado.

A mortalidade infantil está vinculada à escolaridade das mães: um aumento de 10% na taxa de alfabetização feminina se traduz em um decréscimo acentuado no índice.

Renda e etnia também têm relação com a mortalidade infantil: crianças pobres brasileiras têm mais do que o dobro de chance de morrer do que as ricas, e as nascidas de mães negras e indígenas têm taxa superior à média nacional.

Bebê em UTI neonatal no Pará: Brasil reduziu mortalidade infantil mais rápido que resto do mundo

FABIO COSTA/SANTA CASA DO PARÁ



Saúde carece de fonte fixa de verbas

Na Constituição de 1988, boa parte das conquistas sociais foi reunida sob o novo conceito da Seguridade Social, capítulo que engloba os direitos na área de saúde, previdência e assistência social. Para custear essa teia de proteção social e tornar seu financiamento menos exposto às mudanças da economia (como o índice de emprego formal), os constituintes definiram como fontes da Seguridade Social as contribuições de empregados e empregadores (sobre os salários); o faturamento das empresas, por meio do Fundo de Investimento Social (Finsocial) e do Programa de Integração Social e de Formação do Patrimônio do Servidor Público (PIS-Pasep); uma contribuição, criada pela própria Carta Magna, sobre o lucro líquido das empresas (CSLL); parte da receita das loterias; e os impostos da União, dos estados e dos municípios.

“Os constituintes preocuparam-se em definir que esses recursos fossem exclusivos da proteção social. Mas isso não

foi cumprido por nenhum governo que se seguiu à Constituição de 1988”, destacam os economistas da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP) Rosa Maria Marques e Áquilas Mendes.

Atualmente, a principal fonte de financiamento da saúde é a Contribuição para Financiamento da Seguridade Social (Cofins). Em 2011, ela representou 52% do total de R\$ 78,5 bilhões aplicados pelo governo federal no setor. No ano seguinte, sua participação subiu para 55% de um orçamento global de R\$ 86,8 bilhões. A CSLL também representa uma fonte importante — 38% em 2011 e 37% em 2012.

Royalties

O financiamento público da saúde é diretamente afetado por decisões políticas e macroeconômicas, pelo contexto de inserção internacional do país, pelos arranjos institucionais e pelas decisões sobre o modelo de proteção social brasileiro, explica Sergio Piola, médico sanitário, consultor do Ipea e pesquisador do Núcleo de Estudos de Saúde Pública da Universidade de Brasília (UnB).

“É absolutamente impossível garantir serviços integrais de boa qualidade com o atual nível de gasto público com saúde. Não há mágica. Mesmo com ganhos de eficiência — sempre possíveis, pois muitos são os exemplos de falta de gestão mais eficiente e de desperdícios —, para melhorar os serviços do SUS são necessários mais recursos.”

No ano passado, foi sancionada a Lei

12.858/2013, que destina 75% dos royalties do petróleo para a educação e 25% para a saúde. Em 2022, a verba deverá atingir R\$ 19,96 bilhões para as duas áreas, totalizando R\$ 112,25 bilhões em uma década. O texto determina também que 50% de todos os recursos do Fundo Social do pré-sal sejam destinados aos dois setores.

Quando esteve no Senado em setembro de 2013, a ministra do Planejamento, Miriam Belchior, afirmou que as receitas não estão subindo o suficiente para um grande aumento em qualquer uma das áreas de políticas públicas sobre as quais o governo federal tem responsabilidade.

“Garantir a universalidade e a integralidade diante de um cenário de restrições orçamentárias e financeiras e alocar recursos de forma equânime em um país de tantas desigualdades sociais e regionais têm-se transformado em um grande desafio para os gestores”, afirmou Beatriz Dobashi, presidente do Conass (entidade que reúne os secretários estaduais de Saúde).

A presidente do Conselho Nacional de Saúde, Maria do Socorro de Souza, lembrou que o setor tem “um legado enorme de leis”, mas não é isso que emperra o financiamento adequado da saúde, mas sim uma decisão política.

O senador Paulo Davim (PV-RN) concordou: “Os números apontam para gastos de US\$ 483 per capita/ano no Brasil, número inferior ao do Chile, inferior ao da Argentina, sem comparar com os países da Europa ou da América do Norte”.

Mesmo a chegada do dinheiro dos royalties é vista com ceticismo por alguns senadores. “Se não fecharmos a torneira

ARQUIVO PESSOAL



Sergio Piola, do Ipea: “É impossível garantir serviços de boa qualidade com o atual nível de gasto público”

Para o senador Casildo Maldaner, má gestão prejudica SUS; Maria do Socorro de Souza, do Conselho Nacional de Saúde, diz que falta ao governo vontade política para fortalecer o sistema



PEDRO FRANÇA/AGÊNCIA SENADO



MARCOS OLIVEIRA/AGÊNCIA SENADO

da corrupção, pode colocar dinheiro à vontade que vai continuar melhorando muito lentamente”, disse Mozarildo Cavalcanti (PTB-RR). Casildo Maldaner (PMDB-SC) foi outro a ver nos desperdícios um complicador na saúde: “Muita coisa se perde no andar da caruagem. Quem acaba pagando é o Orçamento, é o povo. Isso é roubar a saúde também, é tirar a vida da pessoa”.

Dez anos de CPMF

Criada em 1996 para financiar a saúde pública e vigorar, inicialmente, por apenas 13 meses, a Contribuição Provisória sobre Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira (CPMF) acabou

perdurando, em razão de sucessivas leis aprovadas pelo Congresso Nacional, até 2007, quando o Senado rejeitou a proposta de emenda constitucional que pretendia estender sua vigência até 2011.

Os valores da arrecadação em dez anos, corrigidos pela inflação, foram de R\$ 223 bilhões, mas menos da metade foi usado na saúde.

“Em seu primeiro ano de vigência, ficou evidenciado que a criação da contribuição não era, por si só, garantia de maiores recursos para a saúde, uma vez que outras fontes que financiavam tradicionalmente o setor passaram a ser desviadas para outras áreas”, relata o documento *Financiamento da Saúde: Brasil e outros países com*

cobertura universal, da Câmara dos Deputados.

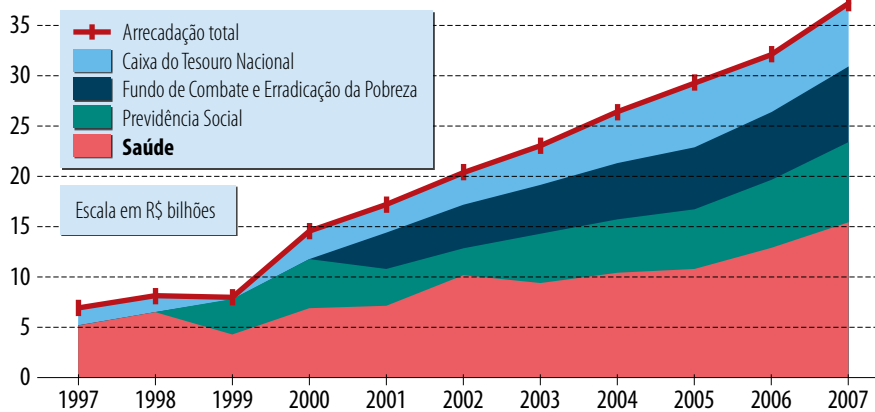
Essa constatação, diz o estudo, fez com que o Congresso inserisse nas Leis de Diretrizes Orçamentárias, desde 1998, uma regra que fixava valor mínimo de aplicação em saúde, tendo por base a dotação autorizada no exercício anterior, norma que prevaleceu até 1999, com a promulgação da Emenda Constitucional 21. A partir de então, a já polêmica CPMF passou também a ser usada para pagar aposentadorias e pensões a cargo do INSS e ações de combate e erradicação da pobreza.

“Na análise da distribuição das receitas por todos os anos, verificamos a ocorrência de desvios, na medida em que a utilização dos recursos não se limitou aos Ministérios da Saúde e da Previdência. Por todo o período, houve valores destinados aos Ministérios da Defesa e da Educação, entre outros”, apurou outro estudo, *Tributação, Responsabilidade Fiscal e Desenvolvimento: direito à transparência*, da Fundação Getúlio Vargas.

O fim da CPMF — apoiado por 78% dos brasileiros, segundo pesquisa do DataSenado da época — é considerado a maior derrota política do primeiro mandato de Luiz Inácio Lula da Silva e, até hoje, motivo para acusações

Verbas para saúde já eram minoria na arrecadação da CPMF

Em 11 anos, contribuição recolheu R\$ 223 bilhões, porém mais da metade foi aplicada em outras áreas sociais ou retida nos cofres do Tesouro



Fontes: Secretaria da Receita Federal e Tesouro Nacional



WALDEVIR BARRETO/AGÊNCIA SENADO



LIA DE PAULA/AGÊNCIA SENADO



JOSÉ CRUZ/AGÊNCIA SENADO

Senadores avaliam a derrubada da CPMF, ocorrida em 2007: Mozarildo Cavalcanti apontou o desvirtuamento do tributo, José Pimentel lamentou a decisão do Congresso e Inácio Arruda viu no fim da cobrança “um crime contra o povo brasileiro”

entre governo e oposição.
 “Foi um prejuízo e um crime contra o povo brasileiro. Uma parte da elite, que não acessa o sistema público, empenhou-se em retirar recursos da saúde. Essa turma contaminou a opinião pública”, acusou Inácio Arruda (PCdoB-CE). “Quem pagava a CPMF eram os ricos, os banqueiros, os grandes. E, lamentavelmente, montaram um piquete dentro do Congresso e foram vitoriosos”, emendou

José Pimentel (PT-CE).
 O ex-ministro da Saúde Humberto Costa (PT-PE) disse que a decisão foi um “grande desastre”, destacando que é preciso reconhecer o esforço do governo, que substituiu aquela fonte e continuou a cumprir a Emenda Constitucional 29.
 “Votei a favor da CPMF e votei contra a prorrogação da CPMF porque o dinheiro não ia mais só para a saúde. Servia até para fazer superávit

primário para o governo. Foi desvirtuada e se trata de um cadáver que precisa ser sepultado”, resumiu Mozarildo Cavalcanti (PTB-RR).
 A senadora Ana Amélia (PP-RS) argumentou que a CPMF foi uma ideia boa, mas a promessa de que todo o dinheiro arrecadado iria para a saúde nunca aconteceu. “Dizer hoje que o fim da CPMF foi um mal para a saúde não é a verdade.”

Prós e contras do “imposto do cheque”

A CPMF foi criada em 1996, para financiar a saúde pública, e foi derrubada em 2007

CPMF

- Não permite sonegação
- O custo de arrecadação e fiscalização é praticamente nulo
- A incidência sobre a renda dos mais pobres, com pouca movimentação bancária, é baixa
- 8,7% da arrecadação da CPMF, equivalente a R\$ 19,72 bilhões, vinha da incidência sobre outros impostos

CPMF

- Tem efeito cumulativo nas cadeias industriais de alta complexidade, cobrado em cada etapa da produção
- Incide sobre outros tributos, que, em 95% dos casos, são pagos em transações bancárias, e sobre as contribuições das empresas de PIS, Cofins, INSS e Imposto de Renda

União reduz participação no custeio

Os dois representantes do Executivo no debate realizado pelo Senado em setembro de 2013, os ministros Alexandre Padilha (Saúde) e Miriam Belchior (Planejamento), fizeram questão de destacar o esforço do governo federal para ampliar os investimentos em saúde. Mas o fato é que, se os gastos sociais globais da União aumentaram de 11,2% em 1995 para 15,8% em 2009, a fatia desses recursos destinada à saúde vem se mantendo do mesmo tamanho desde o início da década de 1990, ao redor de 1,8% do produto interno bruto (PIB).

“Houve uma duplicação do valor de orçamento da saúde entre 2003 e 2012. No mesmo período, a educação multiplicou o seu por quatro, a assistência social multiplicou o seu por oito, a área do trabalho multiplicou o seu por três”, resumiu o senador e médico Humberto Costa (PT-PE),

ministro da Saúde de 2003 a 2006.

O estudo *O Financiamento do SUS sob os "Ventos" da Financeirização*, de Áquilas Mendes e Rosa Maria Marques, da Faculdade de Economia e Administração da PUC-SP, confirma que “o gasto líquido com ações e serviços de saúde — excluindo os valores da dívida e de inativos — realizado pelo Ministério da Saúde, em proporção ao PIB, no período de 1995 a 2007, manteve-se estabilizado: 1,73% em 1995 e 1,75% em 2007”. Em termos de PIB, inclusive, se 2009 e 2011 registraram picos de 1,80% e 1,75%, todos os demais exercícios da mesma década ficaram sempre aquém do 1,73% alcançado em 2000 e 2001.

A redução da participação federal no setor é percebida em termos de comprometimento das receitas correntes bruta e líquida

(RCB e RCL). Em 2000, a União investia em saúde 14,02% da sua RCL, ou 8,06% da RCB, percentuais que jamais foram alcançados nos anos subsequentes. Chegou-se a aplicar menos de 12% da RCL de 2006 a 2008 e menos de 7% da RCB de 2005 a 2008.

Já em 1995, o orçamento do SUS havia caído para 11,7% da RCB da União.

Nesse mesmo ano, foi instituída a Desvinculação de Receitas da União (DRU) — em vigor até hoje —, que retirou mais 20% do orçamento da seguridade social, atingindo a saúde. Em 2011, o fundo do poço: 7,3%. Segundo cálculos da Associação Brasileira de Economia da Saúde, caso se mantivesse em 2013 o mesmo percentual proposto pela Carta Magna, o SUS teria um orçamento de R\$ 195 bilhões, mas a dotação é a metade disso.

Além disso, em que pese o



Mulher leva filho a pronto-socorro público: União tem peso cada vez menor no financiamento do SUS

crescimento nominal dos recursos (somente a partir de 2004 passou a haver efetivamente incremento real), a União também viu reduzida sua participação nos gastos públicos totais em saúde, que vêm sendo cada vez mais assumidos pelos municípios e, em menor escala, pelos estados.

“Nos últimos anos, em parte por força da EC [Emenda Constitucional] 29, ocorreu uma redução crescente da participação relativa da União no financiamento público da saúde”, confirma o documento *O Financiamento da Saúde*, elaborado pelo Conass (entidade que representa os secretários estaduais de Saúde).

Em 2000, a União entrou com 58,6% desses gastos, mas de lá para cá, a participação encolheu, tendo chegado a 45,4% em 2011.

Do outro lado, a fatia financiada pelos municípios saltou de 21,2% para 28,8%.

“Independentemente da forma de agregação ou dos conceitos utilizados para consolidar o gasto público com saúde, há uma nítida tendência de redução da participação do governo federal nos gastos. Entre 1980 e 1990, a União era responsável por mais de 70% do gasto público com saúde. Em 2008, essa participação caiu para 43,5%. Ou seja, a participação dos estados e dos municípios no financiamento da saúde cresceu, consideravelmente, nos últimos anos”, diz o mesmo estudo do Conass.

Demanda elevada

“Se, por um lado, a população clama por mais atendimentos, mais médicos, mais leitos, mais hospitais, mais saúde, enfim, por outro lado, os municípios e os estados alegam como fator impeditivo da efetivação do direito à saúde a elevada demanda em contraposição com a escassez dos recursos”, argumenta o presidente do Senado, Renan Calheiros.

O ministro Alexandre Padilha, no Senado, afirmou que o governo federal faz um esforço orçamentário grande desde 2003, ano a partir do qual estaria investindo um valor até maior do que o mínimo da Emenda 29. “Ao longo

desse período, os investimentos da União levaram a um aumento de 66% do investimento per capita do Ministério da Saúde. A execução orçamentária, quando comparamos 2003 com 2012, é 187% maior. A variação desses recursos foi maior na atenção básica (300%), na assistência farmacêutica (204%) e na vigilância em saúde (186%)”, informou.

“A participação de estados e

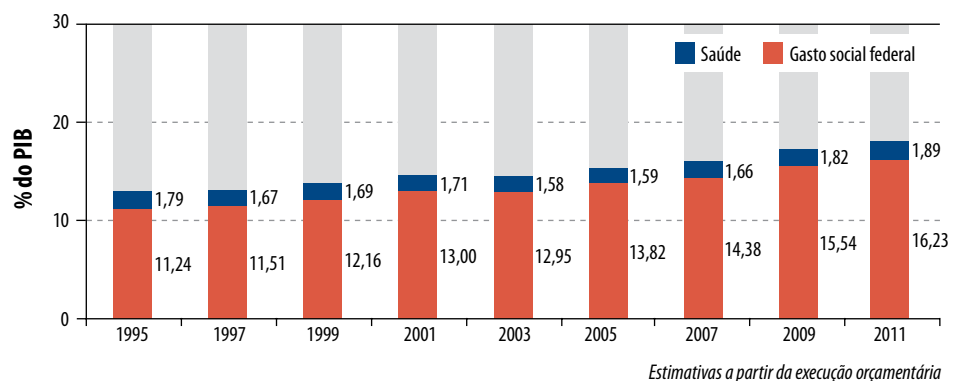
municípios no financiamento da saúde implicou aumento de aporte de recursos por esses entes federados da ordem de R\$ 57,7 bilhões em 2011 em relação a 2000. As alocações da União, na mesma comparação, cresceram apenas R\$ 31 bilhões. Vê-se, pois, que dos R\$ 88,7 bilhões acrescidos nos gastos totais, cerca de 65% provieram de receitas próprias de estados e municípios”, informa a

O desafio de financiar um sistema único e universal

Para melhorar a qualidade do serviço, Brasil deve aumentar muito os gastos com saúde, mas percentual do PIB no setor mostra tímido crescimento desde a década de 1990

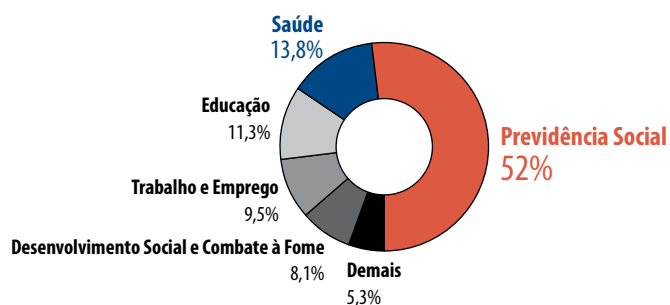
Gasto social federal e gastos com saúde em relação ao PIB

Nos anos 90, saúde representava maior parcela dentro dos investimentos sociais



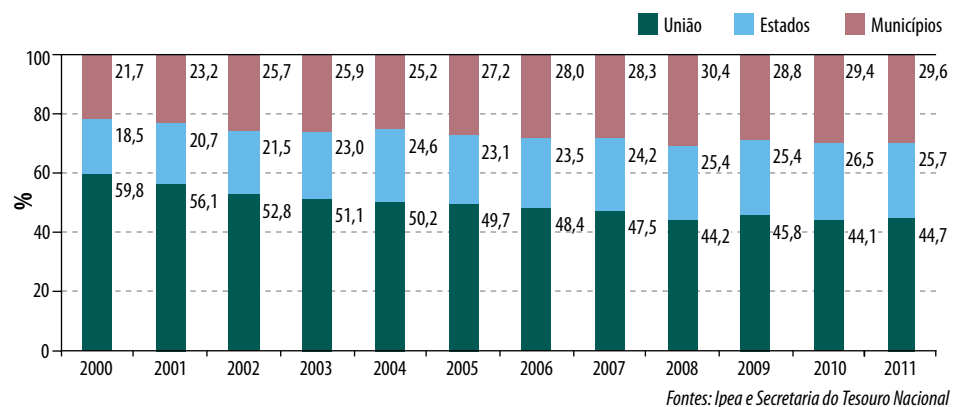
Divisão do gasto social federal por ministério em 2011

Saúde tem a segunda maior fatia, depois da seguridade social



Participação nos gastos com saúde, por esfera de governo (%)

Parcela da União registra declínio constante desde a década passada





WALDEMIR BARRETO/AGÊNCIA SENADO

Renan Calheiros, presidente do Senado: “Municípios e estados alegam que há escassez de recursos”

nota técnica *A Participação Estatal no Financiamento de Sistemas de Saúde e a Situação do Sistema Único de Saúde (SUS)*, da Consultoria de Orçamento e Fiscalização Financeira da Câmara.

Inversão de papéis

A raiz do problema está na adoção da descentralização como princípio de organização do SUS, processo iniciado antes mesmo da Constituição de 1988 e consolidado ao longo da década seguinte. União, estados e municípios tinham, já então, interesses diversos na solução do problema. A disputa política, que se mantém até hoje, fez com que um dos principais resultados da descentralização fosse, justamente,

o maior comprometimento das esferas subnacionais no financiamento da saúde, principalmente dos municípios.

“Dependentes dos recursos federais, [os municípios] passaram a ser meros executores da política estabelecida no âmbito federal, na medida em que os recursos financeiros, na sua maioria, são vinculados aos programas de saúde, incentivados pelo Ministério da Saúde, não podendo ser redirecionados para outros fins. Isso torna a descentralização cada vez mais enfraquecida, isto é, esquecida”, afirmam Áquilas Mendes e Rosa Maria Marques, da PUC-SP.

Como lembrou o secretário-executivo do Conass, Jurandi Frutuoso, em 1988, de cada R\$ 100 gastos em saúde pública no Brasil, R\$ 62 eram aplicados pela União. Hoje, são R\$ 45. “Quando se criou o SUS, de cada cem trabalhadores da saúde, menos de dez eram de município. Hoje, mais de 70% já são dos municípios, 22% dos estados e 8% da União. Ou seja, dá-se a obrigação, mas não se dá o correspondente financeiro para que ele possa honrar os seus compromissos.”

Para a senadora Ana Amélia (PP-RS), a situação atual é insustentável. “Os municípios hoje estão falidos, porque há um desvirtuamento das competências. Os estados têm de aplicar 12% e não os aplicam. Meu estado não os aplica, mas não é problema do governador atual. Os anteriores

Evolução dos gastos da União com a saúde

Desde 2005, orçamento do setor cresce, mas a passos lentos

ANO	GASTOS ⁽¹⁾
2001	61,5 bilhões
2002	59,9 bilhões
2003	50,6 bilhões
2004	57,1 bilhões
2005	56,3 bilhões
2006	61,9 bilhões
2007	67,2 bilhões
2008	68,3 bilhões
2009	72,6 bilhões
2010	78,4 bilhões
2011	82,2 bilhões
2012	86,6 bilhões
2013 ⁽²⁾	75,3 bilhões

(1) Despesas executadas, atualizadas com base no IGP-DI. (2) Dotação original.

Fonte: Consultoria de Orçamentos, Fiscalização e Controle do Senado

faziam o mesmo. E a nossa primeira, a União, nem se fala”.

Humberto Costa é ainda mais enfático:

“Eu diria que o que o SUS faz com os recursos que tem à disposição é um verdadeiro milagre”.

O senador Waldemir Moka (PMDB-MS) acredita que é dever do Congresso tomar a “decisão política” de alocar mais recursos federais para a saúde e aliviar os já sobrecarregados cofres municipais.



MARCOS OLIVEIRA/AGÊNCIA SENADO



WALDEMIR BARRETO/AGÊNCIA SENADO



GERALDO MAGELA/AGÊNCIA SENADO

Unanimidade em torno da baixa participação da União: Ana Amélia afirma que municípios estão falidos, Waldemir Moka cobra ação do governo federal e Jurandi Frutuoso, do Conass, cita dificuldades dos estados

Famílias têm que pôr a mão no bolso

No setor privado, o financiamento da saúde, por definição, é proveniente das famílias e das empresas, basicamente em duas modalidades principais: o pré-pagamento e o pagamento direto (*out of pocket*). Na primeira delas, as pessoas contratam planos ou seguros de saúde e pagam mensalidades. Na segunda, os pagamentos são feitos diretamente aos mais diversos prestadores de serviços do segmento, desde médicos e terapeutas até clínicas, hospitais e laboratórios. Cerca de 64,2%

do gasto privado no Brasil é realizado com pagamento direto. Os planos e seguros respondem pelos 35,8% restantes.

Segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar, em setembro de 2013 os planos de saúde no Brasil atendiam quase 49,2 milhões de beneficiários (18,7 milhões de planos exclusivamente odontológicos) espalhados por 1.297 operadoras. O número de cidadãos que têm algum tipo de cobertura privada vem aumentando muito nos últimos anos (*veja o infográfico*

na próxima página). Há uma década, a quantidade de participantes não chegava a 32 milhões de pessoas.

De acordo com dados da Federação Nacional de Saúde Suplementar, o setor contabilizou, em 2012, cerca de 1 milhão de atendimentos, entre consultas (244 mil), exames complementares (582 mil) e outros. Havia 150 mil leitos na rede que atende o sistema privado, um aumento de 21% em relação a 2005. No total, 182 mil estabelecimentos prestavam serviços

Hospital privado em Brasília: brasileiro, mesmo com plano de saúde, geralmente paga remédios e serviços diretamente



aos planos de saúde, desde consultórios médicos individuais até hospitais de grande porte.

Se, por um lado, o pagamento direto amplia a possibilidade de escolha do paciente, por outro, costuma expor as famílias a gastos “catastróficos”, como alertou, em 2000, estudo da Organização Mundial da Saúde (OMS). “Em países como o Brasil, com alta taxa de pobreza e forte concentração de renda, é relativamente baixo o percentual de pessoas que podem pagar serviços de saúde sempre que necessitam. Embora mais de 90% da população seja usuária do SUS, apenas 28,6% utilizam exclusivamente o sistema público. Parece pouco para um sistema de acesso universal. A maioria (61,5%) utiliza o SUS e outros serviços (plano de saúde, pagamento direto). Não usuários são apenas 8,7%”, afirma o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), no documento *O Financiamento da Saúde* (2011).

Apesar de privado, o financiamento desse setor da saúde conta com recursos públicos, das seguintes formas: 1) pessoas físicas podem deduzir do Imposto de Renda a maioria dos gastos com saúde, sem limite para abatimento; 2) empresas também podem deduzir as despesas com assistência de saúde a seus empregados; 3) o governo federal concede deduções fiscais à indústria de medicamentos e aos hospitais filantrópicos.

Sistema misto

Devido a essa estrutura do sistema de saúde brasileiro, a publicação *A Saúde no Brasil em 2030*, realizado pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), entende que o sistema é, na verdade, misto, pois os setores público e privado coexistem no provimento, na demanda e na utilização dos serviços.

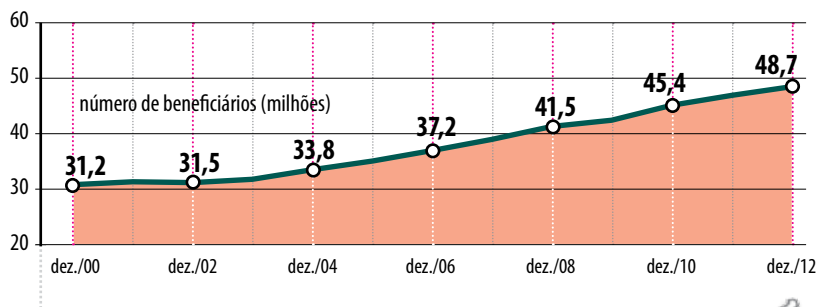
Segundo a Fiocruz, 28,3% dos estabelecimentos privados são conveniados ao SUS. Mas

esse número sobe para 67% quando se trata de internação, o que mostra a importância do dinheiro público nesse segmento. “Ainda assim, houve uma importante mudança, já que, na década de 80, quase 100% dos hospitais privados brasileiros eram conveniados ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps)”, informa o livro.

Entretanto, o financiamento público do setor privado de saúde é alvo de polêmica. “Como a Constituição de 1988 criou um sistema único de saúde, garantindo acesso universal e igualitário, o uso de recursos públicos para um segmento diferenciado seria no mínimo questionável”, critica o Conass. “O Estado não dá para o SUS, mas dá para a classe média financiar seu plano de saúde”, acusa a presidente da Associação Brasileira de Economia da Saúde (Abres) e economista da PUC-SP, Rosa Maria Marques (*leia mais na pág. 50*).

Um em cada quatro brasileiros tem plano de saúde

Número de beneficiários no país subiu 64% entre 2000 e 2012



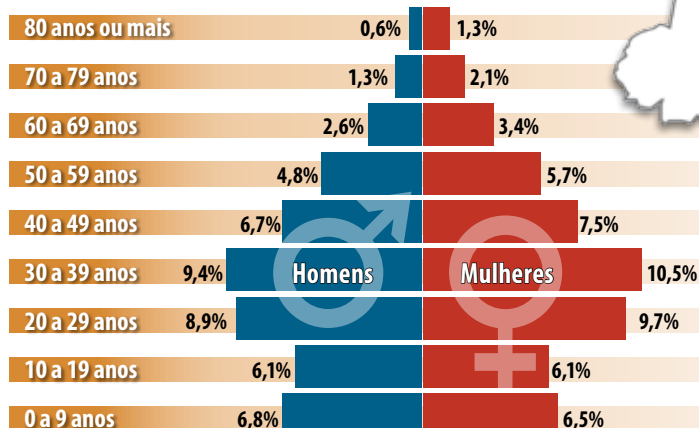
Em 2012, a receita dos planos de saúde foi de

R\$ 93 bilhões

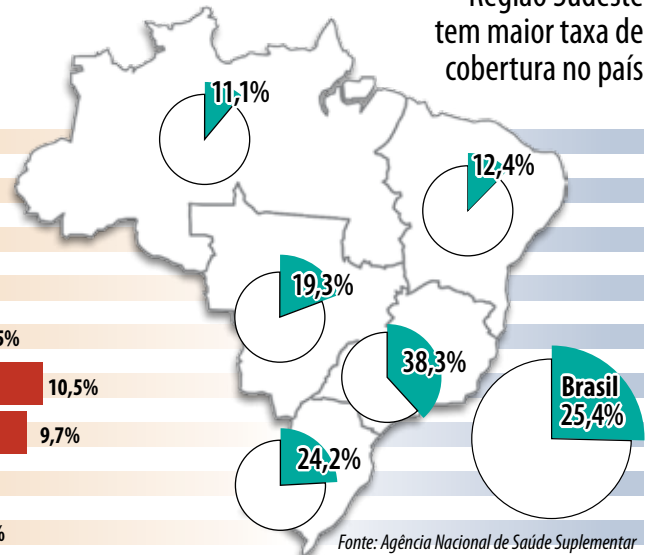
contra um total de despesas de

R\$ 79 bilhões

Quase 40% dos beneficiários têm entre 20 e 39 anos



Região Sudeste tem maior taxa de cobertura no país



Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar

Sistema público, gasto privado

Em 2011, os dispêndios brasileiros no setor chegaram a 8,9% do produto interno bruto (PIB), pouco abaixo de outras nações com a mesma estrutura de saúde. O maior problema, no entanto, é que, na contramão dos demais países que adotam sistema de cobertura universal de saúde, o Brasil apresenta gastos públicos muito baixos (45,7% do total), inferiores até mesmo aos privados, segundo o Banco Mundial.

Conforme o livro *A Saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro* (2012), da Fiocruz, a maior parte do gasto privado nos países desenvolvidos e em desenvolvimento ocorre na forma de pré-pagamentos (planos e seguros privados). “O desembolso direto, a forma mais iníqua e excludente de financiamento, é, paradoxalmente, maior nos países mais pobres”, prossegue a publicação.

Essa concentração dos gastos privados seria indicativa, conclui o livro da Fiocruz, de que só “do ponto de vista legal” o país apresenta um sistema universal de saúde. Na prática, o sistema seria **pluralista** tanto em termos institucionais — a estrutura inclui entes públicos (federais, estaduais e municipais) e privados (com e sem fins lucrativos) — quanto no financiamento e nas modalidades de atenção à saúde.

A análise preocupa ainda mais

Há quatro vias básicas de acesso aos serviços de saúde:

1. O SUS, universal, gratuito e financiado exclusivamente com recursos públicos;
2. Os planos privados, financiados com recursos das famílias e/ou dos empregadores;
3. Os planos de servidores públicos, civis e militares, financiados com recursos públicos e dos beneficiários, em geral atendidos na rede privada; e
4. Os provedores privados (médicos, clínicas, hospitais e laboratórios particulares), com pagamento direto.

JIMMY CHRISTIAN/AGÊNCIA SENADO



Governo, ao mesmo tempo que se compromete em dar saúde para todos, gasta menos que as famílias, que têm que arcar, por exemplo, com despesas com medicamentos

tendo em vista que os gastos com saúde são o quarto item mais pesado nas finanças das famílias, atrás de alimentação, habitação e transporte, de acordo com o IBGE (veja infográfico na pág. 46). “Estudos têm mostrado que uma forte participação privada pode acarretar iniquidade. O pagamento direto pelo próprio usuário depende da capacidade de pagamento, ou seja, da disponibilidade de recursos para as famílias — quanto mais rica, maior sua capacidade de pagamento. O mercado não produz equidade. Cabe ao Estado redistribuir recursos e buscar a equidade”, propõe o Ipea no estudo *Financiamento da Saúde no Brasil* (2011).

A participação de cada item na cesta familiar de despesas varia. Se no caso da alimentação diminui muito à medida que a renda aumenta (45% entre os 10% mais pobres para 23% entre os 10% mais ricos), a tendência é inversa em saúde, onde o item mais importante é a compra de medicamentos, seguido de planos de saúde e tratamento odontológico.

“Essa ordem mostra as

vulnerabilidades do SUS. No primeiro, porque a assistência farmacêutica pública tem sido o elo mais fraco da oferta pública de serviços desde os tempos da medicina previdenciária, o que levou à hegemonia do mercado. Os planos, porque são o refúgio da classe média insatisfeita com a qualidade e, principalmente, com a falta de presteza do atendimento médico-hospitalar público, salvo em algumas poucas ilhas de excelência. A saúde bucal, porque como política nacional, anunciada como prioridade de governo, é muito recente e a estratégia de implementação, portanto, ainda não pode ser avaliada”, justifica o estudo do Conass *O Financiamento da Saúde*.

Superposição

Para o senador e médico Paulo Davim (PV-RN), o descompasso é gritante entre as demandas dos dois sistemas e os seus financiamentos. Enquanto o sistema público realiza 538 milhões de consultas e 11,4 milhões de internações cirúrgicas por ano, o privado faz 240 milhões e 7,2 milhões,



respectivamente. A questão é que o investimento per capita dos planos de saúde é três vezes maior. “O sistema suplementar está em crise, mesmo investindo R\$ 73 bilhões para atender 47 milhões de brasileiros. Imagine o sistema público, que atende 153 milhões de brasileiros e investe R\$ 138 milhões”, raciocina Davim.

A metade das pessoas que têm plano de saúde buscou e usou o SUS, conforme os critérios da pesquisa de satisfação realizada pelo SUS em 2011 e divulgada em 2012. Isso demonstraria, na visão do diretor do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, Hêider Pinto, o quanto seria “inapropriado” usar o termo

Paulo Davim vê crise também no sistema privado, mesmo com investimento per capita três vezes superior ao do SUS

Remédios consomem metade dos gastos das famílias com saúde

O Brasil é o 9º maior consumidor de medicamentos per capita, um mercado de US\$ 10 bilhões por ano. Segundo a Pesquisa de Orçamentos Familiares do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), os gastos com assistência à saúde ocupam, em geral, o quarto lugar no orçamento das famílias brasileiras (7,2%), atrás de habitação (35,9%), alimentação (19,8%) e transporte (19,6%). Dentro da saúde, metade dos gastos vai para a compra de remédios. Esse comprometimento de renda é duas vezes maior entre os mais pobres que entre os mais ricos (veja infográfico na página 46).

De acordo com o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (Conass), em meados da década passada 51,7% dos brasileiros

abandonavam o tratamento médico por falta de dinheiro para comprar os remédios prescritos. Por isso, parte essencial do SUS é a chamada assistência farmacêutica, que inclui a distribuição gratuita, nas unidades básicas de saúde, dos medicamentos considerados básicos e indispensáveis para tratar um grande número de doenças que mais afetam a população.

O Brasil elabora listas de medicamentos considerados essenciais desde 1964. A edição mais recente da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), divulgada em novembro de 2013, traz 335 medicamentos (fármacos e princípios ativos) em 523 apresentações farmacêuticas, incluindo antibióticos, analgésicos, anti-inflamatórios, anti-hipertensivos, antidiabéticos etc.

O custeio do programa é compartilhado entre a União (dois terços), os estados e municípios — esses últimos responsáveis pela distribuição —, que podem ampliar a Rename, oferecendo outros fármacos. Nos debates do Senado, o ministro da Saúde Alexandre Padilha disse que houve uma economia de R\$ 3 bilhões na aquisição direta de medicamentos. A maior parte dos recursos repassados é para os de maior complexidade, que o próprio ministério compra.

“Os programas de assistência farmacêutica do SUS são, muitas vezes, a única forma de acesso aos medicamentos para grande maioria da população brasileira. Os gastos com estes programas colocam pressões

potencialmente explosivas sobre os recursos públicos destinados à saúde em razão do envelhecimento da população, da introdução de novas drogas mais custosas e mesmo pela simples ampliação da quantidade de diagnósticos dos agravos à saúde”, alerta estudo do Ipea sobre o tema, publicado em 2011.

Também parte da assistência farmacêutica, o Programa de Medicamentos Excepcionais busca oferecer medicamentos a pacientes crônicos ou portadores de patologias raras. Por seu elevado custo, são os remédios que mais costumam faltar na rede pública, obrigando muitas vezes os cidadãos a buscar na Justiça o direito a recebê-los.

Além disso, o Programa Farmácia Popular, criado em 2004, oferece anti-hipertensivos, antidiabéticos e antiasmáticos gratuitamente ou com até 90% de desconto, em mais de 13 mil estabelecimentos conveniados, em 2.336 municípios. Padilha lembra que o programa tem forte impacto: a oferta de remédio de asma de graça no Farmácia Popular, desde junho de 2012, reduziu em 20 mil o número de internações pela doença.

Acesso e carência

Ainda assim, nem sempre é fácil obter o medicamento que não faz parte da lista ou está em falta. Longas filas nos locais de distribuição são cena comum. Se o medicamento está em falta na farmácia, o paciente é orientado a buscar a secretaria de

Acesso aos medicamentos

Resultados da Pesquisa de Satisfação do Ministério da Saúde (2012)

Onde obteve o medicamento	Onde foi atendido	
	Unidade básica	Serviço de urgência
Na unidade básica de saúde	57%	30%
No serviço de urgência	1%	11%
Na farmácia popular	7%	4%
Em outra localidade (gratuitamente)	6%	20%
Comprou na rede privada	19%	26%
Não conseguiu a medicação	10%	9%

“SUS-dependente” para se referir àqueles que não são segurados por grupos privados. “Nosso sistema de saúde, embora seja bipartido, possui uma evidente e grande intersecção entre os dois ‘mundos’”, argumenta o mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Responsável legal pela cobrança dos gastos do poder público com internações de beneficiários de planos privados

de assistência à saúde que utilizaram o SUS, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) comemora um salto impressionante nesse quesito. Entre 2011 e 2013, o ressarcimento somou R\$ 322 milhões, mais que o dobro do arrecadado entre 2001 e 2010. Em 2013, o ressarcimento foi de R\$ 167 milhões. Com isso, desde a entrada em vigor da Lei 9.961/2000 (que normatizou a cobrança), a agência

espera romper a barreira de R\$ 1 bilhão.

“Uma parte grande daqueles quase 50 milhões de brasileiros que têm planos de saúde, além de investirem no plano de saúde, usa o Sistema Único de Saúde, permanentemente, não só na urgência e emergência (inclusive com procedimentos de altíssima complexidade), mas também para ações de atenção básica, vigilância, vacinação, prevenção. Com



ANA VOLPE/AGÊNCIA SENADO

Farmácia em posto de saúde em Brasília: programa de assistência farmacêutica tem lista extensa e é responsável por gastos elevados

Saúde do estado ou município para fazer a solicitação, o que pode levar dias, semanas ou até meses.

Um levantamento do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), de 2006, mostrou que mais da metade dos brasileiros que já precisaram de medicamentos afirmava não ter encontrado a prescrição no SUS. Outra pesquisa, realizada pelo Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec) em 11 cidades confirmou a falta de medicamentos essenciais nos postos de saúde.

Mas pesquisa de satisfação realizada pelo Ministério da Saúde em 2011, e divulgada em 2012,

apresenta números menos negativos. Dos pacientes atendidos nas unidades básicas de saúde, 29% disseram ter comprado medicamentos nas farmácias privadas ou, simplesmente, não conseguiram a medicação. Das pessoas atendidas nas urgências, o índice sobe para 35%. Em ambos os casos, os índices de acesso aos medicamentos prescritos de forma gratuita chegaram a dois terços, conforme o levantamento.

Outro tema controverso é quem pode obter os remédios gratuitos na rede pública. Como todo cidadão tem direito ao SUS, em tese bastaria uma receita (mesmo dada por médicos particulares) para que ele pudesse

receber o medicamento. Mas não é o que ocorre. Na maioria das vezes, o paciente precisa ter sido encaminhado por médico de uma unidade básica de saúde ou hospital do SUS.

Como admite o Conselho Federal de Farmácia, o tema é motivo de ações públicas contra gestores de saúde. Eles alegam que atender receituários da rede particular ou de convênios tornaria inviável qualquer tentativa de organização do sistema, bem como promoveria o uso irracional dos medicamentos. Mas planos de saúde não cobrem medicamentos, apenas garantem remédios e materiais durante a internação ou tratamento ambulatoriais.



Carlos Ocké-Reis: governo subsidia planos de saúde e ainda cobre, por meio do SUS, despesas dos segurados

mudanças na área da gestão, com melhor controle com o número do cartão SUS e utilização de ferramentas de tecnologia da informação, conseguimos ampliar fortemente o ressarcimento, ou seja, recuperar recursos

dos planos de saúde para o SUS”, disse o ministro Alexandre Padilha aos senadores.

Autor do livro *SUS: o desafio de ser único*, o economista Carlos Ocké-Reis, doutor e pós-doutor em Saúde Coletiva, é um crítico enfático do modelo atual, onde a clientela da medicina privada utiliza, em larga escala, bens e serviços prestados pelo SUS, desde a vacinação e os bancos de sangue até cirurgias de emergência, remédios de alto custo ou procedimentos tecnologicamente sofisticados.

“Se não bastassem os subsídios do Estado, que patrocinam o mercado de planos de saúde desde 1968, o SUS hoje socializa os custos deste mercado. De sorte que o problema não é o SUS e sim o mercado — que acumula capital, radicaliza a

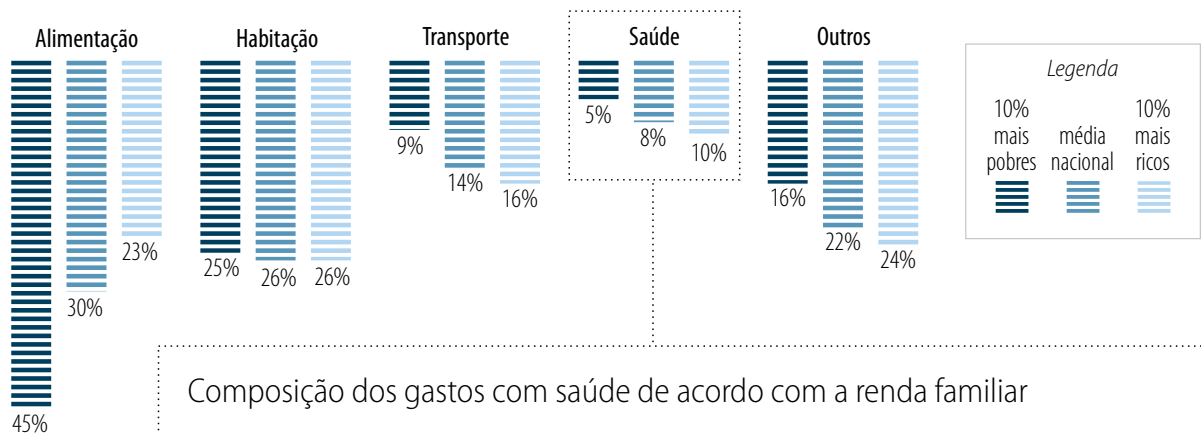
seleção de riscos e retira recursos financeiros crescentes do SUS, em detrimento da qualidade da atenção médica e da saúde pública da população”, afirma Ocké, técnico de Planejamento e Pesquisa do Ipea.

O secretário-executivo do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (Conass), Jurandi Frutuoso, fez um alerta semelhante, ao participar da sessão temática no Plenário do Senado. “Estamos americanizando o sistema de saúde brasileiro. Eles estão querendo sair de onde estão, e nós estamos querendo ir para lá. Já temos um percentual alto de pessoas com planos de saúde, e, à medida que se subfinancia o sistema de saúde público, se fortalece o sistema privado. À medida que se financia saúde privada, se mata o sistema de saúde público.”

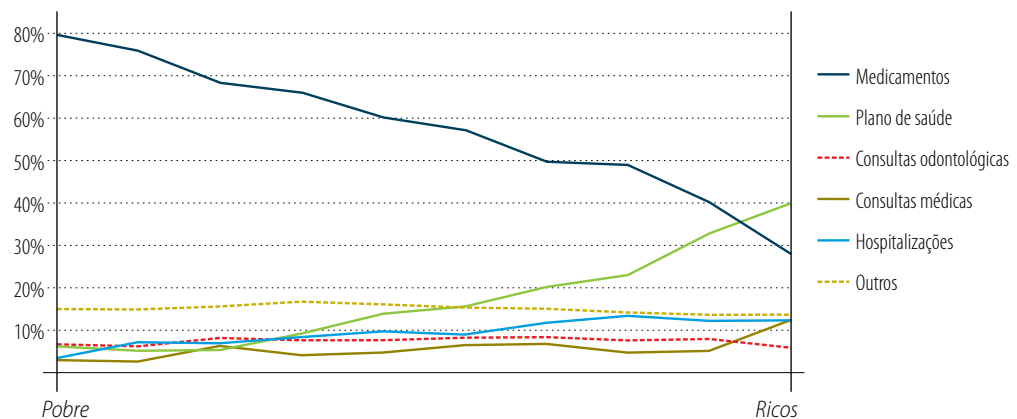
Saúde é o quarto maior gasto das famílias brasileiras

Enquanto pobres priorizam alimentação e remédios, ricos podem destinar mais gastos para planos de saúde privados

Participação dos grupos de despesa no gasto familiar



Composição dos gastos com saúde de acordo com a renda familiar



Fonte: Adaptado de Tatiane A. Menezes, Bernardo Campolina, Fernando Gaiger, Luciana Servo, Sergio Piola. Family Health Expenditure and Demand: an analysis based on the consumer expenditure survey - POF- 2002/2003. *Well-Being and Social Policy*, Vol. 2, Num. 1, First Semester 2006.

“Emenda da Saúde”: expectativas frustradas

As entidades que cobram uma participação mais expressiva do governo federal no custeio do Sistema Único de Saúde (SUS) sempre apostaram suas fichas na Emenda Constitucional 29. Já se frustraram duas vezes.

A Emenda 29 foi aprovada em 2000 e incluiu na Constituição os valores mínimos que a União, os estados e os municípios precisam aplicar em saúde. Até então, não havia piso. O SUS passava por toda sorte de dificuldades, numa situação pior do que a atual. As três esferas aplicavam bastante aquém do necessário.

Naquele ano, as entidades pró-SUS comemoraram as regras criadas para estados e municípios. As duas esferas passaram a ter de aplicar em saúde 12% e 15% de suas receitas, respectivamente.

Ao mesmo tempo, as entidades tiveram a primeira frustração. A União, em vez de também ter uma parte de suas receitas vinculada ao SUS, ganhou uma regra especial: passaria a aplicar o mesmo valor do ano anterior mais a variação do produto interno bruto (PIB). A proposta original, que acabou sendo derrubada por pressão do governo, previa 10%.

Com a Emenda 29, todas as três esferas aumentaram sua contribuição. A União, porém, fez um esforço bem menor. Em 2000, havia aplicado R\$ 41,3 bilhões (valor corrigido) no SUS. Em 2011, foram R\$ 72,3 bilhões. O valor cresceu meros 75%. O montante despendido por estados e municípios passou de R\$ 34,5 bilhões para R\$ 89,5 bilhões. O salto foi de 160%.

“Os valores da União tiveram um aumento tão discreto de lá para cá, primeiro, porque a regra federal é diferente e, depois, porque se partiu de um patamar muito baixo”, explica o médico Sergio Piola, consultor do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea).

Pesos na balança

Hoje, estados e municípios sustentam 55% do SUS. A União, 45%. Para os militantes pró-SUS, a balança deveria pender para o outro lado. Como argumento, citam a imensa capacidade arrecadatória da União. De todos os tributos recolhidos no país, 70% vão para os cofres federais. Os estados e municípios repartem os 30% restantes.

“Ou se muda o perfil fiscal do país, com uma reforma tributária que faça uma distribuição mais justa dos impostos, com um terço da arrecadação para cada ente, ou se destinam mais verbas federais para o SUS”, diz Fernando Monti, vice-presidente do Conasems (entidade que reúne os secretários municipais de Saúde).

Havia outro problema. Os três entes se aproveitavam de uma brecha na Emenda 29 para inflar as contas e alcançar artificialmente o piso constitucional. Para atingir os 12%, estados contabilizavam saneamento básico, restaurante para a população pobre, merenda

escolar e aposentadoria dos antigos servidores da Saúde. A União chegou a lançar na conta o orçamento dos hospitais universitários (ligados ao Ministério da Educação) e o da ANS (a agência reguladora dos planos de saúde).

O problema era a ausência de um artigo que explicasse o que são ações de saúde pública. Os governadores argumentavam, por exemplo, que a merenda escolar e os restaurantes populares poderiam ser considerados saúde pública porque a alimentação ajuda a manter as pessoas saudáveis.

O Conselho Nacional de Saúde, órgão federal que monitora o SUS, chegou a elaborar uma resolução esclarecendo que esse tipo de interpretação é inaceitável. O documento sempre foi ignorado porque não tinha força de lei.

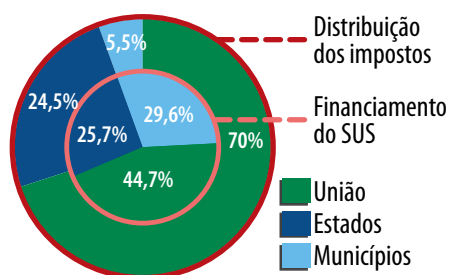
A situação mudou em 2012, quando por fim se regulamentou a Emenda 29. Uma lei deixou claro que, para o cálculo do piso, nenhuma daquelas ações poderia ser jogada na fatura do SUS. As maquiagens custavam ao sistema R\$ 9 bilhões por ano.

As entidades pró-SUS também festejaram esse avanço, mas amargaram sua segunda derrota. No Congresso, o projeto de regulamentação da Emenda 29 chegou a estabelecer aquela vinculação de 10% das receitas da União que havia sido tentada antes. Mais uma vez, a regra foi derrubada. O piso federal permaneceu intocado.

“O governo se opõe com tanta força à vinculação de suas receitas porque acha que perderia poder político. Prefere gastar os recursos livremente, sem obrigações específicas. Isso é lamentável”, afirma Jurandi Frutuoso, secretário-executivo do Conass (entidade que representa os secretários estaduais de Saúde).

Fatura com estados e municípios

A União recebe 70% dos impostos pagos pelos brasileiros, mas responde por menos de 45% do financiamento total do SUS



Fonte: Ipea, dados de 2011



Fila em hospital público em Brasília: verbas escassas do SUS têm a ver com regra que fixa participação federal

Regra federal dificulta injeção de dinheiro extra

A regra da Constituição que determina os investimentos da União em saúde pública tem um efeito colateral grave. Ela, na prática, proíbe o governo de reforçar o caixa do Sistema Único de Saúde (SUS).

A União, pela norma, precisa injetar no SUS no mínimo o mesmo valor do ano anterior mais a variação nominal do produto interno bruto (PIB). O valor, claro, pode ser maior. Porém, de acordo com o consultor legislativo do Senado Marcos Eirado, o governo federal se vê obrigado a aplicar exatamente o mínimo constitucional — nem um centavo a mais:

“O governo nunca aplica mais que o piso. Se gasta mais agora, fica obrigado a gastar ainda mais depois, acaba comprometendo uma parcela maior de seus próximos Orçamentos. O piso se transformou em piso e teto ao mesmo tempo”.

Os valores injetados no SUS pela União sobem de forma tímida de um ano para o outro. Criar novos programas torna-se uma tarefa complicada. Os programas em andamento acabam

sendo prejudicados. É como se o bolo passasse a ser dividido em mais — e menores — fatias.

Para calcular o caixa do Ministério da Saúde para este ano, o projeto de Lei Orçamentária Anual (LOA) considerou que a variação do PIB foi de 8,4%. No entanto, deu aos procedimentos de média e alta complexidade, entre os quais se incluem os transplantes de órgãos, um reajuste de 1,9% em relação a 2013.

Ilusão

É por causa do piso constitucional que qualquer promessa de dinheiro “extra” para o SUS na esfera federal é ilusória.

Ainda que se crie a Contribuição Social para a Saúde (CSS), nos moldes da extinta CPMF, ou que se reserve para o SUS metade do valor das emendas parlamentares ao Orçamento da União, o setor provavelmente não terá recursos extras. Sebastião Moreira Júnior, também consultor do Senado, explica:

“Se a CSS injetar determina a quantia na saúde, o governo federal vai tirar de lá o mesmo

valor para que o orçamento final do SUS preveja exatamente o piso constitucional. Vai pôr com uma mão e tirar com a outra. E isso não é uma interpretação política. É uma questão puramente matemática”.

Às avessas, foi o que se viu quando a CPMF caiu. O governo dizia que a extinção do tributo levaria o SUS ao colapso. Não foi o que ocorreu. Em 2007, com a ajuda de R\$ 19 bilhões da CPMF, o governo federal havia aplicado R\$ 61,6 bilhões em saúde. Em 2008, já sem a CPMF, investiu R\$ 63,5 bilhões. O piso foi cumprido utilizando-se outras fontes. A regra constitucional precisa ser obedecida, sem importar de onde vem o dinheiro.

No ano passado, aprovou-se uma lei que destina 25% dos royalties do petróleo para a saúde. Esse, sim, será dinheiro extra. Isso porque os senadores e deputados tomaram o cuidado de deixar claro, na redação do projeto de lei, que os recursos seriam aplicados “em acréscimo” ao mínimo obrigatório previsto na Constituição.

Gastos crescentes e descentralizados

Dados do Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal (Siafi) mostram que, em geral, o Ministério da Saúde executa quase todo o orçamento previsto. De 1988, quando da promulgação da nova Constituição, até 2000, a função orçamentária relativa à saúde englobava também os recursos destinados a saneamento básico. A partir de 2001, a saúde ganhou uma função própria na peça orçamentária.

Nesse mesmo ano, por exemplo, o Orçamento Geral da União previu, em valores atualizados pelo IGP-DI, R\$ 64 bilhões para a área, e a despesa executada foi de R\$ 61,5 bilhões. Dez anos depois, em 2011, foram autorizados R\$ 84,9 bilhões e executados R\$ 82,2 bilhões. A maior diferença se deu no ano passado. O Orçamento de 2012 previu R\$ 96,5 bilhões, mas foram executados, até novembro de 2013, R\$ 86,6 bilhões, uma diferença de quase R\$ 10 bilhões.

Alexandre Padilha, ministro

da Saúde, ressaltou que o governo tem feito esforço não só para aumentar o volume de recursos e aplicá-lo integralmente, mas também para agilizar a execução do orçamento. “Fizemos várias mudanças para acelerar o processo, como o repasse para estados e municípios de recursos de emendas e para equipamentos por meio de fundo a fundo. Também estamos fazendo atas de registros de preços nacionais para ajudar estados e municípios na execução”, explicou. O repasse fundo a fundo é a transferência regular e programada de recursos diretamente do Fundo Nacional de Saúde para estados e municípios, independentemente de convênio ou instrumento similar, o que agiliza os trâmites.

Em 2013, foram previstos R\$ 93,8 bilhões. Até novembro, já haviam sido executados R\$ 75,3 bilhões. Mas o secretário-executivo do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), Jurandi Frutuoso, afirmou que

esses recursos não são suficientes. Segundo ele, o Orçamento de 2013 já começou com um déficit de R\$ 10,9 bilhões.

Descentralização

De acordo com o estudo *Financiamento Público da Saúde: uma história à procura de rumo* (2013), do Ipea, a análise da execução orçamentária na saúde mostra tendência de redução das aplicações diretas e de aumento expressivo das transferências para estados e municípios, indicativo da descentralização dos recursos.

“Em 1995 o ministério aplicava diretamente quase 90% dos recursos na compra e distribuição de bens e provisão de serviços de saúde. A partir daí, a descentralização dos recursos para estados e municípios começa a ser ampliada, atingindo estabilidade a partir de 2004. Nesse ano, o percentual aplicado diretamente pelo ministério representava 33% do total e tem se mantido entre 30% e 35% desde então”, analisa o estudo.

Unidade de saúde em Capitão Enéas, norte de Minas: União tem feito esforço para agilizar repasses a estados e municípios





Espera por atendimento em hospital público de Brasília: renúncia fiscal gera distorção no financiamento do SUS

Renúncia fiscal beneficia planos de saúde

No estudo *Mensuração dos gastos tributários: o caso dos planos de saúde — 2003–2011*, o Ipea mostra que a renúncia fiscal relativa à saúde alcançou, aproximadamente, R\$ 16 bilhões em 2011, cerca de 22,5% dos recursos direcionados pelo governo federal à saúde pública naquele ano. O ponto mais alto da curva foi em 2006, quando a renúncia fiscal representou 30,56% do gasto público federal com saúde.

Renúncia fiscal significa dinheiro que o governo deixa de arrecadar. É uma forma indireta de estimular um setor da economia. No caso da saúde, o dinheiro do imposto que a União deixa de recolher beneficia principalmente as empresas de planos de saúde.

O Ipea também se refere à renúncia fiscal como “gasto tributário”, um tipo de gasto público, pois o governo deixa de abastecer

o Tesouro Nacional para conceder isenções e descontos a grupos econômicos. Em 2011, o gasto tributário total foi R\$ 137 bilhões, ou 3,5% do produto interno bruto (PIB). Desse total, R\$ 43,5 bilhões se referem às áreas de educação, cultura e saúde.

Beneficiados

A renúncia fiscal inclui as isenções concedidas às instituições sem fins lucrativos; as deduções do Imposto de Renda concedidas às pessoas físicas e jurídicas devido a gastos com médicos, dentistas, laboratórios, hospitais e planos de saúde; e a desoneração tributária de determinados medicamentos.

De acordo com a nota técnica do Ipea, o governo federal deixou de arrecadar, de 2003 a 2011, cerca de R\$ 107,7 bilhões em tributos de saúde. Desse total, grande parte foi relativa a

gastos com planos de saúde, que se mantiveram, ao longo desses anos, em patamar igual ou superior a 40%. No ano de 2001, atingiu quase 50% da renúncia em saúde, R\$ 7,7 bilhões.

O autor do estudo, Carlos Octávio Ocké-Reis, sugere que o mecanismo de renúncia fiscal seja repensado. Ao deixar de arrecadar parte do imposto, o Estado realiza, na verdade, um pagamento implícito, arcando com certo montante dos gastos de pessoas físicas com saúde privada e de empregadores que fornecem assistência médica a seus empregados. O especialista argumenta que, desse modo, o governo acaba contribuindo, ainda que de forma indireta, com as empresas privadas de planos de saúde.

Entre 2003 e 2011, a renúncia tributária relativa a planos de saúde representou, em média, 10,53% do faturamento total das

operadoras. Ocké-Reis defende que seria mais produtivo recolher o dinheiro do imposto e aplicá-lo diretamente no SUS. “O crescimento dos gastos tributários com planos deveria, pelo menos, ser monitorado pelo governo federal. Convém advertir que a tendência atual gera uma similaridade com a arquitetura do sistema privado de saúde estadunidense, reconhecido como caro e ineficiente, e que também se caracteriza pela presença de subsídios e benefícios aos empregadores”, avaliou.

É o que pensa também o senador Humberto Costa (PT-PE). Para ele, a ideia de limitar os abatimentos de gastos com saúde privada — como acontece, por exemplo, com as despesas na área de educação — parte do pressuposto de que a renúncia fiscal na saúde cria uma distorção no sistema.

“A renúncia fiscal com a saúde, especialmente de pessoas físicas, é uma assistência indireta do governo aos beneficiários de planos de saúde, que isenta de tributação rendimentos que se destinam ao pagamento de despesas que suplementam os serviços oferecidos pelo SUS — assim, configura uma espécie de subsídio ao pagamento do plano de saúde. No entanto, a indefinição de um

teto para a renúncia faz com que a Federação perca uma importante fonte para o financiamento da saúde pública, o que contribui para o agravamento das deficiências existentes no Sistema Único de Saúde”, explica o senador, no relatório final da Comissão do Financiamento da Saúde do Senado.

Desperdício

Em audiência da Comissão do Financiamento da Saúde, o ex-presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) Fausto Pereira dos Santos explicou que, atualmente, a maior parte dos clientes de planos de saúde utilizam o SUS em procedimentos normais, não mais nos de alta complexidade, como na década de 1990. Recorrem ao SUS também nos casos não cobertos pelos planos, como em atendimentos de urgências e tratamento de imunossupressão após transplante. “Esses e outros fatores contribuem para a ocorrência de um conjunto de irracionalidades e desperdícios no funcionamento do sistema de saúde como um todo”, avaliou.

Santos sugeriu duas medidas que poderiam ser tomadas para a melhoria do sistema de saúde: a transformação do ressarcimento



Para Fausto Santos, ex-presidente da ANS, planos de saúde devem fornecer atendimento integral, ainda que isso eleve os preços

pago pelas operadoras de planos de saúde ao SUS em contribuição compulsória destinada a financiar fundos para urgência e para transplantes; e a redefinição da integralidade da atenção à saúde no setor suplementar, mesmo que isso elevasse os preços dos planos de saúde.

Prioridades

Para o médico sanitário e pesquisador do Ipea Sergio Piola, ainda que não exista nenhuma



Hospital Santa Catarina, em São Paulo, fundado em 1906: isenções de impostos subsidiam despesas privadas

garantia de que os recursos públicos poupados num cenário sem renúncia fiscal na saúde fossem investidos no SUS, o principal problema é a sinalização que essa política passa para a sociedade. “Você está dizendo que a prioridade do financiamento não é o SUS. O sistema pode conviver com outros segmentos, está na Constituição. Mas, se você acha que o SUS é o caminho certo, você não vai dar tanto

subsídio para o plano de saúde”, disse o pesquisador.

Na avaliação de Piola, o financiamento público deveria se concentrar no SUS, para a melhoria desse sistema, que é universal, sob pena de que o modelo concebido na reforma sanitária da década de 80 se transforme num “sistema só para pobres”.

“Se você quer utilizar o serviço público de saúde, esse serviço é o SUS. Temos

que lutar para melhorá-lo. É uma discussão ideológica. Trata-se de ganhar corações e mentes para o sistema público”, disse.

Piola, no entanto, reconhece a dificuldade de se conduzir politicamente um assunto que mexe com o bolso de uma parcela significativa da população. “Acha-se que, já que já se paga tanto imposto, isso seria quase que uma obrigação do governo. Mas não é.”

Justificativa confusa

De acordo com o economista Carlos Ocké-Reis, os objetivos do governo com a renúncia fiscal em saúde são: promover o benefício fiscal; reestruturar o padrão de competição do mercado (questão regulatória); patrocinar o consumo de planos privados de saúde; reduzir filas por atendimento no setor público; e diminuir a carga tributária dos contribuintes com gastos em saúde.

Mas, na opinião dele, tantos objetivos tão diferentes fazem com que a funcionalidade da renúncia fiscal seja confusa.

“Qual é, afinal, o objetivo precípuo desta política pública?

Reduzir a carga do imposto de renda dos contribuintes, reduzir as filas de espera do Sistema Único de Saúde ou patrocinar a expansão do mercado de planos de saúde?”, questiona.

Segundo ele, seria razoável esperar que, no âmbito do sistema de saúde brasileiro, o gasto tributário com planos de saúde, decorrente dos gastos das famílias e dos empregadores, fosse justificado plenamente pelo governo federal.

Outro especialista do Ipea, Sergio Piola, lembra que a Receita Federal também usava outro argumento, o da fiscalização, para

promover a renúncia fiscal. “Há muitos anos atrás, o argumento que a Receita utilizava era o de que a renúncia era uma forma de fiscalizar a arrecadação. O estímulo para declarar facilitava o controle”, explicou.

A sugestão de Ocké-Reis é estabelecer um teto ou eliminar gradualmente a dedução de imposto oferecida às classes de maior renda — que, a seu ver, favorece os planos privados de saúde.

Os recursos que entrariam na caixa pública seriam transferidos para o SUS para tratamento dos doentes crônicos e idosos.

REPRODUÇÃO



Renúncia fiscal não se justifica como política pública, diz pesquisador do Ipea. Na foto, hospital particular de Brasília



Parlamentares na CPI dos Sanguessugas, que investigou desvio de recursos do Ministério da Saúde em 2006

Um terço do dinheiro levado pela corrupção

A corrupção é outro problema sério a ser tratado quando o assunto é dinheiro para saúde. O relatório *Tomada de Contas Especiais*, encaminhado pelo Ministério da Saúde ao Tribunal de Contas da União (TCU), revela que, de 2002 a 2011, desapareceram R\$ 2,3 bilhões da saúde.

Tomada de contas especiais é o procedimento que deve ser adotado pelos órgãos públicos para apurar responsabilidades quando constatado dano financeiro à administração pública. De acordo com o TCU, nesses nove anos, a área de saúde é a campeã de recursos desviados. A corrupção levou 32,38% do dinheiro destinado a hospitais, medicamentos, ambulâncias, equipamentos.

Para o senador Mozarildo Cavalcanti (PTB-RR), a corrupção é, ao lado da má gestão, um dos principais problemas da área. “Publicação recente da Controladoria-Geral da União afirma que, nos quatro anos anteriores, foram desviados, só da Funasa, R\$ 500 milhões”, informou o senador.

Ele citou também caso ocorrido recentemente em Roraima.

“Uma operação da Polícia Federal constatou o desvio de cerca de R\$ 30 milhões. Quando faltava medicamento, a licitação era dispensada e se comprava de emergência. As firmas que vendiam faziam um acordo e compravam remédios de outros estados com prazo de validade curto. Dali a quatro ou cinco meses, havia nova dispensa de licitação para adquirir os mesmos remédios. Isso é roubar a saúde das pessoas”, reclamou.

Exemplos não faltam. Em 2004, a Polícia Federal (PF) dismantelou um grupo de empresários, lobistas e servidores acusados de fraudar a compra de hemoderivados para o Ministério da Saúde, no que ficou conhecida como Operação Vampiro. À época a estimativa era de R\$ 120 milhões movimentados irregularmente.

Dois anos depois foi a vez da Operação Sanguessuga, alvo de uma comissão parlamentar de inquérito no Congresso. A fraude descoberta pela Polícia Federal apontou o envolvimento de funcionários do Ministério da Saúde, parlamentares e prefeitos em

esquema que vendia as ambulâncias e o material hospitalar para as prefeituras. A PF calculou que cerca de R\$ 110 milhões haviam sido desviados.



Auditorias

O problema não é desconhecido pelo governo. Na sessão realizada pelo Senado, o ministro da Saúde, Alexandre Padilha, afirmou que o debate sobre o aumento de recursos para a saúde passa também pelo combate à corrupção. “Os senadores só reforçaram que precisamos ter orçamento crescente na saúde, mas também, de forma combinada, muito esforço para evitar desperdícios”, afirmou.

Segundo informação do ministério, investigações realizadas pelo Departamento Nacional de Auditoria do SUS (Denasus), entre os anos de 2008 e 2012, resultaram no pedido de devolução de R\$ 868 milhões aos cofres públicos. Foram detectadas irregularidades em 1.339 auditorias das 5.425 realizadas no período. O ministério já conseguiu reaver R\$ 194 milhões.

Soluções diferentes, custos altos e um mesmo desafio

Sistemas de saúde pelo mundo consomem 10% do PIB mundial. Países adotam modelos de financiamento e prestação de serviços em que participação do setor público varia muito



Hospital em Calgary, no Canadá: país é referência mundial por oferecer sistema universal com alta qualidade

O ferecer serviços de saúde de qualidade para milhões de pessoas não é uma tarefa simples, seja no Brasil ou em qualquer outra parte do mundo. E não há consenso sobre a melhor maneira de vencer esse desafio. Diversos modelos de financiamento do setor são adotados mundo afora, com diferentes graus de cobertura, de investimento público e de participação privada.

“Nenhum país é capaz de prover toda a população com todas as tecnologias e intervenções existentes para melhorar a saúde ou prolongar a vida. Porém, todos os países, independentemente da situação econômica, buscam angariar fundos capazes de arcar com os serviços de saúde de que as populações necessitam”, afirma o documento *A Participação Estatal no Financiamento de Sistemas de Saúde e a Situação do Sistema Único de Saúde (SUS)*, lançado em

julho de 2013 pelo Núcleo de Saúde da Consultoria de Orçamento da Câmara dos Deputados.

A análise de alguns sistemas de saúde demonstra que as opções pela forma de financiamento e de gestão trazem profundas diferenças nos resultados. As participações dos setores público e privado, com ou sem fins lucrativos, bem como a descentralização dos serviços entre o governo central e estados, províncias ou municipalidades, também podem ajudar ou burocratizar a provisão da saúde.

Ainda assim, alguns indicadores servem para mensurar os esforços necessários para que a população seja bem atendida. Os dados mais organizados podem ser encontrados nos valores gastos pelos países e, principalmente, pelos governos com a saúde dos cidadãos. Em regra, quanto maior a participação do Estado, mais equânime é o sistema, o que não se reflete necessariamente em bons resultados.

Nas próximas páginas, **Em Discussão!** apresenta esses dados e mostra os esforços financeiros e de gestão e os resultados alcançados por Canadá, Espanha, Estados Unidos, Argentina, Chile, China e Cuba na missão de melhorar a saúde e a qualidade de vida dos cidadãos — e da força produtiva.

Os países não foram selecionados aleatoriamente. Trata-se de referências internacionais, como Canadá (pela qualidade e universalidade da cobertura), Cuba (pela gestão feita integralmente pelo governo) e Estados Unidos (por conta da qualidade do tratamento oferecido). Outros casos também apresentam semelhanças com relação à nossa legislação (como a Espanha), nível de gasto público sobre o total (Estados Unidos) ou pelo fato de se tratar de vizinhos, com níveis socioeconômicos mais próximos aos brasileiros (como Argentina e Chile).



Gasto não é tudo, mas presença pública é crucial

Os gastos de um país, especialmente do setor público, explicam apenas parte da qualidade dos serviços de saúde oferecidos à população. Em certos casos, países pobres, como Cuba, têm altos investimentos em saúde, praticamente todos feitos pelo governo, com bons resultados. Em outros, nações ricas, mesmo com altíssimos gastos, não conseguem entender um padrão de qualidade a todos os cidadãos, como nos Estados Unidos.

Apesar de a riqueza do país representar mais possibilidades fiscais de enfrentar as demandas sociais, especialmente da saúde, com o envelhecimento populacional — o que já é uma realidade no Brasil (*leia mais na pág. 25*) —, os dados demonstram que os países dão diferentes prioridades para os gastos com a saúde. Mais ainda, governos e setores privados têm papéis muito diferentes nos sistemas de cada um.

“A riqueza relativa de um país não é o único fator que afeta o financiamento da saúde. Embora os compromissos governamentais com a saúde tendam a aumentar com níveis crescentes de rendimento nacional, alguns países

de baixo rendimento dedicam à saúde proporções mais elevadas da despesa governamental total que países de rendimentos elevados”, pondera o Núcleo de Saúde da Consultoria de Orçamento da Câmara.

Segundo o Banco Mundial, em 2011, o dispêndio médio dos países em saúde (público e privado) mundo afora foi de 10,1% do produto interno bruto (PIB) mundial. Enquanto na China o percentual chega a apenas 5,2%, nos Estados Unidos atinge impressionantes 17,9% da maior economia do mundo.

Em outros países que adotam cobertura universal, como o Brasil, o percentual é próximo da média mundial: 9,4% na Espanha e 11,2% no Canadá. Já nos vizinhos da América Latina, os percentuais são inferiores ao brasileiro (8,9%), atingindo 8,1% na Argentina e 7,5% no Chile, que têm modelos diferentes (*leia mais a partir da pág. 61*).

Porém, quando analisado o gasto em saúde per capita — ou seja, os gastos públicos e privados feitos em média para um cidadão de um mesmo país —, o Brasil não aparece tão bem na

comparação com outros países. Ainda que esteja um pouco acima da média mundial, que é de US\$ 951 gastos por pessoa por ano, o Brasil (US\$ 1.120) aparece bem abaixo de Espanha, Inglaterra e ainda mais de Canadá e Estados Unidos. Ainda assim, o Brasil gasta mais com os cidadãos que os vizinhos.

Mesmo se for adotada a paridade do poder de compra sobre os valores em dólares, a posição do Brasil não varia muito. De acordo com levantamento feito pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) em 2009, por esse critério, o Brasil gastava US\$ 884 por habitante por ano com saúde, um terço do que investe a Espanha e menos ainda do que gastam Itália, Reino Unido ou Austrália.

Esforço do governo

De maneira geral, tanto nos países desenvolvidos quanto nos em desenvolvimento, a maior parte do financiamento da saúde provém de fontes públicas. Ainda que tenha a missão constitucional de garantir um sistema de saúde público universal para os cidadãos, o Brasil, com 45,7%, é o que tem o menor percentual de gastos públicos sobre o total do que o país investe em saúde, entre os países observados por **Em Discussão!**, segundo dados do Banco Mundial referentes a 2011.

Nem mesmo nos Estados Unidos, país conhecido por manter um sistema com ênfase na assistência privada (*leia mais na pág. 60*), o percentual é tão baixo (lá, o governo cobre 45,9% dos gastos). Nos países que têm o compromisso de prover cobertura universal, as fontes públicas (seja um seguro social, sejam recursos

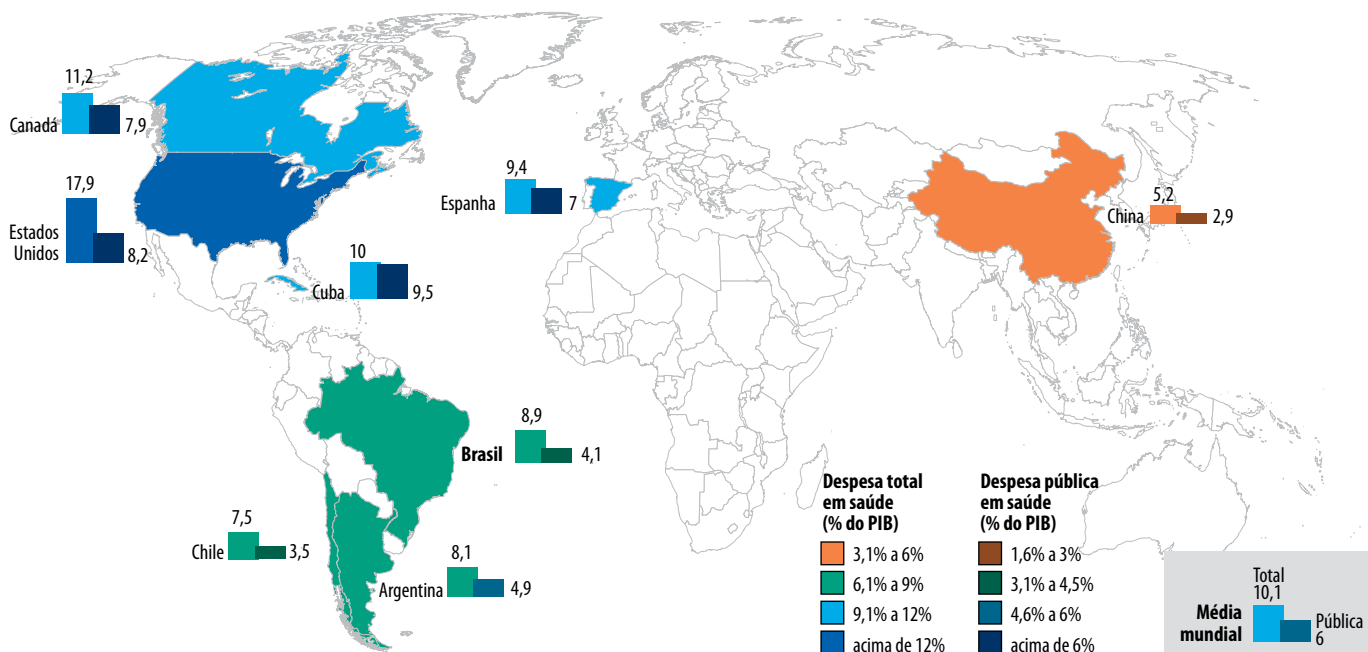


BARNES-JEWISH HOSPITAL

Barnes-Jewish Hospital, no Missouri (EUA): modelo norte-americano dá ênfase à assistência privada

O dinheiro da saúde

Proporcionalmente, países desenvolvidos gastam acima da média mundial e emergentes, abaixo



orçamentários) se responsabilizam por mais de 60% dos dispêndios.

Pode-se notar que o Brasil está a meio caminho entre os países mais ricos e aqueles de renda baixa, onde, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a participação do setor público não chega a 25% do dispêndio total e o pagamento direto das pessoas por serviços de saúde, forma mais iníqua e excludente de financiamento, é, paradoxalmente, maior.

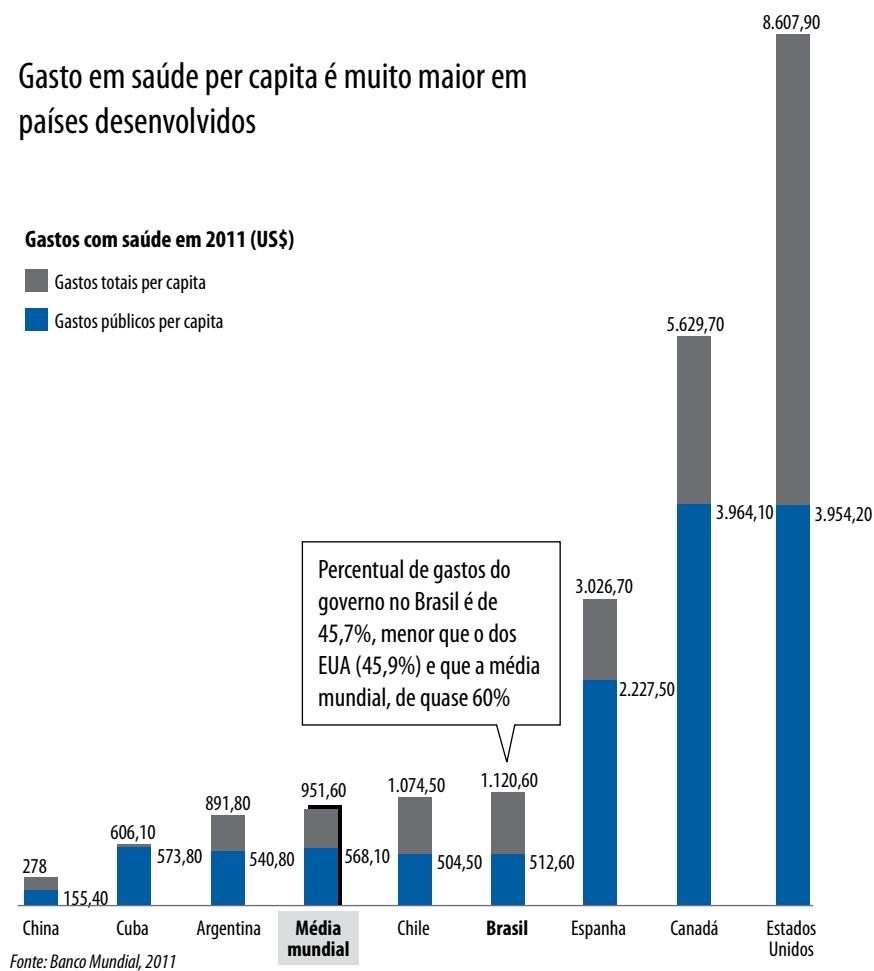
Se a saúde equivale a 8,9% do PIB brasileiro e menos da metade dos gastos do setor são públicos, o governo não gasta muito mais que 4% do PIB. Mais uma vez, o esforço do governo brasileiro fica aquém do dos países com sistemas de saúde universal.

“Ao longo do tempo, os sistemas de saúde têm comprometido parcelas cada vez maiores de recursos públicos, visando garantir o acesso dos seus cidadãos. Nos países com sistemas de saúde universal, o percentual já ultrapassa os 6% do PIB há algum tempo e, em muitos, supera 10%. Essas comparações dão uma ideia do caminho que o Brasil ainda tem que percorrer, sendo necessário avançar, também, na

Gasto em saúde per capita é muito maior em países desenvolvidos

Gastos com saúde em 2011 (US\$)

■ Gastos totais per capita
■ Gastos públicos per capita



compreensão do custo e da efetiva necessidade de recursos para implantar um sistema que se quer universal, integral e equânime”,

afirmam pesquisadores do Ipea no estudo *Financiamento Público da Saúde: uma história à procura de rumo*, de julho de 2013.

Hospitais privados e serviços gratuitos no Canadá

O Canadá é tido como referência de sistema de saúde de cobertura universal de qualidade. Custeados com recursos públicos, os serviços são, em grande maioria, de graça e fornecidos por instituições privadas sem fins lucrativos. Existem ainda seguros privados suplementares (oferecem serviços não cobertos pelo sistema público) e hospitais privados.

Alguns índices mostram que a saúde da população canadense vai bem: a expectativa de vida é de 81,1 anos (mais de 10 anos acima da média mundial), a taxa de mortalidade materna é 24 vezes menor que a média do resto do mundo e a taxa de mortalidade infantil é um terço da observada na América Latina. Mesmo numa comparação com os Estados Unidos, os indicadores de saúde do Canadá são superiores. Para chegar a essa situação, são gastos anualmente US\$ 5.630 por habitante (dado de 2011, do Banco Mundial), 70% dos quais, recursos públicos.

“Serviços médicos necessários” são cobertos, o que inclui

até problemas de fertilidade. De posse de um cartão fornecido pelo Ministério da Saúde de cada província (equivalente ao estado brasileiro), todo cidadão recebe o mesmo tratamento, independentemente de renda ou origem. Não há limite de cobertura, inclusive para pacientes com problemas de saúde crônicos.

Só 10% de assalariados

A prestação de serviços fica a cargo de agentes privados, com diversas formas de credenciamentos e contratos. Segundo a médica Eleonor Minho Conill, doutora em Políticas Públicas e pesquisadora da Fiocruz, a maior parte dos médicos atua como profissional liberal, atendendo em clínicas, consultórios particulares ou em hospitais. Apenas 10% dos médicos trabalham como assalariados.

A quase totalidade (95%) dos hospitais canadenses funciona como instituições sem fins lucrativos, administradas por organizações comunitárias, religiosas ou autoridades provinciais, inclusive clínicas de repouso e de reabilitação.

O seguro privado é voluntário e tem papel limitado, cobrindo apenas serviços extraordinários, dos quais o serviço público não cuida, como cirurgias estéticas, hotelaria de luxo em hospitais, tratamentos dentários, alguns serviços oftalmológicos e *home care* (cuidados especiais em casa). Ainda assim, segundo a OCDE, 65% da população canadense tem plano de saúde privado.

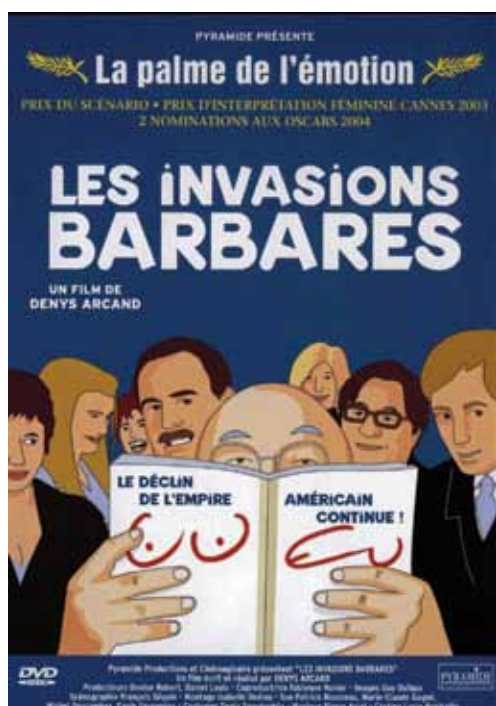
Algumas críticas ao sistema canadense envolvem a falta de autonomia dos cidadãos de escolherem médicos ou hospitais

de preferência (ao contrário do vizinho Estados Unidos), ainda que possam optar pelos médicos de família. Há ainda denúncias da existência de pagamentos “por fora” para obtenção de privilégios, como foi abordado no filme de 2002 *As Invasões Bárbaras*, do cineasta canadense Denys Arcand.

Ainda assim, o sistema é visto como eficiente e equânime na missão de prover saúde de qualidade para todos os cidadãos canadenses, com excelente avaliação pela população (segundo pesquisa de 2008, 70% dizem que o sistema funciona muito bem e 91% dizem preferir o local ao dos EUA).

Segundo Eleonor Minho Conill, o sistema não tem problemas de descontinuidade política, tendo em vista que todos os partidos apoiam a estrutura, levando a uma gestão profissional. A descentralização não dispensa o papel regulador e fiscalizador do governo nacional, e a atenção primária dá ênfase ao papel preventivo do médico generalista ou de família.

As fontes que financiam o seguro de saúde público são compartilhadas entre os governos federal e das províncias. Cada província administra o seguro para as pessoas que moram no seu território, o que inclui imigrantes recentes sem cidadania canadense. A base para os serviços é o Canada Health Act (regulamentação do setor de saúde do país), de 1984, que tem quatro princípios: universalização das garantias, gestão pública, integralidade (atenção completa) e portabilidade (em caso de mudança de domicílio para outra província).



DIVULGAÇÃO

Apesar de aprovado por 70% dos cidadãos, sistema de saúde canadense foi alvo de denúncia no filme *As Invasões Bárbaras*



Clínica de ortopedia da Universidade de Navarra, em Pamplona: recursos públicos custeiam 74,2% do sistema de saúde

Espanha: missão parecida, resultados diferentes

A Espanha é um bom termo de comparação com o Brasil, tendo em vista que a Constituição, apenas dez anos anterior à brasileira, também reconhece o direito do cidadão à saúde pública e a responsabilidade do governo de prover os serviços. Legislação de 1986 prevê ainda financiamento público, universalidade e gratuidade; direito e deveres definidos pelo cidadão e pelos poderes públicos; descentralização política para as comunidades autônomas (equivalentes aos estados brasileiros); atenção integral; e integração das diferentes estruturas e serviços públicos ao sistema de saúde nacional.

Como resultado, desde a década de 80, houve crescimento substancial dos gastos em saúde na Espanha: de 3,7% para 9,4% do PIB em 2011. Isso equivale a mais de US\$ 3 mil despendidos por ano com cada cidadão. Para garantir o que está escrito na Constituição, a participação de recursos públicos equivale a

74,2% do total das despesas de saúde no país, quase 30 pontos percentuais acima do brasileiro.

A atenção à saúde é considerada uma das principais políticas de distribuição de renda, uma vez que cada pessoa paga em função da capacidade econômica. O resultado dos esforços se reflete nos indicadores de saúde, muitos deles superiores aos canadenses ou da União Europeia. Com 39,6 médicos para cada 10.000 habitantes, a Espanha é o sétimo colocado no ranking mundial.

O sistema se organiza em dois níveis: atenção primária e atenção especializada. No primeiro, o acesso é livre e quase imediato nos centros de saúde. Nos hospitais e centros especializados, porém, há restrições para procedimentos de maior complexidade.

Existe ainda a possibilidade de delegação dos serviços à iniciativa privada, preferencialmente a entidades sem fins lucrativos, com papel complementar. Os seguros privados atendem cerca de 11,1

milhões de pessoas (dado de junho de 2010), num mercado de 3,2 bilhões de euros, de acordo com estatísticas das seguradoras. Os mais comuns e completos garantem assistência médica, hospitalar e cirúrgica por médicos especializados, clínicas e hospitais privados. O valor médio de um segurado sofre um aumento entre 75% e 100% quando ele completa 65 anos. Até por isso, há mais jovens que idosos nesse sistema.

Em 2012, pessoas não registradas como residentes passaram a ter acesso apenas aos serviços de emergência, de maternidade e de pediatria. Os governos locais, encarregados do orçamento da saúde e em severa crise fiscal desde 2008, devem economizar, assim, 7 bilhões de euros por ano.

De acordo com pesquisa do governo central, 66,9% dos espanhóis entrevistados estão satisfeitos com o sistema de saúde. Para 27,1%, o sistema necessita de mudanças significativas, e, para 5%, precisa ser totalmente refeito.

EUA: o melhor da saúde por um preço alto

Os Estados Unidos se notabilizam pelo impressionante valor gasto em saúde: 17,9% do PIB da maior economia do mundo, estimado em US\$ 15,9 trilhões em 2012. Parte da explicação vem da adoção de regras de mercado para o sistema, baseado em seguros de saúde privados. Assim, os quase 72% dos cidadãos que têm planos de saúde individuais ou financiados pelos empregadores têm liberdade para escolher médicos e as melhores tecnologias à disposição.

Mesmo com ampla oferta privada, o percentual de gastos públicos sobre o total ainda é superior ao brasileiro: 45,9%. Os recursos advindos de impostos são gastos em programas como o Medicare (para pessoas com 65 anos ou mais ou incapacitadas), o Medicaid (para pobres) e o seguro-saúde infantil (para crianças pobres), que abarcam 24,7% da população. Os programas são geridos pelo Departamento de Saúde do governo federal, que contrata serviços de hospitais privados.

A maioria dos seguros privados de saúde cobre os serviços hospitalares, inclusive



FFSETLA

Setenta e dois por cento dos americanos têm planos de saúde individuais ou financiados pelos empregadores

enfermagem, serviço social, terapia, higiene pessoal, medicamentos e suprimentos médicos e equipamentos. Seguradoras, em geral, pagam por serviços de cuidados domiciliares com coparticipação dos beneficiários nos custos.

Porém, o preço pago para ter tantas opções não é baixo. Como resultado, os que não têm recursos muitas

vezes vão à falência por falta de condições de pagar os altos custos de, por exemplo, uma internação prolongada inesperada.

A escalada dos custos de saúde indica que apenas cerca de 10% a 20% dos idosos americanos podem pagar por seguros privados de cuidados prolongados. As estimativas apontam que a pessoa deve ter renda de pelo menos US\$ 40.000 para ter esse tipo de seguro.

Outro problema crônico é a disputa entre os hospitais e os planos de saúde na interpretação dos serviços necessários e cobertos para os pacientes. As disputas não raro se arrastam ao Judiciário, aumentando ainda mais os dispêndios do sistema.

Disputas judiciais marcam sistema de saúde americano, tema explorado no documentário SOS Saúde, de Michael Moore (E), produzido em 2007



DIVULGAÇÃO

Reforma do sistema em 2010 radicalizou disputa política

Com a oposição dos republicanos e do lobby privado, governos democratas tentam há décadas reformar e reduzir os custos do sistema de saúde, além de estender a cobertura aos cerca de 30 milhões sem seguro privado e que não são alcançados pelas políticas públicas.

Em 2010, finalmente, o Congresso aprovou projeto apresentado pelo presidente Barack Obama que garante a todo cidadão um plano de saúde e prevê que o governo arcará com parte dos custos dos que têm renda baixa. Hoje, esse plano e os gastos orçamentários dele são alvo de disputa acirrada entre os dois partidos no

Congresso. Como cada um controla uma Casa do Parlamento, houve sérios impasses até conseguir a aprovação.

A nova lei — apelidada de ObamaCare — acaba com diversas restrições impostas pelos planos de saúde, inclusive para doenças preexistentes, veda o limite de gastos, estende a 26 anos a idade máxima dos filhos nos planos dos pais e impede as seguradoras de cobrarem aumentos abusivos ou taxas extras para cobrirem eventuais prejuízos por erros médicos.

O plano ainda amplia a cobertura dos programas Medicare e Medicaid, por meio de repasses federais para os estados.

Também haverá novos subsídios para compra de medicamentos por idosos. Porém, os estados governados por republicanos anunciaram que não vão aderir ao programa.

A legislação foi ratificada pela Suprema Corte em 2012 e deve entrar em pleno vigor em 2014. Nos primeiros dez anos, as estimativas apontavam para gastos de US\$ 1,8 trilhão, mas a implantação vem se mostrando menos onerosa. Espera-se que a nova legislação tenha como efeito de longo prazo a redução dos custos de saúde e dos medicamentos, tanto para os beneficiados por planos privados como para o governo.

Argentina luta para manter padrão

A Argentina tem uma história de êxitos na área de saúde que remontam ao século 19 e contribuíram para altos índices de desenvolvimento humano do país. Porém, sucessivas crises políticas e econômicas, especialmente a que se abateu sobre o país em 2001 e reduziu o PIB per capita do país pela metade, representaram ameaças às conquistas.

Mesmo com as atuais necessidades de aperfeiçoamento, a Argentina tem indicadores de saúde que se aproximam dos de países desenvolvidos. A expectativa de vida (75,2 anos), a taxa de mortalidade infantil (de 11,7 para cada mil nascidos vivos) e de mortalidade materna (de 4,2 para cada 10 mil partos) têm resultados bem melhores que nos vizinhos sul-americanos.

Ao mesmo tempo em que doenças típicas de países desenvolvidos (cardiovasculares,

câncer e diabetes) são os maiores responsáveis pelas mortes no país, doenças infecciosas e emergentes (tuberculose, sífilis e leptospirose, por exemplo) demonstram que o país ainda não se livrou de riscos sanitários típicos de países em desenvolvimento. Há ainda muitas mortes violentas. E, como no Brasil, há grande desigualdade nos indicadores, com as regiões norte e noroeste com pior desempenho.

De acordo com dados do Banco Mundial, os gastos argentinos com saúde, depois de experimentar crescimento constante a partir de 2005, atingindo 9,4% do PIB em 2009, caíram por dois anos, chegando a 8,1% do PIB em 2011. Nesse período, o país, que rivalizava nesse indicador com a Espanha (9,4% em 2011), involuiu, ficando abaixo do resultado brasileiro, de 8,9% (2011). O percentual

de gastos públicos com saúde (60,4%) é mais baixo que o de países desenvolvidos e, mesmo com queda nos últimos dois anos, ainda está bem à frente do brasileiro.

Falta de coordenação

Hoje, como no Brasil, o sistema de saúde na Argentina enfrenta desafios de coordenação entre o governo central, das províncias e dos municípios, bem como de melhor uso da infraestrutura, dividida entre o sistema público, o privado e o de seguro social obrigatório administrado pelas Obras Sociales, que são financiadas pelas contribuições de trabalhadores e ligadas a sindicatos.

No papel, o Ministério da Saúde assumiu na década de 90 a coordenação, a regulação e a assistência técnica do sistema. Mas, na prática, pouco intervém na política de saúde,



ELANGLAIS

Hospital Italiano de Buenos Aires, que atende tanto pacientes do sistema público quanto dos planos privados

até porque os gastos do governo central com saúde, como no Brasil, são a menor parte dos dispêndios públicos.

A maioria dos mais de 1.200 estabelecimentos públicos é administrada pelas províncias e uma pequena proporção fica a cargo do governo nacional. A transferência de recursos e responsabilidades entre os três níveis de governo também é alvo de grandes disputas na Argentina.

Obras Sociales

Principalmente a partir dos anos 80, o sistema público, com hospitais e centros de atenção primária federais, provinciais ou municipais, se fragilizou e se deteriorou, por conta da crise fiscal e das políticas de redução do papel do Estado, diminuindo sua participação no setor. Hoje, basicamente, presta

atendimento aos mais pobres, sem emprego formal ou cobertura privada.

Para aumentar a complexidade do sistema, o setor público e o privado têm a convivência de um terceiro: as Obras Sociales, que hoje provêm saúde para mais da metade da população argentina.

Mas as obras sociais também entraram em crise de financiamento diante do aumento do desemprego, da precarização do trabalho formal e da diminuição da sindicalização, fenômeno que se observou em todo o mundo.

A saúde privada cresceu exponencialmente nas últimas décadas, multiplicando o número de segurados e de estabelecimentos. Os planos de saúde privados, em geral, só são acessíveis para os mais ricos. Estima-se que 10% da

população seja segurada, mas, em quase metade dos casos, há duplicidade de cobertura com as Obras Sociales.

Queixas constantes

Entretanto, há queixas constantes de pouca regulação do mercado, inclusive para assegurar maior proteção ao consumidor, baixa transparência e custos elevados. Hoje, os planos de saúde e as obras sociais vêm firmando contratos de prestação de serviços, o que leva a diferença de tratamento oferecido por um mesmo estabelecimento aos segurados dos dois sistemas.

Assim como no Brasil, grande parte dos gastos diretos das pessoas é feita com remédios, por isso o governo desenvolve programas para melhorar o acesso a medicamentos considerados essenciais.

Apesar de bons índices, Chile tem desigualdades

O Chile pode se orgulhar de ter alguns dos melhores indicadores de saúde do continente. A expectativa de vida (77,7 anos) e a taxa de mortalidade infantil (7,9/mil nascidos vivos) ocupam o primeiro lugar entre os países da América do Sul.

Porém, como os vizinhos, luta contra a desigualdade entre as redes pública e privada de assistência. Enquanto a primeira se encarrega de três quartos da população, a segunda é reservada a um quarto dos chilenos — via de regra, os mais ricos.

Também se observam as disparidades no perfil epidemiológico, que vem mudando, com cardiopatias e câncer — problemas típicos de sociedades que envelhecem e se desenvolvem — entre as enfermidades mais recorrentes. Doenças transmissíveis e acidentes vêm a seguir.

Se a realidade é complexa, a Constituição chilena, como no Brasil, é direta: estabelece o direito à saúde e o Estado deve garantir o acesso livre e igualitário, sendo o Ministério da Saúde o responsável pela coordenação e pelo controle do setor, seja público ou privado.

Em 1973, durante o regime militar, foi constituído o Sistema Nacional de Serviços de Saúde. Houve a municipalização da atenção primária e a criação do Fundo Nacional de Saúde (Fonasa), agência central que administra os recursos públicos destinados ao sistema. A administração das contribuições à seguridade social também ficou nas mãos de empresas de seguro de saúde privado, os Institutos de Saúde Previsional (Isapres).

Hospital Metropolitano de Santiago: redes privadas apresentam menor tempo de espera do que as públicas

Assim, ficou definida a existência paralela de uma rede pública e de uma rede privada. Se a rede pública tem quase 75% dos atendimentos, os gastos do governo são 47% do total e, destes, metade vem do sistema de seguro social. De acordo com o Banco Mundial, em 2011, o gasto per capita com saúde no Chile foi de US\$ 1.074, ultrapassando a média mundial.

Público x privado

Todos os trabalhadores e pensionistas pagam um seguro social obrigatório de 7% sobre os salários (exceto os comprovadamente pobres), direcionados ao Fonasa, que, também com recursos de impostos, cobre ainda desempregados, grávidas sem seguro social, deficientes, além dos pobres e indigentes. Os empregados também podem optar por aderir aos seguros privados. Neste caso, o desconto é repassado aos Isapres.

Quando os beneficiários do Fonasa buscam atendimento em centros de saúde públicos, o tratamento é gratuito para pessoas com mais de 60 anos, com deficiência, que ganhem menos

que o salário mínimo ou que tenham muitos dependentes. Se a renda for maior, os trabalhadores participam do pagamento em percentuais crescentes, até um máximo de 20%. Mas médicos, clínicas ou hospitais privados conveniados também recebem pessoas que têm a cobertura do Fonasa.

A cobertura pelos Isapres depende da contribuição e da renda do trabalhador. Em média, os chilenos descontam 9,2% do próprio salário para os Isapres, sendo que o que vier acima dos 7% obrigatórios aumenta os benefícios disponíveis. Limitações na cobertura levam os cidadãos a procurar tratamento custeado pelo Fonasa.

Enquanto 60% das pessoas que optam pelos Isapres estão entre os 40% mais ricos do Chile, apenas 7% dos segurados do sistema privado estão entre os 20% mais pobres.

As redes de atendimento oferecidas pelos Isapres apresentam menor tempo de espera por serviços de saúde, enquanto no Fonasa, os hospitais públicos, mais modestos e com ampla acessibilidade, apresentam grande tempo de espera.

RIVERA NOTARIO



Medicina pública para exportação em Cuba

Um dos últimos países socialistas, Cuba enfrenta há mais de 50 anos o desafio de oferecer, de maneira igualitária, saúde gratuita e de qualidade para todos os 11 milhões de cidadãos. O governo cobre 95% dos gastos do país com saúde, equivalentes a US\$ 601 por habitante por ano, segundo dados do Banco Mundial de 2001.

O Sistema Nacional de Saúde provê desde a atenção médica e controle epidemiológico à formação de pessoal e produção e distribuição de medicamentos. A rede estatal tem 146 hospitais, 11.466 consultórios médicos de família, 122 asilos para idosos e 141 maternidades, entre outras instalações.

Com a renúncia expressa do exercício privado da medicina, os únicos gastos das famílias cubanas com saúde se resumem a próteses, lentes de contato, cadeiras de rodas, muletas, cirurgias de redução de estômago e similares. Ainda assim, os preços são subsidiados.

Ótimos indicadores

Os índices de saúde de Cuba são muito superiores aos dos países vizinhos. A mortalidade infantil — de apenas 4,3 para cada mil nascidos vivos — é a menor do continente americano. Os resultados são creditados ao esforço do país após a revolução de 1959, já que, na década de 60, a mortalidade infantil estava acima de 35 por mil.

Desde então, Cuba investiu prioritariamente em saúde, a ponto de hoje exportar profissionais de saúde para 68 países — inclusive o Brasil. Estima-se que são 40 mil os enfermeiros e médicos, entre outros, espalhados pelo mundo.

Isso foi possível graças à formação de profissionais em massa. Entre 1960 e 2010, Cuba formou mais de 100 mil médicos, 73 mil deles na ativa em 2011. Isso permitiu que os serviços básicos e preventivos, inclusive de vacinação, chegassem também para os mais pobres e a população rural, sempre

com prioridade para mães e filhos.

O programa nacional de vacinação, com uma cobertura de praticamente 100% das crianças, abrange 15 doenças, como poliomielite, difteria e sarampo. Nove das 15 vacinas administradas à população são produzidas em Cuba. Assim, a mortalidade no país não é decorrente das chamadas “doenças da pobreza”, mas de doenças cardiovasculares e câncer.

A indústria de medicamentos é avançada e o país importa menos de 20% dos remédios que consome. É, por exemplo, um dos seis

países do mundo que produz o Interferon, medicamento antiviral usado no tratamento da aids.

Há laboratórios de análises clínicas, em todos os municípios, para diagnosticar e tratar precocemente doenças como diabetes, insuficiência renal e doenças infecciosas como dengue e aids.

Ao lado do reconhecimento internacional, há também críticas à falta de liberdade individual do médico, tratado como capital humano do Estado e à escassez de equipamentos e técnicas de ponta, inclusive para treinar os médicos.



ROLANDO RAFAEL MONTALVÁN

UTI neonatal do Hospital Ramón González Coro, em Havana: Cuba tem excelentes indicadores de saúde



DEAN

Hospital Provincial de Gansu:
atendimento de qualidade está
concentrado nas grandes cidades

Saúde na China entre o passado e o futuro

De todos os sistemas de saúde analisados por **Em Discussão!**, o da China é o mais complexo. Lá, a milenar medicina oriental, que inclui a acupuntura, por exemplo, ainda busca se harmonizar às práticas ocidentais, principalmente nos serviços prestados à maioria da população, que vive na zona rural (64%) e está longe dos principais hospitais e centros de saúde.

O tamanho do país aumenta o desafio: são 1,35 bilhão de pessoas, 330 mil instituições de saúde, mais de 6 milhões de profissionais, 2 milhões de médicos e 3 milhões de leitos hospitalares.

O Ministério da Saúde gerencia o sistema que inclui grande número de cooperativas rurais. Praticamente todos os hospitais são administrados pelo governo, mas, diante da dificuldade de acesso, diversos serviços são prestados privadamente, alguns deles no mercado negro — há até ambulâncias clandestinas, que cobram para atender doentes.

No regime comunista, na segunda metade do século, foi dada ênfase ao tratamento preventivo. Mesmo assim, os gastos públicos com saúde são de pouco mais da metade do total (55%) dos 5,2% do PIB que os chineses despendem com o setor.

Mas o grande problema está no acesso à saúde da vasta população rural. Oitenta por cento da atenção à saúde está concentrada nas cidades, que consomem mais de 50% dos recursos destinados ao setor. Como resultado, cerca de 100 milhões não têm acesso a serviços de urgência em áreas rurais.

Reformas e êxitos

Enquanto isso, nas grandes cidades, como Pequim, Hong Kong e Xangai, há instalações médicas modernas com as tecnologias mais avançadas, com equipes que atendem também os estrangeiros residentes no país. Mas o acesso à população é limitado também pelo alto custo. Os hospitais públicos têm custos bem reduzidos, mas a qualidade varia muito de instituição para instituição e é mais precário quanto menor a cidade.

Um novo sistema rural de atenção à saúde cooperativa foi criado em 2005 para aumentar o acesso dos desassistidos. O custo mensal da cobertura é baixo (cerca de US\$ 10 por pessoa, 40% dos quais subsidiados pelo governo central, 40% pelo provincial e 20% pelo cidadão).

Em 2007, cerca de 80% da população rural havia aderido ao programa (quase 700 milhões de

pessoas). A cobertura do plano depende do tipo de atendimento (preventivo, geral ou especializado) e do hospital.

Com tantas dificuldades na área de saúde pública, na segunda década do século passado o governo se concentrou na vigilância epidemiológica, conduzindo mutirões para exterminar vetores de doenças — ratos, moscas, mosquitos, caramujos etc.

Políticas de saneamento e fornecimento de água potável também estavam — e estão — entre os esforços de saúde. Além do controle de epidemias, o desenvolvimento econômico ajudou. O resultado foi bastante efetivo, com a redução das taxas de mortalidade infantil, de acima de 200 para 12,1 mortos a cada mil nascidos vivos, e aumento da expectativa de vida em quase 40 anos nesse período, para 75 anos, ajudando a melhorar as médias mundiais.

Há grandes problemas de saúde relacionados a poluição, tabagismo e infecção por HIV/aids, bem como aumento na obesidade e grande número de pessoas infectadas com hepatite B, estimado em 10% da população. O acesso a medicamentos também é muito limitado, já que são muito caros para grande parte dos chineses.

Como obter mais verbas?


O financiamento da saúde foi um dos principais temas da pauta do Congresso em 2013. Em resposta às críticas feitas à má qualidade dos serviços nas manifestações de junho, comissões especiais analisaram diversos aspectos da questão tanto na Câmara quanto no Senado, com uma conclusão em comum: por maiores que sejam as deficiências na gestão, o Sistema Único de Saúde (SUS) carece de recursos — e de recursos federais.

A definição de um piso para os investimentos da União na saúde, pendência que se arrasta desde a criação do SUS, mobilizou entidades do setor, governo e parlamentares. Autoridades se reuniram no Plenário do Senado em setembro e o Legislativo buscou conciliar a demanda apresentada pela sociedade, na forma do projeto de lei de iniciativa popular do movimento Saúde+10, e os limites da planilha de gastos do governo.


Os senadores, no mesmo texto da PEC do Orçamento Impositivo,

Tentativa de fixar um piso constitucional para os investimentos da União em saúde continua a mobilizar entidades, governo e Congresso

que vincula à saúde metade das emendas parlamentares de execução obrigatória, fixaram um percentual mínimo para os investimentos do governo federal no setor — 15% da receita corrente líquida (RCL), de forma gradual, até 2018. A decisão, porém, ainda não foi endossada pela Câmara, onde tramita proposta de percentual mais elevado para os investimentos da União, 18,7% da RCL em 2018 — equivalente, em recursos, à demanda apresentada pelo Saúde+10.



Governo, especialistas e entidades da saúde em sessão especial, no Plenário: em busca de soluções para o subfinanciamento do SUS



Sem a aprovação nas duas Casas, os investimentos federais na saúde, estimados em cerca de 12,3% da RCL em 2013, permanecerão obedecendo à regra em vigor. Isso porque as emendas parlamentares destinadas ao setor não aumentam o valor total, apenas passam a integrar, a partir das regras do orçamento impositivo incluídas no Orçamento da União de 2014, o rol dos recursos que colaboram para o financiamento da saúde — ao lado das contribuições sociais e das receitas

futuras com os royalties do petróleo, a partir das mudanças introduzidas pela Lei 12.858/2013, estimadas em R\$ 50 bilhões a R\$ 67 bilhões até 2022.

Novas tentativas de criação da Contribuição Social da Saúde (CSS), tributo sobre movimentações financeiras nos moldes da CPMF, extinta em 2007, também foram ensaiadas na Câmara em 2013. Já propostas de fontes alternativas, frequentemente apresentadas por especialistas do setor, como a taxação de grandes

fortunas, caminham a passos lentos no Congresso. No entanto, mais uma vez, sem alterar o volume total de recursos da saúde como proporção das receitas nacionais, essas contribuições também passariam somente a integrar a lista dos financiadores do setor.

Em Discussão! investigou as propostas legislativas que buscam melhorar o volume de recursos para a saúde e apresenta, a seguir, em que ponto está o debate que pode culminar com novas regras para o setor.



Manifestação do movimento Saúde+10 em frente ao Congresso pede 10% das receitas do governo federal para a saúde

LAYCER TOMAZ/CD

2 milhões de assinaturas a favor de mais recursos para a saúde

Não é todo dia — nem todo ano — que o Congresso recebe projeto de lei com 2,2 milhões de assinaturas. Da última vez que isso aconteceu, foi aprovada nova lei para exigir que políticos que se candidatem a qualquer cargo tenham a chamada ficha limpa.

E foi assim que, em 2013, o debate parlamentar sobre o piso para os investimentos federais em saúde entrou, com alta prioridade, na agenda do Legislativo: em agosto, o Movimento Nacional em Defesa da Saúde Pública, batizado de Saúde+10, apresentou ao Congresso um projeto de iniciativa popular que pretende garantir ao setor 10% da

receita corrente bruta da União.

O debate começou com a mobilização da sociedade para a regulamentação da Emenda Constitucional 29, que, em 2000, previu nova forma de financiamento da saúde, com compromissos

da União e com percentuais fixos da receita corrente líquida de estados (12%) e municípios (15%).

Diante da demora de definição das regras para que o texto constitucional fosse bem implementado, em setembro de 2011, entidades do setor se reuniram em Brasília para cobrar do Congresso e do governo a votação da proposta, que era vista como, se não uma saída, ao menos um alento para o problema do subfinanciamento do SUS.

A mobilização ficou conhecida por Primavera da Saúde. Naquele momento, os militantes já entendiam que a carência de recursos do setor deveria ser suprida pelo estabelecimento de um piso para os investimentos da União. A defesa dos 10% das receitas correntes brutas — naquele momento, em debate entre Câmara e Senado — foi encampada pela 14ª Conferência Nacional de Saúde, de dezembro de 2011.

Um dos resultados da mobilização foi a aprovação da Lei Complementar 141/2012. No entanto, boa parte das reivindicações foram

Receita corrente líquida (RCL) — somatório das receitas tributárias, de contribuições patrimoniais, industriais, agropecuárias, de serviços, transferências correntes e outras receitas também correntes, deduzidos, principalmente, os valores transferidos, por determinação constitucional ou legal, aos estados e municípios, no caso da União, e aos municípios, no caso dos estados, consideradas ainda as demais deduções previstas na lei.

frustradas, já que a nova legislação manteve a fórmula de cálculo da participação federal no financiamento do SUS até então em vigor — montante aplicado no ano anterior acrescido da variação do PIB.

“Frustração, porque os ganhos não foram ganhos, mas apenas o que já era dado para estados e municípios e que foi legalizado, de maneira muito clara. Mas, em termos de dinheiro novo, isso não houve”, resumiu Jurandi Frutuoso, secretário-executivo do Conass, órgão que representa os

secretários estaduais de saúde.

O SUS continuava no vermelho e estados e municípios se diziam no limite dos respectivos orçamentos. Sem fontes alternativas à vista, as entidades da saúde e os movimentos sociais não tardaram a se rearticular e creditar à União a parcela da conta que insistia em não fechar.

Assim, em março de 2012, surgiu o Saúde+10, com o objetivo de alterar, via iniciativa popular, a atual legislação, para que também a União tivesse uma parte da receita vinculada às despesas com saúde. A coleta de assinaturas, coordenada por órgãos como o Conass, a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), a Força Sindical e a Pastoral da Saúde, envolveu cerca de cem entidades, entre movimentos sociais, sindicatos, federações, conselhos municipais e estaduais de saúde e associações de portadores.

O resultado superou em 900 mil as assinaturas recolhidas pelo projeto de iniciativa popular que deu origem à Lei da Ficha Limpa (Lei Complementar 135/2010). “Não nos surpreendemos, porque temos a dimensão do impacto do problema da saúde na vida da população”, disse Ronald Ferreira dos Santos, coordenador do Saúde+10.

Aval das comissões

Na Câmara dos Deputados, o projeto (PLP 321/2013) está na Comissão de Finanças e Tributação, junto com outros cinco sobre o assunto. A última versão aprovada na Comissão de Seguridade Social determina que o governo federal destine 15% da receita corrente líquida da União ao setor em 2014, até chegar a 18,7% em 2018 — o equivalente a quase R\$ 190 bilhões a mais para o Sistema Único de Saúde em cinco anos.

Antes, a proposta passou por uma comissão especial que analisa o financiamento da saúde naquela Casa, onde os deputados sugeriram, como fonte alternativa, a recriação de uma contribuição nos moldes da antiga CPMF para financiar o setor (*leia mais nas págs. 35 e 79*) — proposta



IBATISTA/CD

Presidente da Câmara, Henrique Eduardo Alves (de gravata vermelha), recebe de militantes projeto de iniciativa popular que destina 10% da receita bruta para a saúde

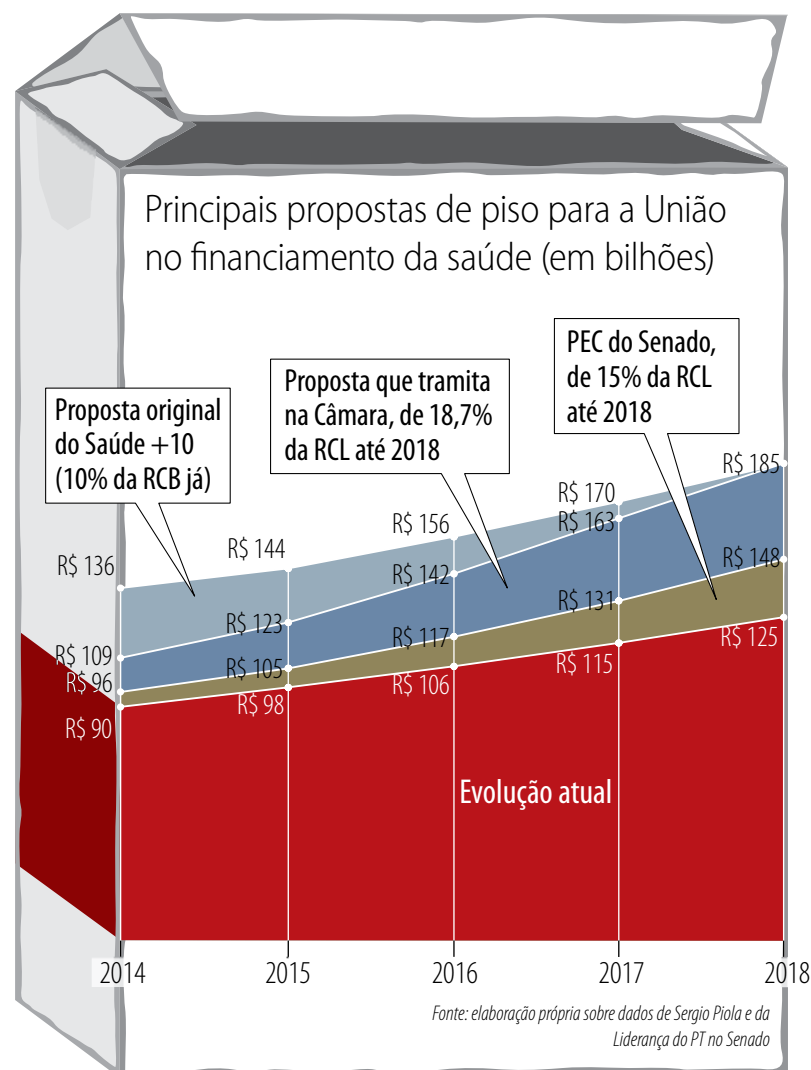
sobre a qual, de acordo com Ronald dos Santos, não há consenso entre as entidades que compõem o Saúde+10 e muito menos no Congresso Nacional.

Os projetos de lei sobre

financiamento da saúde ainda serão analisados pela Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania da Câmara e, em seguida, pelo Plenário daquela Casa. Se aprovados, seguem para o Senado.

Propostas representam até R\$ 60 bi a mais em 2018

Hoje, crescimento de recursos está amarrado ao do PIB



Com aval do governo, Senado eleva percentual

Enquanto a Câmara analisava a proposta do movimento Saúde+10, o Senado também se mobilizava para garantir mais recursos para a saúde. Foi assim que, em acordo com o governo, aprovou e enviou à Câmara a proposta que destina 15% da receita corrente líquida (RCL) da União para a saúde, de forma gradual, até 2018.

A regra foi incluída na proposta de emenda à Constituição (PEC) — aprovada anteriormente pela Câmara — que estabelece o chamado orçamento impositivo, que obriga o Executivo a liberar recursos para as emendas parlamentares individuais, num total equivalente a até 1,2% da receita corrente líquida, ou R\$ 14,68 milhões, em 2014. Metade desse valor deve ir para a saúde já em 2014.

Pelo modelo em vigor, o orçamento é do tipo autorizativo, ou seja, a única obrigação do governo em relação à programação orçamentária aprovada pelo Congresso

é não ultrapassar, na execução dos gastos, o teto estabelecido na lei. Na forma atual, a lei orçamentária do Brasil é muito diferente, por exemplo, da dos Estados Unidos, onde o presidente é obrigado a executar exatamente o que o Congresso aprova, sob pena de incorrer em crime de responsabilidade.

A favor do orçamento impositivo, os parlamentares argumentam que as emendas aprovadas nos últimos anos são constantemente contingenciadas por parte do governo, ou seja, têm os recursos bloqueados para ajudar no cumprimento das metas de superávit primário.

Apesar da resistência do Executivo — a ministra do Planejamento, Miriam Belchior, chegou a afirmar que o orçamento impositivo seria inconstitucional, por afetar a separação entre os Poderes —, a Câmara aprovou, em agosto, texto que obrigava a execução orçamentária e financeira de emendas no valor total de até 1% da receita corrente líquida do ano anterior.

Paralelamente, grupos na Câmara e no Senado buscavam soluções para melhorar o financiamento do SUS, enquanto



MOREIRA MARIZ/AGÊNCIA SENADO

entidades da sociedade civil, organizadas no Saúde+10, colhiam assinaturas para o projeto de lei de iniciativa popular que pedia 10% da receita corrente bruta da União para o setor.

Fruto dessa movimentação, já durante a discussão do orçamento impositivo na Câmara, começou a ser costurado com o governo acordo que teria por objetivo destinar parte das emendas impositivas à saúde. Porém, foi na Comissão de Constituição e Justiça (CCJ) do Senado que a proposta tomou corpo na forma de um substitutivo do relator, Eduardo Braga (PMDB-AM), líder do



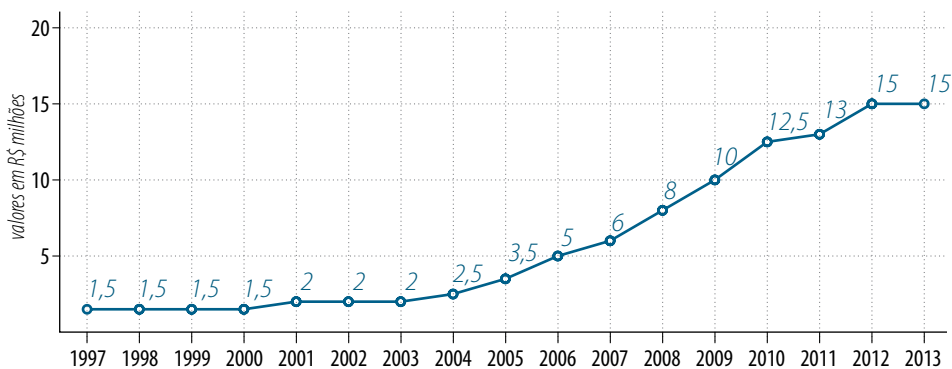
GERALDO MAGELA/AGÊNCIA SENADO

Relator da proposta do orçamento impositivo, o senador Eduardo Braga elaborou substitutivo que garantiu destinação de emendas para a saúde

Emendas parlamentares — propostas por meio das quais os parlamentares influem no projeto de lei orçamentária enviado pelo Executivo, geralmente em função de compromissos políticos assumidos durante o mandato junto às bases eleitorais.

Emendas individuais por parlamentar

Recursos para obras nas bases eleitorais ganham cada vez mais espaço no Orçamento



Elaboração: Agência Câmara. Fonte: pareceres preliminares



Senadores analisam proposta de emenda à Constituição que torna obrigatória a liberação dos recursos das emendas parlamentares ao Orçamento da União

Para que a União, apontada por entidades e especialistas do setor como a grande responsável pelo quadro atual de subfinanciamento, aumente a participação dela no financiamento do SUS, os senadores elaboraram uma nova redação para o artigo 198 da Constituição, sobre os recursos mínimos a serem investidos pelos entes federativos em saúde. Assim, aprovaram a regra para que a participação da União fique em, no mínimo, 15% da receita corrente líquida.

O substitutivo de Eduardo Braga previa que esse percentual fosse atingido de forma escalonada, sendo 13,2% em 2014; 13,7% em 2015; 14,1% em 2016; 14,5% em 2017 e, finalmente, 15% em 2018. Para cumprir o acordo, o governo federal previa contar justamente com os recursos das emendas individuais e com receitas dos royalties do petróleo (*leia mais na pág. 74*), além de recursos de outras áreas do Orçamento.

governo. O texto da CCJ garantiu para a saúde 50% dos recursos das emendas parlamentares, agora de execução obrigatória.

“Efeito catraca”

Mesmo com o consenso, tanto na Câmara como no Senado, para a aprovação da PEC do Orçamento Impositivo, os senadores decidiram atacar o problema histórico da falta de um piso constitucional para os investimentos da União para que houvesse uma mudança que de fato se convertesse em recursos adicionais para a saúde.

Pela regra atual, o que a União deve gastar no ano não pode ser inferior ao que gastou no ano anterior acrescido da variação do produto interno bruto (PIB) do período. Não existe um percentual vinculado à receita, como acontece com estados (12%) e municípios (15%).

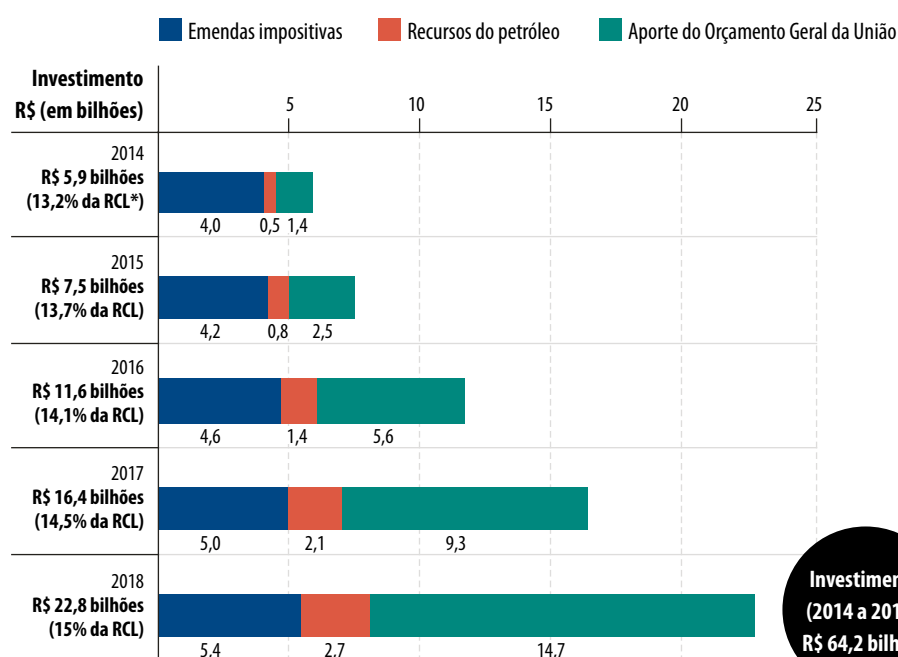
Isso, na prática, faz com que a União compense novas fontes que tenham destinação específica para saúde — sejam elas contribuições sociais, royalties do petróleo ou, como proposto na PEC, emendas parlamentares — com cortes nos recursos para a saúde que vêm de outras contribuições e impostos para cumprir o mínimo que a lei determina. Isso também acontecia com a CPMF. Ou seja, se o imposto

fosse recriado hoje, a União deixaria de repassar recursos de outras fontes de tributos.

“É o efeito catraca: cada vez que o governo aumenta algum recurso para a saúde, isso obrigatoriamente vai fazer parte do piso do ano seguinte. Então, vira quase que um teto”, observou o senador Humberto Costa (PT-PE), relator da Comissão do Financiamento da Saúde do Senado (*leia mais na pág. 76*).

Emendas parlamentares e royalties ajudam, mas não bastam

Se investimento subir a 15% da receita líquida, governo terá que dispor de recursos do Tesouro



Investimento (2014 a 2018): R\$ 64,2 bilhões

Fonte: Liderança do PT no Senado

* Receita corrente líquida

Para Câmara, 15% das receitas é pouco

Se o Senado aprovou, com o aval do governo, o aumento do piso de recursos da União destinado à saúde para 15% da receita corrente líquida, a oposição e as entidades do setor consideram o percentual insuficiente para melhorar o financiamento da saúde. Mais que isso, desaconselham a inclusão da regra na Constituição.

Dessa forma, assim que a PEC aprovada pelo Senado, com o orçamento impositivo e a proposta de piso para a saúde, chegou à Câmara, requerimento do deputado Ronaldo Caiado (DEM-GO) desmembrou as duas partes da proposta. Isso inviabiliza mudanças em 2014, já que as duas PECs ainda têm que passar por todo o processo legislativo, que inclui duas fases de discussão e votação em Plenário.

Caiado argumenta que os percentuais previstos na proposta do Senado são menores que os já aprovados pela Comissão de Seguridade Social da Câmara: 15% da receita corrente líquida para a saúde já a partir do ano que vem, até chegar a 18,7% em 2018.

O deputado também entende que o investimento mínimo federal em saúde deve constar de lei complementar, e não de emenda à Constituição. “Se colocarmos esse

texto na Constituição, não tem solução para a saúde. Será muito difícil mudá-lo”, disse o deputado.

Ronald dos Santos, coordenador do Saúde+10, considerou o desmembramento da PEC acertado. Na opinião dele, a proposta que saiu do Senado seria “o pior cenário”, porque, além de representar um aporte insuficiente de recursos, tornava mais difíceis negociações futuras. “A proposta do orçamento impositivo desconsidera o movimento, vira as costas para a iniciativa popular”, disse.

Emendas ameaçadas

Mesmo sem a PEC aprovada, os parlamentares decidiram incluir as regras do orçamento impositivo para a saúde no Orçamento de 2014. Assim, as emendas individuais — até R\$ 14,68 milhões por parlamentar, sendo R\$ 7,34 milhões (50%) para a saúde — foram incluídas na proposta de Lei Orçamentária Anual (LOA), aprovada em dezembro.

O governo, no entanto, reagiu ao desmembramento da PEC, sinalizando que vetaria as emendas impositivas na LOA. O compromisso do Executivo, de acordo com a ministra de Relações Institucionais, Ideli Salvatti, era com o relatório à PEC do Orçamento Impositivo aprovado no Senado — com a vinculação ao piso para os investimentos da União em saúde.

Sem a determinação constitucional, as emendas parlamentares para a saúde incluídas na LOA continuariam a ser apenas autorizativas. Ou seja, o governo poderia executá-las ou não.

A ameaça de veto às emendas causou uma crise entre Executivo e Legislativo que atrasou a votação do Orçamento de 2014. O

Para Cícero Lucena, a proposta aprovada pelo Senado não acrescenta dinheiro ao montante que já é repassado pela União



JIMMY CHRISTIAN/AGÊNCIA SENADO

Coordenador do Saúde+10, Ronald dos Santos elogiou a iniciativa da Câmara de separar as propostas de emendas impositivas e de recursos para a saúde

impasse só chegou ao fim quando as duas propostas que resultaram do desmembramento da PEC do Orçamento Impositivo — PECs 358/2013 e 359/2013 — foram aprovadas na CCJ da Câmara, com o compromisso de que uma comissão especial voltará a reunir os dois textos. Para viabilizar a manutenção das emendas impositivas no Orçamento de 2014, a Câmara deve aprovar o texto da PEC integral no início deste ano.

Recursos insuficientes

Antes do envio da PEC do Orçamento Impositivo à Câmara, senadores da oposição já haviam defendido percentuais maiores para o investimento federal na saúde. DEM, PSDB e PSOL, entre outros, apoiaram emenda de Cícero Lucena (PSDB-PB) que previa a aplicação de 18% da receita corrente líquida em 2017. A regra representaria um aporte de recursos equivalente aos 10% da receita corrente bruta previstos pelo projeto de lei de iniciativa popular do Saúde+10. Mas a emenda foi derubada no Plenário do Senado.



MOREIRA MARIZ/AGÊNCIA SENADO

Demanda de entidades não cabe no Orçamento

O projeto de lei (PLC 321/2013) apresentado pelo movimento Saúde+10 como resultado da mobilização popular por mais recursos para a saúde, que propõe que a União aplique anualmente no setor no mínimo 10% da receita corrente bruta, é incompatível com a realidade orçamentária do governo. A afirmação é da ministra do Planejamento, Miriam Belchior, que trouxe ao Senado números que sustentam a avaliação dela.

Com dados do Orçamento de 2013, a ministra disse que a demanda do Saúde+10 — equivalente a cerca R\$ 39 bilhões — seria superior ao montante de recursos disponível para investimento nas chamadas despesas discricionárias (aquelas que, ao contrário das despesas vinculadas, o governo pode manejar).



WALDEMIR BARRETO/AGÊNCIA SENADO

De acordo com a ministra Miriam Belchior, a proposta de 10% da receita bruta é inviável, porque incide sobre recursos transferidos para estados e municípios

Isso porque, mesmo entre as discricionárias, que somam R\$ 272 bilhões em 2013, há áreas protegidas — educação, Programa Brasil sem Miséria, Programa de Aceleração do Crescimento, ciência e tecnologia, defesa, a própria saúde, benefícios de servidores, entre outras.

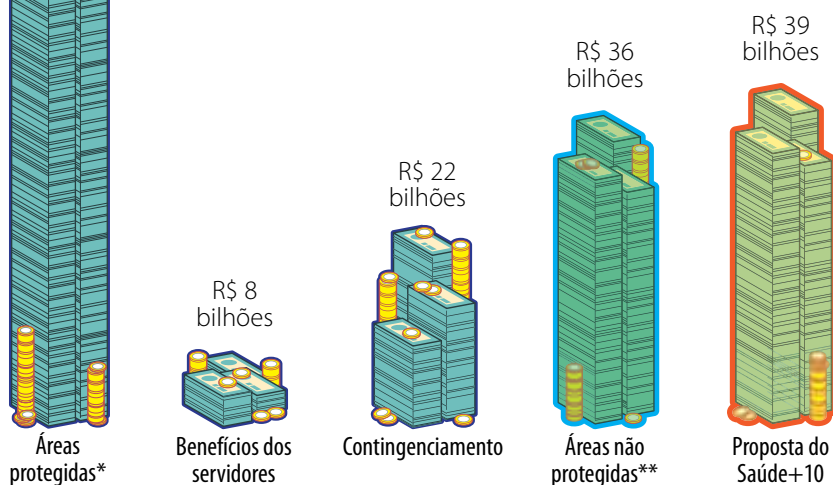
Segundo Miriam Belchior, os R\$ 36 bilhões que “sobram” precisam ser gerenciados entre todas as outras áreas do governo. “Nem tirando todas as demais políticas públicas eu consigo implantar essa proposta [10% da RCB]”, disse a ministra.

Além disso, ela argumentou que a receita corrente bruta não pode ser utilizada como indicador para a vinculação de gastos da União, já que inclui receitas das quais o Orçamento federal não dispõe. “A receita corrente bruta contém as transferências que o governo faz para estados e municípios. Então, estão aí o Fundo de Participação dos Estados, o Fundo de Participação dos Municípios, os fundos constitucionais, o Fundeb, o salário-educação, contribuições previdenciárias, entre muitas outras”, disse.

Ronald dos Santos, coordenador do Saúde+10, no entanto, rejeita a explicação do governo. “Essa tese surgiu agora, é uma tese política. O próprio Senado já havia aprovado os 10% da receita corrente bruta

Segundo o governo, o dinheiro não dá

Recursos para financiar proposta do Saúde+10 superam valor que União tem para custear setores sem vinculação orçamentária



* Educação, saúde, Brasil sem Miséria, PAC e ciência, tecnologia e inovação

** Meio ambiente, agricultura, direitos humanos, relações exteriores, indústria e comércio etc.

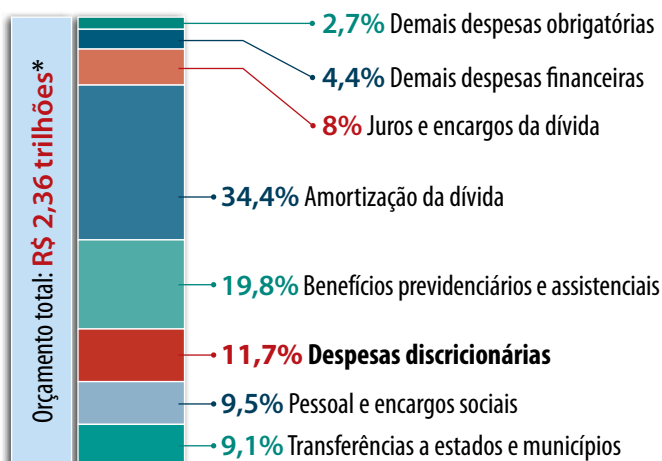
Fonte: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão

para a saúde”, disse Ronald, em referência à primeira versão da proposta de regulamentação da Emenda 29 (PLS 121/2007), apresentada pelo então senador Tião Viana.

De acordo com o consultor de Orçamento do Senado Federal André Miranda, não existe, na Lei de Responsabilidade Fiscal (Lei Complementar 101/2000), uma vedação explícita à utilização da receita corrente bruta como critério para as transferências da União. “Pode-se usar o parâmetro bruto ou o líquido. A questão é que utilizar o percentual sobre uma base maior significaria comprometer as metas fiscais do governo”, avalia.

Contas de 2014 já estão comprometidas

Ministério do Planejamento argumenta que não há como aumentar investimento da União em saúde diante da atual situação fiscal



* 0,4% de reserva e outros

Fonte: elaboração própria sobre dados do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão e do Ministério da Fazenda



Navio da Petrobras na Bacia de Santos: lei aprovada pelo Congresso determina que 25% dos royalties de petróleo e gás sejam empregados na área de saúde

o montante a ser destinado à saúde em royalties varia de R\$ 49,82 bilhões a R\$ 67,33 bilhões, incluídos os royalties de estados e municípios.

A diferença de valores se deve à suspensão, por liminar, de artigos da nova lei de distribuição dos royalties entre União, estados e municípios produtores e não produtores (Lei 12.734/2012), questionada no Supremo Tribunal Federal (STF) pelo estado do Rio de Janeiro. A nova divisão reduz o valor dos royalties destinados a estados e municípios produtores. Até a decisão final do STF, vale a regra anterior (Lei 12.351/2010).

No entanto, na avaliação de Springer, a volatilidade dos preços do petróleo torna arriscado considerar os royalties uma fonte estável para o financiamento da saúde. Como estão em jogo fatores como a cotação do dólar, para o consultor, o ideal seria falar em probabilidades.

Springer observou que seria menos

Fundo Social é um fundo soberano, destinado a receber a parcela dos recursos do pré-sal que cabem ao governo federal para compor uma espécie de poupança para financiar o desenvolvimento do país, especialmente na área de educação.

A promessa dos royalties

Os recursos dos royalties do petróleo, que ganharam destaque no cenário econômico desde a descoberta dos campos do pré-sal, em 2007, estão sendo tratados pelo governo como uma espécie de carta na manga quando o assunto são as fontes do investimento em saúde para os próximos anos. Ainda que as estimativas apontem uma produção significativa só a partir de 2018, as “rendas do petróleo” podem representar R\$ 7,5 bilhões dos R\$ 64 bilhões do aumento de investimentos federais na saúde previsto na versão da PEC do Orçamento Impositivo aprovada no Senado.

A participação dos royalties do petróleo nos investimentos federais em saúde tende a aumentar se as expectativas de produção da Agência Nacional do Petróleo

(ANP) se confirmarem. Isso porque, em agosto de 2013, o Congresso aprovou uma lei (Lei 12.858/2013) que determina que sejam destinados à saúde 25% de parte dos recursos dos royalties e da participação especial (percentuais sobre o valor da produção) de União, estados, municípios e Distrito Federal advindos da exploração de petróleo e gás natural.

A lei também determina que sejam destinados à educação e à saúde 50% dos recursos recebidos pelo **Fundo Social**, formado por rendas do pré-sal. Não se especifica, no entanto, quanto iria para cada área.

De acordo com o consultor legislativo Paulo Springer de Freitas, pela nova regra, a partir de uma projeção de arrecadação de R\$ 856,89 bilhões até 2022,

Para comissão, gasto público deve ser o dobro do privado

Em março de 2012, o senador Humberto Costa sugeriu a criação de uma comissão temporária que retomasse o tema do piso para os investimentos da União na saúde do ponto em que o Congresso o havia deixado no processo de regulamentação da Emenda 29. O colegiado foi instalado em 2013, sob a presidência do senador Vital do Rêgo (PMDB-PB), e, nos cerca de nove meses de funcionamento, promoveu cinco audiências públicas, nas quais foram ouvidos ministros, entidades do setor, pesquisadores, órgãos de

fiscalização e militantes do SUS.

A principal conclusão da comissão, que teve Humberto Costa na relatoria, diz respeito ao subfinanciamento do SUS. A melhoria de gestão, por si só, não seria suficiente para suprir um déficit estimado em R\$ 45 bilhões anuais, avaliam os especialistas ouvidos. O relatório final, apresentado em dezembro, reforça a necessidade de ampliar investimentos públicos no setor, de forma a equiparar os gastos públicos em saúde no Brasil aos de outros países com sistemas universais. “Se temos um sistema público, isso significaria

termos uma relação entre gasto público e privado de no mínimo 70% por 30%”, disse Humberto Costa.

Para tanto, Humberto sugere medidas tributárias, como o aumento da alíquota da Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL) e a regulamentação do Imposto sobre as Grandes Fortunas, além de acréscimo no valor das apostas das loterias, entre outras soluções.

A comissão também sugere que o Senado crie um grupo para discutir a relação público-privada no sistema de saúde. Os dados levantados mostram que a maior parte do gasto com saúde no Brasil é privado, o que faria com que a saúde pública não fosse priorizada. Para o relator, é necessário otimizar a relação do SUS com as entidades que oferecem serviços suplementares (*leia entrevista na página seguinte*).

Para Vital do Rêgo, o trabalho da comissão definiu os princípios que devem nortear a divisão de responsabilidades no sistema de saúde. “Esse sistema parasitário que os planos de saúde muitas vezes exercem sobre o SUS tem que ser exposto. Acho que, a partir daí, podemos ter uma divisão de tarefas.”

arriscado contar com as rendas do petróleo no longo prazo, na forma dos rendimentos do Fundo Social. “A ideia do fundo é boa, porque gasta-se somente o rendimento,

preservando o capital. A questão é se temos paciência para esperar. A sociedade tem de escolher. Consumindo mais agora, sobra menos para o futuro.”

Royalties podem render R\$ 50 bi para a saúde em 10 anos

Estimativa, porém, depende de decisão do Supremo Tribunal Federal e, ainda mais, das variações da produção e do preço internacional do petróleo

	Estimativa de produção (milhões de barris/dia)	Estimativa de arrecadação (R\$ bilhões)	Para a saúde (R\$ bilhões)	
			Lei 12.351/2010	Lei 12.734/2012
2013	2,10	46,15	1,57	1,48
2014	2,54	45,84	0,75	0,58
2015	2,83	65,39	2,53	2,27
2016	3,24	65,96	2,48	1,98
2017	3,55	81,85	5,25	4,30
2018	4,27	90,16	6,18	4,47
2019	4,83	114,58	10,62	7,83
2020	5,02	112,90	11,64	8,10
2021	4,80	124,57	13,83	10,03
2022	4,37	109,50	12,49	8,78
Total		856,89	67,33	49,82

Fontes: Consultoria Legislativa do Senado e Consultoria Legislativa da Câmara dos Deputados a partir de dados da ANP



Para Vital do Rêgo, presidente da comissão, é preciso repensar a relação que os planos de saúde mantêm com o SUS



Contrapartida por renúncia fiscal

Relator da comissão que estudou opções para aumentar os investimentos públicos no SUS, o senador Humberto Costa (PT-PE), ex-ministro da Saúde, acredita que as entidades que se beneficiam de renúncias fiscais geradas por gastos privados devem oferecer uma contrapartida ao sistema público, na forma de prestação de serviços.

Quais os principais diagnósticos feitos pela comissão?

A principal constatação é que temos um sistema subfinanciado. O Brasil é o país que tem o maior sistema público de saúde. Com os recursos que temos disponíveis, estamos longe de disputar com outros países de sistema universal, que gastam, na maior parte, mais de 75% dos próprios recursos com o sistema público. Gastamos 45%. Outra constatação é que, ao longo dos últimos anos, o gasto de estados e municípios cresceu mais que o gasto federal. Então, para que possamos atingir padrões de financiamento aceitáveis, temos que aumentar os gastos da União.

Por que trazer o tema do piso da União no financiamento do SUS para a PEC do Orçamento Impositivo?

Vimos uma grande mobilização social no meio do ano, que colocou como

dos temas a questão da saúde e isso entrou na pauta do governo como um dos pactos colocados pela presidenta Dilma. Colocar a discussão da saúde na emenda constitucional que trata do orçamento impositivo foi uma forma de termos uma solução mais rápida, efetiva e confiável para a questão. Obviamente, queríamos bem mais. Queríamos os 10% da receita corrente bruta, o equivalente a 18,5% da receita corrente líquida. Mas estamos vivendo hoje um momento de dificuldades, muito em função da crise internacional.

A decisão da CCJ da Câmara de desmembrar a PEC representa uma frustração?

Eu, pelo menos, me sinto assim. O risco que nós estamos correndo hoje, com esse desmembramento, é o de não termos qualquer incremento de recursos para o ano que vem, nenhum recurso novo, a não ser aquilo que já estava previsto na Emenda Constitucional 29.

Qual a sua opinião sobre a proposta de fim da dedução do IR com gastos privados em saúde?

Do ponto de vista conceitual, defendo que isso não aconteça. O sistema de planos de saúde é financiado direta e indiretamente pelo setor público. Diria que há um parasitismo de duas formas. A primeira, pela renúncia fiscal, que permite que as empresas e pessoas físicas mantenham contratos com planos de saúde. Isso tem uma expressão bastante razoável em termos de renúncia por parte do governo. Porém, no momento atual, essa não seria a discussão própria. Acho que o que se precisa discutir é

como os planos de saúde devem dar uma contrapartida. A legislação não obriga os planos a estabelecer uma forma de cobertura universal, integral aos associados. A grande maioria dos planos não oferece transplante, hemodiálise, medicamentos de alto custo. Isso termina sendo garantido pelo setor público. É outro benefício indireto para o setor. Hoje, existe o ressarcimento, mas ele não é muito expressivo. Outra maneira de você ter mais recursos para a área da saúde seria os planos ofertarem serviços ao setor público, especialmente nas áreas em que temos gargalos. O que acontece nem é tanto uma complementaridade na relação entre os sistemas público e privado, é quase uma complementaridade. Então, por que não reconhecemos essa condição e estabelecermos como essa complementaridade pode ser benéfica para ambos os sistemas?

Isso não seria reconhecer que o SUS não conseguiu “chegar lá” em termos de universalidade?

Acho que precisamos, inclusive, discutir se vamos chegar algum dia a essa condição. Isso está posto na Constituição e é claro que defendemos um sistema universal, integral, em que as pessoas só precisassem lançar mão de planos de saúde e atendimento privado por questão de conforto e comodidade. Mas não conseguimos chegar nisso até agora, ainda que o SUS esteja, cada vez mais, melhorando a oferta de serviços e qualidade. Hoje, diria que os planos de saúde terminam sendo uma aspiração para um segmento importante da sociedade. Isso é um fato. Se o sistema público conseguir chegar à condição de universalidade, tudo bem. Se não, nada mais justo que haja uma compensação por parte do sistema privado ao público.



GERALDO MAGELA/AGÊNCIA SENADO

Proposta define responsabilidades dos gestores da saúde pública

Se é imperativo aumentar os investimentos na saúde e garantir fontes estáveis de financiamento para o setor, melhorar a qualidade do serviço no Brasil passa também por aprimorar os mecanismos de controle e responsabilização dos agentes públicos que cuidam da gestão do sistema. Esse é o objetivo do projeto que cria a Lei de Responsabilidade Sanitária, proposta do senador Humberto Costa, com mecanismos de fiscalização da execução das políticas públicas do setor e sanções para os gestores que deixarem de cumprir as metas estabelecidas.

Com inspiração na Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), a proposta (PLS 174/2011), que foi debatida pela comissão especial que analisou alternativas para o financiamento da saúde (*leia mais na pág. 75*), determina a punição, por crime de responsabilidade, passível de perda da função pública, do gestor que deixar de aplicar em saúde os recursos mínimos garantidos pelo piso constitucional.

Também passa a ser crime de responsabilidade aplicar verbas da saúde em finalidade diferente da prevista na lei, assim como deixar de executar os serviços mínimos, causando danos à saúde da população.

Já o gestor que deixar de fornecer condições para o funcionamento dos conselhos de saúde, ou deixar de submeter ao órgão o plano de saúde ou o relatório de gestão, instrumentos de controle social, será punido com sanções que vão de advertência ao pagamento de multas de 10 a 50 salários mínimos.

Atualmente, a única forma de punir fraudes e desvios no setor é a suspensão dos repasses do Ministério da Saúde aos estados e municípios, até que se comprove a efetiva prestação dos serviços. “Isso não pune o mau gestor, mas apenas prejudica a execução das políticas



CLÁUDIO ARAÚJO/CONASS

Reunião do Conselho Nacional de Secretários de Saúde: para eles, a responsabilização dos gestores deve ser proporcional aos recursos que eles têm para cumprir as metas

de saúde pública e cria transtornos ainda maiores para a população”, observou Humberto Costa.

Gestão compartilhada

De acordo com a proposta, o presidente da República, governadores e prefeitos ficam obrigados a elaborar planos plurianuais de saúde, com definição de metas. Os planos de saúde e a prestação de contas precisariam passar pelos respectivos conselhos de saúde e ser disponibilizados na internet.

E, em caso de descumprimento das obrigações firmadas em conjunto, as partes deverão traçar metas para “corrigir os rumos”, por meio do Termo de Ajuste de Conduta Sanitária. “Essa medida demonstra que o caráter da proposição não é meramente punitivo”, observou o autor da proposta.

Humberto Costa ressaltou ainda que a Lei de Responsabilidade Sanitária complementa iniciativas para aumentar os gastos na saúde, já que visa ao controle dos gastos. O projeto conta com o apoio

do ministro da Saúde, Alexandre Padilha, que chegou a cobrar celeridade na tramitação durante visita ao presidente do Senado, Renan Calheiros, em maio.

O PLS 174/2011 já foi aprovado pela Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania (CCJ), com o apoio do relator, o senador Jorge Viana (PT-AC), e agora está na Comissão de Assuntos Sociais (CAS), onde o relator é o senador Wellington Dias (PT-PI). Em julho, em audiência pública, representantes dos secretários municipais e conselheiros de saúde disseram que a responsabilização deve ser proporcional aos recursos de que os gestores dispõem para cumprir as metas estabelecidas.

O senador Jorge Viana deu parecer favorável ao projeto na Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania



JOSÉ CRUZ/AGÊNCIA SENADO

Imposto sobre grandes fortunas pode ser fonte para a saúde

Entre as fontes alternativas para o financiamento da saúde, defendidas por especialistas e entidades do setor, destaca-se a da taxação das grandes fortunas. A proposta foi endossada pela comissão que tratou do subfinanciamento do SUS no Senado. A seu favor, está o ar-

gumento de taxar os que têm mais para financiar a saúde, reduzindo as desigualdades.

O Imposto sobre Grandes Fortunas está previsto no artigo 153 da Constituição. Porém, a lei complementar para regular a cobrança nunca foi aprovada. Diversas propostas foram apresentadas no Congresso, sem nunca chegarem a ser aprovadas — a primeira delas foi apresentada no Senado pelo então senador Fernando Henrique Cardoso e aguarda votação no Plenário da Câmara desde 2000.

Durante a discussão sobre a regulamentação da EC 29, diante das resistências à recriação da CPMF, a taxação de grandes fortunas chegou a ser estudada como uma fonte de recursos para a saúde. Uma das propostas na Câmara, do então deputado Dr. Aluizio (PV-RJ), prevê a cobrança dos cidadãos com patrimônio declarado acima de R\$ 5,5

milhões, com alíquota que começaria em 0,55%, e arrecadação direcionada exclusivamente para a saúde.

No Senado, a Comissão de Assuntos Sociais analisa projeto (PLS 534/2011) do senador Antonio Carlos Valadares (PSB-SE) pelo qual patrimônio superior a R\$ 2,5 milhões seria taxado em 0,5% (a alíquota chegaria a 2,5% no caso de patrimônio superior a R\$ 40 milhões). Os recursos seriam destinados prioritariamente à saúde.

Para Valadares, impostos como ICMS, PIS-Cofins e IPI oneram o consumo sem distinção de poder aquisitivo, enquanto impostos diretos, como o Imposto de Renda — e o Imposto sobre Grandes Fortunas —, pesam mais para aqueles que têm renda maior.

“Exigindo mais dos que possuem mais, o governo poderá investir em favor dos que têm menos”, disse o senador.



MOREIRA MARIZ/AGÊNCIA SENADO

Projeto de Antonio Carlos Valadares taxa patrimônio acima de R\$ 2,5 milhões, com alíquotas a partir de 0,5%

Fim da renúncia fiscal foi proposto nos anos 90

Outra proposta apontada no debate do financiamento do SUS é o fim ou a fixação de um teto para o abatimento das despesas com planos de saúde e consultas particulares do Imposto de Renda. De acordo com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), a renúncia fiscal em saúde alcançou aproximadamente R\$ 16 bilhões em 2011, o equivalente a 22,5% do gasto público federal no setor.

Polêmica, a ideia de limitar os abatimentos de gastos com saúde privada — como acontece com as despesas na área de educação — parte do pressuposto de que a renúncia fiscal na saúde cria distorção no sistema.

A proposta de limitação das deduções chegou a ser discutida pelo Congresso no final da década de 90, quando o então deputado

Eduardo Jorge apresentou projeto (PL 2.407/1996). Na ocasião, o deputado observava que o Brasil é um dos campeões mundiais da desigualdade e as renúncias fiscais contrariam a justiça social. “Quem mais se beneficia delas é quem se situa no alto da pirâmide de rendas e tanto mais deduzirá quanto mais rico for.” Tais deduções, na opinião dele, seriam “inaceitáveis em países dotados de sistemas universais de saúde pública”.

“Se nosso sistema costuma ser menosprezado pelos mais favorecidos, que preferem pagar por serviços mais sofisticados, é um escárnio que tais despesas sejam financiadas com recursos dos impostos pagos por todos, inclusive pelos mais pobres, que não têm acesso aos cuidados pagos”, escreveu. Mas o projeto foi arquivado em 2003.



Para Eduardo Jorge, renúncias fiscais aprofundam desigualdade e contrariam promoção da justiça social na saúde

Governo ainda tenta recriar a CPMF

O fim da cobrança da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) representou um golpe no orçamento federal da saúde. De acordo com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), durante o período em que vigorou, entre 1997 e 2007, a contribuição representou em torno de 30% do total de investimentos da União no setor (*leia mais na pág. 35*).

Desde a madrugada de 12 de dezembro de 2007, em que a prorrogação da contribuição foi rejeitada pelo Plenário do Senado, retirando do Orçamento da União uma estimativa de arrecadação de R\$ 40 bilhões, tentativas de recriar o tributo foram feitas pelo governo. Todas elas, porém, esbararam no principal argumento da oposição para a derrubada do tributo: a elevada carga tributária.

“Um novo imposto para a saúde é uma afronta e um escárnio. Além disso, é um desrespeito aos compromissos de campanha eleitoral. Nenhum candidato defendeu aumento de impostos”, afirmou o senador Alvaro Dias (PSDB-PR) em setembro de 2011.

Naquele momento, estava na mesa de negociações a criação da Contribuição Social para a Saúde

(CSS), apresentada na Câmara pelo relator do projeto de regulamentação da Emenda 29 (PLS 121/2007), deputado Pepe Vargas (PT-RS). Nos moldes da CPMF, mas com alíquota menor, de 0,1% sobre a movimentação financeira (na CPMF era de 0,38%), a contribuição era condição do governo para a aprovação de um piso para investimentos da União no setor.

Uma emenda de deputados do DEM, porém, retirou do substitutivo a base de cálculo da contribuição, o que inviabilizava a cobrança. No Senado, o dispositivo foi reincorporado ao texto pelo relator, Humberto Costa. Em dezembro de 2011, o projeto foi aprovado sem a CSS e sem a previsão, para a União, de um piso constitucional vinculado à receita.

Ainda em pauta

Em 2013, o tema voltou à ordem do dia na Câmara. Na comissão que analisou o financiamento da saúde, a proposta era a criação da CSS com alíquota de 0,2% sobre movimentações financeiras acima de R\$ 4 mil, a partir de 2018 e por prazo indefinido. Deveria arrecadar em torno de R\$ 38 bilhões anuais. Mas a proposta foi rejeitada.



ALESSANDRO DANTAS

Alvaro Dias critica as propostas de recriação da contribuição, que considera “uma afronta e um escárnio”

Mais tarde, na Comissão de Seguridade Social, a proposta reapareceu, mas com alíquota de 0,15%, o que renderia R\$ 29 bilhões por ano — 40% do montante para os estados, 40% para os municípios e 20% para a União. A proposta voltou a ser rejeitada.

No Senado, a comissão que analisou alternativas para o financiamento do SUS chegou a recomendar um estudo para o eventual criação de uma contribuição semelhante à CPMF. Para Humberto Costa, relator da comissão, a discussão, eventualmente, terá que ser retomada. “Não devemos eliminar essa possibilidade, mesmo que não seja esse o momento de propor tal tributo.”



Votação da Emenda 29, em 2011: governo tentou vincular a aprovação do piso para a saúde à criação de uma nova CPMF

MOREIRA MARIZ/AGÊNCIA SENADO

Medicina pode virar carreira de Estado

A valorização da carreira do médico esteve em pauta no Congresso em 2013. Além de votarem a medida provisória que criou o Programa Mais Médicos, providência emergencial para sanar a carência de profissionais no setor, os parlamentares analisaram propostas para incentivar e dar garantias aos médicos que atuam no interior do país.

A carreira do médico de Estado foi prevista na MP do Mais Médicos (MP 621/2013), mas o trecho foi vetado pela presidente Dilma Rousseff, sob protestos da categoria. “Sempre se diz que os médicos não querem ir para o interior e isso é mentira. Eles querem ir para o interior, se houver estrutura e carreira, como vão promotores, militares e juízes”, disse na ocasião o presidente do Conselho Federal de Medicina, Roberto d’Ávila, em visita ao presidente do Senado, Renan Calheiros.

Desde as manifestações de junho, o tema ganhou prioridade na Comissão de Constituição e Justiça do Senado, na forma da PEC 34/2011, do senador Vital do Rêgo. Pela proposta, os médicos de Estado serão selecionados por concurso público e deverão exercer

as atividades exclusivamente no SUS. A estabilidade seria conquistada após três anos de efetivo exercício, as promoções obedecerão a critérios de antiguidade e merecimento e o profissional deverá residir no município ou na região metropolitana para onde for designado.

O relator do projeto, senador Paulo Davim (PV-RN), sugeriu a vinculação dos médicos de Estado exclusivamente à União com a remuneração estabelecida por meio de subsídio fixado em lei, limitado a 95% do que recebe um ministro do Supremo Tribunal Federal.

Paulo Davim — que, assim como Vital do Rêgo, é médico — também entende que a exigência do concurso público permitiria que médicos competentes pudessem atuar no interior do país. O argumento ganhou relevância num momento em que um dos temas de maior discordância entre profissionais e governo no debate sobre o Mais Médicos era a necessidade de aplicação do exame de revalidação do diploma — a lei só obriga a aplicação do chamado Revalida aos médicos que vieram do exterior após três anos



JOSE CRUZ/AGÊNCIA SENADO

Relator da proposta de carreira para médicos, Paulo Davim sugere a vinculação desses profissionais exclusivamente à União

de atuação no país e se quiserem continuar no programa.

Votação na Câmara

Após o veto da presidente, uma comissão especial criada na Câmara dos Deputados exclusivamente para tratar do tema da carreira do médico aprovou a PEC 454/2009, do deputado Ronaldo Caiado. O texto aprovado foi um substitutivo do relator, deputado Eleuses Paiva (PSD-SP), à proposta original.

O substitutivo também assegura que o médico de Estado ingresse na carreira por meio de concurso público e só atue no serviço em regime de dedicação exclusiva, na esfera federal. Paiva ainda eliminou da PEC a fixação do piso salarial de R\$ 15.187, previsto no texto de Caiado. A proposta precisa passar por dois turnos de discussão e votação no Plenário da Câmara antes de seguir para o Senado, onde deve tramitar apensada à proposta do senador Vital do Rêgo.

Mutirão da Cidadania na aldeia Pakuena, em Paranatinga (MT): para trabalhar no interior, médicos pedem carreira de Estado como de militares e juízes



EDNILSON AGUIAR/SECOM-MT

ProSUS: socorro às filantrópicas

A crise financeira das Santas Casas de Misericórdia e dos hospitais filantrópicos — responsáveis por cerca de 127 mil leitos hospitalares direcionados a usuários do SUS, quase 37% do total (*leia mais na pág. 29*) — também foi tema de debate entre os parlamentares. Para dar fôlego a essas entidades, o Congresso Nacional aprovou em setembro proposta do Executivo (PL 5.813/2013), incluída na Medida Provisória 619/2013, que concede a Santas Casas e hospitais sem fins lucrativos moratória de 15 anos no pagamento de dívidas tributárias federais se aderirem a um programa de atendimento no Sistema Único de Saúde (ProSUS).

Convertida na Lei 12.873/2013, a medida tem por objetivo manter o atendimento complementar que essas entidades fazem ao sistema público ao mesmo tempo em que dá fôlego para que elas se recuperem economicamente. De acordo com a

lei, poderão aderir ao programa as instituições cujas dívidas consolidadas em 2013, junto à Receita e à Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional (PGFN), tenham sido iguais ou superiores a 15% da própria receita bruta no mesmo ano e aquelas cuja dívida com esses órgãos e com bancos públicos ou privados seja igual ou superior a 30% da receita bruta em 2013.

Para participar do ProSUS, as entidades precisam se comprometer a oferecer, no mínimo, 5% a mais de serviços ambulatoriais e de internação ao SUS em relação a 2013. Além disso, devem apresentar um plano para comprovar a capacidade de manter as atividades e de pagar os tributos que vencerão a partir da moratória. O recolhimento das obrigações tributárias ocorrerá com a retenção de cotas do Fundo Nacional de Saúde.



Santa Casa de Ponta Grossa (PR), criada em 1912: projeto aprovado no Congresso concede moratória para filantrópicas

Comissões do Senado vão fiscalizar políticas públicas

Além de propor mudanças para o aperfeiçoamento das políticas públicas — como as apresentadas nesta **Em Discussão!** em relação ao financiamento da saúde —, cabe ao Legislativo fiscalizar a execução dessas ações pelo governo federal. A partir deste ano, as comissões do Senado vão se aperfeiçoar nessa função.

Esse é o objetivo de projeto de resolução do presidente do Senado, Renan Calheiros, aprovado pelo

Plenário em setembro. De acordo com a proposta, incorporada ao Regimento Interno, cada comissão permanente do Senado fará a avaliação de uma política pública por ano. O senador argumentou que, atualmente, cresce a exigência de que setores da sociedade, sobretudo o Congresso, se aparelhem para acompanhar de perto o ciclo das principais políticas públicas voltadas para a melhoria da realidade socioeconômica das pessoas.

Para fazer a avaliação, serão

analisadas informações de órgãos do Executivo, Tribunal de Contas da União (TCU) e entidades da sociedade civil, com o apoio da Consultoria Legislativa e da Consultoria de Orçamentos, Fiscalização e Controle. Ao fim de cada ano, a comissão apresentará relatório com as conclusões da avaliação. O resultado, que pode fortalecer o trabalho do Legislativo e aprimorar as políticas públicas, estará nas páginas de **Em Discussão!** a partir deste ano.

Além das participações de convidados e senadores durante a sessão de debates temáticos realizada no Plenário do Senado, em 19 de setembro de 2013 (notas taquigráficas em <http://bit.ly/lwidkj>), esta edição teve o relatório final da Comissão do Financiamento da Saúde do Senado (<http://bit.ly/19mbrYN>) como uma das fontes primárias de informação. As apresentações feitas por especialistas na comissão entre abril e maio de 2013 foram as seguintes:

- Odorico Monteiro, secretário de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde. <http://bit.ly/18oqlr3>
- Rodrigo Lacerda, do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems). <http://bit.ly/IOXUOU>
- Jurandi Frutuoso, secretário-executivo do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass). <http://bit.ly/1d5mO6m>
- Luciana Mendes Santos Servo e Edvaldo Batista de Sá, do Ipea. <http://bit.ly/1f3hbaN>
- Sandro Leal Alves, gerente-geral da Federação Nacional de Saúde Suplementar. <http://bit.ly/18pZm0L>
- André Longo, diretor-presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). <http://bit.ly/1iGSAgT>

Publicações

Outros documentos produzidos pelo governo, entidades internacionais e instituições de pesquisa foram amplamente consultados, entre eles:

- *A Saúde na Espanha e Comparação com o Brasil*. Silvio Fernandes da Silva. 2007. <http://bit.ly/18dqHsh>
- *A Saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro*. Fundação Oswaldo Cruz. 2012. <http://bit.ly/IOYeNx>
- *Caderno de Informação da Saúde Suplementar*. ANS. 2013. <http://bit.ly/IVHvZC>
- *Demografia Médica*

no Brasil, vol. 2 — cenários e indicadores de distribuição. Conselho Federal de Medicina. 2013. <http://bit.ly/18U3cCw>

- *Desigualdades em Saúde no Brasil*. Murilo Fabel. 2007. <http://bit.ly/1cf1ERp>
- *Envelhecimento populacional e os desafios para o sistema de saúde brasileiro*. Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS). 2013. <http://bit.ly/18or15o>
- *Epidemiologia das Desigualdades em Saúde no Brasil: um estudo exploratório*. Elisabeth Carmen Duarte. 2002. <http://bit.ly/1kjC3uS>
- *Experiências de Financiamento da Saúde dos Idosos em Países Selecionados*. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). 2011. <http://bit.ly/1cf1J7u>
- *Financiamento da Saúde: Brasil e outros países com cobertura universal*. Câmara dos Deputados. 2013. <http://bit.ly/1whKOY>
- *Financiamento do Sistema Único de Saúde: trajetória recente e cenários para o futuro*. Sergio Piola e outros. 2012. <http://bit.ly/1cqzZHg>
- *Financiamento Público da Saúde: uma história à procura de rumo*. Ipea. 2013. <http://bit.ly/1cf1N7a>
- *Fornecimento de medicamentos no Sistema Único de Saúde*. Gustavo Silveira Machado, consultor legislativo da Câmara dos Deputados. 2010. <http://bit.ly/1emeRyB>
- *Mensuração dos Gastos Tributários: o caso dos planos de saúde — 2003–2011*. Carlos Octávio Ocké-Reis. 2013. <http://bit.ly/1cqz79J>
- *O envelhecimento populacional e as despesas do Sistema Único de Saúde*. Ipea. 2006. <http://bit.ly/IVHVPD>
- *O Financiamento da Saúde*. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass). 2011. <http://bit.ly/IHJHD7>
- *O financiamento do SUS sob os “ventos” da financeirização*. Áquilas Mendes e Rosa Maria Marques. 2009. <http://bit.ly/18ILJ2s>
- *Pesquisa de Satisfação com Cidadãos Usuários e Não Usuários do SUS*. Ministério da Saúde. 2011. <http://bit.ly/19IVUUV>
- *Saúde nas Américas — panorama regional e perfis de países*. Organização Pan-Americana da Saúde (Opas). 2012. <http://bit.ly/19IVVrW>
- *Sistema de Indicadores de Percepção Social (SIPS)*. Ipea. 2011. <http://bit.ly/1bN9Jlc>
- *World Health Statistics 2013*. Organização Mundial de Saúde. 2013. <http://bit.ly/18pOh59>





Grandes temas nacionais

em discussão!

A cada edição, a cobertura completa de um assunto debatido no Senado Federal que afeta a vida de milhões de brasileiros. Leia esta e as demais edições também em www.senado.leg.br/emdiscussao



MOBILIDADE URBANA



TERRAS RARAS



DÍVIDA PÚBLICA



ADOÇÃO



EDUCAÇÃO PÚBLICA



TRÂNSITO DE MOTOS



INOVAÇÃO TECNOLÓGICA



RIO+20



DEFESA NACIONAL



NOVO CÓDIGO FLORESTAL



DEPENDÊNCIA QUÍMICA



TRABALHO ESCRAVO



Coleção Sessões Temáticas

Conheça a publicação que traz discussões sobre grandes temas nacionais

No primeiro volume, os debates sobre reforma política, financiamento da saúde e pacto federativo.



Faça o download em <http://bit.ly/1e5WFGZ> ou pelo QR code ao lado.

