

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
DOUTORADO EM SERVIÇO SOCIAL**

MOISÉS FREITAS ATHAYDE CAVALCANTI

**A DESIGUALDADE DO FINANCIAMENTO DA SAÚDE NO PRIMEIRO
MANDATO DO GOVERNO DE LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA**

RECIFE

2015

MOISÉS FREITAS ATHAYDE CAVALCANTI

**A DESIGUALDADE DO FINANCIAMENTO DA SAÚDE NO PRIMEIRO
MANDATO DO GOVERNO DE LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco como requisito para a obtenção do Título de Doutor em Serviço Social.

Orientadora: Dra. Valdilene Pereira Viana Schmaller

RECIFE

2015

Catálogo na Fonte
Bibliotecária Ângela de Fátima Correia Simões, CRB4-773

C376d Cavalcanti, Moisés Freitas Athayde
A desigualdade do financiamento da saúde no primeiro mandato
do Governo de Luiz Inácio Lula da Silva / Moisés Freitas Athayde
Cavalcanti. – Recife: O Autor, 2015.
140 folhas: il. 30 cm.

Orientadora: Prof^a. Dra. Valdilene Pereira Viana Schmaller.
Tese (Doutorado em Serviço Social) – Universidade Federal de
Pernambuco. CCSA, 2015.
Inclui referências.

1. Política de saúde. 2. Economia da saúde. 3. Racionamento
de recursos médicos. 4. Equidade (Direito). 5. Transferências de
recursos financeiros governamentais. I. Schmaller, Valdilene Pereira
Viana (Orientadora). II. Título.

361 CDD (22.ed.)

UFPE (CSA 2015 – 121)

MOISÉS FREITAS ATHAYDE CAVALCANTI

**A DESIGUALDADE DO FINANCIAMENTO DA SAÚDE NO
PRIMEIRO MANDATO DO GOVERNO DE LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA**

Tese submetida ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do título de Doutor em Serviço Social.

Aprovada em: 31/08/2015

COMISSÃO EXAMINADORA

Presidente - Professora Doutora Valdilene Pereira Viana Schmaller - UFPE
Orientadora

Professora Doutora Ana Cristina de Souza Vieira – UFPE
Examinadora Interna

Professora Doutora Rosa Maria Cortês de Lima – UFPE
Examinadora Interna

Professora Doutora Paulette Cavalcanti de Albuquerque – UPE
Examinadora Externa

Professora Doutora Adriana Falangola Benjamin Bezerra – UFPE
Examinadora Externa

Em última análise o desafio é político, exigindo um engajamento contínuo pela sociedade brasileira como um todo, para assegurar o direito à saúde para todos os brasileiros.

César Victora, 2011

AGRADECIMENTOS

Parte importante do trabalho, lembrar e registrar aqueles (as) que participaram desse processo de aprendizagem, é momento de alegria e indica a conclusão de uma fase da vida acadêmica. E que venham as próximas etapas...

Ao pensar em redigir essas linhas, tomei como objetivo o exercício de reconhecer e lembrar, no limite de minha percepção e memória, todos os sujeitos que, de forma direta ou indireta, consciente ou inconscientemente, contribuíram de alguma forma nos anos passados dentro do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social na UFPE, como reconhecimento pessoal de que, sem tantos personagens, talvez o resultado final fosse adverso àquele almejado.

Da esposa Jaíra Uiraci de Melo e Maia Cavalcanti e minhas filhas Manuela Maia Cavalcanti e Rafaela Cavalcanti, esta última um presente especial recebido em pleno período de disciplinas do Curso de Doutorado e que nos ensina sempre uma nova dimensão de ser pai, o carinho e apoio recebidos, a torcida pela conclusão e toda compreensão em tolerar minha ausência em favor do estudo necessário para a conclusão do curso.

Aos meus pais, Antônio Marcelo Leão de Athayde Cavalcanti e Aline Maria Freitas Athayde Cavalcanti, que pensavam estar “livres” da minha vida escolar ao término da graduação - mas que provaram que a paciência e o apoio dos pais de fato excedem limites e desafiam a racionalidade do senso comum – sabem o quanto eu e minha família somos gratos e reconhecemos toda a ajuda prestada.

À minha sogra Luzia Maria de Melo, pela companhia e escuta paciente em tantos momentos de cafezinho em que gentilmente perguntava - “Como vão as coisas no curso?” - e sempre expressou seu apoio e se fez presente nos momentos nos quais era difícil conciliar a vida pessoal e responsabilidades profissionais, de estudante e pai.

Como filho caçula de uma família com cinco filhos não faltaram bons exemplos e ensinamentos das mais variadas áreas, recebidos dos irmãos mais velhos: Marceline Maria Freitas Athayde Cavalcanti (psicóloga), com quem pude dividir preocupações e

nunca hesitou em acolher todos esses momentos com palavras estimulantes e perguntas provocativas e complexas que ajudavam (ou adicionavam novos elementos) na compreensão das dificuldades; Antônio Marcelo Leão Athayde Cavalcanti, secretário executivo e professor universitário, amigo de profissão e com quem tenho a alegria de trabalhar na mesma instituição, colaborativo sobre a condução das obrigações de trabalho e de estudante, partilhando estratégias para o melhor aproveitamento de tempo e oportunidades; Maurício Freitas Athayde Cavalcanti, Major da Polícia Militar de Pernambuco, exemplo de determinação e coragem para enfrentar o que parecia ser um limite pessoal, e João José Freitas Athayde Cavalcanti, advogado e amigo de violão, com quem pude desfrutar momentos de lazer e palavras sensatas e motivadoras.

Aos meus tios Jonas Ferreira Mendes (*in memoriam*) e Adail Freitas Mendes (tia Tildinha), José Cavalcante e Aldenice Maria Freitas, Tancredo Moraes Vilela e Aucélia Maria de Freitas Vilela, pelo carinho e apoio recebidos durante toda minha vida e que tanto torcem para a conclusão dessa nova etapa.

Aos primos Álvaro de Freitas Vilela e Agnes Vilela, Julinéia Vilela Aragão e Heber Aragão, Tanélia Vilela, Carolina e Caio, Thayse Cavalcante, Jonas Filho, Roberto e Isabela, sempre unidos, tantas conversas, ajudas e incentivos importantes para mim e para minha família.

Aos amigos de longa data Gustavo Adolfo Fernandes Maia e Sabrina de Andrade Cavalcanti Maia, Terezinha Fernandes Maia, Raimunda Forte e Acemir Elói Forte, pelo companheirismo e paciência em muitas das vezes que me receberam para conversar sobre essa fase de doutoramento.

Grande incentivador da minha carreira docente, professor Luiz Gustavo Cordeiro da Silva foi quem me apresentou à professora Valdilene Viana Schmaller e com quem pude ser colega de turma nas disciplinas ministradas pela professora, inicialmente na condição de aluno ouvinte, depois como aluno especial e finalmente como aluno regular. Tive ainda a oportunidade de receber orientações e apoio do professor Luiz Gustavo quando prestei os dois concursos para a Universidade Federal Rural de Pernambuco e estimulantes diálogos sobre aspectos diversos da didática na prática docente do ensino superior.

À minha orientadora Valdilene Viana Schmaller, pela confiança, paciência, palavras e atitudes enérgicas e objetivas com as quais contribuiu ao longo das disciplinas cursadas através do Programa de Pós-graduação e no desenvolvimento deste estudo, a quem dedico as boas qualidades nele contidas. Pelo bom exemplo de disciplina, organização e comprometimento profissional, agradeço por dividir conhecimentos e experiência valiosos para minha prática docente e vida pessoal.

À colaboração e às perguntas sempre relevantes dos amigos vinculados ao Departamento de Filosofia da UFPE, professor Richard Romeiro e Daniel Cavalcanti de Araújo Costa.

Registro meus agradecimentos às Coordenadoras da Pós-Graduação em Serviço Social no período do curso e a todo o corpo técnico-administrativo, que sempre me atenderam com gentileza e presteza.

Aos colegas de turma do Curso de Doutorado Assuero Ximenes, Josimeire Omena, Soraya Araújo, Fátima Massena e Clarissa Tenório.

Como estudantes, sabemos a importância, para o aprendizado, em ter disponibilidade de condições adequadas para a construção do conhecimento. Material didático, estrutura física e acomodações adequadas e corpo docente qualificado e comprometido com a geração e difusão do conhecimento estão entre as principais. Para quem vive em um país com profundas e históricas dificuldades no sistema público de ensino, como o Brasil, é importante reconhecer e registrar os bons exemplos daqueles que, muitas vezes, passam despercebidos aos olhos de discentes e docentes: os servidores públicos responsáveis pela manutenção da estrutura física que, com criatividade e vigilância, nos favorecem condições agradáveis e adequadas ao trabalho docente e respectivo reflexo sobre o aprendizado dos discentes.

Na condição de discente do Centro de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal de Pernambuco, registro minha gratidão a todos os técnicos-administrativos e aos trabalhadores terceirizados, nas pessoas de Francisco de Assis da Costa, Solange Pinheiro da Silva, Jorge Luiz Barbosa Teles de Menezes, José Carneiro, Luiz Wilson,

Davi Vicente, Eunice Nascimento e Fátima Vicente, responsáveis pela segurança e manutenção desse Centro, por representarem da melhor forma o sentido de ser servidor público.

RESUMO

O financiamento da saúde tem sido objeto de preocupação em quase todos os países e é entendido ordinariamente como recursos monetários efetivamente investidos na prestação de diversas ações e serviços, associados à promoção, prevenção, tratamento e recuperação da saúde. O objetivo desta tese é analisar a alocação dos recursos de saúde para as instâncias regionais, mediada pelo princípio da equidade, na gestão do primeiro mandato de Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2006). Especificamente, evidenciar o investimento federal com saúde na gestão de Luiz Inácio Lula da Silva; analisar as transferências de recursos financeiros federais do setor saúde para as regiões brasileiras e apresentar a alocação de recursos financeiros investidos no setor saúde em condição de igualdade quanto à distribuição percentual da população nas macrorregiões. Equidade em saúde é apreendida como a ausência de diferenças sistemáticas e potencialmente remediáveis em um ou mais aspectos de saúde em grupos populacionais definidos geograficamente. A opção, neste estudo, foi pela abordagem exploratória; não obstante, tendo em vista os objetivos do trabalho, a opção é pela pesquisa quantitativa-qualitativa, com uso de dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, do Ministério da Saúde e do Tribunal Superior Eleitoral. Nos procedimentos metodológicos de coleta de dados utilizou-se a pesquisa documental. Com relação ao financiamento da saúde nas macrorregiões, os resultados indicam desigualdade decrescente quanto à alocação de recursos referente às transferências pelo Ministério da Saúde. Estimou-se a maior destinação de recursos para a Região Sudeste, acumulando mais de R\$ 980 milhões de reais, do que proporcionalmente à sua população residente, enquanto todas as demais regiões do país concluíram o ano de 2006 com saldo negativo, quando comparadas às respectivas proporções populacionais. Os dados revelaram ainda que a Região Sudeste recebeu 27,6% mais recursos financeiros, se comparada à região Norte, no ano de 2003, e 18,1%, 11,5% e 10,1% nos anos de 2004, 2005 e 2006, respectivamente. Conclui-se afirmando que a distribuição desigual de recursos não amplia o acesso dos usuários a ações e serviços, principalmente nas regiões mais pobres, como o Norte e o Nordeste, a despeito das condições sociais, econômicas e geográficas que as particularizam.

Palavras-chave: Política de saúde. Financiamento da saúde. Alocação de recursos da saúde. Equidade.

ABSTRACT

Health financing has been a matter of concern in almost all countries and is ordinarily understood as monetary resources effectively invested in providing various activities and services associated with the promotion, prevention, treatment and recovery of health. The objective of this thesis is to analyze the allocation of health resources to the regional authorities, mediated by the principle of equity in the management of the first mandate of Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2006). Specifically, evidence the federal investment in health in the management of Luiz Inacio Lula da Silva; analyze transfers of federal funding of the health sector for Brazilian regions and present the allocation of financial resources invested in the health sector on an equal status as the percentage distribution of population in macro-regions. Equity in health is understood as the absence of systematic and potentially remediable differences in one or more health aspects in geographically defined population groups. The option in this study was the exploratory approach; however, given the objectives of the work, the option is the quantitative-qualitative research, using the Brazilian Institute of Geography and Statistics, the Ministry of Health and the Supreme Electoral Tribunal data. In the methodological data collection procedures it was used the documentary research. With regard to health financing in the macro-regions, the results indicate decreasing inequality regarding the allocation of related resources to transfers by the Ministry of Health. It was estimated the greater allocation of funds for the Southeast Region, accumulating more than R \$ 980 million, than in proportion to their resident population, while all other regions of the country completed the year 2006 with a negative balance, when compared to their population proportions. . The data also indicate that the Southeast received 27.6% more funding in comparison to the North, in 2003, and 18.1%, 11.5% and 10.1% in 2004, 2005 and 2006 respectively. It is concluded by stating that the unequal distribution of resources does not extend user access to actions and services, mainly in the poorest regions, such as North and Northeast, despite the social, economic and geographical conditions that particularize it.

Keywords: Health policy. Health financing. Health resource allocation. Equity.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
AE	Ações Estratégicas
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
AC	Alta Complexidade
ESF	Estratégia de Saúde da Família
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
BIRD	Banco Internacional para a Reconstrução e Desenvolvimento
BM	Banco Mundial
Cide	Contribuição de Intervenção no Domínio Econômico
CNI	Confederação Nacional da Indústria
CNPS	Conselho Nacional de Previdência Social
CNS	Conferência Nacional de Saúde
COFINS	Contribuição para Seguridade Social
DATAPREV	Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DRU	Desvinculação de Arrecadação de Impostos e Contribuições Sociais da União
EC	Emenda Constitucional
ESF	Equipe Saúde da Família
FHC	Fernando Henrique Cardoso
FEF	Fundo de Estabilização Fiscal
FMI	Fundo Monetário Internacional
FNS	Fundo Nacional de Saúde
FNAS	Fundo Nacional de Assistência Social

FPM	Fundo de Participação dos Municípios
FRGPS	Fundo do Regime Geral da Previdência Social
FUNAC	Fundo Nacional de Ação Comunitária
IAPAS	Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IBOPE	Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística
ICMS	Imposto sobre Circulação de Mercadoria e Prestação de Serviço
ISEqH	<i>International Society for Equity in Health</i>
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IVA	Imposto sobre Valor Adicionado
LBA	Legião Brasileira de Assistência
MAC	Média e Alta Complexidade
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
MS	Ministério da Saúde
MC	Média Complexidade
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não – Governamental
Opas	Organização Pan-Americana da Saúde
OS	Organização Social
OSS	Orçamento da Seguridade Social

PAB	Piso de Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PIS	Programa de Integração Social
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PSF	Programa Saúde da Família
Ripsa	Rede Intergerencial de Informações da Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
Siops	Sistema de Indicadores de Percepção Social
SP	Serviços Produzidos
SIPS	Sistema de Indicadores de Percepção Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TSE	Tribunal Superior Eleitoral

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Gasto público social em saúde na América Latina - 2000 a 2009.....	29
Tabela 2	População Agregada por Macrorregião. Brasil - 2000 – 2010.....	101
Tabela 3	Número de eleitores agregados por macrorregião, Brasil, 2002-2014.....	102
Tabela 4	Variação percentual anual de eleitores por macrorregião, Brasil, 2003-2014.....	103
Tabela 5	Comparação entre percentuais dos gastos federais totais em saúde e a população, Região Norte, Brasil, 2003-2006.....	110
Tabela 6	Comparação entre percentuais dos gastos federais totais em saúde e a população, Região Nordeste, Brasil, 2003-2006.....	111
Tabela 7	Comparação entre percentuais dos gastos federais totais em saúde e a população, Região Sul, Brasil, 2003-2006...	112
Tabela 8	Comparação entre percentuais dos gastos federais totais em saúde e a população, Região Sudeste, Brasil, 2003-2006.....	113
Tabela 9	Comparação entre percentuais dos gastos federais totais em saúde e a população, Região Centro-Oeste, Brasil, 2003-2006.....	115
Tabela 10	Simulação da variação financeira da diferença percentual entre população e gastos federais em saúde, Região Norte, Brasil, 2003-2006.....	117
Tabela 11	Simulação da variação financeira da diferença percentual entre população e gastos federais em saúde, Região Nordeste, Brasil, 2003-2006.....	117
Tabela 12	Simulação da Variação Financeira da Diferença Percentual entre População e Gastos Federais em Saúde, Região Sul, Brasil, 2003-2006.....	119

Tabela 13	Simulação da variação financeira da diferença percentual entre população e gastos federais em saúde, Região Sudeste, Brasil, 2003-2006.....	119
Tabela 14	Simulação da variação financeira da diferença percentual entre população e gastos federais em saúde, Região Centro-Oeste, Brasil, 2003-2006.....	120
Tabela 15	Valor Acumulado, Crescente, da Diferença Financeira Simulada entre população e gastos federais em saúde e Concentração dos Eleitores, Macrorregiões, Brasil, 2003-2006.....	121

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Necessidades individuais: a Escala de Maslow.....	33
Figura 2	Escala de necessidades para a sociedade como um todo.....	34
Figura 3	Gasto (R\$) do SUS Per Capita Populacional: Sudeste X Norte – 2003-2006.....	105
Figura 4	Gasto (R\$) do SUS Per Capita Eleitoral: Sudeste X Norte – 2003-2006.....	105
Figura 5	Gasto (R\$) do SUS Per Capita Populacional: Sudeste X Nordeste – 2003-2006.....	106
Figura 6	Gasto (R\$) do SUS Per Capita Eleitoral: Sudeste X Nordeste – 2003-2006.....	106
Figura 7	Gasto (R\$) do SUS Per Capita Populacional: Sudeste X Sul – 2003-2006.....	107
Figura 8	Gasto (R\$) do SUS Per Capita Eleitoral: Sudeste X Sul – 2003-2006.....	107
Figura 9	Gasto (R\$) do SUS Per Capita Populacional: Sudeste X Centro-Oeste – 2003-2006.....	108
Figura 10	Gasto (R\$) do SUS Per Capita Eleitoral: Sudeste X Centro-Oeste – 2003-2006.....	108
Figura 11	Comparação entre percentuais dos gastos federais totais em saúde e a população, Região Norte, Brasil, 2003 – 2006.....	110
Figura 12	Comparação entre percentuais dos gastos federais totais em saúde e a população, Região Nordeste, Brasil, 2003-2006.....	111
Figura 13	Comparação entre percentuais dos gastos federais totais em saúde e a população, Região Sul, Brasil, 2003-2006.....	113
Figura 14	Comparação entre percentuais dos gastos federais totais em saúde e a população, Região Sudeste, Brasil, 2003-2006.....	114

Figura 15	Comparação entre percentuais dos gastos federais totais em saúde e a população, Região Centro-Oeste, Brasil, 2003-2006.....	115
-----------	---	-----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Cobertura Populacional segundo o Subsistema de Assistência à Saúde.....	46
Quadro 2	Participação (%) das Transferências da União no Orçamento.....	50
Quadro 3	Documentos Pesquisados.....	96

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	16
1 FINANCIAMENTO DA SAÚDE.....	26
1.1 Financiamento da saúde no debate internacional.....	30
1.2 Equidade no financiamento da saúde.....	37
1.3 Desigualdades do financiamento da saúde no Brasil.....	45
1.4 Impacto da crise do capitalismo na seguridade social na América Latina e no Brasil.....	48
1.5 Tendências do financiamento da saúde no Brasil.....	60
2 OS MODELOS DE FINANCIAMENTO DA SAÚDE NO BRASIL.....	60
2.1 Processo sócio-histórico e econômico do sistema de saúde brasileiro....	68
2.2 Sistema Único de Saúde	77
2.3 Modelo de financiamento do Sistema Único de Saúde.....	84
2.4 Fundo público do setor saúde.....	86
3 A DISTRIBUIÇÃO REGIONAL DE RECURSOS FINANCEIROS FEDERAIS DO SUS NO GOVERNO DE LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA (2003-2006).....	91
3.1 Caminhos metodológicos.....	91
3.2 Etapas da pesquisa.....	98
3.3 Resultados e discussão.....	99
3.3.1 Distribuição regional do financiamento da saúde (2003-2010).....	109
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	123
REFERÊNCIAS.....	127

INTRODUÇÃO

Este estudo aborda o financiamento da saúde pública com ênfase na distribuição de recursos financeiros no mandato presidencial de Luiz Inácio Lula da Silva, no período de 2003 a 2006. Como o tema do estudo tem caráter multidisciplinar, o interesse em discorrer acerca do assunto teve como ponto de partida a nossa formação multidisciplinar com graduação em Administração, especialização em Comércio Exterior e mestrado em Economia, além da condição de docente na Universidade Federal Rural de Pernambuco. Inicialmente, o nosso interesse em participar do Programa de Pós-graduação em Serviço Social – dada a complexidade e natureza do financiamento das políticas sociais – foi pela possibilidade de aprofundar os fundamentos teórico-metodológicos sobre o tema, bem como desvelar as desigualdades presentes na distribuição dos recursos.

A relevância em estudar o tema está na crescente atenção conferida pela sociedade de inspecionar a execução de repasse dos recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS), resultado das lutas sociais de ampliação dos direitos sociais consagrados na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988). Observamos que, ao longo da história da política de saúde brasileira, tivemos um desenvolvimento sistemático de ações dotadas de uma racionalidade fragmentada, de cunho curativo, e não preventivo, e com perfil de atendimento médico e hospitalocêntrico.

Draibe e Silva (1990) destacam que, após o golpe militar de 1964, o sistema particular de prestação de serviços recebeu forte impulso, embora tenha se observado um movimento de expansão no atendimento público na direção do interior do país, com enfoque nos trabalhadores rurais.

Nas décadas seguintes, o país viveu momentos importantes, em especial, entre meados dos anos 1970 até fim dos anos 1989, que coloca em destaque o movimento de reforma sanitária e psiquiátrica brasileira. Outro fato que merece destaque, pela relevância nacional, foi o movimento popular pró-constituente, que culminou na elaboração da Constituição Brasileira (CF) de 1988, marco legal

de grandes conquistas sociais, que assegurou a universalização do acesso aos serviços de saúde como direito social e a inscrição da política de saúde no campo da Seguridade Social¹. Além disso, as mudanças em curso demonstram o empenho do Estado e da sociedade na reconfiguração do modelo de gestão de políticas de saúde.

A iniciativa representou um empreendimento do Estado na consolidação da reforma na prestação de serviços à população, embora apresente inconsistências. Conforme previsto na Carta Magna de 1988, e seguido pelas respectivas constituições estaduais e leis orgânicas municipais, o financiamento do SUS está vinculado ao Sistema de Seguridade Social (Saúde, Previdência e Assistência Social) na tentativa de garantir o acesso universal e integral aos serviços e ações de saúde.

No entanto, a baixa participação do setor público no financiamento setorial, segundo Ugá e Marques (2005, p. 195), se explica pelas “[...] rédeas do ajuste macroeconômico de cunho neoliberal”. Os autores ainda apontam que, na experiência brasileira sobre os ajustes macroeconômicos e sua interferência na produção de serviços de saúde, houve contenção de recursos para o SUS, durante a década de 90, determinada por fatores externos associados ao ajuste fiscal seguido pelos diferentes governos.

Segundo Behring (2003), esse processo se configura em uma verdadeira contrarreforma do Estado, de caráter conservador e regressivo, sobre os direitos sociais conquistados na mais recente Constituição. A contrarreforma do Estado, a partir dos argumentos de Soares (2010), é uma resposta mundial ao capitalismo que integra o conjunto de mecanismos de enfrentamento à crise estrutural iniciada nos anos 1970. A autora afirma que o conceito emana de uma:

[...] formação social brasileira, com um Estado e uma sociedade profundamente autoritários e distantes dos interesses dos trabalhadores [...], a organização do SUS em seus princípios originais se contrapunham a diversos interesses da burguesia nacional e internacional (SOARES, p. 55-56).

¹ A 7ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1980, teve como tema “Extensão das ações de saúde através dos serviços básicos” e buscou debater a implantação e o desenvolvimento do PrevSaúde, antes chamado de Pró-Saúde. O programa pretendia integrar ou, ao menos, articular, os ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social, através da promoção e oferta dos serviços básicos de saúde, à luz da estratégia “Saúde para todos no ano 2000”, encabeçada pela Organização Mundial da Saúde em 1978. A integração das políticas sociais ocorre com a CF/88, no tripé da Seguridade da Social.

Em termos de capitalismo, segundo Mandel (1985), o maior interessado na minimização do Estado e na sua supercapitalização, a contrarreforma se apresenta pela incorporação dos serviços sociais como espaço de mercantilização e lucratividade, a partir da expansão de planos de saúde, farmácias, hospitais, organizações sociais, fundações, bolsa de valores, dentre outros.

Behring (2003) caracteriza o supercapital de forma semelhante, quando afirma que este empurra alguns setores de utilidade pública da saúde, da educação e da previdência para a privatização (direta ou indireta), o que os torna campo de expansão do lucro a partir da oferta de serviços essenciais à reprodução da força de trabalho. Além disso, o avanço da tendência contrarreformista a sua atuação no país surge como movimento de desmonte do SUS.

Soares (2010, p. 16) assevera que “[...] desde o governo Collor, de forma mais intensiva no governo Fernando Henrique Cardoso e, atualmente, qualitativamente superior no governo Lula, a contrarreforma vem sendo estruturada”. Contudo, argumenta a autora (2010, p. 16): “[...] nesta última gestão, mais precisamente, há características que a diferenciam tais como os significativos índices de aprovação do Governo Lula, que o legitimaram no comando da gestão pública na área da saúde”.

Segundo Soares (2010, p.16), outros fatores contribuíram para diferenciar a gestão Lula em relação a outras pretéritas, como:

[...] intenso movimento de transformismo das lideranças dos trabalhadores que passam a defender projetos coerentes com o neoliberalismo e com os interesses econômicos do grande capital nacional e internacional.

Há ainda uma adesão da referida gestão aos interesses dos grupos de medicina privada, sob o nome *SUS possível*, cujos defensores apoiaram o lançamento do projeto de Lei 92/2007, responsável por regulamentar as Fundações Estatais de Direito Privado para a administração de diversas instituições públicas, dentre elas as de saúde.

Nestes termos, num contexto favorável à expansão da contrarreforma se configuram na disputa² da agenda política da saúde três grandes propostas, conforme

²A autora destaca que “[...] a concretização do SUS, conforme seu marco legal original, para grande parte do movimento sanitário, deixa de ser espaço político estratégico de atendimento dos interesses da classe trabalhadora e de sua organização em torno de um projeto societário alternativo e passa a ser concebida no interior do campo das ‘possibilidades’, isto é, o *SUS Possível* diante do ajuste neoliberal” (SOARES, 2010, p. 47).

indica Soares (2010, p.52):

O projeto *privatista*, o projeto do *SUS possível* e o projeto da *reforma sanitária*. O projeto do *SUS possível* é defendido pelas lideranças que diante dos limites da política econômica defendem a flexibilização da reforma sanitária, mas nomeiam esse processo como reatualização, modernização ou mesmo como continuidade desta. Esse projeto, na verdade, termina por favorecer a ampliação dos espaços do projeto privatista e, apesar de suas lideranças não reconhecerem, os dois projetos compõem uma mesma unidade dialética e se imbricam mutuamente numa mesma racionalidade que, dessa vez, avança mais rapidamente na disputa hegemônica.

O objetivo desta tese é analisar a alocação dos recursos de saúde para as instâncias regionais mediada pelo princípio da equidade na gestão do primeiro mandato de Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2006). Especificamente, evidenciar o investimento federal com saúde na gestão de Luiz Inácio Lula da Silva; analisar as transferências de recursos financeiros federais do setor saúde para as regiões brasileiras e apresentar a alocação de recursos financeiros investidos no setor saúde em condição de igualdade quanto à distribuição percentual da população nas macrorregiões.

É importante ressaltar que é um desafio analisar recursos financeiros do SUS no que se refere à sua distribuição visando à redução das desigualdades de acesso aos serviços de saúde, pois reconhecemos a diferença populacional, a diversidade cultural e as características distintas do perfil epidemiológico entre as macrorregiões do Brasil. Além disso, ao tratar de distribuição de recursos estamos também nos referindo ao uso do termo equidade³ na saúde, tendo em vista seu peso na mitigação de desigualdades regionais.

É recente o debate sobre o conceito e uso da equidade em saúde, bem como são incipientes os dados disponíveis para uma análise mais aprofundada quanto aos recursos (SCOREL, 2008). Além disso, como advertem Vieira-da-Silva e Almeida Filho (2009, p.223):

Na atual conjuntura de debate teórico da Saúde Coletiva no Brasil, tornou-se consenso afirmar que a superação das desigualdades em saúde requer a formulação de políticas públicas equânimes. Isso corresponde ao reconhecimento da saúde como direito e à priorização das necessidades como categoria essencial para as formas de justiça. Priorizar necessidades não significa impor necessidades, porém definir o padrão tecnicamente aceitável

³ Segundo Escorel (2014), o termo equidade somente foi incorporado ao debate da saúde pública após a promulgação da Constituição de 1988, estando ausente inclusive das Leis 8.080/90 e 8.142/90.

interagindo com as expectativas dos diversos modos de vida dos diferentes grupos sociais.

Entendemos que o conceito de equidade é polissêmico, portanto, torna-se um desafio defini-la. Segundo Mooney (1994, *apud* Akazili, 2010, p. 69) indica, o significado pode variar entre pessoas, sociedades e momentos históricos e dadas as diferentes perspectivas sobre o conceito de equidade, por vezes, é erroneamente confundida com igualdade⁴.

A igualdade, no entanto, é uma condição de ser igual. A distinção entre tais condições é importante porque a desigualdade pode ser considerada, a depender do caso, justa ou equitativa. Assim sendo, a equidade também pode ser vista como um princípio moral ou ético, tomada com base em critérios adotados para a distribuição dos recursos, bem-estar e oportunidades entre os diferentes subgrupos de uma dada população. Daí a implicação lógica de que a desigualdade não representa, necessariamente, a existência de disparidades injustas na distribuição de recursos, e consequentemente, bem-estar social.

Nesse estudo empregamos o conceito de equidade em saúde⁵ na perspectiva de Starfield (2001, p. 53). A pesquisadora revisa o conceito indicado por Whitehead (1991) e o define como “ausência de diferenças sistemáticas em um ou mais aspectos do *status* de saúde nos grupos ou subgrupos populacionais definidos socialmente, demograficamente ou geograficamente”. Além disso, a autora afirma: “equidade nos serviços de saúde implica em que não existam diferenças nos serviços onde as necessidades são iguais (equidade horizontal), ou que os serviços de saúde estejam

⁴Vieira-da Silva e Almeida Filho (2009, p. 217) afirmam, em seus estudos, que “na maioria dos estudos empíricos, não se observa maior preocupação dos autores em definir termos e estabelecer conceitos. As noções de equidade e igualdade, por um lado, e seus contrários, desigualdade, diferença e iniquidade, são tratados como sinônimos. Mesmo nos trabalhos teóricos a respeito da temática, chamam a atenção a superposição e diversidade de significados atribuídos aos conceitos de diferença, disparidade, desigualdade, heterogeneidade e iniquidade, revelando uma clara confusão terminológica. Não obstante, algumas tentativas têm sido feitas no sentido de precisar melhor esses conceitos”.

⁵ Viana, Fausto e Lima (2003, p. 60) asseveram que “a equidade tem recebido diferentes definições e ênfases nos estudos teóricos e empíricos concernentes ao acesso e uso dos serviços de saúde. Os enfoques conceituais destinam-se a análise do tema de forma global no campo da saúde, no acesso e nas barreiras para o acesso aos serviços de saúde (na atenção básica e demais níveis de atenção), na qualidade dos serviços, nos fatores determinantes das condições de vida e saúde e nos fatores de ordem política que podem promover ou dificultar a equidade”.

onde estão presentes as maiores necessidades (equidade vertical) (p. 53).

Travassos e Castro (2008) afirmam que a equidade vertical é apreendida como desigualdade entre desiguais, de tal modo que uma regra de distribuição deve ser desigual para indivíduos que estão em situações desiguais, enquanto equidade horizontal é adotada para uma dada relação entre os financiadores do sistema, como a progressividade no financiamento, ou seja, uma contribuição inversamente proporcional às necessidades reais dos indivíduos numa dada sociedade.

Nesses termos, concordamos com Vieira-da-Silva e Almeida Filho (2009, p. 223), no sentido de que “[...] priorizar necessidades não significa impor necessidades, porém definir o padrão tecnicamente aceitável interagindo com as expectativas dos diversos modos de vida dos diferentes grupos sociais”.

No que se refere à desigualdade em saúde, Viana, Fausto e Lima (2003, p. 59) argumentam que, para apreendê-la, é preciso analisá-la a partir dos determinantes sociais da saúde. Para os autores, a desigualdade em saúde abrange “[...] um conjunto de fatores interligados às condições de saúde e adoecimento, que definem o padrão de morbimortalidade dos diferentes grupos sociais, e/ou as diferenças na distribuição, organização e utilização dos recursos em saúde”.

Dito isto, no plano metodológico as contribuições dos mencionados autores sobre as temáticas da equidade e desigualdade no campo da saúde ajudaram a entender, dada a sua complexidade, a partir de uma matriz teórica, o tema do financiamento da saúde. Nesse sentido, a partir de mediações, foi possível identificar as relações teóricas entre os conceitos, o que possibilitou revisitar e reconstruir, dentro do campo sócio-histórico, os fundamentos da pesquisa.

Entendemos que o financiamento da saúde pública se revela fundante e necessário, ainda que não suficiente, à consolidação da universalidade de acesso aos serviços públicos de saúde e, conseqüentemente, à expansão dos direitos sociais.

O financiamento do SUS, longe de ter unidade quanto aos meios de custeio e instrumentos de monitoramento e controle sobre a oferta e qualidade do serviço, constitui um campo aberto à investigação e estudos a fim de permitir conhecer a direção em que os governos conduzem suas decisões executivas e se suas conseqüências aproximam (ou afastam) do objetivo maior da saúde pública: a universalidade de acesso.

No que tange ao desenvolvimento histórico dos serviços de saúde no país, é preciso observar sua intrínseca relação com a economia, os meios de produção e a política, com suas respectivas especificidades. Bravo (2007), em seus estudos sobre a trajetória da Política de Saúde no Brasil, partiu dos antecedentes da ação estatal até meados da primeira década do século XXI, para identificar que a intervenção do Estado somente ocorreu a partir dos anos 30 do século passado, na forma de ações estruturadas com ênfase em diversos eixos, como campanhas sanitárias e interiorização das ações para áreas de endemias rurais, em decorrência dos fluxos migratórios de mão de obra para as cidades.

A autora ainda observa que, nos anos seguintes à promulgação da CF/88, o Estado brasileiro foi autor de um complexo exercício político-jurídico composto por normas e leis regulatórias de arrecadação, distribuição dos recursos e gestão da política, em desconexão com as aspirações sociais e as prerrogativas do modelo de Seguridade Social vigente.

Nas últimas décadas do século XX e início do século XXI, as políticas desse setor, em particular as voltadas à saúde, passaram por diversas alterações legais, promovidas pelo Governo Federal, sob o argumento das transformações econômicas, sociais e políticas em curso.

Da mesma forma, podemos ressaltar que o governo federal, embora tenha erguido uma significativa estrutura tributária para a Seguridade e almejado uma ampliação do acesso aos serviços assistenciais de saúde, inicialmente se apropria do discurso da falta de recursos financeiros para justificar o descumprimento de suas obrigações junto à sociedade. Sendo assim, tornar-se-á, do ponto de vista do governo brasileiro na década de 90, condição *sine qua non* a expansão da participação do capital privado na oferta de serviços assistenciais, assim como a retomada do caminho do crescimento econômico, conquanto pese a distinção entre os conceitos de crescimento e desenvolvimento nesse campo.

Levino e Carvalho (2011), numa analogia com outros países da América Latina, verificaram a particularidade assumida pelo sistema de saúde pública adotado pelo Brasil, quando comparado à Colômbia e ao Peru. Ou seja, enquanto nos dois últimos países prevalece um sistema de adoção de planos obrigatórios de assistência,

segmentação por parte dos usuários e contingenciamento da cobertura, o modelo tomado no Brasil possui características de um sistema nacional de saúde de finalidade pública, embora os três países adotem o sistema misto (público e privado) de prestação de serviços, tornando difícil a efetivação da universalidade, da equidade e da integralidade quanto à cobertura nas regiões de fronteira entre os três países, ainda que os autores vislumbrem a possibilidade de integração dos sistemas locais de saúde para oferta organizada de ações programáticas (de saúde) na assistência básica e de média e alta complexidade.

Consideramos estudar os repasses financeiros enquanto instrumentos a serviço da redução das desigualdades regionais de infraestrutura e melhoria no acesso às ações e serviços públicos de saúde em sua dimensão monetária destinada a cada região do país. Assim sendo, a partir desses aspectos, elaboramos a seguinte pergunta: Qual a dimensão financeira das desigualdades no financiamento do SUS referente aos repasses regionais via Ministério da Saúde (MS) no primeiro mandato do governo Lula?

Para responder a esse questionamento é necessário estabelecer uma análise sobre os valores efetivamente repassados pelo governo federal para fins de custeio das ações voltadas à saúde e vinculadas ao SUS.

Esta tese se fundamenta em duas hipóteses que buscam explicar a vinculação entre o direito à universalidade do acesso e os repasses reais efetivados pelo MS, voltados ao financiamento de ações de saúde durante o primeiro mandato do Presidente Lula, a saber:

- a) não existem diferenças monetárias significativas nas transferências de recursos financeiros para as macrorregiões tomando-se por referência as respectivas distribuições proporcionais da população;
- b) a distribuição dos eleitores entre as macrorregiões interfere negativamente quanto ao propósito de reduzir desigualdades nas distribuições de recursos financeiros

Na consecução da pesquisa, a fundamentação teórico-metodológica encontra suas bases no método dialético. Conforme afirma Mandel (1985, p.8), para Marx, a grande função da ciência não era:

[...] apenas a descoberta da essência de relações obscurecidas por suas aparências superficiais, mas também a explicação dessas aparências – em outras palavras, a descoberta dos elos intermediários, ou mediações, que permitem que a essência e aparência se reintegrem novamente numa unidade.

Dito isto, em nosso estudo para apreender as contradições existentes na distribuição dos recursos da saúde buscamos analisar o financiamento federal da saúde, observando os conceitos de equidade e desigualdade.

Esta pesquisa é de natureza exploratória-explicativa, do tipo documental. Nos procedimentos de coleta de dados utilizamos os dados populacionais disponíveis no *website* do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), conforme pesquisa do censo populacional para os anos de 2000 e 2010. Para um maior suporte de análise coletamos e analisamos a distribuição dos eleitores entre as regiões, a partir dos dados disponíveis no *website* do Tribunal Superior Eleitoral (TSE). Os dados sobre os recursos financeiros das cinco macrorregiões, referentes às ações de Atenção Básica (AB); Média e Alta Complexidade (MAC); Ações Estratégicas (AE) e Serviços Produzidos (SP) foram coletados no Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Em seguida, para analisar a divisão dos recursos da saúde estes foram agrupados em três eixos analíticos: valores nominais transferidos; percentuais recebidos; população total e valores recebidos. Buscou-se, com essa análise, evidenciar diferenças na relação entre população regional e recursos financeiros recebidos.

Ao optar pela análise da desigualdade do financiamento da saúde, a pesquisa apresenta alguns limites aqui explicados: primeiro, nem todos os documentos disponíveis sobre o período 2003-2006 do governo Luís Inácio Lula da Silva foram incluídos como fonte de informações na base de dados da coleta. Isto poderá apresentar alguma diferença com relação às pesquisas já realizadas sobre a temática.

Foram excluídos, por exemplo, documentos que não determinavam a alocação de recursos por unidade da federação e nem citavam as macrorregiões e os critérios que presidiram essa alocação. Segundo, entre os autores existe uma diferença conceitual no que se refere à alocação de recursos financeiros efetivamente ocorrida. O que poderá também originar, em relação a outras pesquisas e publicações, diferenças significativas quanto ao resultado aqui apresentado. Terceiro, não analisamos as condições epidemiológicas regionais ou locais, diferenças estruturais físicas e materiais, humanas, técnicas e tecnológicas ou de modelos gerenciais na esfera federal, estadual ou municipal, por considerarmos que tais fatores, ainda que expliquem diferenças entre valores financeiros transferidos pelo MS às macrorregiões, não se prestam a justificar a

manutenção ou ampliação das desigualdades de acesso aos serviços de saúde. Tampouco a investigação explora as especificidades incorridas na gestão dos fundos de saúde dos Estados e municípios da federação, haja vista o número de entes e suas múltiplas particularidades, o que tornaria tal intento potencialmente inexecutável e diverso ao que se propõe.

Esta tese está assim estruturada: No primeiro capítulo, apresentamos um panorama conceitual acerca do financiamento da saúde, no qual perpassamos suas principais tendências no debate internacional. Refletimos sobre o impacto da crise do capitalismo na seguridade social na América Latina e no Brasil e analisamos o respectivo financiamento da saúde nesses locais, bem como apresentamos uma definição sobre equidade e as prováveis desigualdades existentes no Brasil na oferta desses serviços. Abordamos ainda os aspectos conceituais que permeiam o debate sobre o financiamento da saúde pública, e que permitam a apropriação de elementos presentes em estudos internacionais e nacionais, em um movimento de passagem do quadro geral à particularidade do Brasil e, mais profundamente, o período do governo do então presidente Luís Inácio Lula da Silva, em seu primeiro mandato.

No segundo capítulo, analisamos as questões que envolvem os modelos de financiamento da saúde no Brasil, suas políticas e sistemas de saúde, bem como o desenvolvimento da Reforma Sanitária Brasileira, que culminou na construção do SUS.

No terceiro capítulo, apresentamos o percurso metodológico e os resultados da pesquisa são analisados para apreender as principais tendências do financiamento do SUS e de que forma os recursos públicos da saúde foram alocados para o delineamento desse sistema. Os dados analisados revelam a distribuição dos recursos por macrorregião entre 2003 a 2006.

Nas considerações finais fazemos algumas reflexões sobre as diferenças observadas na distribuição de recursos financeiros como fatores limitadores à redução das desigualdades da distribuição de recursos.

1 FINANCIAMENTO DA SAÚDE

A temática do financiamento das políticas sociais, dada a sua complexidade, tem sido objeto de estudo por diversas áreas de conhecimento, tais como saúde pública, serviço social, economia, direito, sociologia, administração, ciências contábeis, entre outras. Dentre as políticas sociais, aquelas voltadas à saúde têm despertado maior atenção por parte da sociedade, do poder público e instituições de pesquisa. Entendemos que o financiamento da saúde pública se revela fundante e necessário, ainda que não suficiente, à consolidação da universalidade de acesso aos serviços públicos de saúde e, conseqüentemente, à expansão dos direitos sociais.

O financiamento do SUS, mesmo longe de haver unidade quanto aos meios de custeio e instrumentos de monitoramento e controle sobre a oferta e qualidade do serviço, se apresenta como um campo aberto à investigação e estudos, a fim de permitir conhecer a direção em que os governos conduzem suas decisões executivas e se suas conseqüências nos aproximam (ou afastam) do objetivo maior da saúde pública: a universalidade de acesso.

Nesse capítulo, serão abordados aspectos conceituais que permeiam o debate sobre o financiamento da saúde pública, de forma a possibilitar a apropriação de elementos presentes em estudos internacionais e nacionais, permitindo um movimento de passagem do quadro geral à particularidade do Brasil e, mais profundamente, o período do então presidente Lula, em seu primeiro mandato. Os textos selecionados para este capítulo têm origem na área do Serviço Social e instituições que se dedicam à temática da equidade no campo da saúde pública.

1.1 Financiamento da saúde no debate internacional

O debate internacional sobre saúde abriga diversos aspectos relacionados aos sistemas e às políticas, tais como as características da população e determinantes sociais: emprego, pobreza, educação, alimentação e nutrição, acesso a água e saneamento básico, vulnerabilidade, exclusão e proteção social, emprego e renda. Os contextos históricos, sociais, geográficos e políticos. As condições de saúde e suas tendências, tecnologias de diagnóstico e modelos de gestão, além de acesso a dados e informação.

A Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE, 1992,

p. 5), sobre os sistemas de saúde dos países europeus e suas reformas alerta que “[...] o caminho que conduz ao acesso universal aos cuidados e a um financiamento equilibrado está semeado de ciladas”. Isso ocorreu em razão das reformas nas políticas de saúde nos cinco anos anteriores à publicação do relatório terem sido mais profundas do que as ocorridas nos trinta anos anteriores. Ainda afirma que a partilha das responsabilidades entre o setor público e privado viveu tensões, ainda que, em uma análise geral, os sistemas de saúde dos países membros da OCDE tenham logrado êxito frente aos desafios apresentados.

O documento aponta que todos os Estados Membros passaram por dificuldades semelhantes de gestão dos seus sistemas de saúde, mas, dada a convergência dos objetivos almejados, houve também semelhança quanto às soluções aplicadas como meio de viabilizar as metas, mesmo diante das diferentes culturas e das particularidades institucionais de cada sistema de saúde.

Sobre a década de 80, a OCDE identificou dificuldades quanto à prestação de serviços e financiamento dos sistemas de saúde, e os resume como sendo: i. persistência de desigualdades no acesso aos serviços e na rede de prevenção, quando se tornam necessários cuidados médicos; ii. aumento significativamente rápido das despesas em saúde; e iii. preocupações quanto à eficácia e aos resultados alcançados pelos sistemas. Tais questões estariam vinculadas a fenômenos que fogem ao controle do poder público: crescimento demográfico e avanço tecnológico. Contudo, reconhece a possibilidade de tratar tais alterações a partir de ações sobre a forma de financiamento, regulação e pagamento do sistema nos sete países estudados (Alemanha, Bélgica, Espanha, França, Irlanda, Países Baixos e Reino Unido) (OCDE, 1992, p. 8).

Os problemas encontrados pelos países dependiam do sistema de financiamento e de prestação de serviços dominantes: i. os sistemas que se baseavam em mecanismos de reembolso apresentavam dificuldade em controlar os gastos; ii. aqueles que se apoiavam em prestação via contrato público tinham dificuldades ligadas à falta de concorrência e ao excesso de regulamentações; e iii. países cuja prestação de serviços através do setor público se confrontaram com problemas de gestão e avaliação negativa, por parte dos usuários, sobre os serviços prestados. Apesar disso e das inúmeras iniciativas a favor da privatização, nenhum país adotou medidas concretas no sentido de

reduzir a presença do poder público (OCDE, 1992, p. 9).

O aspecto essencial das reformas empreendidas pelos países foi a introdução de incentivos e mecanismos de regulação mais eficientemente dirigidos aos prestadores de serviços, a fim de aumentar a produtividade frente à escassez de recursos. As ações e avanços ocorreram em três frentes. Enquanto a Bélgica e a França desenvolveram fórmulas contratuais estritas nos sistemas de reembolso, o Reino Unido e os Länder da Alemanha Oriental abandonaram os seus sistemas integrados em favor de sistemas de contrato. Os mesmos países privilegiaram a liberdade de escolha dos consumidores. Os novos sistemas contratuais caracterizam-se por sistemas de pagamento mistos, nos quais se conjugam limites orçamentários com um modo de remuneração dos prestadores ligado à atividade, o que deixa o poder público em uma condição de menor presença, enquanto os mecanismos de autorregulação desempenham um papel mais importante (OCDE, 1992, p. 10-11).

Durante o período de 2003 a 2006 do presidente Lula, o Brasil e a América do Sul passaram por importantes transformações políticas e econômicas, com significativas implicações sobre a condição de bem-estar social, políticas de saúde pública e prestação de serviços de saúde. Em linhas gerais, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-americana da Saúde (Opas) identificaram, em seu relatório (2012) que, no período de 2006 a 2010, ocorreu um processo paulatino de melhoria nas condições de saúde, com destaque para a redução de enfermidades evitáveis e da mortalidade infantil, ainda que reconheçam diferenças de níveis entre os países e mesmo nas diferentes regiões de cada país sul-americano.

Segundo o documento, no mesmo período, contudo, houve um aumento de enfermidades crônicas decorrentes de mudanças do estilo de vida e do envelhecimento da população. Na América do Sul, o número de mortes decorrentes de doenças transmissíveis foi menor que aquelas provocadas por doenças crônicas não transmissíveis.

Esses relatos demonstram a importância da efetividade e da equidade em termos de política pública de saúde e de sua implementação, na medida em que importa mitigar as desigualdades regionais, não apenas entre países, mas, principalmente, dentro de um mesmo país.

Atente-se, não obstante, que, ao reconhecer desigualdades regionais na prestação de serviços de saúde, reconhece-se a condição de iniquidade e de práticas públicas seletivas que implicam, em última análise, decidir quais regiões ou indivíduos estarão mais susceptíveis às complicações de saúde e suas sequelas, por vezes permanentes, ou ainda, ao risco aumentado de óbito, decorrente da ausência de condições adequadas de atendimento à população.

Cabe ao poder público e à sua estrutura administrativa, criar instrumentos de monitoramento e correção das condições de oferta de serviços de saúde, a fim de reduzir as disparidades regionais. Do contrário, as ações do poder público poderão deixar-se influenciar por interesses políticos pessoais, partidários ou eleitoreiros, que tendem a impedir ou a retardar o atendimento de metas à implementação de melhorias na infraestrutura física e humana de forma mais equânime diante das diferenças regionais.

A tabela 1 apresenta os valores, *per capita*, investidos pelos países da América do Sul, sendo possível observar que os países de economia mais desenvolvida, como Argentina, Uruguai e Chile, apresentaram expansão, enquanto Bolívia e Paraguai apresentaram pouca variação no período de 2000 a 2010

Tabela 1 – Gasto público social em saúde na América Latina - 2000 a 2009

PAIS	2000 – 2001 US\$	2002 – 2003 US\$	2004 – 2005 US\$	2006 – 2007 US\$	2008 – 2009 US\$
Argentina	220,00	170,00	198,00	245,00	327,00
Bolívia	30,00	33,00	36,00	36,00	37,00
Brasil	179,00	176,00	204,00	229,00	262,00
Chile	184,00	195,00	199,00	220,00	291,00
Colômbia	67,00	56,00	66,00	69,00	75,00
Equador	18,00	27,00	32,00	37,00	53,00
Paraguai	15,00	17,00	15,00	22,00	25,00
Peru	34,00	40,00	39,00	40,00	54,00
Uruguai	171,00	149,00	165,00	213,00	299,00
Venezuela	77,00	73,00	84,00	106,00	...
América do Sul	139,00	132,00	151,00	172,00	211,00

Fonte: Relatório OMS/Opas 2012. Tradução livre.

Nota: Base de cálculo US\$ do ano de 2000. Dados do Cepal (2011).

O relatório produzido pela OMS e Opas (2012) indica que, no Brasil, o setor público participou com 47,5% dos gastos totais enquanto 52,5% foram gastos privados; na média mundial os gastos públicos responderam por 57,6% e os privados por 42,3%.

O mesmo documento aponta que foram gastos, no Brasil, US\$ 512,00 *per capita*,

enquanto o valor médio *per capita* investido por países ricos somaram mais de US\$ 2.800,00 no ano de 2012. Suíça, Noruega, Japão e Estados Unidos investiram, respectivamente, US\$ 5.900,00, US\$ 7.900,00, US\$3.900,00 e US\$ 4.100,00, ou seja, valores significativamente maiores.

Lenino e Carvalho (2011), ao estudar o processo de reforma sanitária ocorrida nos países da América Latina, verificaram a particularidade assumida pelo sistema de saúde pública adotado pelo Brasil, quando comparado à Colômbia e ao Peru. Enquanto nos dois últimos países prevalece um sistema de adoção de planos obrigatórios de assistência, segmentação por parte dos usuários e contingenciamento da cobertura, o modelo adotado no Brasil possui características de um sistema nacional de saúde de finalidade pública, embora os três países adotem o sistema misto (público e privado) de prestação de serviços, tornando difícil a efetivação da universalidade, da equidade e da integralidade quanto à cobertura nas regiões de fronteira entre os três países, ainda que, na opinião dos autores, vislumbrem a possibilidade de integração dos sistemas locais de saúde para a oferta organizada de ações programáticas na assistência básica e de média e alta complexidade.

Em relação aos fluxos de residentes do continente que procuram a cobertura de cuidados médicos gratuitos no Brasil, torna-se urgente a construção de instrumentos de monitoramento e parcerias com os países próximos, dada a quantidade de imigrantes, muitas vezes ilegais, que, fugindo das dificuldades de seus países de origem, procuram oportunidades de trabalho, educação, moradia, saúde e assistência social em território brasileiro.

1.2 Equidade no financiamento da saúde

Em regra geral, inicialmente há um conflito entre o raciocínio econômico-financeiro público e os conceitos de equidade e a materialização das políticas públicas de saúde. Na prática, destina-se muito tempo e recursos para a construção de um emaranhado sistema de normas e um aparato físico-material voltado à prestação de serviços de saúde, particularmente nos serviços públicos, e pouco se percebe que, dentro de qualquer sistema e política de saúde, muito se perde quando os usuários não são vistos como indivíduos e ações de saúde se reverterem em condição de bem-estar e, no limite,

na própria vida.

Parece-nos haver uma atração, por parte dos acadêmicos, para o reconhecimento da condição de maior ou menor equidade de uma dada condição existente na prestação de serviços de saúde e seu custeio, quando comparados dois períodos distintos de tempo em uma mesma região, segundo analisam Wagstaff, Doorslaer e Paci (1989). Porém, pouco se discute sobre o que representa a equidade no que diz respeito ao financiamento e acesso aos serviços de saúde em seus aspectos mais teórico-conceituais, observando-se os objetivos estabelecidos pelo Governo e o que de fato se destinou à população, tal como demonstra o clássico e seminal estudo de Le Grand (1978), que analisou o acesso aos serviços de saúde da Inglaterra para o ano de 1972 e concluiu que o Serviço Nacional de Saúde não foi capaz de alcançar a equidade naquele ano.

Os princípios e conceitos do termo equidade em saúde foram originalmente sistematizados e discutidos por Whitehead (1991). Segundo Escorel (2014), o termo equidade somente foi incorporado ao debate da saúde pública após a promulgação da Constituição de 1988, estando ausente inclusive das Leis 8.080/90 e 8.142/90

A equidade no campo da saúde é definida pela *International Society for Equity in Health*⁶ (ISEqH) como um valor ético, inerentemente normativo, baseado no princípio da justiça distributiva e em consonância com os princípios de direitos humanos. A ISEqH nos alerta sobre a necessidade de abolir a ilusão de que o problema da equidade em saúde pode ser resolvido no campo da ética universal e as desigualdades, nesse setor, têm consistentemente colocado grupos de pessoas mais socialmente desfavorecidas no acesso ao segmento, o que seria uma condição essencial tanto para o bem-estar quanto para a superação dos outros efeitos dessa desvantagem social.

O mesmo instituto considera que as necessidades por saúde se tornaram mais complexas e heterogêneas, exigindo a articulação – no quadro de garantias universais e democráticas –, dos mecanismos de diferenciação positiva que levem em conta a diversidade de necessidades de grupos sociais específicos e que, para o alcance da equidade em saúde, é necessário construir ligações entre diferentes atores e disciplinas para obter uma forma eficaz de garantir o direito a esse bem.

⁶ Disponível em: <<http://www.iseqh.org/>>. Acesso em: 16/01/2015.

No Brasil, o debate sobre equidade e equidade em saúde é recente; alguns autores têm feito uma análise mais aprofundada acerca da construção de instrumentos mais eficazes sobre a efetividade do SUS e dos recursos nele investidos (SCOREL, 2008; NUNES, 2011).

Scorel (2013) afirma, ainda, que a equidade não foi uma categoria utilizada no discurso do movimento sanitário brasileiro, exceto como equidade de acesso, e sua presença no texto da CF/88 transborda do acesso aos serviços de saúde para o princípio orientador das políticas.

Nunes (2011, p.11) critica o modelo de provisão universal adotado pelo Brasil:

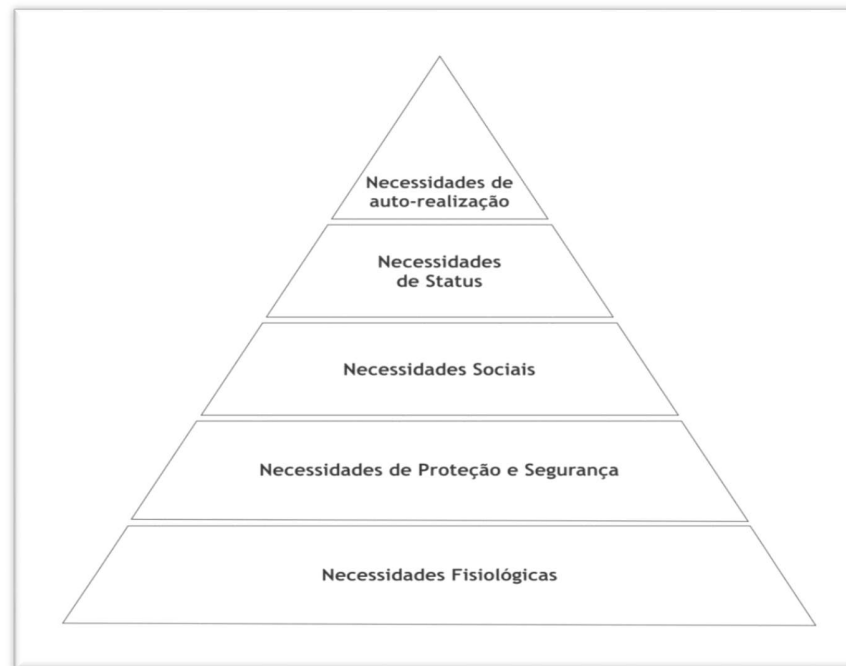
O argumento central é que os critérios de justiça postulados não são atingidos na prática, uma vez que não há como se pensar em justiça sem considerar as restrições impostas pela escassez de recursos econômicos. Essa é a questão fundamental a ser tratada pela justiça. Neste contexto, questiona-se a viabilidade do modelo de provisão de saúde pública, universal e gratuita, proporcionar atenção à saúde com a qualidade e a tecnologia demandadas pela medicina atual. Duas opções se apresentam. Para o mesmo, a mais confortável é continuar com o atual modelo, mesmo sem tornar factível o princípio da universalização equitativa. A outra é repensar o modelo de atenção pública e gratuita, criando-se critérios de acessibilidade, priorização do atendimento e coparticipação dos custos.

Na ciência econômica é correto afirmar que as necessidades humanas são ilimitadas, os recursos escassos e os agentes econômicos tendem a maximizar seu bem-estar, incorrendo em custo de oportunidade⁷. Embora a hipótese de que as necessidades são ilimitadas seja admissível, pode-se estruturar hierarquicamente as aspirações de uma dada unidade familiar, como representado pela figura 1, conforme indicado por Maslow (apud ROSSETTI, 2007).

Segundo o autor, as necessidades de nível mais básico devem ser satisfeitas antes das mais elevadas. As necessidades fisiológicas seriam fome, sede, respiração, sono, sexo, excreção e abrigo. As de segurança referem-se ao corpo, ao emprego, aos recursos, à moralidade, à família, à saúde e à propriedade.

⁷ Custo de oportunidade: "Quaisquer escolhas feitas por indivíduos, empresas, governos ou outros agentes econômicos quanto à alocação de recursos implicam, portanto, uma relação entre custos (os meios empregados) e benefícios (os fins alcançados), bem como a ocorrência de custos de oportunidade (outros fins que, com os mesmos recursos, poderiam ter sido alcançados)". (ROSSETTI, 2007, p.50-51). Segundo Vasconcelos (2010, p. 11), custo de oportunidade (ou custo alternativo, ou ainda custo implícito "é valor econômico da melhor alternativa sacrificada ao se optar pela produção de um determinado bem ou serviço".

Figura 1 – Necessidades individuais: a Escala de Maslow



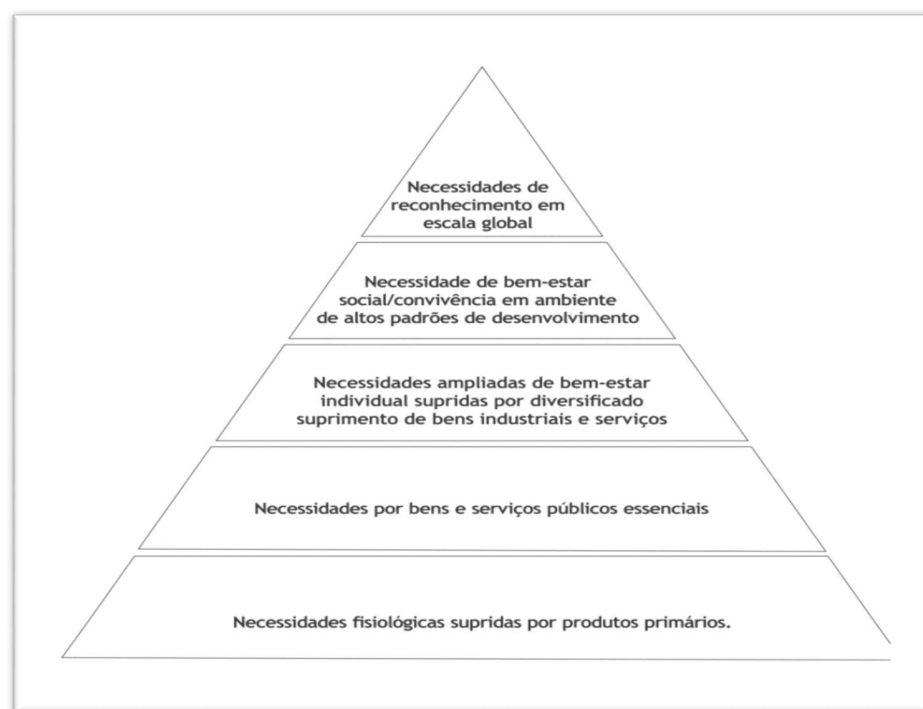
Fonte: Reprodução. Rossetti (2007, p. 208)

Max-Neef (1991) discute as necessidades humanas em outra perspectiva, não sendo possível ordená-las de forma hierárquica, dado o caráter ontológico de sua natureza. Tais movimentos voltados a definir prioridades humanas e sociais, entre diversas, parecem úteis à discussão, formulação e implementação de políticas públicas, em especial as da Assistência Social, na medida em que se determina aos entes públicos e seus servidores a condição de fazer (ou não) o que prevê a lei ante as limitações objetivas nas quais exercem seus ofícios, especialmente no campo da saúde pública.

Dessa forma, uma dada (ou cada) sociedade, segundo Rossetti (2007, p. 208) apresenta uma escala própria de necessidades, conforme a figura 2. Admitida tal escala, sujeitos ou agentes econômicos não dependentes de serviços públicos fundamentais estariam em condições mais favoráveis (socialmente) do que aqueles que dependem. Ora, tomado como verdade, muito se explicaria do movimento do Estado Mínimo Social na perspectiva econômica e da “construção” de uma autonomia do Estado ou uma nova alternativa (terceirizações, Parcerias Público-Privadas – PPPs, privatizações, outros), especialmente no campo da saúde.

O que deve ser reanalisado aqui, no entanto, diz respeito à consistência presente em textos e em declarações, com potencial capacidade para formar opinião, a exemplo dos futuros economistas. Ademais, por serem ideias possíveis de serem aproveitadas para embasamento teórico de diversas áreas do conhecimento, faz-se necessária a análise crítica de seus fundamentos e concepções.

Figura 2 – Escala de necessidades para a sociedade como um todo



Fonte: Rossetti (2007, p. 208).

Nesses termos, mesmo que todos os recursos de uma dada nação, a título de exercício de reflexão, pudessem ser aplicados integralmente à prestação de saúde pública, é de se supor que seus usuários ainda assim não ficariam plenamente satisfeitos, posto o fundamento econômico de que as necessidades humanas são ilimitadas, o que inclui serviços de saúde. Ou seja, mesmo que toda riqueza de um país fosse aplicada no tratamento e prevenção de uma população, esta última seria capaz de reconhecer o “movimento de melhoria” promovido pelo setor público, mas não deixaria de indicar pontos negativos, falhas ou melhores alternativas de aplicação dos recursos para

prestação de serviços de saúde.

A discussão sobre equidade é complexa, pois requer compreensão das relações sociais que se estabelecem entre usuários acometidos de doenças ou vítimas de acidente ou violência e que concorrem por serviços públicos. Ressalte-se, todavia, não ser objeto desse estudo questionar fundamentos econômicos, mas, antes, melhor conhecê-los e instrumentalizar-se para uma análise crítica sobre o papel do poder público, nos limites de sua capacidade institucional formal, em decidir o que produzir (produto e serviço), como produzir (a melhor utilização dos recursos e tecnologias) e para quem produzir em termos de ações de prevenção e recuperação da saúde pública, não se admitindo, assim, aos usuários do SUS, a condição de rivalidade no consumo⁸, visto afastar-se a prática do governo do direito ao acesso universal e integral, além do conceito de equidade, que se passa analisar agora.

Concordamos com a crítica de Wagstaff, Van Doorslaer e Paci (1989, p. 90) quanto à analogia apresentada por McLachlan e Maynard (1982), segundo a qual "[...] a equidade como a beleza, está na mente de quem vê [...]". Dadas as diferentes perspectivas sobre o conceito de equidade, por vezes, é erroneamente confundida com a igualdade. A igualdade é uma condição de ser igual. A distinção entre tais condições é importante porque a desigualdade pode ser considerada justa ou equitativa (MCINTYRE e GILSON, 2002).

Assim sendo, a equidade também pode ser vista como um princípio moral ou ético, tomada com base em critérios adotados para a distribuição dos recursos, bem-estar e oportunidades entre os diferentes subgrupos de uma dada população. Daí a implicação lógica de que a desigualdade não representa, necessariamente, a existência de disparidades injustas na distribuição de recursos e consequente bem-estar social.

Como visto, equidade horizontal corresponde à igualdade entre iguais, ou seja, uma regra de distribuição igualitária entre pessoas que estão em igualdade de condições,

⁸ Consumo Rival, na teoria econômica: os bens, segundo suas características, são classificados em excludíveis e não-excludíveis e em rivais e não-rivais. Um bem será rival quando seu consumo reduz a quantidade disponível para o restante de uma dada população e será excludível quando for possível impedir que alguém o consuma (seja por razões econômicas, jurídicas, políticas ou naturais). Quando os bens são simultaneamente rivais e excludíveis, são classificados como bens privados, enquanto que os bens públicos são, por definição, não-excludíveis e não-rivais (VASCONCELOS, 2000, p. 379-380).

enquanto equidade vertical é o termo utilizado sob a ótica do financiamento e da capacidade de pagamento. Travassos e Castro (2008) destacam que as normas que regem o SUS adotam a definição de equidade horizontal, de tal modo que necessidades iguais devem receber atendimentos e tratamentos iguais. Em muitos sistemas de saúde, as estratégias de ações por vezes se concentram em alcançar a equidade horizontal na prestação de cuidados de saúde.

Akazili (2010) enfatiza o fato de que a equidade vertical deve receber mais atenção como uma meta política de saúde. Segundo o autor:

Se, como é normalmente o caso, a doença não é distribuída aleatoriamente em diferentes grupos da sociedade, pode a sociedade não dar preferência, por razões de equidade verticais, para ganhos em saúde para os grupos sociais com saúde debilitada. (AKAZILI, 2010 p. 72, apud MOONEY, 1994).

Mcintyre e Gilson (2002) fazem crítica à perspectiva de Rawls (2000) e sua teoria "por trás do véu da ignorância", posto não ser suficiente tratar grupos sociais mais pobres da mesma forma que os outros no seio da população, mesmo que isso possa ser mais justo do que o *status quo*. Rawls reformulou sua teoria da justiça em 1982, na qual afirma:

- i. cada pessoa tem igual direito a um esquema plenamente adequado de liberdades básicas iguais que seja compatível com um esquema similar de liberdades para todos e;
- ii. as desigualdades sociais e econômicas devem satisfazer duas condições – estar associadas a cargos e posições abertos a todos sob condições de igualdade de oportunidades; e, segundo, ser para o maior benefício dos membros da sociedade que recebem menos vantagens (RAWLS, *apud* SEN, 2001).

Turner (1986), por sua vez, analisa a condição de igualdade em quatro aspectos teórico-conceituais:

- a) ontológico – inerente à condição de ser humano, constituinte de princípios religiosos e correntes filosóficas;
- b) oportunidades – princípio das doutrinas liberais que ponderam que, dado um mesmo patamar de direitos, o acesso a posições sociais resultaria da competição entre os indivíduos que as conquistarão conforme seus méritos;
- c) condições – estabelecimento de um mesmo nível de partida, isto é, nivelamento da satisfação de um mínimo de necessidades básicas, substancialmente idênticas em todos;

d) resultados – envolve mudanças nas regras de distribuição para transformação das desigualdades de início em igualdade de conclusão.

Em síntese, a discussão sobre a equidade no financiamento aos serviços de saúde se volta a reconhecer os sujeitos, regiões, estados ou municípios em suas especificidades epidemiológicas, estruturais, de ordem física e humana, quanto à prestação de serviços públicos, econômicas, geográficas, sociais e culturais, ou seja, desiguais, e o esforço do poder público para mitigar as diferenças nas condições de acesso às ações de saúde pública, através do elemento fundante: o financiamento. Que, para tanto, deve ser desigual entre estados e municípios, conforme as condições existentes, frente ao que determina a lei a que todos têm igual direito. A seguir, passamos a examinar e discutir a desigualdade do financiamento da saúde no Brasil.

1.3 Desigualdades do financiamento da saúde no Brasil

Entendemos como papel do governo federal definir critérios claros quanto às transferências de recursos financeiros aos estados e municípios, bem como à estratégia de redução de desigualdades regionais quanto ao acesso às ações e serviços públicos de saúde no reconhecimento das condições específicas de cada região e que, sem objetivos claros para mitigar diferenças históricas existentes no bojo do SUS, o acesso universal e a equidade se tornam meros elementos formais e jurídicos.

Numa rápida aproximação quanto à forma como os indivíduos de realidades econômicas, sociais e culturais particulares avaliam os diversos serviços de saúde prestados em seus respectivos espaços geográficos, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) realizou, em 2011, uma pesquisa denominada Sistema de Indicadores de Percepção Social (SIPS)^{9;10} que teve como objetivo desenvolver um sistema de indicadores sociais que se mostrassem úteis ao Estado e à sociedade. Os dados coletados possibilitariam, na perspectiva do Ipea, conhecer melhor como a população

⁹ Esta pesquisa é do tipo domiciliar e presencial e, na sua primeira edição (2010/2011), visitou 2.770 domicílios particulares permanentes, em 146 municípios, abrangendo todas as unidades da federação, adotando o método de amostragem por cotas com variáveis de controle validadas posteriormente com os parâmetros básicos da distribuição da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) realizada em 2008, pelo IBGE: sexo, faixa etária, faixas de renda e escolaridade. A margem de erro é de, no máximo, 5%, para um nível de significância estatística de 95% para o Brasil e para as cinco grandes regiões.

¹⁰Para mais detalhes, visite web site do Ipea, com link:http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/SIPS/110207_sipssaude.pdf

avaliava os serviços de utilidade pública que são ofertados e quão importantes são, independentemente de serem usuárias ou não dos seus programas e ações, servindo de base para a tomada de decisão por parte dos representantes do Estado.

A pesquisa buscou conhecer como a população percebe e avalia os serviços de saúde, divididos em três blocos:

- a) avaliação geral dos serviços prestados pelo Sistema Único de Saúde (SUS);
- b) avaliação de cinco tipos de serviços do SUS, a saber: atendimento em centros e/ou postos de saúde, atendimento por membro da Equipe de Saúde da Família (ESF)¹¹ atendimento por médico especialista, atendimento de urgência e emergência e distribuição gratuita de medicamentos;
- c) avaliação dos serviços prestados por planos e seguros de saúde.
(IPEA-SIPS, 2011, p. 3).

Os resultados da pesquisa indicaram que, apesar de muitos avanços, o SUS ainda apresenta dificuldades para garantir acesso e qualidade para toda a população brasileira, em grande parte explicadas pelo subfinanciamento do sistema, problemas de gestão e a relação entre o sistema público e o sistema privado de saúde, os quais, muitas vezes, rivalizam entre si por recursos humanos, financeiros e físicos. No entanto, passa despercebido da análise o fato de que as regiões mais pobres apresentaram os piores níveis de avaliação sobre os serviços prestados pelo SUS, tendo sido classificados, pelos pesquisadores do Ipea, como resultados similares entre todas as diferentes regiões brasileiras, tanto para as avaliações positivas (muito bons ou bons) quanto para as negativas (ruins ou muito ruins).

Desse modo, chamou-nos a especial atenção o fato de que os pesquisadores não destacaram as condições objetivas diferentes, observadas entre as regiões, tanto do ponto de vista físico, humano, material e financeiro, assim como não revelaram se as transferências de recursos federais concorrem para aproximar as regiões mais pobres das condições de acesso aos serviços recebidos pela população das regiões mais ricas, de modo a sugerir, com tal hiato, que não há qualquer tipo de relação causal entre repasse de recursos financeiros, acesso à saúde e a avaliação feita pela população local.

A pesquisa ainda destacou a existência de uma grande diferença entre as avaliações negativas atribuídas pelos entrevistados das Regiões Sudeste e Norte sobre

¹¹ A equipe básica é composta por, no mínimo: 01 médico; 01 enfermeiro; 01 técnico de enfermagem e 06 agentes comunitários de saúde.

os serviços prestados pelos centros e/ou postos de saúde.

É importante ressaltar que, nessas regiões, as avaliações positivas assumiram proporções de 28,3% e 42,2% para as Regiões Norte e Sudeste, respectivamente. São 13,9 pontos percentuais de diferença, mas não se encontrou qualquer aprofundamento sobre as possíveis causas ou razões que pudessem explicar tal diferença, como se estes números resultassem de um mero fenômeno estatístico.

A principal sugestão de melhoria indicada pelos entrevistados foi aumentar o número de médicos, diminuir a demora em ser atendido, melhorar a qualidade de atendimento desses profissionais, além da contratação de mais médicos e de médicos especialistas, sem que houvesse sido apresentado, por parte da pesquisa e dos pesquisados, a relação existente entre as fontes de arrecadação e financiamento e a distribuição de recursos voltados às ações de saúde.

Do ponto de vista das fontes de financiamento da Seguridade Social, Jorge et al. (2007) indicam que há uma arrecadação bastante expressiva, no seu entendimento suficiente para garantir a cobertura das despesas da saúde, previdência, trabalho e assistência social, de tal modo que foram observados ainda superávits significativos. Contudo, ao mesmo tempo os autores chamam a atenção para o descumprimento do Orçamento da Seguridade Social (OSS) de modo institucionalizado, através do Fundo Social de Emergência (FSE), de 1994, sua renovação em 1997 sob o nome Fundo de Estabilização Fiscal (FEF) e, finalmente, como Desvinculação das Receitas da União (DRU), em 2000, sempre com o mesmo propósito: “mecanismos que possibilitam o desvio de recursos do seu destino original constitucionalmente determinado” (JORGE et al., 2007, p. 6).

Soares (2007), em seus escritos¹², questiona a capacidade de endividamento externo possível e desejável para viabilizar a ampliação dos serviços de saúde no país, porém, muito embora reconheça que houve uma significativa expansão da arrecadação fiscal voltada à Seguridade Social, considera que sua destinação para a saúde não apresentou crescimento similar.

¹²Nos seus estudos, o autor considerou o período de 2000 a 2004, anos finais do segundo mandato do governo do ex-presidente Fernando Henrique Cardoso (FHC) e início do primeiro mandato do governo do ex-presidente Luís Inácio Lula da Silva.

Em trabalho mais recente, Soares (2009) analisa o período de 1995 a 2004, a partir dos empréstimos contraídos pelo Governo Federal para o setor saúde, por meio de acordos com o Banco Mundial e o Banco Interamericano de Desenvolvimento, tanto pelo governo de Fernando Henrique Cardoso quanto pelo de Luiz Inácio Lula da Silva. Tendo por base a análise documental, o autor conclui que o percentual de recursos públicos gastos em saúde é baixo, quando comparado aos países de maior renda, e a determinação dos dois governos em honrar os compromissos e orientações de política econômica dos bancos supracitados, no sentido de pagar a dívida externa contraída, ou seja “[...] o pagamento da dívida teve prioridade na alocação dos recursos em relação aos gastos do Ministério da Saúde” (SOARES, 2009, p.77).

Ressaltamos aqui a necessidade de se rediscutir as dimensões econômicas, políticas e de interesses de classes que estão por trás da lógica falaciosa sob os seguintes argumentos:

a) a dificuldade de acesso aos serviços públicos de saúde, no Brasil, é explicada, do ponto de vista do Poder Executivo, pela falta de recursos financeiros;

b) a prioridade do Governo brasileiro na década de 90, a despeito de um debate ou consulta popular, é o plano de estabilização da nova moeda (o Real), o controle da inflação e a amortização dos juros e da dívida externa do país. Para tanto, utilizam-se recursos do OSS;

c) o desfinanciamento do orçamento da seguridade social aprofunda as deficiências na estrutura pública de atendimento às necessidades da saúde.

Nestes termos, novamente volta o discurso sobre a falta do dinheiro necessário ao custeio das ações públicas de saúde, despontando como alternativa o endividamento externo. Configura-se, assim, um ciclo vicioso argumentativo.

Esse movimento segue uma falsa premissa de que primeiro seria necessário um esforço “coletivo”, voltado à arrecadação de recursos financeiros, para posterior benefício de toda sociedade na forma de melhores condições de acesso à saúde. Contudo, o que se seguiu foram o agravamento da baixa qualidade da oferta dos serviços públicos de saúde e a renovação do argumento de que a falta de dinheiro tudo explica. A participação da sociedade fora feita de forma compulsória, sem que a mesma receba, claramente, os benefícios no que diz respeito à universalidade de acesso aos serviços do SUS.

As ações e iniciativas do Poder Executivo voltadas para oferecer liberdade fiscal e orçamentária ao governo tornam-se cada vez mais uma ameaça aos direitos sociais conquistados. Observa-se, ainda, que os níveis de tributação, no Brasil, estão entre os mais altos do mundo, aproximando-se de 38% do PIB (AMARAL, 2009a), mesmo sem oferecer a contrapartida na forma de serviços públicos adequados em segurança, saneamento, saúde, educação, transporte público, entre outros, como fazem outros países desenvolvidos, cujas cargas tributárias são semelhantemente elevadas, mas reconhecidamente oferecem melhores serviços, segundo o mesmo autor. Para fins ilustrativos, este nível de tributação transferiu, para o governo, toda a riqueza produzida no Brasil durante quatro meses inteiros e mais 27 dias, no ano de 2006, ou seja, 147 dias; enquanto Suécia e França arrecadam o equivalente a 185 e 149 dias, mas apresentam uma realidade mais bem-sucedida de Seguridade Social e serviços públicos de saúde.

Os indicadores de elevadas taxas de arrecadação fiscal e baixos níveis de contrapartida em serviços públicos poderiam transformar-se em elementos para a construção de baixos níveis de aprovação do Governo pela sociedade mal assistida, mas tal relação não foi observada nesse período, no Brasil.

Pesquisa encomendada pela Confederação Nacional das Indústrias (CNI) ao Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística (Ibope), em meados de junho de 2010 (último ano do Governo Lula), indicou aprovação recorde (75%), contra 3% que consideravam seu governo “ruim ou péssimo”¹³. Entendemos que parte significativa da população brasileira ainda não relacionava, à época, a função do Estado em arrecadar tributos, que, em última análise, são recursos de toda a sociedade e derivam de sua obrigação em oferecer serviços públicos adequados ao seu povo.

Vale observar que não há qualquer indicação de que tais estudos têm pouca importância, a exemplo dos instrumentos de acompanhamento e controle de suas ações e impactos socioeconômicos; que podem sugerir um despertar do senso de urgência para iniciativas voltadas ao entendimento das práticas públicas e suas implicações sobre os direitos sociais, visto que, nesse processo, na análise de Soares (2000, p. 35), o “país foi

¹³Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/poder/2010/06/755929-aprovacao-do-governo-lula-segue-em-nivel-recorde-com-75-diz-cniibope.shtml>>. Acesso em: 14 jan. 2015.

pego a meio caminho na sua tentativa tardia de montagem de um Estado do Bem-Estar Social num processo que foi atropelado pelo ajuste neoliberal”, com a submissão à lógica do ajuste fiscal, a articulação entre assistencialismo focalizado e mercado livre, as privatizações no campo das políticas públicas e a refilantropização da assistência social (BEHRING, 2003).

Outra iniciativa criada para garantir os objetivos redistributivos das fontes de financiamento, por parte dos constituintes, foi o fortalecimento do Fundo de Participação dos Estados (FPE) e o Fundo de Participação dos Municípios (FPM), visando minimizar, em sua essência, as desigualdades regionais (JORGE et al., 2007). Contudo, é possível observar alguns pontos de preocupação quanto à alocação dos recursos na atenção básica à saúde, mas concentradamente nas Regiões Norte e Nordeste, sem uma aparente adequação de aportes financeiros e de infraestrutura para o atendimento da média e alta complexidade nestas regiões, por exemplo.

Os problemas brasileiros referentes ao financiamento e universalização dos serviços de saúde de fato perpassam mais profundamente no plano das prioridades políticas e dos interesses das classes que o Estado representa e defende do que nas dotações fiscais ou de disponibilidade de recursos financeiros.

Sobre esta política do Governo Federal, é possível perceber potenciais beneficiários. Primeiramente, o governo, na forma de novos espaços para negociações políticas e financeiras, nacionais e internacionais. Depois, os credores internacionais que, tendo garantido o retorno de seus investimentos através do recebimento de juros e de parte da dívida principal, poderiam conceder novos empréstimos ao país. Consideramos, ainda, que as operadoras privadas de plano de saúde pouco precisaram fazer para estimular novas adesões, recebendo possíveis fluxos de novos usuários que estariam dispostos a abrir mão de parte de sua renda para evitar depender da “falida” e amplamente noticiada estrutura do SUS.

Sobre o mercado de planos de saúde no Brasil, Ocké-Reis, Andreazzi e Silveira (2006, p.176) destacam que:

Em meados da década de 1980, então, dada a deterioração dos serviços previdenciários, houve um crescimento da demanda de serviços médicos diferenciados, em especial pelos operários qualificados, assalariados, executivos e profissionais liberais. Do lado da oferta, dada a presença sistemática de

incentivos governamentais, houve um favorecimento do Estado ao sistema privado de saúde, voltado para a cobertura das pessoas inseridas no mercado formal de trabalho. A partir da década de 1990, apesar da criação do SUS, a convergência desses fatores permitiu a consolidação dos planos de saúde.

Os mesmos autores também alertam que o consumo de planos de saúde é patrocinado via dedução de imposto de renda e sobre o custo financeiro ao Estado frente à resistência das operadoras “[...] em ressarcir a ANS pelos serviços prestados pelo SUS à clientela da medicina privada”. (OCKÈ-REIS; ANDREAZZI; SILVEIRA, 2006, p. 176).

Não obstante as iniciativas do Poder Executivo com o objetivo de desvincular os recursos do OSS, a municipalização do atendimento básico à saúde e a garantia de recursos previstos na Emenda Constitucional 29, estão em curso mudanças nas relações entre a sociedade brasileira, demandante por saúde pública, e os governos, para além das inter-relações entre as esferas (Federal, Estadual e Municipal).

Viana (2004) observa um crescimento de despesas na atenção básica, na ordem de 167,8%, no período de 1995 a 2001 da gestão do presidente FHC, enquanto os atendimentos de média e alta complexidade no mesmo período receberam incremento relativo de 80,4%. Como possível fator explicativo de tal diferença, a autora observou os valores investidos na modernização de todas as unidades e constatou um incremento na ordem de apenas 18,4%, considerando-se todos os tipos de unidade.

Apesar do esforço de diversos pesquisadores em estimar a demanda futura por serviços de saúde, sejam privados ou públicos, tal intento tem-se apresentado pouco prático. Para efeito de planejamento orçamentário, seria bastante conveniente dispor de tais indicadores futuros, de modo a apoiar as decisões de gestores envolvidos no atendimento dos usuários dos serviços de saúde.

Iunes (2001, apud SANCHO, 2007, p. 22) também indica algumas características observadas como condicionantes em relação à demanda por saúde como específicas e distintas das relações de demanda por outros serviços ou produtos. Nessa perspectiva, afirma:

As condicionantes estão relacionadas com a imprevisibilidade e irregularidade da demanda por serviços de saúde, com o comprometimento da racionalidade do paciente à demanda por atenção à saúde mediante a doença, a incerteza e o risco diante da falta de experiência anterior que o subsidie para o consumo de serviços de saúde, e pela assimetria de informação, que propicia a denominada demanda induzida.

Além disso, Sancho (2007) registra o dissenso entre a saúde *per si* e a provisão de saúde, em vista da existência de um impasse epistemológico entre o conceito econômico de demanda e o conceito sociológico, epidemiológico e político sobre a necessidade, e considera que tal conceito torna-se a maior inserção dos diversos conceitos microeconômicos, voltados à avaliação econômica em saúde.

Fortalecer a cultura do Estado incapaz de atender adequadamente seus cidadãos constrói e enrijece/estimula a ideia da naturalização do atendimento à saúde numa perspectiva mercantil, através da contratação de planos privados de saúde, pensados de forma hierarquizada do ponto de vista de risco (grupos de faixas etárias próximas), considerando o potencial de um grupo de usuários utilizarem cuidados médicos, hospitalares e demais serviços diagnósticos a um custo superior aos valores arrecadados através das mensalidades por eles pagas, além do índice de inadimplência, previsto neste tipo de associação; limitando a responsabilidade da empresa fornecedora dos contratos a uma determinada região geográfica e a um determinado número de estabelecimentos aonde seus usuários poderão recorrer quando necessitarem. A saúde pública, tomada como mercadoria e refém da exploração do capital, produz efeitos econômicos, sociais e culturais perversos.

Além disso, consideramos que há uma particularidade na realidade brasileira: o indivíduo, quando não possui plano privado de saúde, passa a ser estigmatizado socialmente como “pobre” ou de baixa renda, dependente da estrutura pública para o atendimento de suas necessidades individuais por saúde. Mesmo aqueles que conseguem contratar serviços privados de assistência à saúde, por vezes se deparam com enfermidades cuja gravidade demanda procedimentos e medicamentos caros, não raro não cobertos pelo seguro de saúde ou arbitrariamente negados, sendo obrigados a custear por si tais investimentos ou, reconhecida a incapacidade financeira pessoal/familiar, se voltam ao sistema público de saúde como última instância de resgate da vida ou saúde, agora entendida como um dever do Estado e direito de toda sociedade, ainda que seu cumprimento se dê por vias judiciais¹⁴.

Notamos ainda que entre a expansão da renda e a conquista de aquisição de plano

¹⁴ Um fenômeno observado hoje é a judicialização da saúde (FERRAZ; VIEIRA, 2009).

privado, são inferidas as limitações dos procedimentos previstos em contratos deste tipo (geralmente do tipo contrato de adesão), cujos termos são regulados pela Agência Nacional de Saúde Complementar (ANS), que favorece a integridade financeira dos grupos administradores dos planos. Percebemos então que, no Brasil, não há garantia de acesso à saúde de qualidade como direito à proteção à vida, seja no atendimento público ou através de planos privados.

1.4 Impacto da crise do capitalismo na seguridade social na América Latina e no Brasil

A saúde como direito universal está estritamente relacionada e depende da efetivação de outros direitos: à alimentação, à moradia, ao trabalho, à educação, à dignidade humana, à vida, à não-discriminação, à igualdade, entre outros, como consta na Declaração Universal dos Direitos Humanos.

Para compreender as condições da seguridade social (da) na América Latina e no Brasil, sobre o direito universal à saúde, garantido no Brasil pela Constituição Federal de 1988, é necessário refletir as relações entre Estado, sociedade e as estruturas capitalistas de produção e prestação de serviço no âmbito internacional, reconhecendo suas diferentes formações sociais, culturais e legais.

Voltando às particularidades quanto à forma como o Governo Lula tratou a efetivação da universalidade de acesso aos serviços de saúde, particularmente em tempos de neoliberalismo, o presente tópico também explora aspectos relevantes do Estado de Bem-Estar Social e reflete sobre os embates da classe trabalhadora, enquanto processo de luta frente (ante) ao capitalismo e suas expressões.

Behring e Boschetti (2008) registra que todos os países da América Latina estabeleceram seus sistemas de seguridade social na primeira metade do século XX em condições bastante heterogêneas, baseados no pensamento keynesiano de que o Estado assume papel fundamental para o desenvolvimento econômico através da criação e ampliação de políticas sociais, atribuindo aos gastos públicos o papel de aumentar a demanda por bens e serviços de consumo, importantes na geração de emprego. Entretanto, as condições sociais, jurídicas e de infraestrutura para acesso aos serviços públicos de saúde são bastante distintas entre os países.

Com a Segunda Grande Guerra as condições econômicas e sociais se alteram e promovem mudanças quanto à ação do Estado:

A adoção de políticas governamentais fundadas no neoliberalismo atingiu o coração do modelo fordista-keynesiano que permitiu a expansão do Estado social e da seguridade social nos países capitalistas do centro-norte europeu no período do pós-Segunda Guerra até os anos de 1970 (BEHRING e BOSCHETTI, 2008, p. 175)

A autora ainda argumenta que:

[...] o debate sobre a seguridade social na América Latina deve ampliar as análises restritas à previdência ou pensões, visto que traz, em seu cerne, tanto a 'lógica do seguro' quanto 'a lógica da assistência', sendo essa associação a grande inovação proposta pelo Plano Beveridge (BEHRING e BOSCHETTI, 2008, p. 177).

Segundo relatório OMS/Opas (2012), temos as seguintes estruturas de cobertura e assistência à saúde (Quadro 1):

Quadro 1 - Cobertura Populacional segundo o Subsistema de Assistência à Saúde

País	Período	Subsistema	Cobertura Populacional segundo o Subsistema
Argentina	2006 a 2010	Público	100% da população tem acesso à cobertura básica do sistema público (independente da cobertura privada).
		Seguro Social	51,2%: obras sociais.
		Privado	7,9% medicina pré-paga.
		Outros	3,2% seguro familiar através de planos privados (adesão voluntária em fundos pré-pagos, mútuos etc.).
Bolívia	2008	Público	11% subsetor público (Ministério da Saúde Pública e Desportos)
		Seguro Social	31% Fundo Nacional de Saúde (CSN), outros fundos de segurança social de saúde, Fundo Petrolífero de Saúde, Seguro Social Universitário e outros
		Privado	12% pagamentos diretos e seguros médicos privados, inclusive organizações não governamentais (ano base 2006).
Brasil	2006	Sem cobertura	45% sem acesso a serviços de saúde.
		Público	80,4% cobertura exclusiva pelo Sistema Único de Saúde (SUS). 98% coberto na Atenção Básica e 68,4% pelo Programa Saúde da Família.
		Privado	19,6% de cobertura através de planos coletivos de empresas privadas. Esses usuários mantêm todos os direitos de cobertura oferecidos pelo SUS.
		Público	100% garantido pelo Acesso Universal com Garantias Explícitas (Boom) (provisão pública ou privada).
Chile	2010	Seguro Social	73,5% Fundo Nacional de Saúde (Funasa) (cobertura legal).
		Privado	16,3% Instituições de seguro de saúde (Isapre).
		Outros	6,7% Forças Armadas e 3,5% sem garantias formais.
		Público	29% vinculados a um regime de segurança social que oferece acesso a serviços e benefícios com recursos limitados e cobertura de cuidados da atenção básica (saúde pública coletiva).
Colômbia	2004	Seguro Social	Sistema Geral de Segurança Social em Saúde, sendo 39,7% em regime contributivo e 51,4% atendidos por um sistema subsidiado. Há 72 empresas de Promoção da Saúde.
		Outros	3,9% vinculados a regimes especiais: forças armadas, polícia, trabalhadores da área de petróleo, entre outros. 4,3% não estão cobertos pelo Sistema de Segurança Social em Saúde.

(continua)

(Continuação)

País	Período	Subsistema	Cobertura Populacional segundo o Subsistema
Equador	2006	Público	28% através do Ministério da Saúde Pública
		Seguro Social	21% cobertos pelo Instituto Equatoriano de Seguro Social. 7% através do Seguro Social Rural. 3% forças armadas e polícia.
		Privado	26%, destes têm-se 6% assistidos por instituições sem fins lucrativos e 20% por organizações com fins lucrativos (desses 3% pagam seguro privado de saúde). 17% pagam diretamente as instituições prestadoras de serviços de saúde.
		Outros	27% sem acesso a serviços de saúde e 76% sem cobertura de seguro social ou seguro médico privado.
Guiana	2006	Seguro Social	Programa de seguro social obrigatório a empregados e trabalhadores autônomos dos 16 aos 60 anos.
Paraguai	2005	Público	35 a 42% têm acesso via oferta do Ministério da Saúde (cobertura teórica).
		Seguro Social	18,4% através do Instituto de Previsão Social ou outros tipos, tais como individual, familiar, militar, policial, entre outros)
Peru	2010	Privado	7% pagam diretamente aos prestadores de serviço.
		Público	37% Seguro Integral de Saúde do Ministério da Saúde.
		Seguro Social	20,1% através do EsSalud e outros 3% através de entidades prestadoras de serviço, forças armadas e polícia.
		Privado	5,5% têm seguros privados.
Suriname	2010	Público	37,4% sem cobertura do seguro social ou seguro privado de saúde.
		Seguro Social	54%, sendo 30% do Ministério da Saúde e 24% do Ministério de Assuntos Sociais.
		Privado	27% Fundo de Seguro Médico do Estado (SZF) e 21% através da Missão Médica (desses, 6% com subsídios do governo do Suriname).
		Outros	13% com seguros privados: sendo 10% de planos de seguro empresariais e 3% seguros médicos pessoais.
Uruguai	2006	Público	1% sem seguro.
		Seguro Social	45,3% Ministério da Saúde e Administração de Serviços de Saúde do Estado.
		Privado	45% mútuos.
		Outros	1,8% através de seguros privados de cobertura integral.
Venezuela	2010	Público	7,6%, sendo 5,3% das Forças Armadas e 2,3% da Polícia.
		Seguro Social	Missão Bairro Adentro, do Ministério do Poder Popular Atenção Básica: atendido pelo Ministério Sistema de Previdência Social (Inclui Instituto Venezuelano de Previdência Social); Secretaria dos Trabalhadores e Ambiente do trabalhador.
		Privado	Seguros privados e medicina pré-paga.

Fonte: Relatório OMS/Opas 2012, p. 68-69. Tradução livre.

Nota: Base de cálculo US\$ do ano de 2010.

Destacam-se os percentuais de pessoas sem cobertura, sendo 45% na Bolívia, sem acesso a serviços de saúde, 27% no Equador, 38,6% no Paraguai, o Peru com 37,4%, enquanto o Brasil apresenta 98% de sua população coberta pela Atenção Básica e 80% exclusivamente pelo SUS.

Pessoto (1994, p. 62), diretor Opas, no documento *Salud, equidad y transformación productiva en América Latina y Caribe*¹⁵, ao se referir ao plano da reforma

¹⁵ OPAS. *Salud, equidad y transformación productiva en América Latina y Caribe*. Washington, 1994.

setorial afirma que “tenemos que generar las circunstancias que aseguren la universalidad de acceso a los servicios de salud, la eficacia social de la atención y la eficiencia en el uso de recursos”. (OPAS, 1994, p. 2)

De acordo com a Opas (1994, p.82):

La tendencia a la recuperación de los costos, mediante la fijación de tarifas que cubran total o parcialmente el valor de la prestación de servicios públicos anteriormente gratuitos, se está generalizando. Desde el punto de vista de la equidade, resulta absolutamente justificable aplicar el principio de que “el que puede hacerlo, debe pagar”, em especial porque com frecuencia esos servicios favorecem a sectores solventes de la sociedade.

Nesse sentido, as políticas públicas de saúde assumiram caminhos jurídicos e de financiamento distintos frente às sucessivas crises econômicas e segundo as diferentes tradições das estruturas da seguridade social entre os países da América Latina, ainda que cada nação, à sua maneira, discuta os princípios da universalidade e da equidade no acesso e financiamento de serviços de saúde pública.

1.5 Tendências do financiamento da saúde no Brasil

Entendemos por financiamento de saúde as fontes de recursos monetários necessários ou aqueles efetivamente investidos na prestação de diversos serviços associados à promoção, prevenção, tratamento e recuperação da saúde de uma dada sociedade, cuja origem poderá ser pública, na forma de tributos diversos oriundos de esferas de poder do Estado, além de empréstimos ou doações – internacionais ou domésticos, pelas empresas, na forma de planos coletivos de saúde, pelas próprias famílias, na forma de planos privados de saúde ou pela formação de poupanças individuais. Outras fontes de manutenção dessas estruturas estão nos planos coletivos de saúde empresariais, ou mesmo nas próprias famílias, na forma de planos privados, e ainda na formação de poupanças individuais.

No período anterior à CF/88¹⁶, nas décadas de 70 e 80, o Estado brasileiro

(Série Documentos reproducidos, n. 41)

¹⁶ Bravo destaca a importância da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em agosto de 1986 em Brasília; afirma que este evento “[...] representou, inegavelmente, um marco, pois introduziu, no cenário da discussão da saúde, a sociedade. Os debates saíram dos seus fóruns específicos (Abrasco, Cebes, Medicina Preventiva, Saúde Pública) e assumiram outra dimensão com a participação das entidades representativas da população: moradores, sindicatos, partidos políticos, associações de profissionais,

comprava os serviços de saúde comercializados por hospitais e clínicas privadas já amplamente presentes e consolidadas, financiados pelo Fundo de Assistência Social (FAS), conforme observam Ugá e Marques (2005).

A criação do Sinpas, (coloque por extenso, seguido da sigla) em 01 de julho de 1977, pela Lei nº 6.439, agregou o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), o Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS), o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), a Legião Brasileira de Assistência (LBA), a Fundação Nacional de Bem-Estar do Menor (Funabem) e a Empresa de Tecnologia e Informação da Previdência Social (Dataprev), de sorte que, no âmbito do Governo Federal, o sistema oficial de financiamento da saúde antes do SUS concorria (i) dentro dos recursos do complexo da previdência, subdividido entre os benefícios previdenciários, a assistência social e a atenção médico-hospitalar, cujo orçamento era fortemente dependente das contribuições de empregados e empregadores; e (ii) no âmbito dos recursos do orçamento fiscal destinados ao MS, definidos em condições de rivalidade entre as áreas da educação, justiça, transportes, defesa nacional, previdência do servidor público e outras responsabilidades da União, inclusive os poderes Legislativo e Judiciário (VIANNA, 1992).

Os recursos financeiros do Sinpas, que não se confundiam com os recursos do orçamento fiscal e a contribuição do Governo Federal, foram pouco expressivos. Apenas nos exercícios de 1971 e 1984, sua participação correspondeu a pouco mais de 10% da receita total do Sinpas, enquanto os anos de 1987 e 1988 registraram as menores taxas de participação (Quadro 2):

parlamento. A questão da Saúde ultrapassou a análise setorial, referindo-se à sociedade como um todo, propondo-se não somente o Sistema Único, mas a Reforma Sanitária" (BRAVO, 2007, p.96, grifos nosso).

Quadro 2 - Participação (%) das Transferências da União no Orçamento

ANO	%	ANO	%
1971	10,9	1980	5,2
1972	9,8	1981	9,5
1973	8,5	1982	9,7
1974	6,9	1983	8,2
1975	6,2	1984	11,6
1976	6,2	1985	4,4
1977	7,1	1986	3,9
1978	5,9	1987	0,8
1979	5,0	1988	0,6

Fonte: VIANNA, 1992.

O Fundo de Previdência e Assistência Social (FPAS) foi a principal fonte de recursos financeiros voltados ao financiamento da saúde no período anterior à CF/88, cuja participação média, durante os anos 1980, foi de 80% dos investimentos do Governo Federal com saúde, o que indica uma forte dependência dessa fonte às ações do complexo previdenciário. Não obstante, observou-se, nesse período, o aumento da participação do Tesouro Nacional no financiamento federal à saúde, de 13% no ano de 1980 para 21% em 1990, explicados, de um lado, pela incorporação dos recursos do Fundo de Investimento Social (Finsocial¹⁷) como recursos do Tesouro e, do outro, pela própria redução no volume arrecadado pelo FPAS (MARQUES; MENDES, 2009).

A retração da economia brasileira nos anos 1980, período conhecido como a década perdida, e a consequente redução dos níveis de emprego e salário no país explicam a redução dos recursos arrecadados pelo FPAS. Em 1981, por exemplo, o Produto Interno Bruto (PIB) contraiu mais de 4% em relação ao ano anterior, com impacto negativo da ordem de 1,98% sobre os recursos do FPAS. Nesse cenário de instabilidade econômica, o Governo Federal decide aumentar as alíquotas de contribuição dos contribuintes do Fundo, além de alterar o teto, e passou a exigir a contribuição dos aposentados (MARQUES; MENDES, 2009).

Ainda que mergulhado em crise econômica, com retração do PIB e as maiores taxas de inflação já observadas no país, no campo político, o Brasil vivencia o processo de redemocratização da sociedade, com destaque para o movimento popular pró-

¹⁷ Atual Cofins (Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social).

constituente, que fora capaz de introduzir, na CF/88, a Seguridade Social e a garantia de novos direitos sociais.

Nesse contexto de desigualdade socioeconômica, os constituintes estabelecem na CF/88 a garantia de direitos básicos e universais de cidadania, através do direito universal e integral à saúde pública, mediante uma rede de atenção regionalizada e hierarquizada, além da descentralização^{18;19;20}, participação social na gestão e processo decisório na execução das políticas de saúde. Definiu ainda como complementar a participação dos prestadores de serviços privados e os novos mecanismos de financiamento mais estáveis, a fim de garantir volume e segurança financeira à implementação das políticas de saúde (MARQUES; MENDES, 2007).

Os investimentos públicos em saúde têm fontes distintas e vinculadas, a saber: OSS, composto pela Contribuição sobre o Lucro Líquido (CSLL) e Cofins, e sua destinação é definida por meio de leis federais. Também participam como fonte de recursos os tesouros federal, estadual e municipal e demais impostos gerais da União, sendo seu ingresso livremente regulado pelos estados e com consequente volume e participação pouco representativa no câmputo geral de recursos da saúde pública (UGÁ; PORTO, 2008).

Mesmo que o financiamento do SUS esteja vinculado ao Sistema de Seguridade Social (Saúde, Previdência e Assistência Social), conforme previsto pela Constituição Federal de 1988 e seguido pelas Cartas Magnas Estaduais e respectivas leis orgânicas

¹⁸ Descentralização da estrutura do SUS representa “[...] a transferência de atribuições em maior ou menor número dos órgãos centrais para os órgãos locais ou para pessoas físicas ou jurídicas. Centralização é a convergência de atribuições, em maior ou menor número, para órgãos centrais”, de modo que, embora descentralizado, o sistema é único e definido, como dispõe o artigo 4º, caput, da Lei nº 8.080/90, como “o conjunto de ações e serviços de saúde, prestado por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público”

¹⁹ Um dos objetivos fundamentais da descentralização do SUS é mitigar a necessidade de deslocamentos significativos, por parte dos usuários, para receberem atendimento médico adequado, tal como dispõe a Norma Operacional da Assistência à Saúde (Noas) 1/2001 sobre o Plano Diretor de Regionalização das Secretarias de Saúde dos Estados, quanto à assistência à saúde, indicando que devem ser elaborados, tendo entre os seus objetivos os de garantir “[...] o acesso aos cidadãos, o mais próximo possível de sua residência, a um conjunto de ações e serviços mínimos”(Capítulo I, item 3-A). Noas 1/2001 <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html>

municipais na busca de garantir o acesso universal e integral aos serviços de saúde (ao impor como dever do Estado o financiamento da política pública, fomentado pela arrecadação de impostos e tributos), a baixa participação do setor público no financiamento setorial se explica pelas “rédeas do ajuste macroeconômico de cunho neoliberal” (UGÁ; MARQUES, 2005).

A respeito das transformações recentes dos sistemas de saúde na América Latina, Almeida (2002, p.24) afirma que:

No que toca aos sistemas de saúde, apesar da diversidade, têm características comuns que ao mesmo tempo que justificam uma perspectiva regional, impõem maior rigor analítico na análise de cada país particular. A heterogeneidade é muito grande e as reformas implementadas tiveram forte inspiração neoliberal. Mesmo assim, a vanguarda privatizadora chilena e a ambiciosa experiência colombiana convivem com a particular reforma brasileira, com o singular sucesso do modelo sanitário socialista cubano e o igualmente exitoso sistema de Costa Rica. Alguns países dedicam somas importantes de recursos financeiros à saúde, sem, entretanto, conseguir resultados equivalentes, se comparados com alguns países do Norte do mundo ou mesmo com os conterrâneos mais bem-sucedidos em âmbito sanitário. Essa rica diversidade regional está merecendo, de fato, maior atenção dos analistas, acadêmicos ou não.

Na experiência brasileira sobre os ajustes macroeconômicos e sua interferência na produção de serviços de saúde, Ugá e Marques (2005, p. 200) observam que não houve retração do aparelho do Estado, mas houve contenção de recursos para o SUS durante a década de 90, agravada pelo frequente contingenciamento dos recursos destinados ao setor, provocando uma crise de financiamento do sistema, determinada por fatores externos associados ao ajuste fiscal seguido pelos diferentes governos.

Essa crise seguida de contingenciamento dos recursos, segundo Behring (2003), dá início ao que se denomina hoje de contrarreforma do Estado, de caráter conservador e regressivo sobre direitos sociais conquistados na Constituição de 1988. Segundo Paulo Netto (2004), esse movimento, que chama de “reforma”, se explica pelos vínculos estreitos entre sucessivos governos nacionais com o grande capital internacional.

A dinâmica relação entre o financiamento do sistema de saúde e as condições macroeconômicas estimula o debate no campo da equidade em diversos espaços acadêmicos e políticos.

Nas ciências econômicas, a discussão sobre o princípio da equidade está comumente inserida no campo da análise da estrutura tributária, junto ao princípio da Neutralidade. Este último diz respeito ao impacto de um determinado tributo sobre as

condições de preços relativos. A Neutralidade tributária seria obtida na condição em que o tributo não altere os preços relativos²¹, ou minimize sua interferência. O princípio da equidade diz respeito à justa distribuição do ônus de um determinado tributo entre os indivíduos. Em sua análise, a ciência econômica observa outros dois princípios: o princípio do benefício e o princípio da capacidade de pagamento (VASCONCELLOS, 2010).

O princípio do benefício define como tributo justo aquele que é pago pelo contribuinte ao Estado em valores proporcionais aos benefícios que recebe do Governo. Dessa forma, esse princípio estabelece condição simultânea entre o total da contribuição e a sua vinculação ao investimento, ou seja, como a tributação será distribuída. Por sua vez, segundo o princípio da capacidade de pagamento, os agentes econômicos devem contribuir com os tributos conforme a sua capacidade de pagamento, comumente observada através da renda, do consumo e do patrimônio (VASCONCELLOS, 2010, p. 395-396).

Lima (2008), ao tratar o modelo de federalismo fiscal, chama a atenção para os imperativos da política de estabilização econômica e para a contenção de gastos em saúde, que promovem constrangimentos e desequilíbrios na redistribuição de recursos em favor da redução de desigualdades entre estados e municípios brasileiros. Tais irregularidades/inconstâncias decorrem do fato de não haver garantias de oferta de um conjunto de serviços em saúde nas diferentes regiões, além do escasso planejamento das transferências federais ao SUS como barreira à mitigação dessas desigualdades regionais, permeado pela alocação de recursos por “[...] interesses políticos, econômicos e loco-regionais por ela representados” (LIMA, 2008, p. 592).

Dain (2008) aprofunda o debate no contexto das relações intergovernamentais, ao apontar uma série de fatores, como a potencial desconstrução das relações dos entes federados no âmbito do SUS, o risco da reforma tributária e a construção do imposto sobre valor adicionado (IVA) federal em substituição aos tributos voltados para o financiamento da Seguridade Social (Cofins). Ademais, cita o Programa de Integração

²¹Preço relativo diz respeito ao preço atribuído pelo mercado a um determinado produto ou serviço.

Social (PIS), a Contribuição de Intervenção no Domínio Econômico (Cide) e o IVA estadual como alternativas ao atual Imposto sobre Operações Relativas à Circulação de Mercadorias e sobre Prestações de Serviços de Transporte Interestadual e Intermunicipal e de Comunicação (ICMS), (cujo trâmite ocorre através de seu encaminhamento pelo Governo Federal ao Congresso Nacional). O pesquisador alega que a referida cobrança, por se afastar do SUS, contribui para o “desfinanciamento em termos de uma seguridade social enfraquecida” em função do modelo de partilha, que não distingue saúde, assistência social e previdência, haja vista tal projeto de reforma destacar 38,8% do valor arrecadado pelos IVAs federal e estadual. O autor considera o período de 2000 a 2006, no qual os valores disponíveis, segundo os critérios definidos no projeto de reforma, representariam uma redução de 63% dos recursos disponíveis (DAIN, 2008 apud DELGADO, 2008).

Ugá e Santos (2005, 2006) consideram que a arrecadação federal de recursos no campo de financiamento do SUS adota o princípio da progressividade tributária, tendo como referencial analítico a equidade no financiamento do SUS, cujo fundamento é de que os mais ricos contribuirão proporcionalmente mais. Ou seja, tem como método o impacto da distribuição do ônus do financiamento setorial, via arrecadação fiscal, a partir da estrutura tributária, em sua relação com a distribuição da renda do país.

As autoras ainda observam que o efeito regressivo dos gastos em saúde, em especial sobre os dez por cento mais ricos, ou décimo de renda mais rico, torna-se progressivo sobre os três decis mais pobres, por terem menores gastos em saúde do que proporcionalmente a renda, além de proporcionalidade tributária sobre a população pertencente aos 4º, 5º, 6º, 7º, 8º, 9º decis, isto é, referente àqueles de renda baixa e média baixa.

As autoras ainda investigaram a progressividade por tipo de tributo, constatando o efeito regressivo dos tributos indiretos Confins, IPI, ICMS e ISS, devido à fácil transferência para o consumidor final, conforme afirmam Ugá e Santos (2005, p. 52-53; 2006, p. 1064). Em ambos os estudos, os pesquisadores ainda fazem críticas ao histórico de renúncia fiscal, praticada pelo Estado brasileiro, a partir dos anos 1990, mediante deduções de gastos privados em saúde e educação no cálculo do imposto de renda de pessoas físicas e jurídicas, cujo valor total representou 2% do PIB.

Ocké-Reis (2012, p.149), com relação ao estudo de Ugá e Santos (2007), observa a progressividade tributária brasileira e pondera “[...] que a renúncia é menor do que o gasto em saúde efetuado pelos contribuintes (IRPF) e pelas empresas (IRPJ)”. Além disso, para o autor:

[...] uma redução ou eliminação desse subsídio não afetaria a demanda das famílias por planos de saúde na mesma medida que a das firmas empregadoras: para as famílias, as necessidades de saúde estão presentes nas decisões acerca dos gastos; porém, para as empresas predomina a lógica relativa aos custos e benefícios associados às coberturas de riscos de saúde (OCKÉ-REIS, 2012, p. 149 *apud* ANDREAZZI; SICSÚ; HOLGUIN, 2008).

Em outra perspectiva, Costa (2003) desenvolveu um trabalho no sentido de identificar os principais critérios de alocação de recursos financeiros no período de 1991 a 2002, tomando por base os documentos que regulamentam a relação entre o Governo Federal e demais entes federados, no âmbito do SUS: a CF/88, as Leis Infraconstitucionais que se seguiram e as Normas Operacionais Básicas do SUS (NOBs de 1991, 1992, 1993, 1996 e 2002).

Observa o autor que a operacionalização do conceito de equidade exige, para além de uma política de alocação desigual, a operacionalização do conceito de necessidade. Para tanto, sugere como instrumental uma série de indicadores de difícil operação previstos na Lei Orgânica da Saúde (COSTA, 2003). Argumenta ainda que o significado da equidade e suas manifestações para o cidadão comum consistem em promover a distribuição mais equitativa de recursos; isto, sim, representaria uma melhor e mais próxima atenção à saúde do cidadão, de maneira especial aos mais pobres (COSTA, 2003).

Nunes (2004, p. 24), para avaliar a equidade da distribuição dos recursos federais para o SUS, adota como variável *proxy* a capacidade de autofinanciamento (receita própria *per capita*, que diz respeito à capacidade financeira do município ante a variável renda *per capita* que trata da capacidade individual) como variável moderadora para auxiliar as decisões de alocação de recursos públicos federais do SUS. Pressupõe o autor a existência de grande desigualdade geográfica entre as unidades da federação e municípios, além da redução de tais desigualdades como fator que produzirá maior equidade na alocação geográfica dos recursos financeiros.

Na perspectiva do autor, essa distinção é significativa, posto que, ao tratar-se de

equidade, é necessário identificar preliminarmente quais são as regiões mais pobres. Para tal, o pesquisador adota o Índice de Necessidade em Saúde (INS) e a variável moderadora da receita própria *per capita* (NUNES, 2004). Outrossim, procura avaliar a correlação existente entre estas variáveis (esses indicadores) e o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M), os gastos em ações, os serviços de saúde e a mortalidade infantil.

Para efeito de avaliação de sua metodologia, o autor analisa os resultados dos estados de São Paulo, Espírito Santo e Ceará, tomando por base os dados do Sistema de Indicadores de Percepção Social (Siops) e do Atlas do Desenvolvimento Humano do ano de 2002. Em suas conclusões, o autor conclui que “[...] o atual modelo de alocação de recursos inter-regionais do SUS apresenta características de iniquidade” (NUNES, 2004, p. 57), e sugere que sejam utilizadas, como fator redistributivo dos recursos, as necessidades populacionais por serviços de saúde, mediante a criação de uma *proxy* de necessidade, cujo objetivo será identificar os níveis de desigualdades no atual modelo de descentralização de recursos.

O mesmo estudo indica limites à aplicação dessa ferramenta para formulação de políticas de redistribuição de recursos e sugere algumas perguntas para discussão, que considera essenciais aos estudos sobre equidade em distribuição de recursos: “É uma questão de desigualdade de que: Oferta? Acesso/utilização? Financiamento? Qualidade? Situação de Saúde (desigualdade epidemiológica)? Condições de vida (desigualdades socioeconômicas)?” (NUNES, 2004, p. 52)

Para analisar as estratégias de financiamento da atenção básica em municípios com mais de 100 mil habitantes do Estado de São Paulo, Viana (2008), dialogando com o trabalho de Lima (2008), observa que o padrão de financiamento e gasto está relacionado aos níveis de eficácia e efetividade dos sistemas municipais de saúde de atenção básica, conquanto ele destaca a interferência que os repasses de recursos para a média e alta complexidade exercem sobre o primeiro nível de atenção, tal como demonstrado pelos municípios de Cotia e Presidente Prudente. As referidas cidades, ao receberem adequados repasses financeiros referentes ao Piso de Atenção Básica (PAB) e baixos repasses relativos à média e alta complexidade justificam a condição de crise nesse nível de atenção, cuja solução adotada foi a transferência de parte ou da totalidade

da gestão da média e alta complexidade para o Governo do Estado.

Mendes, Leite e Marques (2011) propõem uma metodologia de alocação de recursos do Governo Federal para a atenção básica e de média e alta complexidade, observando as poucas iniciativas desenvolvidas no sentido de atender às exigências legais da universalidade e equidade. Para avaliação da metodologia sugerida, apresentam uma comparação entre a proposta de distribuição de recursos para o ano de 2005, a partir do estudo, frente aos valores efetivamente repassados para os dois níveis de procedimentos. Para os repasses da atenção básica, os autores alcançam todos os municípios brasileiros, representados e agregados por Estado, enquanto os de média e alta complexidade são apresentados por entes da federação.

Mendes, Leite e Marques (2011, apud CARR-HILL et al., 1994) avançam no sentido de revisar a literatura internacional voltada para métodos quantitativos que possam contribuir para a construção de políticas equitativas na distribuição de recursos de saúde, ao que observam a singularidade da realidade brasileira pela existência de acentuada desigualdade de oportunidades em serviços públicos de saúde, não obstante a adoção do modelo inglês *Resource Allocation Working Party* (RAWP), cuja aplicação ao caso brasileiro seria justificável pela capacidade de esta abordagem captar e dimensionar níveis de desigualdades relativas de padrões menos significativos do que as observadas em nossa realidade.

Destaca-se ainda que não existe um consenso entre as diferentes metodologias para alocação equitativa de recursos em saúde e as formas de medir as necessidades na definição de uma *proxy*, ponto no qual o trabalho se diferencia daqueles já desenvolvidos, tal como indicados nos trabalhos de Porto *et al.* (2003; 2006; 2011).

Mendes, Leite e Marques (2011), em suas conclusões, com base no princípio da equidade, sugerem que, no ano de 2005, teria sido necessário acrescentar, segundo o modelo de distribuição de recursos, R\$ 403,4 milhões de reais para os valores totais da atenção básica a todos os estados da Região Norte e Nordeste, e ao Estado de Goiás²² da Região Centro-Oeste. Essas localidades passariam a receber maiores repasses a partir da correlata redução dos recursos enviados aos demais estados desta última região

²² Detalhes sobre alocação de recursos destinados à prestação de serviços de saúde no Brasil nas décadas de 50 e 60 Cf. Mascarenhas (2006).

e todos das regiões Sul e Sudeste para fins de procedimentos de média e alta complexidade. Para uma melhor adequação orçamentária e distribuição equitativa, os autores consideram que o ano de 2005 demandava recursos adicionais na ordem de R\$ 3.610,50 milhões para que ambos os níveis de atenção fossem promovidos sem a necessidade de redução de repasses para os estados.

Para avaliar o Governo Lula quanto à política de saúde pública, Menicucci (2011) elaborou ensaio a partir de fontes secundárias, tais como artigos e dados institucionais, além de captar a percepção de dois atores qualificados e relevantes, nas palavras da autora, no cenário do SUS. Para o estudo, a pesquisadora trabalhou em dois eixos temáticos: as ações próprias do MS e as ações gerais do seu governo que atuaram sobre os condicionantes de saúde, a exemplo do meio ambiente saudável, renda, trabalho, saneamento, alimentação e educação.

Em seu trabalho, adota o argumento central de que:

O Governo Lula foi mais inovador na sua atuação sobre os condicionantes da saúde do que no aspecto endógeno da política de saúde; no âmbito setorial, os avanços foram incrementais e qualitativos, no processo contínuo e difícil de implantação dos princípios do SUS em um contexto de despolitização da questão da saúde e de um debate restrito ao financiamento sem que sejam colocados na agenda pública os problemas estruturais do sistema de saúde (MENICUCCI, 2011, p. 522).

Após apresentação resumida das ações diretamente vinculadas à saúde e aquelas associadas aos condicionantes da saúde, que classifica como inovadoras, elabora, em suas considerações finais, a seguinte pergunta: “[...] era de se esperar uma agenda mais inovadora do Governo Lula, no sentido de se radicalizar a implementação dos princípios do SUS, esses mesmos uma construção de grupos historicamente vinculados às bases sociais mais importantes do governo? ” (MENICUCCI, 2011).

Ao que responde:

Essa aposta me parece, no mínimo, ingênua, pois os grandes gargalos estão relacionados a questões dificilmente solucionadas apenas pelo voluntarismo político, como as bases de financiamento no contexto geral da política de saúde dual, a relação público/privado, a macrorregulação, a incorporação livre de tecnologia médica com o consequente encarecimento dos atos médicos (MENICUCCI, 2011, p. 531).

A autora reflete que o Presidente Lula logrou êxito no cumprimento de suas metas de campanha, não obstante reconheça que se mantiveram antigos problemas, como as condições desiguais de alocação de recursos e acesso aos serviços de saúde do SUS.

Segundo informe técnico do Banco do Nordeste acerca da equidade dos recursos do SUS para desconcentração regional da oferta de serviços de saúde no Brasil, “[...] a União permaneceu como o grande financiador das ações e serviços de saúde no Brasil [...] ocorre basicamente por meio de pagamentos diretos aos prestadores de serviços e de transferências intergovernamentais.” (CAMBOTA, 2012, p. 5).

A mesma autora observa o avanço no sentido da descentralização dos repasses financeiros, através de transferências fundo a fundo:

Os pagamentos diretos a prestadores de serviços têm reduzido sua participação ao longo dos anos como forma de aumentar as transferências fundo a fundo que possuem maior capacidade para promover a descentralização e a autonomia, ao possibilitarem que os governos locais contratem e paguem diretamente os prestadores de serviços de saúde (MENDES et al., 2008, *apud* CAMBOTA, 2012, p. 5).

O texto indica ainda que o desafio é a oferta de médicos no Norte e Nordeste, não obstante “[...] apresentam a pior proporção de médico por mil habitantes (1,78 e 2,51, respectivamente), enquanto que “[...] a Região Sudeste apresenta baixa proporção de leitos hospitalares por mil habitantes, comparativamente a regiões menos desenvolvidas”, como as regiões supracitadas. Embora o trabalho apresente a relação entre maior oferta de médicos e melhor distribuição de postos de atendimento, resultando em menor necessidade de internação, observam-se, no exposto, riscos e manifestações da falta de planejamento do Governo Federal quanto à melhor distribuição de infraestrutura física entre os entes federados e sua consequente repercussão sobre a equidade no âmbito da distribuição dos recursos financeiros do SUS. O estudo também aponta a necessidade de aprofundar a reflexão sobre os dados quantitativos e estudos já desenvolvidos neste tema.

2 OS MODELOS DE FINANCIAMENTO DA SAÚDE NO BRASIL

A histórica relação entre os campos da saúde, da economia, dos meios de produção e da política guarda diversas particularidades de acordo com o contexto social e a época na qual esses setores são examinados. Neste capítulo, refletimos sobre as especificidades da realidade brasileira, especialmente no que se refere ao processo de construção de políticas e sistemas de saúde e sua conexão com o período anterior à CF-88. Este capítulo também terá como foco as condições sócio-históricas nas quais os processos e decisões do Estado, a exemplo da reforma sanitária, e dos movimentos sociais e demais instituições estabeleceram questionamentos e tensionamentos que fomentaram e delinearam, em certa medida, o SUS e seu marco legal.

Partimos do reconhecimento das contradições existentes no sistema de saúde atual, oriundas das condições objetivas nas quais os serviços médicos são oferecidos, seja do ponto de vista dos sujeitos usuários, seja daqueles que trabalham dentro dessa estrutura, direta ou indiretamente. É válido ressaltar também que a conjuntura nacional e internacional tem contribuído, de alguma maneira, para o desenvolvimento ou não da alocação equitativa de recursos federais voltados ao SUS, assim como para a ampliação (ou restrição) do acesso aos serviços de modo diverso entre o atendimento básico e a média e alta complexidade.

Bravo (2007), em seus estudos sobre a trajetória da Política de Saúde no Brasil, partindo dos antecedentes da ação estatal até meados da primeira década do século XXI, identifica que a intervenção do Estado somente ocorreu na década de 30 do século passado, na forma de ações estruturadas, políticas com ênfase em diversos eixos, como campanhas sanitárias; coordenação dos serviços estaduais de saúde dos estados de fraco poder político e econômico (através do Departamento Nacional de Saúde); e interiorização das ações para áreas de endemias rurais, em decorrência dos fluxos migratórios de mão de obra para as cidades.

2.1 Processo sócio-histórico e econômico do sistema de saúde brasileiro

O período da Segunda Guerra Mundial e o pós-guerra, na primeira metade do século XX, guardam importantes transformações sobre o ordenamento econômico, político e social, no âmbito global, cujas determinações marcaram de modo diferente

nações no mundo inteiro e, até certo ponto, permanecem com traços, nos dias atuais, inclusive no Brasil.

Nesse sentido, a autora ainda observa que países devastados no referido contexto histórico, tais como França, Alemanha e Inglaterra, tornaram-se o berço da chamada medicina social, baseada na conquista de alguns direitos sociais pelas classes trabalhadoras.

Em outro ponto, observa um movimento de forte industrialização dos países centrais e dos Estados Unidos (USA), tanto no período do esforço de guerra, quanto na reconstrução de áreas devastadas e com profundas necessidades estruturais de restauração, como transporte, moradia, segurança, produção de alimentos e distribuição de água e luz.

Desse modo, podemos inferir que havia uma convergência de interesses entre atores sociais e a intermediação do poder do Estado para oferecer condições de produção e proteção social adequados à época. De um lado, existia toda uma população de vários países exposta aos efeitos da guerra, cujas demandas eram, ao mesmo tempo, amplas e urgentes, posto a escassez de alimentos, água potável, moradia, roupas, remédios e demais itens básicos à existência humana. Por outro lado, havia diversos setores produtivos e financeiros desejosos em usufruir (por se apropriar) da oportunidade de atender a essas necessidades emergentes, ainda que sob condições iniciais mais favoráveis aos trabalhadores. Tal massa operária ainda dispunha da presença do Estado para garantir o acesso a serviços básicos, a exemplo da assistência à saúde, independentemente de que os beneficiados fossem ou não mão de obra ativa, dada a existência de muitos cidadãos em idade produtiva, mas em estado de inaptidão temporária ou permanente para o trabalho, em razão dos ferimentos próprios do evento de guerra.

No campo financeiro, destacamos, nesse mesmo período, o acordo de *Bretton Woods*: nome dado à série de arranjos econômicos e políticos, assinados pelos países aliados, com a finalidade de iniciar os fundamentos para um novo fluxo de negócios internacionais necessários/estratégicos à prevenção de disputas financeiras desesperadas entre grupos fabris ou nações.

Oliveira, Maia e Mariano (2008) argumentam que o acordo permitiu estabelecer

um ciclo de expansão para o capitalismo, ainda que a despeito de ter se observado um importante viés em defesa dos interesses de grupos empresariais norte-americanos.

O acordo de *Bretton Woods* fundou o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional (FMI), cujas missões seriam, entre outras, se tornarem guardiães do fluxo internacional do dinheiro em lugar da antiga prática pela qual cada nação tentava superar as demais. Na verdade, os citados mecanismos empregariam um esforço de cooperação em favor da nação que se encontrasse em dificuldades financeiras (HEILBRONER, 1996).

As novas diretrizes no campo econômico produziram efeitos diversos entre os países já industrializados e aqueles em condições pré-industriais e, ainda que sejam divulgados os efeitos benéficos, cabe ser vigilante sobre os efeitos negativos de tais práticas de “coordenação” da política macroeconômica por parte de organizações. Defensores da globalização econômica expõem em dados os ganhos sociais em termos de redução da desigualdade de renda e bem-estar, apresentam dados e evidências, que chamam de incontestes, tais como os estudos de Almeida (2007) e Sala-i-Martin (2006), ainda que muito se divulgue e se conheça os efeitos negativos produzidos pelo capitalismo, da globalização comercial e da mundialização do capital.

O estímulo aos fluxos financeiros internacionais logo superou o comércio exterior como vetor principal no processo de internacionalização econômica, associado às novas liberalizações do comércio e à adoção de novas tecnologias de gestão, produção e comunicação. Como resultante, tem-se a formação de novos oligopólios mundiais, sobretudo por grupos americanos, japoneses e europeus, aumentando o grau de interpenetração entre os capitais de diferentes nacionalidades, reorganizados como “empresas-rede”²³.

Note-se que tais instrumentos construídos no período posterior à Segunda Guerra Mundial, surgiram em ambiente de crise do modo de produção e reprodução capitalista e serviram de apoio aos países avançados, com o propósito de garantir a consolidação de suas influências junto a países periféricos.

²³ Cf. Chesnay (1992), capítulo 4 (Concentração de capital e operações descentralizadas: empresas-rede).

Para tal, essas nações utilizaram mecanismos de financiamento voltados às economias em desequilíbrio no balanço de pagamento, através do Fundo Monetário Internacional. Constituído por um grupo de especialistas, tal ferramenta foi criada com foco no desenvolvimento e aperfeiçoamento de políticas macroeconômicas, com vistas ao aconselhamento dos países membros sobre medidas nesse âmbito, consideradas de maior eficiência. O Fundo também serviria para oferecer recursos financeiros, conforme cada caso, e estabelecer exigências e metas econômicas a serem seguidas e implantadas pelos Governos interessados em obter esse suporte, os quais passariam a se tornar devedores.

Ademais, a crise do capital e sua necessidade de reprodução levam ao estabelecimento de instrumentos de políticas econômicas de caráter amplo e complexo, os quais buscam definir metas voltadas ao resgate da liquidez internacional de países. Nestes últimos, é válido ressaltar, o grau de industrialização é comparativamente menor e orientado pelas determinações de interesses de Estados e grandes grupos corporativos, que entendemos ser o elo histórico seminal dos fenômenos sociais, econômicos e políticos posteriores.

O Brasil, no final da década de 70 até meados de 1989, viveu sob condições políticas e econômicas significativamente conturbadas, dentre as quais podemos elencar o grande endividamento externo (o maior do mundo), a crise internacional do petróleo, hiperinflação, arrocho salarial, recessão produtiva doméstica e a dependência financeira internacional, associada às determinações do FMI. Outros elementos característicos dessa época são as elevadas taxas de juros, que contrastavam com o período de redemocratização da sociedade, e a reorganização de movimentos sociais e sindicais, atuantes como importantes agentes no processo de abertura política pós ditadura militar, cujo início data do ano de 1964.

Além do Movimento Diretas Já, outras causas ampliavam o cenário de efervescência desse período, como o movimento de reforma sanitária e psiquiátrica brasileira, voltado ao universalismo da política de saúde, e pela instituição da Seguridade Social. Destaque também para o movimento popular pró-constituente, que culminou na Constituição Brasileira de 1988, marco legal de grandes conquistas sociais e políticas fundamentais, tal como o SUS, baseado no caráter universal e integral de acesso e

atendimento.

Bravo (2007) observa que, nos anos seguintes à promulgação da CF/88, o Estado brasileiro foi autor de um complexo exercício político-jurídico composto por normas e leis regulatórias de arrecadação, distribuição dos recursos e gestão da política, em desconexão com as aspirações sociais e as prerrogativas do modelo de Seguridade Social vigente. Entendemos que, na última década do século XX e início do século XXI, as políticas desse setor, em particular as voltadas à saúde, passaram por diversas alterações legais, promovidas pelo Governo Federal, sob o argumento das transformações econômicas, sociais e políticas em curso. As referidas mudanças conjunturais serviram de base à construção de um novo marco regulatório, necessário para a realização dos ajustes internacionais e nacionais promovidos pela burguesia empresarial do setor privado (planos e serviços assistenciais).

Ressaltamos, ainda, que o Governo Federal, embora tenha erguido uma significativa estrutura tributária para a Seguridade e almejado uma ampliação do acesso aos serviços assistenciais de saúde, inicialmente se apropriou do discurso da falta de recursos financeiros para justificar e explicar o descumprimento de suas obrigações junto à sociedade. Por consequência, tornar-se-á, do ponto de vista dos governantes brasileiros na década de 90, condição *sine qua non* a expansão da participação do capital privado na oferta de serviços assistenciais, assim como a retomada do caminho do crescimento econômico, conquanto pese a distinção entre os conceitos de crescimento e desenvolvimento nesse campo.

Em uma dimensão mais ampla sobre as obrigações do Estado junto à sociedade, durante discurso sobre a concessão e permissão da prestação de serviços públicos, no dia 13 de fevereiro de 1995, o ex-presidente da República, Fernando Henrique Cardoso (FHC) afirma ser esse o primeiro passo para a mudança da feição do país, tornando o capital privado uma “alternativa concreta” aos investimentos estatais. Para esse fim, urge a necessidade de que seja estabelecido um sistema equilibrado de direitos e garantias, de forma a dar estabilidade ao investidor²⁴.

²⁴ Baseado no discurso oficial, com o título “Discurso na solenidade para sanção da Lei de Concessão e Permissão da Prestação de Serviços Públicos”, realizado em 13 de fevereiro de 1995. Disponível em: <www.biblioteca.presidencia.gov.br>.

Ressaltamos, ainda, que na ênfase do discurso do Presidente FHC em oferecer garantias ao investidor e geração de emprego e renda à população, numa segunda análise, não é estabelecido qualquer tipo de relação custo *versus* benefício quantitativo ou qualitativo, nem é esclarecida a forma como as feições deste novo Estado serão percebidas entre diferentes sujeitos sociais.

Esse discurso dotado de hegemonia permite ao chefe do executivo nacional indicar, de forma bastante clara e objetiva, a mudança de “feição” do Estado, sem que o conjunto das organizações sociais, no entanto, tenha feito um pensar crítico sobre os possíveis caminhos que se seguiriam.

Mesmo que se reconheçam, desde os idos anos de 1995, ações por parte de grupos políticos de oposição, podemos identificar a ação de coligações educacionais, culturais e econômicas no sentido de denunciar os riscos conjunturais nesses campos, os quais serviram de fonte para os discursos do então candidato à presidência, Luiz Inácio Lula da Silva.

Eleito em 2002, o pernambucano Luís Inácio Lula da Silva, mais notório como Presidente Lula da Silva, diz entender sua eleição como sendo uma mensagem da sociedade, que percebia o país em um modelo político e econômico fracassado, gerador de uma cultura do individualismo, do egoísmo, da indiferença perante o próximo, da desintegração das famílias e das comunidades, resultando em estagnação econômica, desemprego e fome²⁵.

Sabemos que o recém-eleito presidente adotou palavras que dizem respeito a valores humanos para justificar o quadro socioeconômico, em claro movimento de externalização do papel fulcral e majoritário do Estado na construção desta realidade. Por fim, desta lógica por ele construída, os resultados das urnas indicariam, então, um desejo de mudança, para a qual ele dedicaria todo o tempo e recursos financeiros disponíveis.

No entanto, passados alguns anos, as “novas” diretrizes políticas e econômicas, promovidas pelo Estado, na verdade pouco se aproximam da mudança esperada pela

²⁵ Citação baseada no discurso de posse do Presidente Lula, com o título “Pronunciamento do Presidente da República, Luiz Inácio Lula da Silva, na sessão solene de posse no Congresso Nacional”. Disponível em: <www.biblioteca.presidencia.gov.br>.

sociedade e indicada pelo presidente Lula, principalmente na medida em que sua gestão reafirma compromissos financeiros internacionais anteriormente firmados junto a seus credores, chegando mesmo a destinar grande parte do Produto Interno Bruto – PIB²⁶ para este fim. Na verdade, partindo para uma análise mais aprofundada, fica claro que, apropriando-se do discurso de mudança na administração pública, suas práticas parecem renomear aquilo que fora iniciado por governos anteriores.

Apreendemos que as frequentes alterações no âmbito das estratégias políticas e respectivas alterações no marco legal do SUS, promovidas pelo Poder Executivo e Legislativo, atuam na busca de novos espaços políticos e financeiros e novas práticas gerenciais para efetivação do modelo de atenção à saúde. Outrossim, percebe-se, no campo de ação operativo e político do SUS, múltiplas determinações do real que se metamorfoseiam em conflito e alteram as correlações de forças entre grupos de interesses privados e o projeto político-social coletivo na defesa dos fundamentos da Reforma Sanitária brasileira.

Não obstante, com o passar do tempo, as limitações e dificuldades do Estado em implantar e manter o SUS ganham evidência. Um fator decisivo na ampliação dessa visibilidade são as diversas denúncias, expostas pela mídia, sobre as mais variadas fraudes, como desvios de recursos do setor público na forma de licitações fraudulentas, obras inacabadas ou intencionalmente mal executadas; formação de quadrilha, favorecimento e uso da máquina pública em benefício próprio, má gestão de recursos, entre outras.

No Brasil, no que se refere à política e ao sistema de saúde, a prestação de serviços públicos está relacionada especialmente aos sujeitos que trabalham direta ou indiretamente no SUS e aos mecanismos oficiais de controle, tais como Ministério Público, Polícia Federal e demais poderes constituídos, quando acionados por órgãos de

²⁶Adota-se a perspectiva do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) na definição do PIB, segundo o qual seu valor fornece estimativas do Produto Interno Bruto (PIB) dos Municípios, a preços correntes e per capita, e do valor adicionado da Agropecuária, Indústria e Serviços, a preços correntes, através de um processo descendente de repartição, pelos municípios, do valor adicionado das 15 atividades econômicas das Contas Regionais obtido para cada Unidade da Federação. A metodologia adotada é compatível com as metodologias das Contas Regionais e das Contas Nacionais do Brasil, implementadas pelo IBGE a partir das recomendações feitas pelas Nações Unidas, e as estimativas obtidas são comparáveis entre si.

classe, associações ou mesmo um cidadão imbuído de suspeita de irregularidade ou agindo discricionariamente.

Além disso, na realidade brasileira, infelizmente, pesa a cultura da impunidade e suas resultantes, como a corrupção, a violência e a negação de direitos. Essa dinâmica negativa contribui para desestimular, seja um cidadão ou determinada entidade de classe como a médica, a dos profissionais de enfermagem, ou ainda pacientes e servidores técnicos da estrutura de prestação de serviços públicos na área, a apresentar denúncia sobre quaisquer irregularidades que afastem o direito ao atendimento universal e integral e das condições materiais disponibilizadas pelo Estado.

As diversas notícias que sugerem atos ímprobos na condução das atividades desse segmento, sem a correspondente informação de punição dos responsáveis e respectivas medidas corretivas, colaboram para a construção no imaginário social de que o Estado e seus corruptores não são alcançados pela justiça, ou mesmo submetidos aos rigores da Lei. Existe, na verdade, uma espécie de invisibilidade quanto aos sujeitos infratores, entretanto, aqueles que trabalham ou são usuários do SUS reconhecem muito bem o produto de suas ações.

Fleury e Ouverney (2008, p. 26,), sobre a relação entre Estado e indivíduos, ao explicar o surgimento da cidadania e da soberania entre tais sujeitos, dizem:

A relação de poder entre os indivíduos e o Estado representou uma grande transformação na estrutura social da modernidade. De um lado, um Estado que atua por procedimentos racionais e legais e que funda seu poder nos indivíduos constituídos como cidadãos. A existência de uma burocracia de carreira, **que não deve favores ao soberano é condição imprescindível para que todos os indivíduos sejam tratados da mesma maneira diante do poder político, da lei, ou seja, é a garantia da existência da cidadania.** De outro lado, só os cidadãos podem garantir e assegurar a legitimidade do exercício do poder político (grifos nosso).

Estado e indivíduos ainda são mutuamente moldados ou controlados por instituições diversas, de modo que tais instituições desempenham um importante papel na formação de uma dada cultura social, baseada na criação de instrumentos e mediações com vistas a estabelecer limites e regras para o comportamento da população e do próprio Estado. Sua maior (ou menor) eficácia (ou ineficácia) produz efeitos negativos ou positivos na perspectiva do agente público e, em maior amplitude, nos agentes econômicos como um todo: o pequeno (ou grande) investidor, o produtor rural,

os comerciantes e prestadores de serviço, e ainda os usuários de serviços públicos como segurança, saneamento, iluminação pública, saúde e lazer.

Cerroni (1993, p. 145) considera que instituições devem ser entendidas de forma semelhante a “sombras prolongadas dos homens”, tal como “o cadeado das correntes que mantém os homens ligados entre si”.

Melo (2003, p.59) aprofunda o debate e afirma que:

[...], sabe-se que indivíduos não agem no vácuo, mas, sim, em estruturas sociais, as quais possuem normas e regras de convivência, que restringem seus atos. Isso influi sobremaneira na ordenação das preferências individuais. Ou seja: existem mecanismos institucionais, que buscam adequar os indivíduos à vida social, com o intuito de gerar um tipo de comportamento socialmente benéfico, pré-estabelecido pela coletividade.

A adequação de comportamento, que Melo (2003) indica como busca de um comportamento benéfico, torna-se também operante quando as instituições não funcionam de modo adequado e frustram os componentes da sociedade na qual estão constituídas com a impunidade, particularmente sobre a corrupção.

Somente seria capaz de tolerar trabalhar na posição de médico ou enfermeiro, assistente administrativo, professor ou outra função pública qualquer, em condições degradantes, falta de equipamentos e de materiais, dos mais baratos aos mais caros, além de carência de base tecnológica e mão de obra e sem conseguir atingir o objetivo-fim a que a organização se propõe executar, aquele sujeito que, culturalmente, já internalizou ser normal o que de fato, e de direito, constitui uma irregularidade pública, um crime do Estado na figura de seus governantes ou representantes. Tampouco é considerada, no tempo presente, a hipótese de que os servidores públicos apresentem denúncia aos órgãos de fiscalização e controle do poder público, tal como o Ministério Público, sob pena de ser perseguido ou punido. Tudo isso atesta quão crítica é a situação de vários espaços de prestação de serviços públicos no país, e não apenas os de saúde.

2.2 Políticas e sistemas de saúde no Brasil

No Brasil, os problemas atuais do sistema de saúde pública são frequentemente divulgados pelos meios de comunicação e normalmente dizem respeito à falta de leitos, filas enormes de pacientes à espera de atendimento, restrição de recursos financeiros, humanos e materiais, atraso no repasse de verbas e baixos valores pagos pelo SUS aos

procedimentos.

Ocorrem também abusos, por parte dos planos privados, tanto sobre os prestadores de serviço quanto sobre os segurados, de modo que suas listas de médicos, clínicas, laboratórios e hospitais conveniados estão sendo reduzidas paulatinamente, como resposta às baixas remunerações oferecidas, o que dificulta o acesso aos serviços pelos quais pagam seus clientes, seja na forma de longos prazos para conseguir realizar uma consulta ou exame, seja na própria negação administrativa de sua disponibilidade. Aliás, para melhor compreender o contexto atual e aquele vivido durante os oito anos do Governo Lula, é necessário voltar um pouco no tempo e conhecer as determinações históricas e culturais pelas quais o setor saúde passou, e que, de alguma forma, estão presentes nas ações públicas.

Historicamente, as primeiras intervenções públicas no campo da saúde surgiram em resposta às endemias ou epidemias que se mostraram significativas do ponto de vista econômico ou social, cujo combate esteve dentro do novo modelo de produção capitalista sobre o qual o Governo passava a emprestar maior atenção.

Polignano (s.d., p. 2) argumenta que:

As ações de saúde propostas pelo governo sempre procuram incorporar os problemas de saúde que atingem grupos sociais importantes de regiões socioeconômicas igualmente importantes dentro da estrutura social vigente; e preferencialmente têm sido direcionadas para os grupos organizados e aglomerados urbanos em detrimento de grupos sociais dispersos e sem uma efetiva organização.

Mota (2006, p.1), ao tratar das políticas de proteção social, o que inclui a saúde, a previdência e a assistência social, afirma que são “[...] consideradas produto histórico das lutas do trabalho na medida em que respondem pelo atendimento de necessidades inspiradas em princípios e valores socializados pelos trabalhadores e reconhecidos pelo Estado e pelo patronato”, e continua:

Originárias do reconhecimento público dos riscos sociais do trabalho assalariado, as políticas de seguridade ampliam-se a partir do II pós-guerra, como meio de prover proteção social a todos os trabalhadores, inscrevendo-se na pauta dos direitos sociais. Em geral, os sistemas de proteção social são implementados através de *ações assistenciais* para aqueles impossibilitados de prover o seu sustento por meio do trabalho, para *cobertura de riscos do trabalho*, nos casos de doenças, acidentes, invalidez e desemprego temporário e para *manutenção da renda* do trabalho, seja por velhice, morte, suspensão definitiva ou temporária da atividade laborativa.

No mesmo trabalho, a autora observa novas estratégias de relacionamento entre o Estado, a sociedade e o mercado na década de 70 do século passado, quando o mundo capitalista manteve-se tensionado por uma crise de proporções globais, responsável por promover um novo ordenamento sobre os capitais, modificar a organização dos processos de trabalho e sua organização de classe e estabelecer novas práticas a respeito da forma de intervenção estatal, que passaria a estar alinhada aos interesses do capital financeiro e do projeto neoliberal. A pesquisadora destaca o avanço ocorrido no Brasil pós CF-88, ao mesmo tempo em que afirma:

Embora a arquitetura da seguridade brasileira pós-1988 tenha a orientação e o conteúdo daquelas que conformam o estado de bem estar nos países desenvolvidos, as características excludentes do mercado de trabalho, o grau de pauperização da população, o nível de concentração de renda e as fragilidades do processo de publicização do Estado permitem afirmar que no Brasil a adoção da concepção de seguridade social não se traduziu objetivamente numa universalização do acesso aos benefícios sociais (MOTA, 2006, p. 2).

Fleury e Ouverney (2008, p. 23) argumentam a partir da perspectiva de política de saúde como política social ao considerar o direito aos serviços nessa área como inerente à condição da cidadania, visto que a participação dos indivíduos na sociedade política somente se dá na condição de cidadãos, “isso porque as políticas sociais se estruturam em diferentes formatos ou modalidades de políticas e instituições que asseguram o acesso a um conjunto de benefícios para aqueles que são considerados legítimos”.

As autoras destacam ainda o papel dos movimentos sociais como instrumento fundante de conquistas frente às contradições próprias do meio de produção capitalista:

Assim, os movimentos sociais que emergiram durante o século XIX, indignados com as precárias condições de sobrevivência a que estavam submetidos, que expressavam a contradição entre uma comunidade igual abstrata e uma condição real de exclusão, foram fundamentais para a consolidação da cidadania por meio das lutas que levaram ao desenvolvimento dos sistemas de proteção social (FLEURY; OUVERNEY, 2008, p.29).

As autoras apresentam tipos de proteção social a partir de diferentes modelos, como a assistência social, o seguro social e a seguridade social. O primeiro modelo volta-se aos mercados com capacidade de autorregulação, por conseguinte, o Estado oferecerá o mínimo necessário para que o mercado exista, de modo que as necessidades são satisfeitas conforme interesses individuais e a capacidade dos sujeitos em adquirir bens e serviços de que necessitam/desejam, tendo como valores fundantes a liberdade,

o individualismo e a igualdade de oportunidades.

O segundo modelo, seguro social, tem por objetivo a manutenção das condições socioeconômicas dos sujeitos beneficiários que se encontram em situação de risco, tal como a incapacidade permanente ou temporária para o trabalho, em condições semelhantes àquela dos trabalhadores ativos, desde que tenham contribuído para a manutenção do seguro. Em outras palavras, focaliza os trabalhadores formais e já organizados politicamente.

A Seguridade Social, ao desvincular os benefícios das contribuições, estabelece uma redistribuição através das políticas sociais, cujo objetivo é corrigir desigualdades inerentes ao mercado capitalista. Esse tipo de proteção social tem como características a centralização e coordenação de ações políticas por meio de um sistema de instituições públicas; além de um caráter igualitário baseado na garantia de um padrão mínimo de benefício, de modo universal (FLEURY; OUVERNEY, 2008, p. 11-15)

Entendemos, contudo, que o caso brasileiro detém uma particularidade que o diferencia, na prática, dos modelos e fundamentos teóricos sob os quais Fleury e Ouverney (2008) estudaram. O Estado brasileiro tem uma robusta carga tributária que capta, anualmente, mais de trinta por cento de toda a riqueza produzida no país, o que, em certa medida, torna-se uma forma de contribuição de toda população, seja através de impostos diretos ou indiretos. Por outro lado, tanto o financiamento das políticas sociais ou de saúde como o de qualquer outro serviço tipicamente público, cujos exemplos podem ser a educação, segurança, saneamento, fornecimento adequado e seguro de água e luz, além da coleta e tratamento de esgoto, carecem de investimentos para ampliação ou correta manutenção e melhoria dos serviços prestados.

O primeiro eixo diz respeito à assimetria de informações oriundas das divergentes análises oferecidas pela mídia (televisiva, impressa, digital e radiofônica) e pelos meios de formação formal e informal (escolas dos diversos níveis e faculdades/universidades no primeiro, e igrejas, grupos familiares e comunitários) e aquilo que os governos divulgam como conquistas e avanços sociais, econômicos, culturais, educacionais e de segurança, por exemplo. Ora, ao cidadão, a percepção de que algo hoje é melhor do que fora em tempos passados não está equivocada, mas parece ser incapaz, à vista do sujeito, perceber a enorme desigualdade ainda existente entre o valor contribuído e a

qualidade e quantidade de bens ofertados pelo Estado. Dito de outra forma, se o hoje está melhor do que fora ontem, já basta aquilo que se tem e não há que se motivar para indagar de modo analítico e crítico sobre tais avanços com questões do tipo: avançamos o quanto tínhamos capacidade? Os recursos foram aplicados de forma adequada sob o princípio da economicidade pública?

O segundo eixo trata de uma convergência de expectativas, ainda que em sentidos contrários. De um lado, o Governo, que historicamente pouco fez e não raro ofereceu produtos e serviços de modo generalizadamente precário. Qualquer movimento de ampliação ou de melhoria de serviços bastará aos cidadãos que, por seu turno, apresentam baixa ou nenhuma expectativa positiva por parte dos serviços públicos. Qualquer expansão ou melhoria é recebida como positiva (de modo análogo, a sensação de surpresa) e não passível, também, de uma análise ou reflexão crítica quanto aos meios e custos incorridos na sua obtenção.

O terceiro resulta dos dois primeiros, ou seja, da aceitação de que, se historicamente o Brasil provém dessa cultura, pouca ou nenhuma diferença acarretará, no tempo presente, da opinião ou ação de um sujeito que, individualmente ou mesmo através de instituições de representação de classes, questione ou cobre ações mais eficientes e eficazes do poder público. Esse ciclo vicioso gera um tipo de conformismo e o raciocínio de que, quaisquer que sejam as melhorias por parte das ações do Governo, por si só já são suficientes e não cabe pensar de modo diverso do que fora feito.

Mas, logo no início do século XX, o Brasil promoveu campanhas de saúde pública de caráter obrigatório. No entanto, boa fatia da população detinha uma visão crítica e negativa da ação estatal e manifestou sua opinião. Em função disso, cidadãos, políticos e ainda parte dos militares promoveram, em 1904, a Revolta da Vacina: um movimento de resistência à campanha de vacinação obrigatória contra a varíola, sancionada por Oswaldo Cruz, à época Diretor Geral de Saúde Pública (SINGER, 1978). Pouco tempo depois, no período de 1920 a 1930, o Estado brasileiro inicia de maneira mais expressiva sua intervenção na área social. As novas ações ocorrem em um contexto no qual os direitos civis e sociais são vinculados à relação estabelecida entre o indivíduo e o mercado de trabalho, enquanto que a participação da sociedade como um todo estava centralizada em grandes estruturas burocráticas (BRAGA; PAULA, 1981).

O sistema de proteção social, nesse ínterim, segundo o mesmo autor, se apresentava bastante desigual e fragmentado e a estrutura de saúde no país era formada por um Ministério da Saúde, com pouca disponibilidade financeira, e o sistema de assistência médica da previdência social, que estava vinculada a institutos de aposentadoria e pensões, divididos segundo categorias ocupacionais e diferenciados pela oferta de serviços e pelo tipo de cobertura.

Draibe e Silva (1990) esclarecem que pessoas em empregos temporários recebiam serviços de saúde bastante deficientes através do sistema público, de instituições filantrópicas, ou recorriam a serviços privados que seriam pagos diretamente ao prestador.

Em 1970, sob o regime militar, o Brasil apresentou um dos maiores crescimentos econômicos do mundo, mas as melhorias na qualidade de vida beneficiaram de forma desproporcional os setores mais privilegiados da população. Embora a democracia tenha sido restaurada em meados da década de 80, durante um período de instabilidade econômica, o crescimento econômico e a expansão das políticas sociais só foram retomados na primeira década deste século.

Braga e Paula (1981), por sua vez, apontam transferências do orçamento do Governo Federal para fins de reforma e construção de hospitais privados entre 1970 e 1974. Almeida (1981) indica que, nesse período, houve o direcionamento da responsabilidade sobre a oferta de serviços de atenção à saúde para trabalhadores rurais através dos sindicatos e instituições filantrópicas que ofereciam assistência nessa área para a população do campo. Nesse mesmo intervalo de tempo, Bahia (1999) observa que o Estado confere a responsabilidade de oferta de serviços médicos para as empresas empregadoras, sob o benefício de desconto sobre o imposto de renda devido. Essa medida estimulou significativamente os investimentos privados em infraestrutura física, bem como a expansão da oferta de planos de seguro de saúde privados.

O país na década seguinte entra em uma profunda crise econômica, e os anos 1980 ficaram conhecidos como a década perdida. No entanto, é procedente ressaltar que, nesse mesmo período, ocorreu o aumento das expectativas e das mobilizações sociais, no sentido de tornar o Estado responsável pela construção de um sistema de saúde universal e integral, dotado de orçamento próprio (PEGO; ALMEIDA, 2002).

Atualmente, o sistema de saúde brasileiro é composto por uma vasta e complexa rede de prestadores e compradores de serviços em condições de rivalidade econômica, por meio de uma composição do público e do privado, este último financiado por recursos próprios ou através de empréstimos públicos.

Nesses termos, o sistema de saúde pode ser subdividido em dois subsetores. O subsetor público é caracterizado por oferecer serviços financiados e ofertados pelo próprio Estado, em suas diferentes esferas de poder: Federal, Estadual e Municipal. Já o subsetor privado pode ter, ou não, fins lucrativos, e seus serviços são pagos de diversas formas. Uma delas acontece através de seguros privados de saúde, quando o pagamento é realizado diretamente por parte do usuário, ou por reembolso, a partir de recursos públicos.

Além disso, o setor privado dispõe de condições fiscais subsidiadas. Ou seja, embora distintos, o setor público e o setor privado acabaram por estabelecer uma relação de codependência. O subsetor de saúde suplementar representa diferentes tipos de planos de saúde privados e apólices de seguro, que contam também com subsídios fiscais por parte do Governo.

O SUS deu início à sua implantação durante o Governo de Fernando Collor de Mello (1990), dentro das diretrizes da agenda neoliberal e, por consequência, distante do que fora pensado e discutido no movimento da reforma sanitária. No mesmo ano, no Congresso Nacional, é sancionada pelo presidente a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90), a qual estabelece atribuições e a forma de organização do SUS (PAIM et al., 2011).

Na reforma sanitária, conquanto tenha se tornado uma prioridade política secundária durante a década de 90, é perceptível a influência da ação de algumas iniciativas relevantes, como o programa nacional de controle e prevenção de HIV/Aids, o esforço público para redução e controle do tabagismo, a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária e a constituição da Agência Nacional de Saúde Suplementar. Outros projetos também podem ser citados, por sua contribuição, em maior ou menor grau, a exemplo da implantação do modelo de atenção à saúde indígena, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) e o Programa Brasil Sorridente, promovido através da Política Nacional de Saúde Bucal. Tais ações foram iniciadas e mantidas após

a eleição de Lula da Silva para presidente.

Para estudar a Reforma Sanitária, começemos por defini-la. Paim (2007) responde de forma sintética a pergunta fundamental que precede o debate sobre a Reforma Sanitária: “Afim, o que é Reforma Sanitária?”. Paim (2008, p.173) conceitua:

[...] a Reforma Sanitária Brasileira como uma reforma social centrada nos seguintes elementos constituintes: a) democratização da saúde, o que implica a elevação da consciência sanitária sobre saúde e seus determinantes e o reconhecimento do direito à saúde, inerente à cidadania, garantindo o acesso universal e igualitário ao Sistema Único de Saúde e participação social no estabelecimento de políticas e na gestão; b) democratização do Estado e seus aparelhos, respeitando o pacto federativo, assegurando a descentralização do processo decisório e o controle social bem como fomentando a ética e a transparência nos governos; c) democratização da sociedade e da cultura, alcançando os espaços da organização econômica e da cultura, seja na produção e distribuição justa da riqueza, seja na adoção de uma "totalidade de mudanças" em torno de um conjunto de políticas públicas e práticas de saúde, seja mediante uma reforma intelectual e moral.

Com relação à reforma sanitária enquanto reforma social, destaca-se a 7ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1980, cujo tema foi “Extensão das ações de saúde através dos serviços básicos”. Teve como objetivo promover o debate sobre a implantação e o desenvolvimento do Prevsauúde, originalmente chamado Pró-Saúde. O programa pretendia integrar ou, ao menos, articular, os Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social, por meio da promoção e oferta dos serviços básicos nessa área, à luz da estratégia da Organização Mundial de Saúde (OMS), denominada “Saúde para Todos no ano 2000”, aprovada em 1978 (SCOREL, 2008).

O desenho do Prevsauúde tinha como objetivos:

Universalização da cobertura de serviços básicos; articulação das diversas instituições do setor saúde para a oferta de serviços; hierarquização da oferta de serviços por níveis de complexidade, tendo a atenção primária como porta de entrada; regionalização dos serviços; utilização de técnicas simplificadas; e participação comunitária. Para o cumprimento desses objetivos, propunha-se o privilegiamento da expansão da rede pública, especialmente de serviços básicos, bem como o incentivo ao regime de tempo integral e dedicação exclusiva, e a definição de planos estaduais de cargos e salário, entre outros (FALEIROS *et al.*, 2006, p. 103, *apud* SCOREL, 2008, p. 349).

Nesses termos, embora a reforma do setor de saúde no Brasil estivesse na contramão das reformas difundidas naquela época no resto do mundo, a proposta brasileira tomou corpo e estruturou-se no mesmo período da luta pela redemocratização, através de um amplo movimento social surgido no país, no qual foram reunidas ações de

diversos setores da sociedade e, em alguns casos, com a participação de partidos políticos de esquerda, mesmo que na condição de ilegais, à época (PAIM et al., 2011).

Segundo Pego e Almeida (2002), a concepção política e ideológica do movimento pela reforma sanitária brasileira defendia a promoção da saúde não como mera questão biológica, mas como questão social e política a ser discutida pública e amplamente. Professores de saúde pública, pesquisadores da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência e profissionais da área com orientação progressista se engajaram nas lutas dos movimentos de base e dos sindicatos.

Com o crescimento do movimento da reforma sanitária e sua aliança com alguns parlamentares mais progressistas e gestores da rede de saúde municipal, além de outros movimentos sociais, em 1979 foi criado o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) (ESCOREL, 1998).

Pego e Almeida (2002) destacam o avanço representado pela construção dos fundamentos do SUS, durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, na qual foi aprovado, ainda, o conceito de saúde como um direito do cidadão através da convergência de várias estratégias, que viabilizaram tanto a coordenação quanto a integração e a transferência de recursos entre as instituições de saúde presentes nas três esferas do poder: federal, estadual e municipal. Nos dois anos seguintes (1987-1988), período da Assembleia Nacional Constituinte, o movimento da reforma sanitária e seus aliados conseguiram sua aprovação, ainda que sob forte mobilização da oposição do setor privado.

Para Paim (2007, p. 201), o período do primeiro mandato do presidente Lula foi visto com ressalvas por setores do movimento sanitário e sua equipe econômica teria encontrado, no MS, um dos poucos espaços para construir políticas de saúde coerentes com o SUS, mesmo que sob limitações orçamentárias e a expectativa de maior participação social como diretriz para a construção de novos pactos voltados ao desenvolvimento da Reforma Sanitária e do SUS.

Sobre a implementação da Reforma Sanitária, Menicucci (2006, p.2) avalia que:

Na medida que a implantação do SUS coincide com uma conjuntura de crise e reformas econômicas, os efeitos das políticas de ajuste dos anos 1990 e o contexto nacional e internacional de reordenamento do papel do Estado e de crítica às políticas universalistas tendem a ser vistos como responsáveis pelos estrangulamentos no processo de implementação da política constitucionalmente

definida e justificariam tanto o subfinanciamento quanto os incentivos à 'privatização'.

A pesquisadora observa ainda que, dessa forma, a construção de uma política e de um marco regulatório voltados para o segmento privado também são expressões do redimensionamento das atribuições públicas de caráter privatizante e que a capacidade de implementação do SUS estaria vinculada a duas variáveis fundamentais: a legitimidade e a viabilidade, ambas tomadas na perspectiva política. Ou seja, a efetivação da reforma sanitária, quando prevista na política de saúde, somente se converte em prática a depender dos seus atores (MENICUCCI, 2006, p. 3).

2.2 Sistema Único de Saúde

Entre as diversas ações do SUS na prestação de serviços de saúde, destaca-se a atenção primária e, a partir do impulso decorrente da melhor distribuição do Sistema, a atenção básica almeja prover acesso universalizado a serviços de larga abrangência, coordenar e expandir a cobertura para níveis mais articulados de cuidado, além da execução de ações entre setores distintos para promoção de saúde e prevenção de doenças. Com esse fim, têm sido utilizadas diversas estratégias de repasse de verba, especificamente o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF). Esses programas fazem parte da estratégia do governo de reestruturação do modelo centrado nos hospitais do período anterior ao SUS.

O PSF teve início quando o Ministério da Saúde formula em 1991 o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) com a finalidade de contribuir para a redução das mortalidades infantil e materna, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, através da extensão de cobertura dos serviços de saúde para as áreas mais pobres e desvalidas (ROSA; LABATE, 2005, p. 1030).

As ações voltadas à Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem servido, desde 1998, como principal estratégia de estruturação da atenção básica dos sistemas locais desse setor. Um destaque na ESF é a reorganização de unidades básicas de saúde para que se atenham principalmente a famílias e comunidades e façam parte da assistência médica com a promoção do bem-estar coletivo e de ações preventivas.

A ESF funciona através de equipes multiprofissionais de saúde da família e, desde 2004, inclui equipes de atenção odontológica. As equipes de saúde da família atuam em unidades de Saúde da Família, distribuídas em áreas geográficas definidas e com

populações descritas, com número pré-definido de famílias para cada ESF.

Para que as ESFs desencadeiem um processo de construção de novas práticas, considera-se imprescindível que os trabalhadores envolvidos nessa estratégia articulem uma nova dimensão no desenvolvimento do trabalho em equipe. Faz-se necessária a incorporação não apenas de novos conhecimentos, mas mudança na cultura e no compromisso com a gestão pública, que garanta uma prática pautada nos princípios da promoção da saúde (ARAÚJO; ROCHA, 2007, p. 456).

Nesse sentido, identificáveis ao primeiro ponto de interseção com o sistema de saúde local, as equipes coordenam a atenção e buscam integração aos serviços de apoio, diagnósticos, assistência especializada e hospitalar. Os serviços de saúde e suas atividades funcionam nas unidades, nas casas dos pacientes e na comunidade. A ESF tem tido uma grande expansão, atendendo, em 2010, 98 milhões de pessoas em 85% dos municípios brasileiros.

Apresentada como tendência, a formulação e o aperfeiçoamento de estruturas regulatórias nas secretarias municipais de saúde e nas unidades de saúde da família, embora ainda incipientes, têm sofrido forte influência da expansão da ESF. Municípios investiram em sistemas regulatórios descentralizados e computadorizados para o monitoramento das listas de espera para serviços especializados, aumento da oferta de serviços, implementação de diretrizes clínicas e utilização de prontuários médicos eletrônicos como estratégias a fim de integrar o cuidado primário com a rede de serviços especializados. O MS também instituiu diretrizes clínicas com base em evidências para a gestão de doenças crônicas.

Os aportes de recursos à atenção básica trouxeram alguns resultados positivos. Em 2008, mais da metade dos brasileiros atribuíram seu serviço de saúde principal à atenção básica – enquanto em 1998 essa fração não atingia sequer metade da população –, ao mesmo tempo em que a proporção de pessoas que declararam, como sua fonte habitual de cuidados, os ambulatórios hospitalares, diminuiu expressivamente, no mesmo período. Alguns usuários das unidades de saúde da família afirmaram que os encaminhamentos a serviços secundários são mais efetivos quando feitos por uma equipe desse programa e que o tempo de espera é mais curto, diferentemente dos casos de encaminhamentos feitos por outras fontes. Por outro lado, uma parcela considerável ainda buscava serviços especializados sem direcionamento da atenção básica (PAIM et

al., 2011).

O uso de serviços da ESF também está relacionado a melhorias em alguns resultados em saúde, como a redução na taxa de mortalidade infantil pós-neonatal. Esse efeito é mais latente nos municípios que assumiram o controle dos serviços ambulatoriais anteriormente geridos pelo governo federal ou estadual. Outros avanços para o sistema de saúde contemplam melhorias na notificação de estatísticas vitais e reduções em internações hospitalares potencialmente evitáveis, que diminuíram consideravelmente desde 1999 (PAIM *et al.*, 2011).

Ainda que a quantidade de contratos de trabalho temporários tenha decrescido, a força de trabalho na atenção básica ainda manifesta alta rotatividade, principalmente devido às distintas estruturas salariais e contratos de emprego oferecidos pelos diferentes municípios. A expansão e a consolidação da ESF são comprometidas ainda mais pela presença de muitas unidades tradicionais de atenção básica, criadas antes do programa, e comumente localizadas na mesma área geográfica das unidades de saúde. Geralmente, esses dois serviços distintos não estão integrados e a população utiliza um ou outro, a depender do que proporcionar mais fácil acesso e que for mais conveniente.

Em 2010, 15% dos municípios não tinham equipes da ESF. Também é ainda pouco expressivo o investimento na integração da atenção básica com outros níveis assistenciais ainda que:

Estudos já apontam que a capacidade dos sistemas de saúde em prestar cuidados mais coordenados ao minimizar barreiras de acesso entre níveis assistenciais, oferecer atenção em saúde mais sincronizada e em tempo oportuno pode ser otimizada pela implantação de mecanismos e estratégias de integração da rede assistencial (ALMEIDA *et al.*, 2010, p. 295).

Além disso, a oferta de serviços especializados é prejudicada também pela baixa integração entre prestadores dos níveis municipal e estadual, principalmente na oferta de exames de apoio-diagnóstico. A capacidade administrativa no nível municipal é frequentemente deficiente, assim como a regulamentação nacional. Tais obstáculos impedem a atenção básica de atingir de maneira plena suas metas e salientam o fato de que estratégias como a de saúde da família são processos em andamento. Para tratar de semelhantes questões, melhorar o acesso e a qualidade dos serviços, o governo lançou, em 2006, a Política Nacional de Atenção Básica e, em 2008, os Núcleos de Apoio

à Saúde da Família (NASFs). Essas equipes se associam à ESF que, segundo Fontenelle (2012, p. 6), continua sendo a estratégia prioritária para a atenção primária à saúde no País para expandir a abrangência e o escopo da atenção básica e dar apoio ao desenvolvimento das redes de referência e contrarreferência regionais.

O SUS, como afirmam Farias e Melamed (2003, p. 589), foi criado em 1990 após um esgotamento do modelo médico-previdenciário que atingiu seu ápice na década de 80 – com inoperância dos serviços prestados –, e demonstra estar a caminho de semelhante situação, altamente dependente de contratos com o setor privado, sobretudo no caso de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico.

Apesar disso, políticas focadas no aumento da oferta pública levaram ao crescimento do número de procedimentos ambulatoriais especializados nesse sistema, na última década. Em 2010, esses procedimentos representaram cerca de 30% das consultas ambulatoriais.

A atenção secundária também passou a contar com centros de especialidades odontológicas, serviços de aconselhamento para HIV/Aids e outras doenças sexualmente transmissíveis, centros de referência em saúde do trabalhador e serviços de reabilitação. Em 2008, foram criadas unidades de pronto-atendimento (UPAs), que funcionam 24 horas, para amenizar a demanda nas emergências hospitalares. Essas unidades se integram ao Samu. Em maio de 2010, o Samu cobria mais da metade da população brasileira.

Em 2008, o SUS foi responsável por 74% de toda a assistência domiciliar de emergência. Com a reforma no sistema de saúde, a tendência tem sido a estruturação de subsistemas paralelos dentro do SUS, para contemplar necessidades específicas, o que leva às dificuldades relativas a dois dos cinco princípios básicos da atenção primária à saúde. Os dois são:

Coordenação, ou seja, disponibilidade de um sistema de informação e avaliação das ações; continuidade, que desenvolve ao longo do tempo um relacionamento com a comunidade e possibilita a promoção de uma forma mais consistente e ao longo prazo (RONZANI; STRALEN, 2003, p. 12).

Em 2007, o MS criou uma diretoria responsável pela integração entre a atenção básica, a vigilância em saúde e os serviços especializados e de emergência, a fim de melhorar a gestão clínica, a promoção de saúde e o uso racional de recursos.

A atenção terciária no SUS inclui alguns procedimentos de alto custo, realizados majoritariamente por prestadores privados contratados e hospitais públicos de ensino, pagos com recursos públicos a preços similares ao valor de mercado. Como ocorre em vários outros sistemas de saúde em todo o mundo, os desafios da assistência hospitalar no Brasil contemplam:

A necessidade de se olhar o longo prazo, [...] a busca por novos modelos jurídicos para o “negócio”, [...] o uso da informação e a informatização, [...] o controle de custos, [...] a necessidade do aumento da eficiência e do cumprimento dos ditames legais, de garantia de acesso e de integralidade na assistência, [...] a incorporação da prevenção primária ao processo de atenção, [...] a integração entre os setores público e privado e [...] a incorporação do médico na solução dos problemas (VECINA NETO; MALIK, 2007, p. 835 - 838).

O sistema de saúde brasileiro não é organizado como uma rede regionalizada de serviços e não existem mecanismos eficazes de regulação e de referência e contrarreferência. No entanto, existem, no SUS, políticas específicas para alguns procedimentos de alto custo e para algumas especialidades, como cirurgia de coração, tratamento de câncer, hemodiálise e transplante de órgãos, que estão sendo articuladas em redes.

O MS organiza as redes de serviços por meio do fortalecimento do PSF e da implementação dos Territórios Integrados de Atenção à Saúde (Teias),

... que englobam um conjunto de políticas, programas e unidades de atenção à saúde que se articulam em cada região de saúde de maneira funcional mediante a integração da ‘produção de saúde’ e de estruturas públicas de ‘planejamento, gestão e governança’” (BRASIL, 2008, p. 210 *apud* PROTÁSIO et al., 2014).

Não obstante, obstáculos estruturais, de procedimentos e políticos, como o desequilíbrio de poder entre integrantes da rede, falta de responsabilização dos atores envolvidos, descontinuidades administrativas e alta rotatividade de gestores por motivos políticos, tendem a comprometer a efetividade dessas iniciativas.

No setor privado, o modelo de atenção gerenciada foi adotado por poucas empresas de planos de saúde privados, predominando um modelo de atenção focado na demanda individual, em detrimento de estratégias de promoção da saúde de base populacional. A probabilidade de um paciente ser internado num hospital aumenta com a disponibilidade de leitos e de unidades de atenção básica e diminui com a distância entre o município onde vive o paciente e o local onde o serviço está disponível.

Essa situação é motivo de preocupação, dado que uma a cada cinco internações

hospitalares no SUS ocorre em hospitais de municípios diferentes daqueles onde o paciente vive. Dessa forma, habitantes de municípios pobres têm menos êxito em obter internação do que habitantes de municípios mais ricos, o que demanda políticas não apenas para regionalizar e assegurar o transporte de pacientes ao hospital, mas também para adaptar os modelos de cuidado, de modo a reduzir tais desigualdades no acesso. A regulação do SUS tem sido influenciada por vários grupos de interesse, desde o setor privado até grupos associados ao movimento pela reforma sanitária.

Observamos, ainda, que os mecanismos regulatórios utilizados ainda não são suficientemente pujantes para promover mudanças significativas nos padrões históricos da assistência hospitalar. Na sua grande maioria, as unidades de atenção básica e as de emergência são públicas, enquanto os hospitais, ambulatorios e Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADTs) são majoritariamente privados.

Em 2010, apenas uma pequena parcela dos SADTs era pública. Entre 1968 e 2010, foram criadas 39.518 unidades de atenção básica. Na última década, o modelo de cuidado foi modificado, com aumentos no número de serviços ambulatoriais especializados e de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico. Entre 1990 e 2010, o número de hospitais – especialmente hospitais privados – diminuiu.

O Brasil tem pouco mais de 6.000 hospitais, dos quais 69,1% são privados. Apenas aproximadamente um terço dos leitos hospitalares se encontra no setor público; aproximadamente outro terço dos leitos do setor privado é disponibilizado para o SUS, por meio de contratos. Os governos municipais controlam um quarto dos hospitais públicos. Após a descentralização, foram criados vários novos hospitais, com uma média de 35 leitos cada. Como resultado, cerca de 60% dos hospitais possuem 50 leitos ou menos. Esses hospitais novos e de menor dimensão – sobretudo municipais e privados, com fins lucrativos – tendem a ser menos efetivos e eficientes que os hospitais maiores.

Segundo Paim (2011), a Região Sudeste, em 2005, concentrava o maior número de leitos a serviço do SUS, no país, em detrimento da Região Norte, que não possui sequer um hospital com mais de 400 leitos. Para o autor, percebe-se uma insuficiência da oferta de leitos hospitalares financiados pelo setor público. O autor ainda faz comparações entre dados das últimas duas décadas, mostrando que a densidade de leitos públicos no país caiu consideravelmente, superando, dentre os países da

Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico, apenas o México. Por outro lado, o que cresce é o número de profissionais de saúde, guardando sempre uma desigual distribuição pelo País (PAIM et al., 2011).

Em 2005, o setor público brasileiro gerou a maioria dos empregos no setor de saúde, sobretudo em nível municipal. Nas décadas de 70 e 80, foram criados alguns dos mais importantes sistemas de informação em saúde, como o Sistema de Informações Hospitalares do SUS, um sistema de vigilância epidemiológica, segundo Lessa et al. (2000, p. 18).

O Sistema de Informações sobre Mortalidade foi implantado em 1975 e, em 1990, foi lançado o Sistema de Informações de Nascidos Vivos, que executa procedimentos padronizados de coleta de dados em todos os hospitais. É importante aqui ressaltar que o MS está envidando esforços para consolidar o sistema para aumentar a abrangência e a qualidade das informações de saúde.

As desigualdades no uso de serviços de saúde por nível de instrução já não são mais tão abruptas. Embora sua utilização varie amplamente entre pessoas que possuem seguros de saúde e as que não os possuem, a diferença entre esses dois grupos também diminuiu. Em 1998, pessoas com planos de saúde privados tinham uma probabilidade muito maior de usar um serviço de saúde quando precisassem do que pessoas sem planos de saúde, mas essa diferença se reduziu nos anos seguintes, segundo Travassos e Castro (2008).

Existem também desigualdades socioeconômicas entre pessoas cobertas por planos de saúde privados e aquelas cobertas pela ESF, situação que indica que as populações rica e pobre recebem diferentes padrões de cuidado no sistema de saúde brasileiro. Segundo Malta (2001, p. 201) equidade seriam a avaliação dos diferentes padrões de saúde de diferentes grupos populacionais, através da utilização de instrumental proveniente do campo da epidemiologia e o reconhecimento do acesso desigual de segmentos da população aos recursos tecnológicos de cura e prevenção das doenças.

Além disso, apesar do aumento no tamanho da população e de seu expressivo envelhecimento, as taxas de internação hospitalar para a maior parte dos transtornos não

se modificaram nos últimos trinta anos. O número de internamentos financiados pelo setor público caiu na última década do século XXI²⁷. Essas taxas são consideravelmente mais altas entre a população com seguros de saúde privados.

O MS restringiu as despesas hospitalares por Estado, limitando o pagamento de internações proporcionalmente ao tamanho da população. Esse fato poderia explicar parcialmente a redução no acesso ao cuidado hospitalar e a subutilização da assistência hospitalar por pessoas que dependem de serviços financiados com recursos públicos. Apesar de uma crescente conscientização sobre a importância da qualidade da atenção à saúde no Brasil, ainda é necessário avançar muito para assegurar padrões consistentemente elevados.

O MS e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária promovem iniciativas da OMS para assegurar a segurança dos pacientes, mas a adesão a essas ações por parte dos serviços é baixa. Apenas uma parcela pouco expressiva dos serviços de saúde foi submetida a um processo de acreditação. Existem profissionais excelentes e serviços de ponta na área, mas há uma carência de políticas consistentes por parte dos ministérios, para o seu aprimoramento. Como consequência, apenas poucos estados e secretarias municipais de saúde desenvolveram suas próprias abordagens para a melhoria da qualidade dos cuidados nesse campo.

A Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde e o Código de Ética Médica reforçam os direitos dos pacientes e reduzem os casos de discriminação, mas são necessários aprimoramentos e novas políticas para assegurar melhor qualidade do cuidado, segurança e direitos dos pacientes nos serviços de saúde brasileiros.

2.3 Modelo de financiamento do Sistema Único de Saúde

O sistema de saúde brasileiro tem seu financiamento oriundo de impostos gerais, contribuições sociais, desembolso direto e gastos dos empregadores com saúde. O financiamento do SUS tem como fontes as receitas estatais e contribuições sociais dos orçamentos federal, estadual e municipal. As demais fontes são privadas – gastos por

²⁷ Ressaltamos que ocorreu uma redução do número de leitos privados e conveniados do SUS, em decorrência da lei da reforma psiquiátrica brasileira (Lei 10.216), também conhecida como Lei Paulo Delgado, promulgada em 2001, que impulsionou o processo de desinstitucionalização psiquiátrica no Brasil.

desembolso direto e aqueles realizados por empregadores. O financiamento do SUS não tem suprido a demanda de recursos financeiros adequados ou estáveis para o sistema público. Uma vez que contribuições sociais têm representado maior parcela que os recursos advindos de impostos, divididos entre os governos federal, estadual e municipal, o Sistema Único tem sido subfinanciado, o que, segundo Morici e Barbosa (2013, p. 209) pode ser constatado mediante o pagamento insuficiente de alguns procedimentos, valores muito abaixo de seus custos. Além dos desafios financeiros, o sistema funciona com baixa capacidade gerencial.

Nestes termos, o subfinanciamento do SUS

[...] é hoje o fator que mais impossibilita os gestores municipais e estaduais de organizarem a oferta de serviços com qualidade, de acordo com as necessidades e direitos da população usuária, o que os compele a sub-remunerar os profissionais e os estabelecimentos prestadores de serviços, a não investir em melhores edificações e equipagem de unidades de saúde e a atrasar com frequência o pagamento de prestadores e fornecedores, pondo em risco a viabilidade da gestão. Neste quadro predominam os interesses e pressões de mercado dos produtores de equipamentos, de medicamentos, de tecnologias e de outros insumos, bem como as prerrogativas particularizadas de alguns prestadores de serviços e alguns profissionais, o que leva à reprodução do modelo de atenção à saúde 'da oferta', superado pelos princípios e diretrizes constitucionais (FÓRUM DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA, 2005 *apud* SILVA; ROTTA, 2012, p. 339)

Em 2006, os recursos provenientes das contribuições sociais foram maiores que os provenientes dos impostos. No âmbito federal, tais contribuições representam mais da metade da receita, enquanto os impostos não chegaram sequer a um terço. Além do mais, o governo federal retém 58% das receitas de impostos, enquanto os governos estaduais têm repassados 24,7% e os municípios 17,3%. Até os recursos oriundos da CPMF, criada para financiar a saúde, foram destinados a outros setores.

Em 2006, a saúde pública recebeu menos da metade dos R\$ 32.090 bilhões arrecadados pela CPMF e uma proporção expressiva dos recursos restantes foi destinada ao pagamento de juros da dívida pública. Em 2007, tal contribuição social foi revogada e os fundos anteriormente destinados à saúde não foram repostos. Em 2007, a redução no financiamento federal do SUS só foi parcialmente compensada por aumentos nas despesas de estados e municípios nesse segmento.

Apesar de os gastos federais com saúde terem crescido nominalmente desde 2003, quando tomamos o ajuste pela inflação tem-se uma redução líquida. Apenas 8,4%

do PIB, em 2007, foi gasto em saúde. Nesse ano, a parcela pública da despesa com saúde foi de 41%, um valor baixo quando comparado a países desenvolvidos ou não, como é o caso do México (45%).

No Brasil, o SUS tem à disposição menor volume de verba pública para atendimento às necessidades de saúde da população que aquele previsto quando foi criado, à época, com o objetivo de se tornar um sistema universal e equitativo, financiado pelo erário.

Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) mostram que, em 1981, aproximadamente 70% do total de atendimentos mensais de saúde foram financiados com verbas públicas, aproximadamente 10% por planos ou seguros de saúde privados e aproximadamente 20% por gastos por desembolso direto.

Em 1981, o sistema de previdência social pagava percentagem maior pelas internações hospitalares do que o SUS pagou em 2008. No mesmo período de referência, a proporção das internações hospitalares pagas por planos de saúde privados cresceu expressivamente enquanto a proporção de internações hospitalares pagas diretamente se manteve constante.

Em 2003, a proporção do consumo de serviços de saúde pagos com o tesouro público caiu para pouco mais da metade, permanecendo nesse nível em 2008. Porém, a contribuição dos seguros aumentou de forma expressiva, tendo mais do que quadruplicado do início dos anos 1980 até o fim da década de 90. Enquanto isso, a proporção de pagamentos diretos aumentou de maneira regular.

2.4 Fundo público do setor saúde

Como aspecto importante para o controle social da seguridade social, a vinculação dos recursos nos fundos das políticas do sistema foi uma forma de combater a tradição fiscal brasileira, qual seja, submeter políticas sociais à lógica econômica. Tradição esta evidenciada pela canalização de recursos do fundo previdenciário para investimentos estatais e construção da infraestrutura do país, durante o período da industrialização.

Segundo Salvador (2010), os fundos sociais foram criados nesse processo e exercem o que Rocha (2002) afirma ser um papel democratizador. Em busca de uma maneira de administrar recursos reservados para execução de determinadas políticas de

maneira democrática, representantes governamentais e não governamentais juntam-se a fim de acompanhar e fiscalizar políticas públicas. Tais fundos são formados a partir de fluxos financeiros, tendo uma considerável estabilidade na captação de recursos, visto que independem de escolhas do governo.

No entanto, há dificuldades latentes no controle social dos recursos que não compõem os fundos quando se consideram as respectivas políticas, ao passo que, quando se criam fundos, vinculam-se receitas à realização de programas de trabalho pré-estabelecidos. Além disso, a não existência de um orçamento da seguridade social elaborado e supervisionado por um Conselho Nacional de Seguridade Social torna, segundo Salvador (2010), pouco exequível o controle pela sociedade civil.

Apenas a existência dos fundos sociais não garante a alocação integral nos fundos e submissão ao controle social, através dos conselhos, dos recursos destinados às políticas sociais de assistência, saúde e previdência.

Na esfera federal, são três os fundos existentes: o Fundo do Regime Geral da Previdência Social (FRGPS), o Fundo Nacional de Saúde (FNS) e o Fundo Nacional de Assistência Social (FNAS), sendo o FNS aquele que tem maior proporção de execução de recursos no respectivo setor, em comparação com os demais.

O FRGPS, criado pela Lei de Responsabilidade Fiscal, em seu artigo 68, no ano 2000, e vinculado ao Ministério da Previdência Social, não foi instituído por legislação específica. Este fundo tem como função prover recursos para o pagamento dos benefícios do Regime Geral da Previdência Social; no entanto, a Lei que o criou não contempla o controle social no âmbito do Conselho Nacional de Previdência Social (CNPS), deixando a cargo do INSS a gestão dos recursos que compõem o maior volume de verba dentre os três fundos.

Instituído pelo Decreto nº 64.867, em 1969, e tendo passado por várias modificações ao longo dos anos, inclusive, com sua reorganização através do Decreto nº 3.694, 2001, o FNS é o equivalente ao FRGPS no setor de saúde. Teve, com sua reestruturação, critérios redefinidos no tocante a transferências de recursos por fundos de saúde, estaduais e municipais, além do firmamento de convênios com órgãos e entidades, segundo Salvador (2010). Ademais, foram definidas também suas despesas e receitas, sendo estabelecido como unidade de orçamento de finanças do SUS. Os

recursos financeiros do SUS podem ser movimentados sob fiscalização de Conselhos de Saúde ou, quando na esfera federal, os orçamentos provenientes do OSS e de outras fontes da União são administrados pelo MS, através do FNS.

Originado a partir do Fundo Nacional de Ação Comunitária (Funac) e em consonância com os princípios de descentralização político-administrativa e de participação social (BOSCHETTI, 2003), o FNAS compõe a base de financiamento dos benefícios, serviços, programas e projetos estabelecidos na Lei Orgânica da Assistência Social. Do ponto de vista legal, a integralidade dos recursos de responsabilidade da União seria automaticamente repassada ao FNAS; no entanto, isso não ocorre, com boa parte do orçamento não passando pelo crivo do FNAS e sendo contabilizado via previdência social.

O FNAS tem, de acordo com o Decreto nº 1.605/95, que prover recursos e meios ao financiamento dos benefícios e apoiar serviços, programas e projetos de assistência social. Este fundo é gerido pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), sob a supervisão do CNAS. Portanto, a proposta orçamentária da assistência social dos recursos que passam pelo FNAS deve sofrer controle social pelo CNAS.

Para auxiliar no debate que envolve equidade e desigualdade, tomemos, previamente, o conceito econômico de eficiência de Pareto, também conhecido como eficiência econômica.

Varian (2006, p.15) assim explica a eficiência de Pareto ao tratar alocação de recursos:

Uma alocação ineficiente no sentido de Pareto tem a característica indesejável de que há alguma forma de melhorar a situação de alguém sem prejudicar ninguém mais. A alocação poderá ter pontos positivos, mas o fato de ser ineficiente no sentido de Pareto constitui por certo um ponto negativo para ela. Se há um modo de melhorar alguém sem prejudicar mais ninguém, por que não fazê-lo?

Parte do debate que envolve alocação de recursos, sejam financeiros ou não, sugere, frequentemente, que não há modo ou técnica que permita transferir recursos de modo desigual sem que isso importe em prejuízo para alguém ou para algum grupo ou região. Não é objetivo deste trabalho investigar ou propor modelos de otimização voltados à distribuição de recursos originários do MS e destinados à prestação de serviços públicos de saúde.

Assim sendo, para responder à pergunta de que equidade e desigualdade na alocação de recursos podem ser medidas com uma mesma moeda tomemos ainda como base Fleurbaey (2014, p.18): ²⁸

An egalitarian distribution in which everyone has the same bundle is trivially envy-free, but is generally Pareto-inefficient, which means that there exist other feasible allocations that are better for some individuals and worse for none. A competitive equilibrium with equal shares (i.e., equal budgets) is the central example of a Pareto-efficient and envy-free allocation. It is envy-free since all agents have the same budget options, so that everyone could buy everyone's bundle. It is Pareto-efficient because, by an important theorem of welfare economics, any perfectly competitive equilibrium is Pareto-efficient²⁹.

Quando transpomos o princípio exposto para a dimensão do financiamento público da saúde, onde não há indivíduos que escolhem o pacote desejado, mas, sim, um Estado detentor dos dados que refletem a demanda orçamentária, sendo responsável por definir corretamente os repasses de acordo com a demanda, a alocação proporcional de recursos pelo Estado será equitativa a partir do momento que seja Pareto-eficiente, i.e., a partir do momento em que não haja melhor arranjo possível de repasse de recursos para cada uma das esferas receptoras sem que outra seja prejudicada, atingindo um perfeito equilíbrio competitivo.

A alocação de recursos financeiros seria, portanto, desigual, uma vez que se estaria repassando diferentes níveis de recursos para os receptores, no entanto, se manteria equitativa se não impuser perdas àqueles que receberam menor quantidade. Por conseguinte, a equidade está separada da desigualdade uma vez que é possível haver equidade sem desigualdade, quando a demanda orçamentária for hipoteticamente igual (condição teórica que será utilizada nesse estudo, no capítulo 3). Outrossim, também é possível haver equidade com desigualdade, quando, por exemplo, se tem estados com demandas desiguais de recursos, mas, estes recursos desiguais são, para

²⁸ Por **se tratar** da *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* não será possível identificar o número da página. Para referência completa, verificar o link disponibilizado na seção de Referências.

²⁹ Em tradução livre: “Uma distribuição igualitária onde todos recebam o mesmo pacote é trivialmente livre de inveja, mas, é geralmente Pareto-ineficiente, o que quer dizer que existe outra alocação possível que irá beneficiar alguns indivíduos sem prejudicar ninguém. Um equilíbrio competitivo com participações iguais é o exemplo principal de uma alocação Pareto-eficiente e livre de inveja. Ela é livre de inveja desde que todos os agentes tiveram as mesmas opções de orçamento, de maneira que todos pudessem comprar os pacotes uns dos outros. Ela é Pareto-eficiente porque, por um importante teorema da economia da prosperidade, qualquer perfeito equilíbrio competitivo é Pareto-eficiente”.

cada um dos diferentes estados envolvidos, suficientes para suprir suas necessidades.

Dessa maneira, desigualdade e equidade não podem ser medidas de uma mesma moeda, o que se daria somente se, havendo equidade, a possibilidade de desigualdade fosse excluída, ou, havendo desigualdade, a possibilidade de equidade fosse excluída.

Nessa perspectiva, ainda que se tenha dialogado com princípios econômicos, os dados estudados no trabalho em tela serão analisados sob a razão dialética da teoria social diante da contradição entre desigualdade e equidade presentes no campo do financiamento das ações e serviços públicos de saúde.

3 A DISTRIBUIÇÃO REGIONAL DE RECURSOS FINANCEIROS FEDERAIS DO SUS NO GOVERNO DE LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA (2003-2006)

O propósito de estudar a distribuição regional dos recursos financeiros federais voltados ao SUS impõe definir limites sobre os quais o trabalho se dedicará (ou não). Como foi dito na seção anterior, aspectos epidemiológicos ou político-partidários não serão aprofundados enquanto elementos potencialmente explicativos dos fatos concretos na efetivação da alocação dos recursos. Tampouco será considerada a hipótese de que os dados disponibilizados nos endereços eletrônicos estejam imprecisos ou incorretos, posto ser responsabilidade dos respectivos órgãos do governo federal certificar-se quanto à correção e precisão de todos os dados e informações que divulgam na forma de prestação de conta ou para servir de base para estudos diversos. Justificamos tal posição tendo em vista que essas hipóteses poderiam desqualificar qualquer pretensão de estudo e pesquisa (parcial ou totalmente), resultando em incapacidade técnica no uso dos dados que, legalmente, são oficiais e servem de base para a prestação de contas do Poder Executivo aos seus respectivos Tribunais de Contas.

Nas seções a seguir apontamos os caminhos metodológicos percorridos para tornar possível conhecer de que forma o governo de Luiz Inácio Lula da Silva efetivou a distribuição de dinheiro entre as macrorregiões do país e ampliou ou reduziu as desigualdades sobre os repasses de recursos.

3.1 Caminhos metodológicos

No processo de construção da tese, adotar-se-á o método dialético para reflexões e articulação de categorias que aparecem na totalidade concreta, na qual as várias determinações se manifestam transfiguradas na totalidade que as mediatiza. Para Marx (2011, p.59), as categorias são “[...] formas de ser, determinações da existência”, de modo que refletem um movimento que tem lugar originalmente no próprio objeto. Contudo, como enfatiza Pontes (1997), o pensamento tem que estar em constante diálogo com o real, posto que as categorias são apreendidas a partir da realidade da observação empírica do movimento histórico concreto.

De acordo com Minayo (2010, p.24), o método histórico presente no marxismo

considera, nos processos sociais, as condições socioeconômicas da produção dos fenômenos, conceitos e contradições sociais. Assim, o marxismo propõe a abordagem dialética para “[...] analisar os contextos históricos, as determinações socioeconômicas dos fenômenos, as relações sociais de produção e de dominação com a compreensão das representações sociais”.

Este estudo buscou apreender o financiamento federal da saúde. Entendemos que o financiamento é permeado por contradições, tensões e disputas, por conseguinte, é compreendido como resultado do processo histórico e não como ponto de partida, mas como ponto de chegada (MARX, 1982). Ou seja, buscamos desvelar o processo de construção do financiamento, a partir de mediações presentes nas relações sociais, econômicas e políticas.

Para tal, foi necessário estabelecer aproximações sucessivas ao objeto de estudo para apreender a destinação real dos recursos financeiros originários do MS, destinados às macrorregiões, para a execução de serviços na área de Atenção Básica (AB), Média e Alta Complexidade (MAC), Ações Estratégicas (AE) e Serviços produzidos (SP). A nossa intenção ao definir esse recorte foi melhor analisar o valor destinado ao financiamento por macrorregiões em relação à proporção populacional das regiões receptoras.

Utilizamos os dados populacionais disponíveis no *website* do IBGE, conforme pesquisa do censo demográfico para o ano de 2000. Essa fonte secundária de dados impõe como limitação a captura de alterações populacionais nos entes da federação por razões de fluxos migratórios ou processos de expansão produtiva, tais como construção de portos, aeroportos, rodovias e hidrelétricas, entre outras, que normalmente têm elevado poder de alterar a demanda por serviços públicos, a exemplo da moradia, fornecimento de água, luz e prestação de serviços de saúde.

Para conhecer a população de eleitores, utilizamos o *website* do TSE, onde é possível verificar o número de pessoas aptas a votar, devido ao grande esforço do órgão em manter seus dados atualizados para, entre outras razões, permitir elaborar seus planos operacionais nos anos nos quais ocorrem eleições públicas.

Com base nesses três dados, o trabalho verificará se cada região do país recebe os recursos financeiros proporcionais à sua população local, ao mesmo tempo em que

refletiremos se a distribuição regional dos eleitores pode, de alguma forma, alterar o padrão de decisão das autoridades constituídas, no sentido de privilegiar uma região por razões político-partidárias. Pensamos tratar-se de um exercício que, como dito por Ianni (1988), seria uma análise revolucionária, na medida em que a interpretação crítica do objeto adere sobre si destrutivamente.

No curso da exposição dos dados, utilizaremos autores que trabalham o direito à saúde, a partir do financiamento da saúde pública, no âmbito do Governo Federal, dentro da tradição do Serviço Social, da Economia, da Saúde, eminentemente, ainda que se possa, na hipótese das necessidades do problema, explorar outras áreas do conhecimento, para articular com os achados do trabalho.

A opção neste estudo foi pela abordagem exploratória; não obstante, tendo em vista os objetivos do trabalho, a opção é pela pesquisa quantitativa-qualitativa.

Nos procedimentos metodológicos de coleta de dados utilizamos a pesquisa documental. Segundo Gil (2010), as pesquisas exploratórias têm como objetivo desvendar características de uma população, fenômeno ou uma experiência.

Minayo (2010, p. 21-22) acrescenta que:

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas Ciências Sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado, ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes.

Minayo e Sanches (1993, p.247) afirmam que, nos estudos que envolvem a coleta de dados quantitativos a análise qualitativa é pertinente, pois:

[...], se a relação entre quantitativo e qualitativo, entre objetividade e subjetividade, não se reduz a um *continuum*, ela não pode ser pensada como oposição contraditória. Pelo contrário, é de se desejar que as relações sociais possam ser analisadas em seus aspectos mais 'ecológicos' e 'concretos' e aprofundados em seus significados mais essenciais. Assim, o estudo quantitativo pode gerar questões para serem aprofundadas qualitativamente, e vice-versa.

Calado e Ferreira (2004) ao trabalharem sobre análise documental, indicam haver duas fases distintas: a seleção (ou recolha) de documentos e posterior análise, ou Análise de Conteúdo. Os autores ainda sugerem que o pesquisador deve proceder a uma "seleção controlada", considerando-se fatores como: a) não incluir demasiadas fontes deliberadas; b) não selecionar documentos com base na forma como estes apoiam os seus pontos de vista; c) procurar uma seleção equilibrada, com atenção ao tempo

disponível.

Lembramos que a natureza do estudo orienta o investigador para determinadas fontes, sejam primárias, sejam secundárias; elas podem ser variadas, desde que estejam disponibilizadas online ou na forma impressa, por institutos nacionais de estatística, bibliotecas, artigos científicos, leis, relatórios de organismos dedicados ao tema, entre outros, sem prejuízos para o resultado final da pesquisa.

Observamos também que o investigador, ao utilizar diferentes documentos, poderá reunir informações de diferentes naturezas e elaborar comparações entre as diferentes informações, sendo viável metodologicamente realizar uma triangulação das informações qualitativa e quantitativas coletadas e sistematizadas, de modo a evitar ameaças à validade quanto à forma como são coletadas e selecionadas em determinada investigação.

Minayo *et al.* (2005, p.71), referindo-se às possibilidades de triangulação de métodos para coleta de dados quantitativos e qualitativos como estratégia de pesquisa para determinadas avaliações, destacam que:

[...] não é um método em si, mas uma estratégia de pesquisa que se apóia em métodos científicos testados e consagrados, servindo e adequando-se a determinadas realidades, com fundamentos interdisciplinares e que deve ser escolhida quando contribuir para aumentar o conhecimento do assunto e atender aos objetivos que se deseja alcançar.

Ressaltamos que o método quantitativo é peça crucial “para compor o caleidoscópio de visões, significados e sentidos existentes nos programas e na realidade social” (MINAYO *et al.*, 2005, p. 99), em contexto de complexa “[...] dinâmica do mundo de inter-relações humanas estruturadas e construídas e não por um erro da natureza” (MINAYO *et al.*, 2005, p.99), e que a abordagem qualitativa preocupa-se com a compreensão interpretativa da ação social, de modo que, “[...] desta forma, a abordagem qualitativa atua levando em conta a compreensão, a inteligibilidade dos fenômenos sociais e o significado e a intencionalidade que lhe atribuem os atores” (MINAYO *et al.*, 2005, p. 99).

Em suas conclusões Minayo *et al.* (2005, p. 99) lembram que, “[...] nas investigações trianguladas, os métodos devem ser usados com rigor, reduzindo-se, o mais possível, as ameaças internas e externas à validade de cada um; e que os métodos devem ser selecionados de acordo com sua relevância teórica”.

O período estudado na pesquisa é de 2003 a 2006, contexto histórico e socioeconômico brasileiro do governo petista de Luís Inácio Lula da Silva, permeado por uma conjuntura internacional de crise do capital que é relevante ao objeto da pesquisa e que, de alguma forma, se manifestou nas práticas políticas desenvolvidas no primeiro mandato do presidente Lula da Silva.

Elegemos dois grandes eixos como fontes principais para a construção da tese³⁰:

a) Dos dados quantitativos: optamos pelos indicadores oficiais e amplamente divulgados e aceitos para fins de estudos e pesquisas, com representatividade estatística à aproximação do problema, qual seja, a equidade em termos de destinação do financiamento federal do SUS dentro do recorte histórico proposto:

- População das Macrorregiões: Censo Demográfico do ano de 2000 - IGBE;
- Número de eleitores: TSE;
- Transferências de Recursos Financeiros do MS para Macrorregiões: Datasus.

Em respeito ao caráter público do seu conteúdo e conforme indicado em seus fundamentos, tal fonte se caracteriza por disponibilizar informações apoiadas em dados confiáveis e válidos, posto serem condições essenciais para a análise objetiva da destinação geográfica de recursos financeiros voltados aos serviços públicos de saúde. Assim sendo, entendemos que é possível investigar concomitantemente os valores monetários transferidos pelo MS às macrorregiões e comparar os valores percentuais monetários *versus* percentuais populacionais das cinco regiões, o que tomaremos como medida de avaliação da desigualdade no repasse de recursos por parte do Governo Federal em suas práticas distributivas e os valores potenciais recebidos para mais ou para menos, quando simuladas transferências iguais à distribuição da população.

³⁰Ressaltamos que procedemos a uma revisão bibliográfica, a partir de leituras e releituras de vários títulos publicados de autores dedicados à temática, que abrangeu livros, capítulos de livros, periódicos indexados na *web*, teses e dissertações dedicados à promoção, regulamentação, discussão e análises da temática equidade no SUS, desigualdades regionais em saúde e distribuição de recursos do SUS, publicados no período pós CF/88, a partir de autores dedicados à temática.

b) Dos dados qualitativos:

- **Pesquisa documental:** A coleta de dados abrangeu documentos oficiais publicados referentes ao período coberto pelo estudo e que tratam da alocação de recursos federais para o SUS e/ou sua análise. Os documentos utilizados estão identificados no quadro 3:

Quadro 3 – Documentos Pesquisados

Documento	Fonte de Informação	Ano de Publicação
Decreto 64.867	Sítio da Presidência da República do Brasil	1969
Lei 6439	Sítio da Presidência da República do Brasil	1977
Lei 8080 e 8142	Sítio da Presidência da República do Brasil	1990
Norma Operacional Básica	Sítio do Ministério da Saúde	1991
Estudo de Política de Saúde: A Reforma dos Sistemas de Saúde – Análise Comparada de Sete Países da OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE)	1992
Norma Operacional Básica	Sítio do Ministério da Saúde	1993
Relatório: Salud, equidade y transformación productiva em América Latina y Caribe	Sítio Organização Pan-Americana da Saúde (Opas)	1994
Decreto 1.605	Sítio da Presidência da República do Brasil	1995
Norma Operacional Básica	Sítio do Ministério da Saúde	1996
Projeto de Lei 92	Sítio da Câmara dos Deputados Federais	1997
Emenda Constitucional 29	Sítio da Presidência da República do Brasil	2000
Lei Complementar nº 101: Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF)	Sítio da Presidência da República do Brasil	2000
Lei 10.216	Sítio da Presidência da República do Brasil	2001
Norma Operacional Básica	Sítio do Ministério da Saúde	2002
Relatório de Indicadores de Percepção Social	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada	2011
Relatório: Salud em Sudamerica – Panorama de la situación de salud y de las políticas y sistemas de salud	Sítio Organização Panamericana da Saúde (Opas)	2012

Para Lakatos e Marconi (2010), o atual ambiente em que o pesquisador se encontra, denominado “floresta” de coisas escritas, resulta do acúmulo de documentos e estudos já realizados e disponíveis, sendo papel do investigador conhecer meios e técnicas para testar a validade e a fidedignidade das informações.

O critério de elegibilidade dos dados quantitativos e qualitativos a serem usados no estudo para Bardin (1977) refere-se ao trabalho de modo análogo ao arqueólogo, posto que o pesquisador trabalha com vestígios contidos nos documentos e cuja análise se processa segundo a natureza do material e as questões que procura elucidar.

Lembramos que a análise do financiamento do SUS no governo Lula da Silva (2003-2010) foi conduzida em um único eixo investigativo: a destinação regional dos recursos financeiros.

Esclarecemos que não foi objeto de estudo o ônus ao contribuinte para financiar o sistema; importará, antes, conhecer os níveis de desigualdade regional sobre as transferências no período delimitado. Ressaltamos que os dados disponibilizados pelo MS, referentes aos repasses financeiros, são originalmente apresentados por município ou estado, tendo sido nosso o trabalho de agregar os valores totais dos estados de cada região do país, o que permitiu, ainda, apresentar a alocação de recursos financeiros investidos no setor saúde em condição de igualdade quanto à distribuição percentual da população nas macrorregiões.

Assim sendo, ressaltamos que a efetiva alocação dos recursos financeiros entre as macrorregiões e entre a AB e a MAC servirá como instrumento básico à análise do movimento estabelecido pelo governo do Partido dos Trabalhadores (PT) através da equipe ministerial definida pelo então presidente Lula e sua maior (ou menor) aproximação com os fundamentos de equidade em saúde.

Cumpramos também esclarecer os limites da pesquisa, dada a amplitude do tema e do período de estudo. Para analisar os dados disponíveis sobre o financiamento e a efetividade dos gastos em saúde pelo SUS, não foram objeto primordial de estudo e análise as condições epidemiológicas regionais ou locais, diferenças estruturais físicas e materiais, humanas, técnicas e tecnológicas ou de modelos gerenciais na esfera federal, estadual ou municipal. Tampouco a investigação se propõe explorar as especificidades incorridas na gestão dos fundos de saúde dos estados e municípios da federação, haja

vista o número de entes envolvidos e suas múltiplas particularidades, o que tornaria tal intento potencialmente inexecutável e diverso do que se propõe.

3.2 Etapas da pesquisa

Parte importante na história do SUS, a indisponibilidade de recursos financeiros frequentemente tornou-se argumento presente no discurso dos representantes do povo (presidente, governador, prefeito) ou de seus secretários municipais, estaduais ou do Ministro da Saúde.

A captação de recursos pode ser vista como condição seminal à promoção da equidade no acesso aos serviços do SUS; outrossim, não menos importante é a distribuição dos recursos arrecadados entre os entes federados, haja vista a ampla possibilidade de haver práticas de privilegiamento partidário que produzam o aumento do repasse de recursos aos estados ou municípios “aliados” do Governo Central, em detrimento daqueles que fazem oposição, que sejam desafetos pessoais ou ainda que não tenham capacidade de infraestrutura física, humana ou técnica para cumprir as exigências burocráticas para receber ou aumentar os repasses do Governo Federal destinados à oferta de serviços públicos de saúde.

A pesquisa foi desenvolvida em cinco momentos simultâneos, que passamos a explicar. No primeiro, analisamos a distribuição percentual da população em cada macrorregião, tomando por base os dados do censo demográfico do ano 2000. Na segunda fase investigamos, utilizando dados disponíveis no endereço eletrônico do TSE, a distribuição percentual regional dos eleitores, com o objetivo de avaliar se há, nessa distribuição, alguma fonte de tensionamento de grupos de interesses que possa interferir negativamente sobre a distribuição mais equitativa dos recursos financeiros. No terceiro momento analisamos os dados disponíveis no MS sobre a efetiva distribuição dos recursos financeiros e os agregamos entre as cinco regiões do país, para identificar os valores nominais e percentuais recebidos no primeiro mandato do presidente Luiz Inácio Lula da Silva. Na quarta etapa comparamos os valores percentuais populacionais vis-à-vis com os percentuais de recursos financeiros transferidos pelo MS nos anos estudados. Na última etapa analisamos as diferenças observadas como parâmetro de simulação dos valores que cada macrorregião recebeu a mais (ou a menos), em relação à sua

população.

3.3 Resultados e discussão

Antes de discorrer sobre a distribuição de recursos federais voltados ao SUS, vejamos como se deu a produção de riqueza no período estudado, agregados por macrorregiões. Tomamos por base de análise o ano de 2003, primeiro ano do Governo de Luís Inácio Lula da Silva, a partir de um estudo comparativo sobre as condições de distribuição da riqueza, isto é, do PIB, da participação sobre os recursos financeiros transferidos pelo Governo Federal destinados à saúde e sua dimensão populacional entre duas macrorregiões, tendo por critério comparativo principal a região mais rica, ou seja, com maior PIB, e a mais pobre, com menor PIB. Dessa forma, demonstra-se que a distribuição dos recursos financeiros federais reduz ou aprofunda as desigualdades regionais quanto ao acesso à saúde³¹.

³¹ Para esta demonstração, inicialmente, foram utilizados os dados disponíveis na web site do MS (<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?recsus/cnv/rsuf.def.>), referentes aos investimentos totais do Governo Federal com serviços de saúde, e os dados disponíveis no web site do IBGE (http://downloads.ibge.gov.br/downloads_estatisticas.htm), para conhecermos a distribuição geográfica da população e sua participação no PIB. Para conhecer os valores gastos em saúde pelo Governo Federal, disponíveis no website do MS, adotamos o seguinte procedimento metodológico para coleta de dados: selecionamos o parâmetro (a) Ano/Mês Competência para formar a linha e (b) Grupo Despesa como coluna, tendo como conteúdo (c) Valor Despendido. Escolhemos o ano de 2003 para o (d) Período Disponível e adotamos os seguintes dados para os campos de (e) Seleções Disponíveis: (e.1) Tipo de Despesa: Todas as Categorias; (e.2) Grupo de Despesa: Todas as Categorias; (e.3) Tipo de Transferência: Todas as Categorias; (e.4) Região: Todas as Categorias; (e.5) Unidade da Federação: Todas as Categorias e (e.6) Unid. Fed. – ZI: Todas as Categorias. Marcamos o *check Box* “ordenar pelos valores da coluna” e “exibir linhas zeradas”. Todos os cálculos de soma e divisão (para estabelecimento de proporções de participação sobre o PIB e População) foram realizados no programa *Excel* da *Microsoft*, bem como a separação dos dados por macrorregiões. Todos os resultados obtidos estão agrupados no anexo A. Sobre a adoção da nomenclatura investimento em saúde observam-se na terminologia contábil, segundo Martins (2001, p. 25 e 26), as seguintes distinções: “a) **gasto** – sacrifício financeiro com que a entidade arca para obtenção de um produto ou serviço qualquer, sacrifício esse representado por entrega ou promessa de entrega de ativos (normalmente dinheiro), [...]. Conceito extremamente amplo e que se aplica a todos os bens e serviços adquiridos; [...]. Só existe gasto no ato de passagem para a propriedade da empresa do bem ou serviço; [...]; b) **investimento** – gasto ativado em função de sua vida útil ou benefícios atribuíveis a futuro (s) período (s). [...]. Pode ser de diversas naturezas e de períodos de ativação variados: [...]; c) **custo** – gasto relativo a bem ou serviço utilizado na produção de outros bens ou serviços; d) **despesa** – bem ou receita consumidos direta ou indiretamente para obtenção de receitas; e) desembolso – pagamento resultante da aquisição de bem ou serviço; f) perda – bem ou serviço consumidos de forma anormal e involuntária [...]. Não se confunde com despesa (muito menos com o custo), [...]”. Em nosso estudo, optamos pela terminologia **investimento** ao tratar de transferência de recursos voltados à oferta de produtos e serviços públicos em saúde, sejam eles financeiros, humanos, materiais, móveis ou imóveis.

Para o ano de 2003, primeiro do governo de Luís Inácio Lula da Silva, temos a Região Sudeste com o maior PIB proporcional, responsável por 55,7% de toda riqueza nacional, abrigando em seu território 42,6% da população residente do país. Em sentido oposto, temos a Região Norte, com a menor riqueza relativa, com 4,7% de participação no PIB, enquanto reunia 7,8% da população nacional. Uma vez identificadas as regiões, observa-se que o Sudeste recebeu 45,4% do total de todos os recursos federais transferidos a título de investimentos com saúde pública naquele ano, enquanto a Região Norte recebeu apenas 6,3% dos recursos totais.

A análise dos dados demonstra que a Região Sudeste recebeu 2,8% a mais de recursos financeiros do que a sua população relativa, enquanto a Região Norte recebeu menos 1,5% sobre o mesmo parâmetro; ou seja, as transferências federais, embora respeitem os limites mínimos estabelecidos pela EC 29 e os critérios de distribuição previstos na Lei 8080/90, podem criar uma barreira à redução das atuais condições desiguais de acesso à saúde, na medida em que não promovem equiparação nas condições de infraestrutura, equipe profissional e a possível deficiência no desempenho técnico, econômico e financeiro existentes entre as regiões.

Não obstante os valores percentuais possam não parecer significativos, por um lado, sabe-se que os valores nominais envolvidos estão nas cifras dos milhões de reais, de modo que pequenas frações facilmente se convertem em valores monetários significativos à promoção da melhoria na estrutura física e humana e, potencialmente, sobre as condições de acesso aos serviços públicos de saúde nas regiões mais pobres.

Para o estudo das transferências de recursos e sua equiparação à proporção populacional, foi utilizado o censo populacional do IBGE. Em função do custo de realização de uma pesquisa dessa grandeza, no Brasil sua elaboração se dá em intervalos de 10 anos. Apesar do intervalo entre os dados produzidos, sua precisão e rigor estatístico permitem que sejam utilizados por pesquisadores e gestores públicos para fins de formulação de pesquisas, estudos e políticas públicas por muitos anos.

Segundo o censo populacional para os anos de 2000 e 2010 (IBGE), a população esteve assim distribuída nas macrorregiões (Tabela 2):

Tabela 2 – População Agregada por Macrorregião. Brasil - 2000 – 2010

Ano/região	Norte	Nordeste	Sul	Sudeste	Centro-Oeste
2000	12.911.170	47.782.487	25.110.348	72.430.193	11.638.658
2010	15.864.454	53.081.950	27.386.891	80.364.410	14.058.094

Fonte: IBGE. Censo 2000 e 2010.

A análise dos dados populacionais demonstra que a Região Norte apresenta a maior taxa percentual de crescimento, superior a 22% entre os anos de 2000 e 2010, contudo, a Região Sudeste apresentou o maior crescimento populacional absoluto, com mais de sete milhões e novecentas mil pessoas, seguido da Região Nordeste, com acréscimo de quase cinco milhões e trezentos mil. A razão pela qual não utilizaremos as taxas de variações percentuais regionais para análise consiste em uma implicação matemática: uma grande taxa de crescimento percentual de uma pequena população resultará em um número menor de pessoas, se comparado a uma pequena taxa de crescimento para uma população originalmente enorme, como é o caso das Regiões Norte (menor população) e Sudeste (maior população), respectivamente.

Como nosso principal sujeito de interesse são as pessoas, temos ao mesmo tempo o ajuste e a justificativa necessários para interpretar os dados: valores totais e não percentuais nos casos que melhor representem os esforços à equidade em ações de saúde dentro do SUS.

À medida que a população do país aumenta, podemos supor que também se observam mudanças quanto à distribuição regional dos eleitores entre as macrorregiões, e isso pode se mostrar útil na reflexão dos dados sobre a distribuição de recursos.

Na tabela 3 pode-se observar o crescimento anual do número de eleitores de modo agregado por macrorregiões entre os anos de 2002 e 2014, no primeiro dos quais o então candidato Luiz Inácio Lula da Silva concorreu à presidência do país, e foi eleito para seu primeiro mandato), tendo sido reeleito em 2006 para o segundo mandato.

Tabela 3 – Número de eleitores agregados por macrorregião, Brasil, 2002-2014

Ano/região	Norte	Nordeste	Sul	Sudeste	Centro-Oeste
2014	10.815.545	38.267.006	21.096.204	60.706.793	10.248.279
2013	10.704.517	38.388.087	20.810.471	61.233.192	10.266.708
2012	10.598.865	38.133.486	20.758.395	62.044.425	10.011.990
2011	10.110.718	37.014.625	20.324.999	59.137.284	9.738.277
2010	9.983.388	36.660.029	20.201.686	58.822.090	9.672.931
2009	9.602.732	35.679.053	19.748.776	57.520.315	9.349.307
2008	9.450.915	35.319.700	19.555.447	56.851.774	9.146.762
2007	9.035.904	34.377.377	19.253.565	55.718.468	8.974.169
2006	8.821.211	34.081.301	19.004.915	54.887.334	8.884.059
2005	8.492.228	33.085.557	18.632.714	53.860.635	8.611.369
2004	8.365.786	32.953.868	18.448.884	53.091.520	8.456.225
2003	7.818.899	31.254.002	17.901.046	51.531.620	8.158.921
2002	7.637.352	30.986.165	17.892.989	50.720.630	8.037.556

Fonte: TSE. Dados, 2002-2014.

Os dados demonstram que a Região Sudeste acumula um crescimento de quase 8% percentuais entre 2002 e 2006, com mais 4.166.704 novos eleitores, o maior crescimento observado em todo o país, seguido pela Região Nordeste, com 3.095.136 novos eleitores, o que representa um crescimento percentual de 9,7. A Região Centro-Oeste cresceu, com 846.503 novos eleitores e foi a única região com crescimento inferior a um milhão de novos eleitores. As regiões Norte e Sul cresceram, respectivamente, 1.183.859 e 1.111.926, entre os anos de referência.

Consideramos que a concentração de eleitores e o acompanhamento de seu aumento ou redução em regiões, estados ou mesmo cidades pode estar a serviço de projetos políticos e partidários, como meio ou caminho para a consecução de cargos eletivos do poder executivo e legislativo ou sua manutenção por aqueles que já os ocupam.

A tabela 4 apresenta uma visão detalhada sobre a evolução percentual do número de eleitores dentro das macrorregiões e permite verificar que a Região Norte apresentou a maior taxa de crescimento percentual, seguido pela Região Centro-Oeste.

Tabela 4 – Variação percentual anual de eleitores por macrorregião, Brasil, 2003-2014

Ano/região	Norte	Nordeste	Sul	Sudeste	Centro-Oeste
2014-13	1,04%	-0,32%	1,37%	-0,86%	-0,18%
2013-12	1,00%	0,67%	0,25%	-1,31%	2,54%
2012-11	4,83%	3,02%	2,13%	4,92%	2,81%
2011-10	1,28%	0,97%	0,61%	0,54%	0,68%
2010-09	3,96%	2,75%	2,29%	2,26%	3,46%
2009-08	1,61%	1,02%	0,99%	1,18%	2,21%
2008-07	4,59%	2,74%	1,57%	2,03%	1,92%
2007-06	2,43%	0,87%	1,31%	1,51%	1,01%
2006-05	3,87%	3,01%	2,00%	1,91%	3,17%
2005-04	1,51%	0,40%	1,00%	1,45%	1,83%
2004-03	6,99%	5,44%	3,06%	3,03%	3,64%
2003-02	2,38%	0,86%	0,05%	1,60%	1,51%

Fonte: TSE. Dados 2002-2014.

Os dados sugerem ao mesmo tempo um crescimento em torno de 40% de novos eleitores, entre 2002 e 2006, e que eles estão, em sua maioria, estabelecidos na Região Sudeste.

Passemos a analisar o investimento federal regional em ações de saúde na perspectiva *per capita*, subdividindo-se os dados entre os eleitores existentes em cada população das macrorregiões, ou seja, o quanto importa financeiramente ao executivo federal potencializar seu capital político junto àqueles que vão às urnas.

Para fins de padronização dessa parte do estudo, os resultados *per capita* eleitoral regional apresentam a divisão entre todos os valores transferidos pelo MS e o número de eleitores em cada macrorregião. Além disso, utilizaremos a Região Sudeste, a que apresenta o maior PIB nacional e maior concentração eleitoral no período de análise, como referência a ser comparada frente às demais.

A seguir, as figuras 3, 5, 7 e 9 apresentam, graficamente, a divisão entre a soma dos valores transferidos do MS para o conjunto de estados da região Sudeste por sua população total (eleitores e não eleitores), comparando-a, respectivamente, às regiões Norte, Nordeste, Sul e Centro-Oeste. Dessa operação resulta o valor *per capita* regional investidos em ações de saúde para os anos de 2003 até 2006.

As figuras 4, 6, 8 e 10 apresentam, graficamente, a divisão entre a soma dos valores transferidos do MS para o conjunto de estados da Região Sudeste, por sua população de eleitores, comparando-a, respectivamente, às regiões Norte, Nordeste, Sul e Centro-Oeste. Com essa operação obtemos o valor *per capita* eleitoral das macrorregiões de forma anual, para o período estudado. Esse cálculo é particularmente oportuno para conhecermos o custo de oportunidade financeira para fins de melhoria na avaliação do papel do governo federal junto àqueles que têm o poder de manter ou modificar os representantes do poder executivo e os projetos político-partidários.

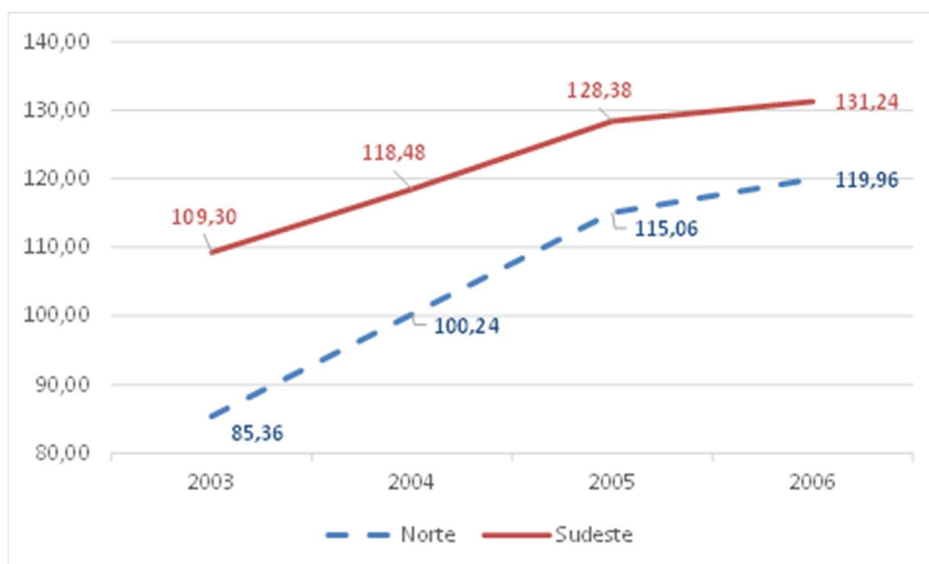
Sobre os valores *per capita*, chama a atenção a desigualdade superior (27%) entre a Região Sudeste e a Norte, para o ano de 2003, ou seja, o brasileiro da região mais pobre do país recebeu quase um terço a menos de recurso financeiro destinado à sua saúde, quando comparado a um brasileiro da região mais rica do país (Figura 3). Essa diferença se reduz até um pouco mais de 10% em favor dessa região, no ano de 2006, o que ainda representa uma diferença significativa em prejuízo dos que mais precisam de recursos para reduzir as desigualdades.

As regiões Nordeste (Figura 5), Sul (Figura 7) e Centro-Oeste (Figura 9) receberam recursos financeiros inferiores aos da Região Sudeste, na ordem de 11%, 9% e 7,3%, respectivamente, ao longo do ano de 2003. A Região Centro-Oeste foi a única que recebeu mais recursos que a Região Sudeste, apenas no ano 2006: 0,29% *per capita*.

Quanto aos valores *per capita* entre os eleitores, observamos o resultado da grande concentração dos eleitores na Região Sudeste. Mesmo tendo recebido maior volume de recursos financeiros ao longo do período estudado, o valor *per capita* dessa região torna-se maior somente quando comparado à Região Sul (Figura 8). Entre as demais regiões do país, o Sudeste tem o menor valor observado frente à Região Centro-Oeste (Figura 10), ao longo do período e frente às regiões Nordeste, a partir de 2004 (Figura 7) e Norte, a partir de 2005 (Figura 4).

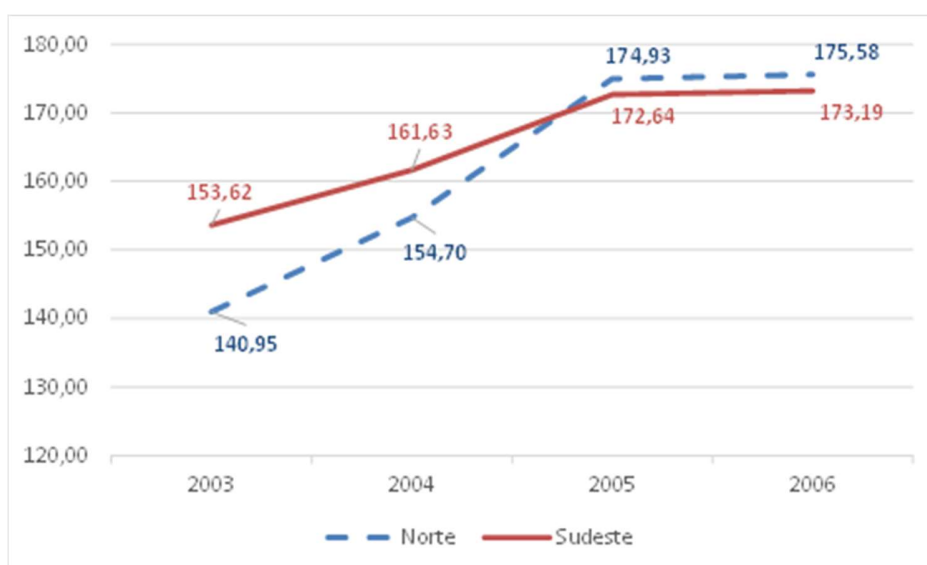
Sob outra perspectiva, o custo eleitoral da Região Sudeste é relativamente menor, se comparado às regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, de modo que os valores investidos em ações de saúde pública na região mais rica do país apresentam o maior benefício eleitoral quanto aos recursos financeiros totais disponíveis.

Figura 3 – Gasto (R\$) do SUS *Per Capita* Populacional: Sudeste X Norte – 2003-2006



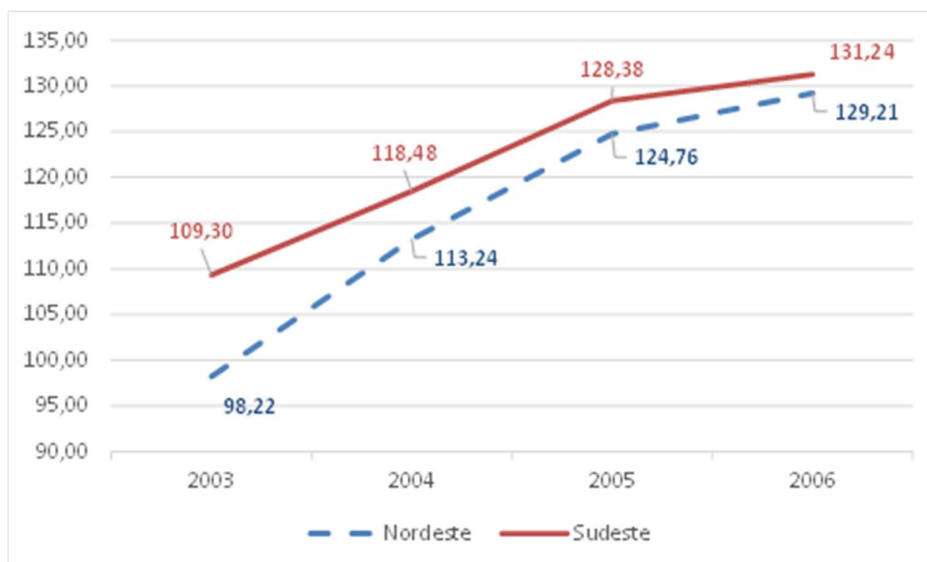
Fonte: Dados do TSE e DATASUS. Elaboração própria.

Figura 4 – Gasto (R\$) do SUS *Per Capita* Eleitoral: Sudeste X Norte – 2003-2006



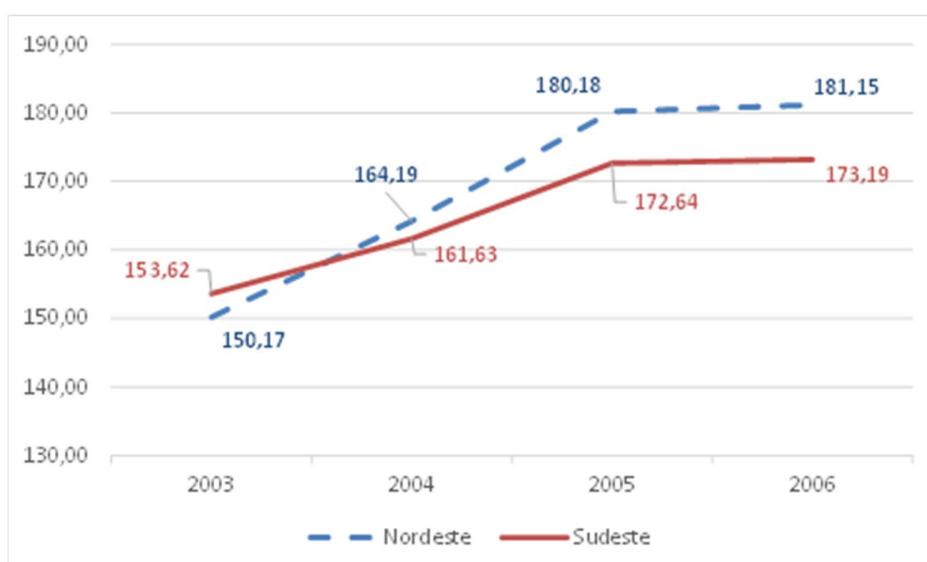
Fonte: Dados do TSE e DATASUS. Elaboração própria.

Figura 5 – Gasto (R\$) do SUS *Per Capita* Populacional: Sudeste X Nordeste – 2003-2006



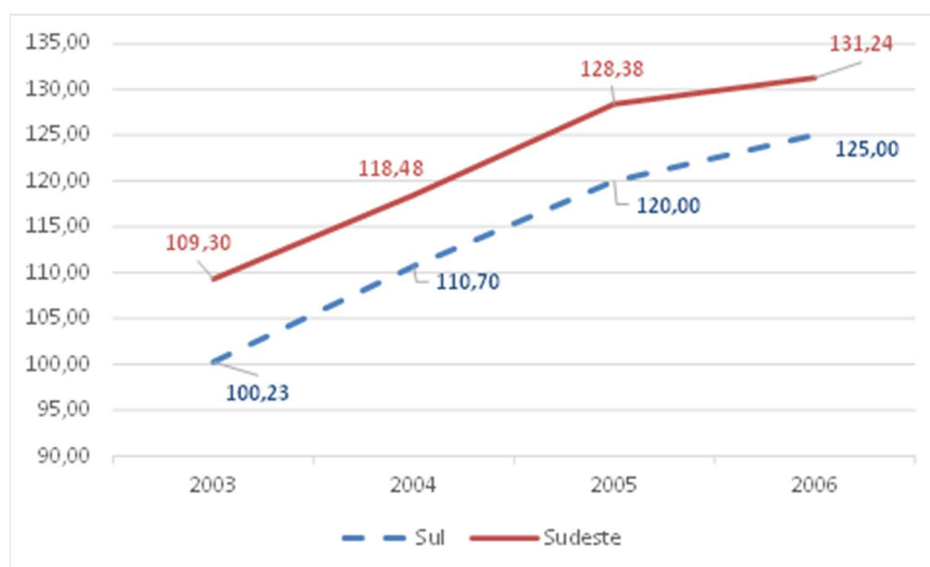
Fonte: Dados do TSE e DATASUS. Elaboração própria.

Figura 6 – Gasto (R\$) do SUS *Per Capita* Eleitoral: Sudeste X Nordeste – 2003-2006



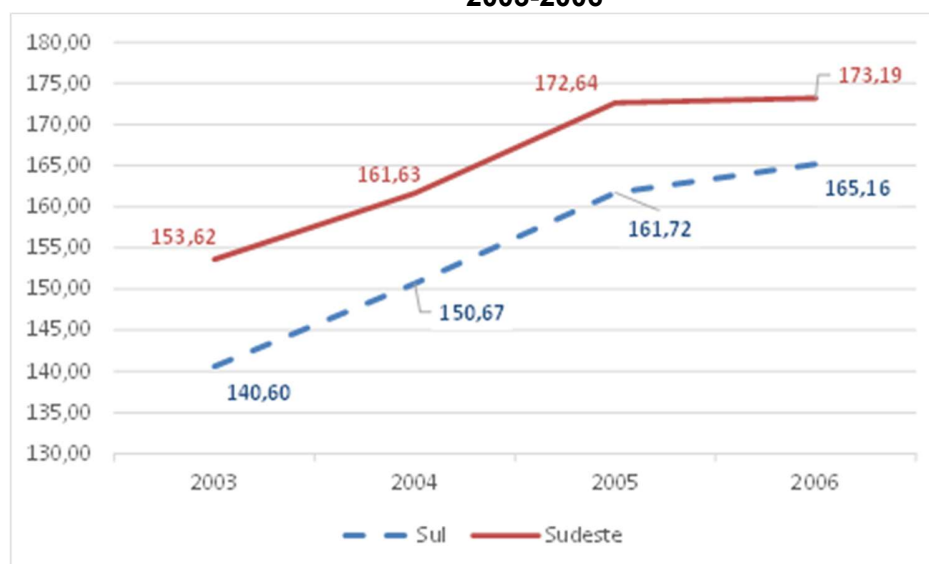
Fonte: Dados do TSE e DATASUS. Elaboração própria.

Figura 7 – Gasto (R\$) do SUS *Per Capita* Populacional: Sudeste X Sul – 2003-2006



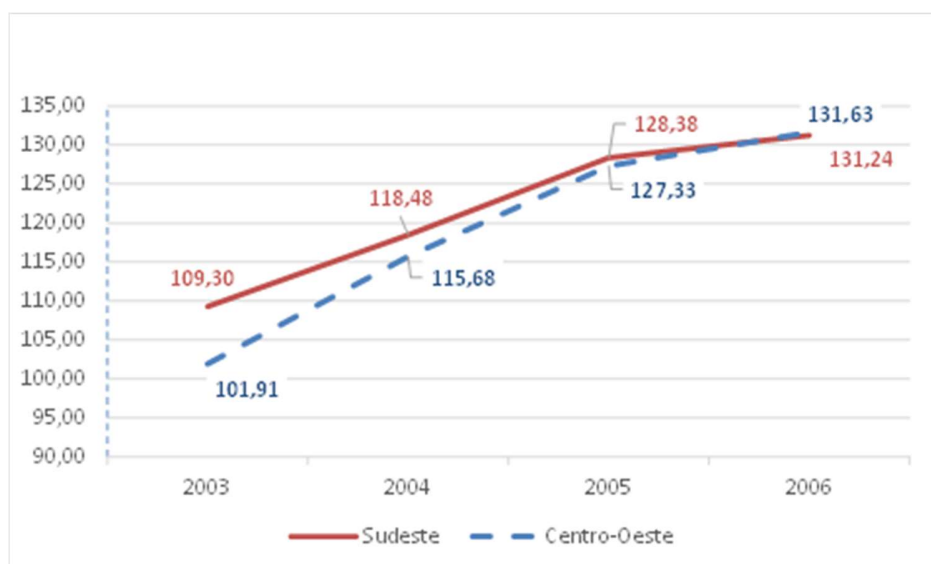
Fonte: Dados do TSE e DATASUS. Elaboração própria.

Figura 8 – Gasto (R\$) do SUS *Per Capita* Eleitoral: Sudeste X Sul – 2003-2006



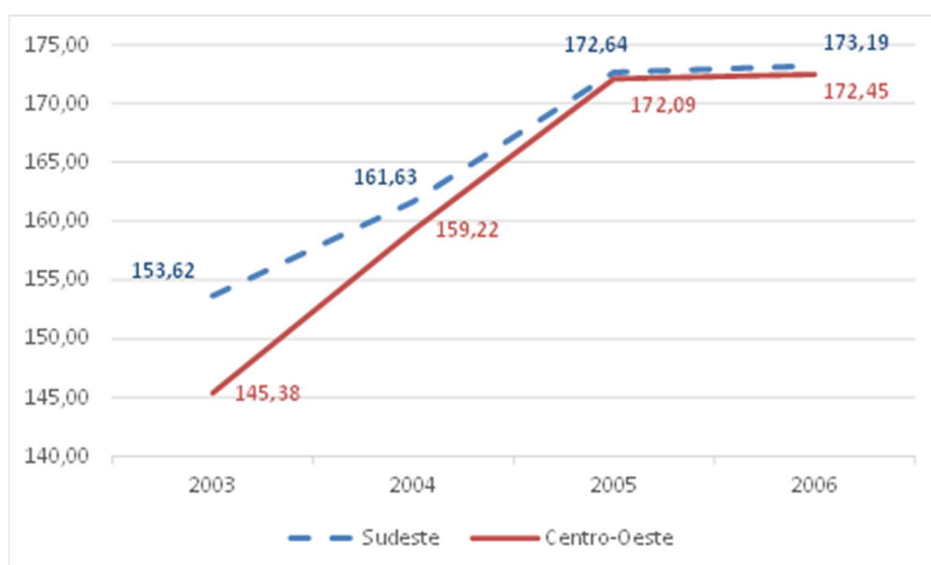
Fonte: Dados do TSE e DATASUS. Elaboração própria.

Figura 9 – Gasto (R\$) do SUS *Per Capita* Populacional: Sudeste X Centro-Oeste – 2003-2006



Fonte: Dados do TSE e DATASUS. Elaboração própria.

Figura 10 – Gasto (R\$) do SUS *Per Capita* Eleitoral: Sudeste X Centro-Oeste – 2003-2006



Fonte: Dados do TSE e DATASUS. Elaboração própria.

A concentração de eleitores nas regiões Sudeste e Nordeste que, conjuntamente, respondem por mais de 70% de todos os votos do país, além do menor custo monetário *per capita* sobre tal população quanto às condições de promoção, prevenção e recuperação da saúde, podem servir de sinalizador para análises futuras das destinações de recursos financeiros e possíveis movimentos de aumento ou redução de tais transferências.

3.3.1 Distribuição regional do financiamento da saúde (2003-2010)

Para proceder ao estudo da distribuição dos recursos financeiros do MS para as macrorregiões, adotaremos como critério de análise o que estabelece o artigo 5º constitucional: “Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes” (BRASIL, 1988). No que se refere à observância aos princípios do SUS quanto à gratuidade, integralidade e universalidade, tomaremos a paridade entre as pessoas, agregadas por macrorregião, e as transferências de recursos, tal como foi realizada no período do governo do presidente Lula da Silva. Além disso, para facilitar o processo de aproximação ao financiamento, apresentaremos os dados sempre respeitando os agregados por regiões.

A tabela 5 apresenta os percentuais da população da Região Norte e os valores percentuais que recebeu de recursos financeiros entre os anos de 2003, primeiro ano do Governo Lula, e 2006, ano no qual o presidente foi reeleito. Observamos que, em 2003, a diferença entre os valores recebidos *versus* sua população foi de menos 1,3%, diferença que se reduziu ano a ano até sua menor taxa, baseado nos dados disponíveis no DATASUS, chegando a 0,5%, em 2006.

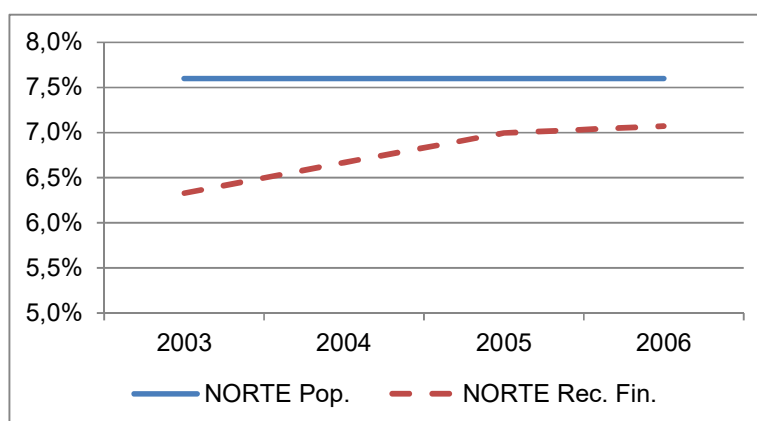
Tabela 5 – Comparação entre percentuais dos gastos federais totais em saúde e a população, Região Norte, Brasil, 2003-2006

Ano/região	NORTE	
	Pop.	Rec. Fin.
2006	7,6%	7,1%
2005	7,6%	7,0%
2004	7,6%	6,7%
2003	7,6%	6,3%

Fonte: Ministério da Saúde. DATASUS.
Elaboração própria.

A figura 4 ilustra o movimento de redução da desigualdade observada na Região Norte, ainda que possamos inferir que a região não tenha recebido recursos financeiros compatíveis à sua participação populacional, o que se assemelha ao não financiamento ou desfinanciamento dos serviços públicos de saúde para a referida região.

Figura 11 – Comparação entre percentuais dos gastos federais totais em saúde e a população, Região Norte, Brasil, 2003 – 2006



Fonte: Ministério da Saúde. DATASUS. Elaboração própria.

A Região Nordeste apresenta, entre as regiões e o período estudados, uma importante alteração no padrão de financiamento por parte do Governo Federal. Em 2003, recebeu menos 1,8% de recursos, enquanto em 2006 recebeu mais 0,1% de recursos, se comparada à sua participação populacional, como podemos observar na tabela 6:

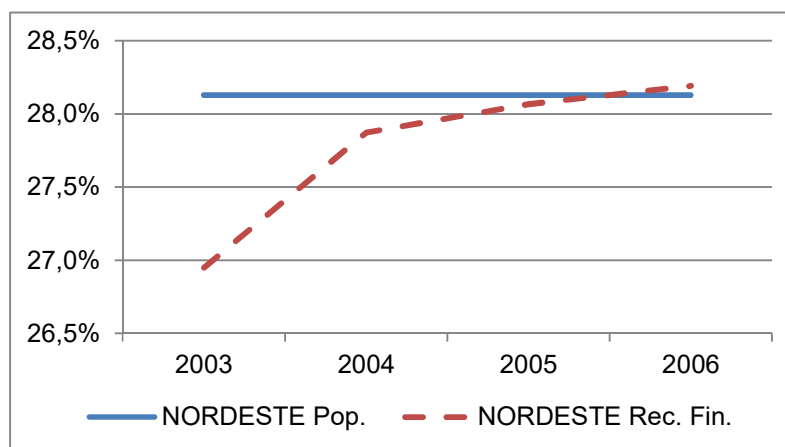
Tabela 6 – Comparação entre percentuais dos gastos federais totais em saúde e a população, Região Nordeste, Brasil, 2003-2006

Ano/região	NORDESTE	
	Pop.	Rec. Fin.
2006	28,1%	28,2%
2005	28,1%	28,1%
2004	28,1%	27,9%
2003	28,1%	27,0%

Fonte: Ministério da Saúde. Datasus. Elaboração própria.

A figura 5 apresenta o movimento de ampliação dos repasses dos recursos para a Região Nordeste.

Figura 12 – Comparação entre percentuais dos gastos federais totais em saúde e a população, Região Nordeste, Brasil, 2003-2006



Fonte: Ministério da Saúde. DATASUS. Elaboração própria.

A Região Sul apresentou uma pequena redução em seus recebimentos de recursos por parte do Governo Federal, conforme se pode verificar na tabela 7 e figura 6. A diferença negativa em 2003 foi de 0,3% e, em 2006, ficou em 0,5%, ou seja, ainda menos recursos no último ano do primeiro mandato de Lula.

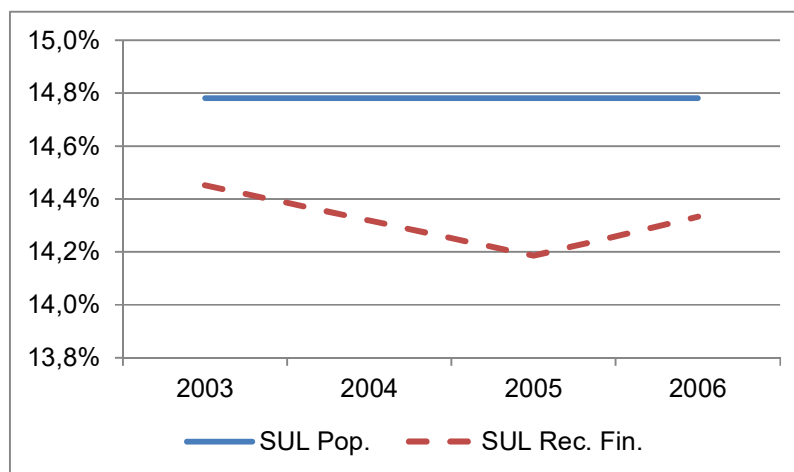
Tabela 7 - Comparação entre percentuais dos gastos federais totais em saúde e a população, Região Sul, Brasil, 2003-2006

Ano/região	SUL	
	Pop.	Rec. Fin.
2006	14,8%	14,3%
2005	14,8%	14,2%
2004	14,8%	14,3%
2003	14,8%	14,5%

Fonte: Ministério da Saúde. DATASUS. Elaboração Própria

Os dados do gráfico (Figura 13) demonstram que os repasses caíram entre os anos de 2003 e 2005 e em 2006 houve uma pequena melhora, se comparado ao ano anterior. Mesmo assim, os valores recebidos em 2006 nem mesmo se igualaram, em termos percentuais, àqueles recebidos em 2003.

Figura 13 - Comparação entre percentuais dos gastos federais totais em saúde e a população, Região Sul, Brasil, 2003-2006



Fonte: Ministério da Saúde. DATASUS. Elaboração própria.

A Região Sudeste se apresenta como a maior beneficiária dos recursos financeiros do MS destinados ao SUS e à prestação de serviços públicos de saúde, muito além da participação proporcional da região, conforme apresentado na tabela 8.

Tabela 8 - Comparação entre percentuais dos gastos federais totais em saúde e a população, Região Sudeste, Brasil, 2003-2006

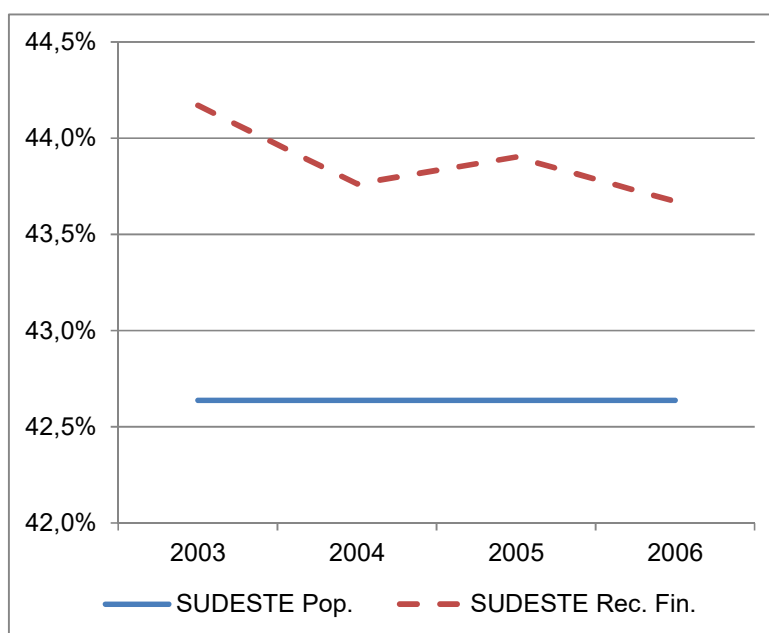
Ano/região	SUDESTE	
	Pop.	Rec. Fin.
2006	42,6%	43,7%
2005	42,6%	43,9%
2004	42,6%	43,8%
2003	42,6%	44,2%

Fonte: Ministério da Saúde. DATASUS. Elaboração própria.

Em termos proporcionais, a Região Sudeste recebeu, em 2003, 2,4% a mais de recursos que sua população representa na população total. Ainda que se perceba um movimento de redução dessa desigualdade, em se tratando da região mais populosa do país, trata-se de um grande volume de recursos que poderiam financiar as regiões mais pobres e sem infraestrutura do país, tais como as regiões Norte e Nordeste.

A figura 7 ilustra a disparidade entre os repasses financeiros federais para a Região Sudeste e demonstra que muito há que monitorar e atuar junto ao MS, no sentido de melhorar seu planejamento financeiro e de infraestrutura de atendimento, de modo a permitir o financiamento da expansão da rede nas áreas onde ainda não atua e a melhoria de sua rede onde já atende em condições precárias. Ainda que se reconheça a condição de referência da região quanto às ações e serviços médicos, tal desigualdade não pode se justificar, considerando o bem do conjunto maior dos cidadãos do país. Representa constranger o orçamento financeiro de regiões, estados e municípios, de modo a dificultar a redução de desigualdades históricas quanto à infraestrutura física, humana e tecnológica.

Figura 14 - Comparação entre percentuais dos gastos federais totais em saúde e a população, Região Sudeste, Brasil, 2003-2006



Fonte: Ministério da Saúde. DATASUS. Elaboração própria.

A macrorregião Centro-Oeste apresentou a menor taxa de variação entre os recursos transferidos pela União, apenas 0,19%; todavia, tal alteração foi suficiente para sair da condição de “desfinanciado” para financiado a taxa superior à sua população (superior a 0,1%), conforme pode ser observado na tabela 9:

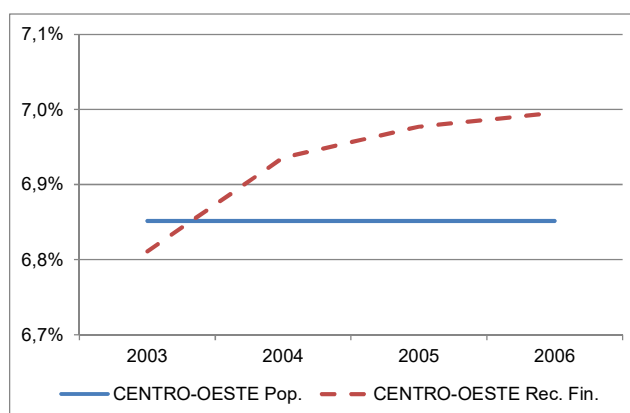
Tabela 9 – Comparação entre percentuais dos gastos federais totais em saúde e a população, Região Centro-Oeste, Brasil, 2003-2006

Ano/região	CENTRO-OESTE	
	Pop.	Rec. Fin.
2006	6,9%	7,00%
2005	6,9%	6,98%
2004	6,9%	6,94%
2003	6,9%	6,81%

Fonte: Ministério da Saúde. DATASUS. Elaboração própria.

Por se tratar de variações percentuais discretas, a figura 8 apresenta a evolução dos gastos federais totais em saúde e da população para os estados da região Centro-Oeste no período de 2003 a 2006, dentro de uma escala (eixo x – vertical) com variação de apenas 0,7%, o que aumenta a sensibilidade da linha que representa os recursos financeiros e permite captar e melhor demonstrar o movimento de transição descrito anteriormente.

Figura 15 – Comparação entre percentuais dos gastos federais totais em saúde e a população, Região Centro-Oeste, Brasil, 2003-2006



Fonte: Ministério da Saúde. DATASUS. Elaboração própria.

Uma vez identificados os movimentos e a proporção da desigualdade nas transferências de recursos entre as regiões, podemos passar a estabelecer uma relação financeira sobre os valores que cada região recebeu a menos ou a mais, conforme o caso, assumindo-se a primeira hipótese desse trabalho, de que cada macrorregião recebesse repasses do MS de acordo, precisamente, com sua população residente. Para tanto, tomaremos os mesmos valores percentuais anteriormente apresentados, calcularemos as diferenças (para mais ou para menos) e multiplicaremos o resultado pelo valor transferido pela União para os anos de 2003, 2004, 2005 e 2006, que são os dados disponíveis no DATASUS. Não haverá também recomposição inflacionária dos valores obtidos, por não se tratar de estudo de caráter financeiro e sua execução ocorrer como trabalho específico posterior.

Manteremos a apresentação dos resultados consolidando os valores para cada região, mas desta vez procederemos à separação dos valores entre: Gastos Totais, que representam a soma dos valores destinados à MAC, AB, às AEs e SPs. Todas essas terminologias são usadas pelo MS e cabe observar que somente há registro contábil de movimentação financeira sobre SPs em relação aos anos de 2003 e 2004, não havendo, portanto, erro ou omissão de dados nas células em que não são apresentados valores para os anos de 2005 e 2006.

A Região Norte acumulou um saldo negativo em seu financiamento, com base na comparação entre os valores recebidos e sua população residente, igual a menos três inteiros e três décimos (-3,3%) no período estudado, resultando em desfinanciamento total maior que R\$ 647 milhões de reais, não acrescidos de perdas inflacionárias, o que tornaria esse valor ainda maior. A MAC apresenta a maior perda, com quase R\$ 360 milhões de recursos potencialmente transferíveis. Os dados detalhados estão apresentados na tabela 10:

Tabela 10 - Simulação da variação financeira da diferença percentual entre população e gastos federais em saúde, Região Norte, Brasil, 2003-2006

Ano/região	População	Recursos Financeiros	Diferença	Simulação da Variação Financeira				
				Gastos Totais (R\$)	Média e Alta Comp. (R\$)	Atenção Básica (R\$)	Ações Estratégicas (R\$)	Serviços Produzidos (R\$)
2006	7,6%	7,1%	-0,5%	-115.656.298,23	-68.015.835,22	-35.845.115,47	-11.795.347,55	*
2005	7,6%	7,0%	-0,6%	-128.842.265,90	-77.804.177,31	-36.858.578,74	-14.179.509,86	*
2004	7,6%	6,7%	-0,9%	-181.248.824,80	-107.980.738,50	-49.858.630,69	-18.222.687,10	-5.186.768,50
2003	7,6%	6,3%	-1,3%	-221.513.180,66	-106.098.464,22	-57.498.312,66	-15.764.114,70	-42.152.289,08
		TOTAIS	-3,3%	-647.260.569,59	-359.899.215,24	-180.060.637,56	-59.961.659,20	-47.339.057,58

Fonte: Ministério da Saúde. DATASUS. Elaboração própria. * Não há dados.

Tabela 11 - Simulação da variação financeira da diferença percentual entre população e gastos federais em saúde, Região Nordeste, Brasil, 2003-2006

Ano/região	População	Recursos Financeiros	Diferença	Simulação da Variação Financeira				
				Gastos Totais (R\$)	Média e Alta Comp. (R\$)	Atenção Básica (R\$)	Ações Estratégicas (R\$)	Serviços Produzidos (R\$)
2006	28,1%	28,2%	0,1%	13.803.432,38	8.117.603,59	4.278.069,03	1.407.759,76	*
2005	28,1%	28,1%	-0,1%	-13.270.371,94	-8.013.599,92	-3.796.324,49	-1.460.447,54	*
2004	28,1%	27,9%	-0,3%	-49.722.837,43	-29.622.860,79	-13.677.951,24	-4.999.114,94	-1.422.910,45
2003	28,1%	27,0%	-1,2%	-205.111.888,99	-98.242.715,63	-53.241.019,29	-14.596.907,21	-39.031.246,87
		TOTAIS	-1,4%	-254.301.665,99	-127.761.572,74	-66.437.225,99	-19.648.709,93	-40.454.157,32

Fonte: Ministério da Saúde. DATASUS. Elaboração própria. * Não há dados

Cumpra lembrar que a Região Norte possui a maior extensão territorial do país e um rico e complexo bioma com rios e florestas que tornam a oferta e o acesso aos serviços públicos de saúde particularmente difíceis e onerosos.

O Nordeste apresentou, em 2006, uma receita superior em relação à sua população residente, com valor de aproximadamente R\$ 13,8 milhões de reais. Todavia, o acumulado no período demonstra um déficit de mais de R\$ 254 milhões de reais, conforme se pode verificar na tabela 11. Novamente, destaca-se o maior volume em prejuízo da MAC.

Com déficit total de R\$ 371,9 milhões de reais, a Região Sul também apresenta seu maior nível de perda na MAC, tendo sido potencial recebedor de mais de R\$ 106 milhões de reais e pouco mais de R\$ 37 milhões, voltados às AEs, conforme explicitado na tabela 12.

Região com a maior população e com o maior número de eleitores do país, o Sudeste acumulou transferência de R\$ 980,5 milhões de reais a mais do que sua população relativa (Tabela 13). Somente aqueles recursos destinados à MAC receberam 553,444 milhões a mais, enquanto a AB recebeu mais de R\$ 276 milhões. Trata-se de uma diferença significativa e que pode ser fonte promotora de desigualdades regionais quanto à forma de transferência de recursos financeiros e da capacidade de o Governo Federal manter ou agravar as atuais diferenças de infraestrutura física e humana necessárias à ampliação de acesso a serviços públicos de saúde em locais com pouca, ou nenhuma, presença do Estado.

Além da Região Sudeste, o Centro-Oeste (Tabela 14) logrou êxito quanto às desigualdades de transferência de recursos, tendo acumulado, no período estudado, um saldo positivo no valor de R\$ 67,5 milhões de reais, aproximadamente. Note-se que o valor financeiro diz respeito à variação positiva do orçamento na ordem de apenas 0,1% a mais que sua população residente.

Tabela 12 - Simulação da Variação Financeira da Diferença Percentual entre População e Gastos Federais em Saúde, Região Sul, Brasil, 2003-2006

Ano/região	População	Recursos Financeiros	Diferença %	Simulação da Variação Financeira				
				Gastos Totais (R\$)	Média e Alta Comp. (R\$)	Atenção Básica (R\$)	Ações Estratégicas (R\$)	Serviços Produzidos (R\$)
2006	14,8%	14,3%	-0,4%	-98.255.178,40	-57.782.482,46	-30.452.022,66	-10.020.673,28	*
2005	14,8%	14,2%	-0,6%	-126.526.922,64	-76.406.007,41	-36.196.216,42	-13.924.698,81	*
2004	14,8%	14,3%	-0,5%	-89.808.044,28	-53.504.010,05	-24.704.745,63	-9.029.266,21	-2.570.022,37
2003	14,8%	14,5%	-0,3%	-57.395.956,56	-27.491.018,03	-14.898.303,78	-4.084.616,72	-10.922.018,03
		TOTAIS	-1,8%	-371.986.101,88	-215.183.517,95	-106.251.288,49	-37.059.255,03	-13.492.040,40

Fonte: Ministério da Saúde. DATASUS. Elaboração própria. * Não há dados

Tabela 13 - Simulação da variação financeira da diferença percentual entre população e gastos federais em saúde, Região Sudeste, Brasil, 2003-2006

Ano/região	População	Recursos Financeiros	Diferença %	Simulação da Variação Financeira				
				Gastos Totais (R\$)	Média e Alta Comp. (R\$)	Atenção Básica (R\$)	Ações Estratégicas (R\$)	Serviços Produzidos (R\$)
2006	42,6%	43,7%	1,0%	226.619.498,73	133.271.725,96	70.235.708,93	23.112.063,84	*
2005	42,6%	43,9%	1,3%	268.604.209,47	162.202.437,16	76.841.006,60	29.560.765,71	*
2004	42,6%	43,8%	1,1%	218.390.984,18	130.108.538,80	60.075.840,16	21.956.945,52	6.249.659,71
2003	42,6%	44,2%	1,5%	266.950.557,23	127.861.665,21	69.292.520,47	18.997.692,10	50.798.679,45
		TOTAIS	5,0%	980.565.249,61	553.444.367,12	276.445.076,16	93.627.467,17	57.048.339,16

Fonte: Ministério da Saúde. DATASUS. Elaboração própria. * Não há dados

Tabela 14 - Simulação da variação financeira da diferença percentual entre população e gastos federais em saúde, Região Centro-Oeste, Brasil, 2003-2006

Ano/região	População	Recursos Financeiros	Diferença %	Simulação da Variação Financeira				
				Gastos Totais (R\$)	Média e Alta Comp. (R\$)	Atenção Básica (R\$)	Ações Estratégicas (R\$)	Serviços Produzidos (R\$)
2006	6,9%	7,0%	0,1%	31.601.578,93	18.584.442,16	9.794.211,50	3.222.925,27	*
2005	6,9%	7,0%	0,1%	26.667.381,20	16.103.672,51	7.628.876,77	2.934.831,92	*
2004	6,9%	6,9%	0,1%	16.377.961,01	9.757.328,51	4.505.313,13	1.646.633,90	468.685,48
2003	6,9%	6,8%	-0,04%	-7.048.590,28	-3.376.072,71	-1.829.606,92	-501.617,04	-1.341.293,62
		TOTAIS	0,3%	67.598.330,87	41.069.370,47	20.098.794,48	7.302.774,05	-872.608,14

Fonte: Ministério da Saúde. DATASUS. Elaboração própria. * Não há dados

Os dados produzidos indicaram haver uma significativa concentração de transferência de recursos financeiros para a Região Sudeste e que apenas as regiões Nordeste e Centro-Oeste conseguiram apresentar processos de redução das desigualdades, enquanto as regiões Sul e Norte se mantiveram como receptoras de transferências financeiras aquém das suas proporções populacionais.

Tabela 15 - Valor Acumulado, Crescente, da Diferença Financeira Simulada entre população e gastos federais em saúde e Concentração dos Eleitores, Macrorregiões, Brasil, 2003-2006

Região	Valor (R\$)	Eleitores
Norte	-647.260.569,59	6,9%
Sul	-371.986.101,88	15,2%
Nordeste	-254.301.665,99	27,0%
Centro-Oeste	67.598.330,87	7,0%
Sudeste	980.565.249,61	43,9%

Fonte: Ministério da Saúde. DATASUS. Elaboração própria.

Em última análise, não confirmamos a primeira hipótese de nosso trabalho, segundo a qual não haveria diferenças significativas nas transferências de recursos financeiros para as macrorregiões, tomando-se por base as respectivas distribuições proporcionais da população. Os dados demonstram um acúmulo superior a 980 milhões de reais para os brasileiros da Região Sudeste, ao longo de todo o primeiro mandato do presidente Lula, enquanto as regiões Norte e Nordeste poderiam, potencialmente, ter recebido, juntas, mais de 900 milhões de reais, no mesmo período.

Diante do quadro de desigualdade em desfavor das regiões pobres do país, discordamos de Nunes (2011), quando propõe repensar o modelo de atenção pública e gratuita, sugerindo a criação de critérios de acesso e prioridade do atendimento ou mesmo a coparticipação. Antes de qualquer iniciativa dessa ordem, observamos a relevância de estudos e trabalhos voltados aos repasses financeiros entre as macrorregiões e demais condições de trabalho voltados à expansão do acesso e, virtualmente, maior efetividade das ações em saúde em regiões menos favorecidas.

Consideramos, ainda, plausível, a hipótese de que a distribuição dos eleitores entre as macrorregiões interfira negativamente quanto às melhores e equânimes práticas do poder público na destinação de recursos. Observando os dados da tabela 15, chama a atenção a relação entre destinação de recursos do MS para a Região Sudeste e sua concentração de eleitores, bem como o aumento sistemático dos valores repassados para a Região Nordeste no primeiro mandato do presidente Lula. As referidas regiões representam, juntas, mais de 70% dos eleitores e podem produzir um viés político sobre os critérios distributivos de recursos financeiros voltados às ações do SUS.

Na seção a seguir, faremos algumas reflexões críticas finais sobre a desigualdade do financiamento da saúde no primeiro mandato do Governo de Luiz Inácio Lula da Silva.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para concluir esse trabalho de pesquisa, tomemos como base Minayo e Sanches (1993), ao falarem da relação entre o quantitativo e o qualitativo, entre subjetividade e objetividade, tomando-os não como oposição contraditória, mas, antes, em seus aspectos mais “ecológicos” e “concretos”, de modo que nosso esforço permita, em parte, responder às inquietações originárias, mas também produzir novas questões que possam estimular a continuidade dos estudos voltados ao financiamento da saúde pública, particularmente no Brasil, e sua alocação entre os entes da federação.

O primeiro aspecto a destacar, como resultado do percurso da pesquisa, é considerar que a forma de organização social e econômica deve ser ou tornar-se capaz de lidar com períodos cíclicos de crise, de crescimento econômico baixo ou períodos de elevada taxa inflacionária, de modo a estabelecer os critérios para discutir os espaços econômicos que podem melhor contribuir nos períodos em que o Governo tiver necessidade de intervir para, por exemplo, recuperar o controle da inflação, estimular os investimentos produtivos ou conter o consumo. De tal sorte que, nesses períodos, o Governo não se valha, quase que exclusivamente, das áreas econômicas socialmente essenciais, como saúde, educação, moradia e segurança, sob o argumento de que estaria “dividindo um certo custo” para a melhoria ou recuperação da economia, na forma do trinômio investimento-emprego- renda.

Não tomemos, assim, as críticas, como medidas de reprovação de um sujeito ou grupo de sujeitos, de correntes ideológicas ou partidárias que, em dado tempo, estão à frente da gestão das diversas instâncias que compõem o MS e entidades públicas das esferas estaduais e municipais. Nosso reconhecimento aos avanços não implica no desconhecimento de que há necessidade de estudar e discutir formas alternativas ou ajustes que nos permitam acreditar que é possível transferir recursos voltados à prestação de saúde pública de modo desigual, porém, ao mesmo tempo, com equidade, conforme afirma Fleurbaye (2014).

Enquanto usuários do SUS somos todos brasileiros (incluindo estrangeiros residentes no país), independentemente da raça, gênero, classe social e orientação política, religiosa ou sexual, e temos todos o mesmo direito ao acesso gratuito, integral e

universal. Tampouco nos deixemos intimidar, conforme alerta Nunes (2004), diante de uma série de indicadores de difícil operação ou interpretação e da distinção por vezes confusa entre equidade e desigualdade. Entendemos que a saúde dos usuários e a qualidade dos serviços prestados são prioridade dentro do debate sobre desigualdade e equidade no financiamento do SUS.

Mesmo que reconhecida a dificuldade na construção e aplicação de ferramentas para formulação de políticas de redistribuição de recursos, nos termos de Nunes (2004, p. 52) a discussão proposta sobre se equidade em distribuição de recursos diz respeito a uma questão de desigualdade na oferta, acesso/utilização, qualidade das ações e serviços prestados, situação de saúde (desigualdade epidemiológica) e condições de vida (desigualdades socioeconômicas), parece oferecer uma aporia injustificável, na medida em que a CF/88 nos coloca em condição de iguais beneficiários.

Portanto, a respeito de nossa inquietação inicial sobre qual a dimensão financeira das desigualdades no financiamento do SUS referente aos repasses regionais via MS, no primeiro mandato do presidente Lula, observamos um movimento de redução das desigualdades em favor das regiões pobres do país, como as regiões Centro-Oeste e Nordeste. Além de uma significativa redução do que passamos a chamar de excedente financeiro de repasse de recursos para a Região Sudeste, quando considerada sua proporção populacional. Neste sentido, tomamos como medida de avanço o esforço do presidente Lula e sua equipe de governo em reduzir as desigualdades regionais.

Todavia, ficou evidente, ao menos até o ano de 2006, que o Sudeste continua recebendo parte superior à proporção da sua população, dos recursos transferidos pelo MS, o que em certa medida se assemelha à condição de manutenção da condição de desigualdade. Em termos monetários, sem correção das perdas inflacionárias, a Região Sudeste recebeu mais de R\$ 980 milhões de reais, de 2003 a 2006. É uma quantia significativa para qualquer região do país e há que se questionar se são essas as condições do SUS possível em regiões pobres do país, na perspectiva dos defensores da ideia.

Diante dos dados, não nos pareceu ingênuo apostar em uma agenda mais inovadora por parte do presidente Lula, como questionado por Menicucci (2011), com base nas próprias palavras do presidente em seu discurso de posse, em 01 de janeiro de

2003, ao reconhecer o desejo de mudança por parte dos brasileiros.

Outro aspecto que destacamos é a necessidade de estimular o acompanhamento dos repasses financeiros entre as macrorregiões e ampliar o debate sobre as ações de redução de desigualdade no acesso às ações de saúde, afastando-se da condição de reprodução das diferenças históricas que em nada contribuem para as regiões mais pobres do país. Nesse sentido, parece-nos haver um campo fértil de estudo quanto aos critérios de transferências de recursos do MS que possam servir de apoio aos Estados e Municípios que apresentam déficit de infraestrutura física e humana indispensáveis à captação e uso desses recursos. Assumir as limitações atuais como dadas não implica na desresponsabilização do Estado em elaborar planos financeiros de curto e longo prazos, a fim de oferecer condições reais de transformar a atual cultura dos poderes públicos e, em parte, da sociedade, enquanto usuários do SUS, de que nada pode ser feito no sentido de melhorar o acesso e a integralidade nos serviços oferecidos.

Enquanto mantidas as condições historicamente desiguais de infraestrutura física e humana relativas à oferta de ações e serviços públicos de saúde, e observados os valores potencialmente disponíveis em benefício das regiões mais pobres e com piores condições de ofertar serviços do SUS, entendemos que as transferências de recursos financeiros foram desiguais; contudo, há diferenças em favor da Região Sudeste, com reconhecida qualidade positiva quanto a ações e serviços de saúde ofertados e prestados.

Com base no número de eleitores das regiões Sudeste e Nordeste é possível inferir que parte da explicação da desigualdade percebida e persistente atende a potenciais projetos políticos, partidários e de manutenção de poder, na medida em que não “prejudica” suas fontes de votos, ainda que tenhamos como fundamento contrário a possibilidade de reduzir os repasses da Região Sudeste, sem prejuízo de sua população e em benefício das demais macrorregiões, tal como visto no conceito econômico de eficiência de Pareto e livre de inveja.

Por fim, concluímos afirmando que não haverá redução de desigualdades no financiamento e melhora de equidade no acesso aos serviços de saúde pública sem uma mudança de ordem política e econômica nas mais diversas esferas do poder público e da sociedade. É bem clara e cada vez mais importante (e consequente) a necessidade

de participação e organização popular na esfera política, como exercício de cidadania e cobrança (e apoio, quando necessário) de novas práticas no financiamento da saúde quanto à transferência de recursos do MS.

REFERÊNCIAS

AKAZILI, J. **Equity in health care financing in Ghana**. Thesis (Doctor of Philosophy) - School of Public Health and Family Medicine, University of Cape Town, Cape Town, 2010.

ALMEIDA, C. M. **A assistência médica ao trabalhador rural: Funrural, a história de uma política social**. Dissertação (Mestrado em Medicina Social) - Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1981.

_____. Equidade e reforma setorial na América Latina: um debate necessário. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18 (supl.), p. 23-36, 2002.

ALMEIDA, M. H. Federalismo e políticas sociais. In: AFONSO, R. B. A. de; SILVA, P. L. B. **Federalismo no Brasil: descentralização e políticas sociais**. São Paulo: Fundap, 1996. p. 13-40.

ALMEIDA, P. F. de et al. Desafios à coordenação dos cuidados da saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 286-298, 2010.

ALMEIDA, P. R. Distribuição mundial de renda: as evidências desmentem as teses sobre concentração e divergência econômica. **Revista Brasileira de Comércio Exterior**, Rio de Janeiro, a. 21, n. 91, p. 64-75, abr./jun. 2007.

ALMEIDA, M. H. Federalismo e políticas sociais. In: AFFONSO, R. B. A.; SILVA, P. L.B. de. **Federalismo no Brasil: descentralização e políticas sociais**. São Paulo: Fundap; 1996. p. 13–40.

AMARAL, G. L. do. **Carga tributária primeiro trimestre – 2009**. Curitiba: IBPT, 2009a.

AMARAL, G. L. do. **Estudo sobre sonegação fiscal das empresas brasileiras – 2009**. Curitiba: IBPT, 2009b.

AMARAL, G. L. do; OLENIKE, J. E.; AMARAL, L. M. F. do, et al. **Estudo sobre os dias trabalhados para pagar tributos – 2009**. Curitiba: IBPT, 2009.

ANDRADE, V. **Equidade na utilização dos serviços de saúde no Brasil: um estudo comparativo entre as regiões brasileiras no período 1998-2008**. Belo Horizonte: UFMG/Cedeplar, 2011. 22p. (Texto para discussão, 445).

ANDREAZZI, M. F. S.; SICSU, B.; HOLGUIN, T. Gastos tributários relacionados ao consumo de atenção privada à saúde: contribuição ao debate sobre políticas de financiamento. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v.22, n.1, p. 137-151, 2008.

ARAÚJO, M. B. de S.; ROCHA, P. de M. Trabalho em equipe: um desafio para a

consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n.2, p. 455-464, 2007.

AROUCA, A. S. A reforma sanitária brasileira. **Tema – Radis**, n.11, p. 2-4, nov. 1988^a

AROUCA, A. S. **O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva**. São Paulo: Unesp; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

AROUCA, A. S. Saúde na Constituinte: a defesa da emenda popular. **Saúde em Debate**, n. 20, p.39-46, abr. 1988b.

BAHIA, L. **Padrões e mudanças das relações público-privado: os planos e seguros saúde no Brasil**. Tese (Doutorado em...) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1999.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: M. Fontes, 1977.

BATISTA, P. N. **O Consenso de Washington: a visão neoliberal dos problemas Latino-americanos**. São Paulo: Consulta Popular, 2005.

BEHRING, E. R. **Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. São Paulo: Cortez, 2003.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. Política social no Brasil contemporâneo: entre a inovação e o conservadorismo. In: BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. (org.). **Política Social: fundamentos e história**. 5 Ed. São Paulo: Cortez, p.147-191. 2008.

BIRMAN, J. A physis da saúde coletiva. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15 (supl.), p. 11-16, 2005.

BLOCK, F. **The origins of international economic disorder**. Berkeley: University of California Press, 1997.

BOSCHETTI, Ivanete. **Assistência Social no Brasil: um direito entre originalidade e conservadorismo**. Brasília, GESST, SER, UNB, 2003.

BRAGA, J. C.; PAULA, S. G. **Saúde e previdência: estudos de política social**. São Paulo: Cebes/Hucitec, 1981.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição [da] República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS: doutrinas e princípios**. Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Primária: rastreamento**. Brasília, 2010. v. 29.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Mais direito de todos: 2008-2011**. Brasília: 2008. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

BRAVEMAN, P.; TARIMO, E. Social inequalities in health within countries: not only an issue for affluent nations. **Social Science and Medicine**, v. 54, p. 1621-1635, 2002.

BRAVO, M. I. de S. Política de saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. et al. (Orgs.). **Serviço Social e saúde**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2007. p. 88-110.

CALADO, Sílvia Dos Santos; FERREIRA, Sílvia Cristina Dos Reis. **Análise de Documentos: método de recolha e análise de dados**. 2004. Disponível em: <<http://www.educ.fc.ul.pt/docentes/ichagas/mi1/analisedocumentos.pdf>>. Acesso em: 05 ago. 2014.

CAMBOTA, J. N. O papel da alocação equitativa dos recursos do SUS na desconcentração regional da oferta de serviços de saúde no Brasil. **Banco do Nordeste**, a. 6, n. 3, 2012. Informe técnico. Disponível em: <http://www.bnb.gov.br/content/aplicacao/etene/etene/docs/iis_ano_6_n5_cooperacao_ao_desenvolvimento.pdf>. Acesso em: 12 set. 2013.

CAMPOS, G. W. de S. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do sus em questão? **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 301-306, 2007.

CARR-HILL, R. et al. **A formula for distributing NHS Revenues based on small area use of hospitalbeds**. New York: University of York; Centre for Health Economics, 1994.

CERRONI, U. **Política: Métodos, Teorias, Processos, Sujeitos, Instituições, e Categorias**. São Paulo: Brasiliense, 1993.

CHESNAIS, F. **A mundialização do capital**. São Paulo: Xamã, 1992.

COSTA, L. R. L. da. **Os critérios de alocação de recursos financeiros no Sistema Único de Saúde: uma visão a partir das Normas Operacionais, 1991 a 2002**. 2003. Dissertação (Mestrado em Administração) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2003.

CRETELLA JÚNIOR, J. **Comentários à Constituição – 1988**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1993.

CULYER, J. A. Equity-some theory and its policy implications. **Journal of Medical Ethics**, n. 27, p. 275-283, 2001.

CUNHA, A. M. Estratégias periféricas sessenta anos depois do acordo de Bretton Woods. **Revista de Economia Política**, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 483-501, out./dez. 2006.

DAIN, S. Os vários mundos do financiamento da saúde no Brasil: uma tentativa de integração. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12(supl.), p. 1851-1864, nov. 2007.

DAIN, S. Os impasses do financiamento do SUS. **Trab. Educ. Saúde**, v. 6 n. 3, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 623-631. 2008.

DELGADO, G. **Nota sobre a reforma tributária e suas implicações para os direitos sociais**. Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), 2008. Blog: <https://outrapolitica.wordpress.com/2008/06/22/reforma-tributaria-e-suas-implicacoes-para-os-direitos-sociais/>. Acesso em: 15 mar. 2015.

DRAIBE, S. M.; SILVA, P. L. B. **Desenvolvimento de políticas de saúde nos anos 80: o caso brasileiro**. Campinas: NEPP/Unicamp/Opas;1990. Mimeo.

ESCOREL, Sarah. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 206, 1998.

ESCOREL, S. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à Reforma Sanitária In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.). Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008.

ESCOREL, S. **Os dilemas da equidade em saúde: aspectos conceituais**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2013. Disponível em: <<http://biblioteca.planejamento.gov.br/biblioteca-tematica-1/textos/saude-epidemias-xcampanhas-dados-descobertas/texto-83-2013-os-dilemas-da-equidade-em-saude-aspectos-conceituais.pdf>>. Acesso em: 08 jun. 2013.

ESCOREL, S. Equidade em saúde. In: FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ. **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro, 2014.

FARIAS, L. O.; M. C. Segmentação de mercados da assistência à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v. 8, n. 2, p. 585-598, 2003.

FERRAZ, O. L. M.; VIEIRA, F. S. Direito à saúde, recursos escassos e equidade: os riscos da interpretação judicial dominante. **Dados**, Rio de Janeiro, v.52, n.1, p. 223-251, mar. 2009.

FLEURBAEY, M. Economics and economic justice. In: ZALTA, E. N. (Ed.). **The Stanford Encyclopedia of Philosophy (Winter 2014 edition)**. Disponível em: <<http://plato.stanford.edu/archives/win2014/entries/economic-justice/>>. Acesso em: 11mar. 2015.

FLEURY, S.; OUVERNEY, A. M. Política de saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008.

FONTENELLE, L. F. Mudanças recentes na Política Nacional de Atenção Básica: uma análise crítica. **Revista Brasileira de Medicina, Família e Comunidade**, Florianópolis, v. 7, n. 22, p. 5-9, 2012.

FORUM DA REFORMA SANITARIA BRASILEIRA: manifesto. Brasília, 2005. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/publicacoes/arquivos/20060713121020.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2012.

FRAZÃO, P. Vinte anos de Sistema Único de Saúde: avanços e desafios para a saúde bucal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n.4, p. 712-713, 2009.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GIOVANELLA, L. (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

GRAMSCI, A. **A questão meridional**. São Paulo: Paz e Terra, 1987.

HEILBRONER, R. L. **A história do pensamento econômico**. São Paulo: Nova Cultural, 1996.

IANNI, O. **Dialética e capitalismo: ensaio sobre o pensamento de Marx**. Petrópolis: Vozes, 1988.

IGEA, D.; AGUSTÍN, J.; BELTRÁN, A.; MARTÍN, A. **Técnicas de investigación en ciencias sociales**. Madrid: Dykinson, 1995.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (Brasil). **Sistema de indicadores de percepção social – SIPS**. Brasília, 2011.

JORGE, E. A. et al. **Seguridade Social e o financiamento do Sistema Único de Saúde – SUS no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, Núcleo Nacional de Economia da Saúde, 2007.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de A. **Fundamentos de metodologia científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

LE GRAND, J. The distribution of public expenditure: the case of health care. **Economica**, v.45, p. 125-142, 1978.

LESSA, F. J. D.; MENDES, A. da C. G.; FARIAS, S. F., *et al.* Novas metodologias para

vigilância epidemiológica: uso do Sistema de Informações Hospitalares – SIH/SUS. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, v. 9 (supl.1), 2000.

LEVINO, A.; CARVALHO E. F. Análise comparativa dos sistemas de saúde da tríplice fronteira: Brasil/Colômbia/Peru). **Rev. Panam. Salud Publica**, v. 30, n.5, p.490-500, 2011.

LIMA, Luciana Dias de. Federalismo fiscal e financiamento descentralizado do SUS: balanço de uma década expandida. **Trabalho, Educação e Saúde** [online], v. 6, n.3, p. 573-598, 2008.

LIMA, T. C. S.; MIOTO, R. C. T. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. **Katálisis**, Florianópolis, v. 10, p. 37-45, 2007.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M.; GIATTI, L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro: v.19, n. 3, p. 735-743, maio-jun. 2003.

MANDEL, E. **O capitalismo tardio**. São Paulo: Nova Cultural, 1985.

MARQUES, R. M.; MENDES, A. Democracia, saúde pública e universalidade: o difícil caminhar. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.16, n. 3, p. 35-51, set./dez. 2007.

MARQUES, R. M.; MENDES, A. O financiamento do SUS sob os “ventos” da financeirização. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n. 3, p. 841-850, maio/jun. 2009.

MARTINS, E. **Contabilidade de custos**. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2001.

MARX, K. **Para a crítica da economia política**: salário, preço e lucro, o rendimento e suas fontes. São Paulo: Abril Cultural, 1982.

_____. **Grundrisse**: manuscritos econômicos de 1857-2858 – esboços da crítica da economia política. Rio de Janeiro: Boitempo, 2011.

MARX, K. **Para a crítica da economia política**: salário, preço e lucro, o rendimento e suas fontes. São Paulo: Abril Cultural, 1982.

MARX, K.; ENGELS, F. **A ideologia alemã**. São Paulo: M. Fontes, 2008.

MASCARENHAS, R. dos S. Financiamento dos serviços de saúde pública. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n.4, p. 559-572, ago. 2006.

MAX-NEEF, Manfred. **Human scale development conception**: application and further reflections. New York; London: The Apex Press, 1991. Disponível em: http://www.area-net.org/fileadmin/user_upload/papers/Max-neef_Human_Scale_development.pdf.

Acesso em: 27 ago. 2014.

MCINTYRE, D.; GILSON, L. Putting equity in health back onto the social policy agenda: experience from South Africa. **Social Science and Medicine**, v. 54, p. 1637-1656, 2002.

MCLACHLAND, G.; MAYNARD, A. The public/private mix in health care: the emerging lessons. In: MCLACHLAN, G.; MAYNARD, A. (Orgs.). **The public/private mix in health care**: the relevance and effects of change. London: Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1982.

MELO, C. A. V. **alta corrupção como resposta a baixos níveis de accountability**. Dissertação (Mestrado em Ciência Política) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2003.

MENDES, Á.; LEITE, M. G.; MARQUES, R. M. Discutindo uma metodologia para a alocação equitativa de recursos federais para o Sistema Único de Saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 673-690, jul./set. 2011.

MENICUCCI, T. M. G. A política de saúde no governo Lula. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 522-553, abr./jun. 2011.

MENICUCCI, T. M. G. Implementação da Reforma Sanitária: a formação de uma política. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 72-87, 2006.

_____. A política de saúde no governo Lula. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 522-553, abr./jun.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**. São Paulo: Hucitec, 2004.

_____. O desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. de S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. (Orgs.). **Pesquisa social, teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis: Vozes, 2010. p.9-30.

MALTA, D.C. **Buscando novas modelagens em saúde: as contribuições do Projeto Vida e do Acolhimento na mudança do processo de trabalho na rede pública de Belo Horizonte, 1993-1996**. Tese de doutorado. Campinas: DMPS/FCM/Unicamp, 2001.

MINAYO, M. C. de S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 237-248, jul./set. 1993.

MINAYO, M. C. de S. et al. Métodos, técnicas e relações em triangulação. In: MINAYO, M. C. de S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Orgs.). **Avaliação por triangulação de**

métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.p. 71-103.

MOONEY, G. **Key issues in health economics.** Trowbridge, Wiltshire: Redwood Books, 1994.

MORICI, M. C.; BARBOSA, A. C. Q. A gestão de recursos humanos em hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS) e sua relação ao modelo de assistência: um estudo em hospitais de Belo Horizonte, Minas Gerais. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 1, p.205-225, 2013.

MOTA, A. E. **Cultura da crise e seguridade social:** um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90. 3.ed. São Paulo: Cortez, 2005.

MOTA, Ana Elizabete (Org.). Seguridade Social brasileira: desenvolvimento histórico e tendências recentes. In: **Serviço Social e Saúde:** formação e trabalho profissional. 2006. Disponível em: <http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-2.pdf> . Acesso em: 8 de setembro de 2013.

PAULO NETTO, J. A conjuntura brasileira: o Serviço Social posto à prova. **Revista de Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, a. 25, n. 79, 2004.

NUNES, A. A alocação equitativa inter-regional de recursos públicos federais do SUS: a receita própria do município como variável moderadora. **Relatório de Consultoria (Contrato Nº 130/2003)** – Projeto 1.04.21. Brasília, 2004.

NUNES, André. As teorias de justiça e a equidade no Sistema Único de Saúde no Brasil. **Planejamento e Políticas Públicas**, v. 37, p. 9-37, 2011.

OCKÉ-REIS, C. O. **SUS: o desafio de ser único.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

OCKE-REIS, C. O.; ANDREAZZI, M. de F. S. de; SILVEIRA, F. G. O mercado de planos de saúde no Brasil: uma criação do estado? **Revista Econômica Contemporânea**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, p. 157-185, jan. /abr. 2006. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-98482006000100007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 ago. 2013.

OLIVEIRA, G. C. de; MAIA, G.; MARIANO, J. O sistema de Bretton Woods e a dinâmica do sistema monetário internacional contemporâneo. **Pesquisa & Debate**, São Paulo, v. 19, n. 2, supl. 34, p. 195-219, 2008.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Salud, equidad y transformación productiva en America Latina y Caribe.** Washington, 1994. (Serie Documentos reproducidos, n. 41).

_____. **Salud en Sudamérica.** Edición de 2012: Panorama de la situación de salud y

de las políticas y sistemas de salud. Washington, DC: 2012. (Disponível em: [http://www.paho.org/chi/images/PDFs/salud%20en%20sam%202012%20\(ene.13\).pdf](http://www.paho.org/chi/images/PDFs/salud%20en%20sam%202012%20(ene.13).pdf) Acesso em: 10 de agosto de 2014, às 11:20).

ORGANIZAÇÃO PARA A COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO. **A reforma dos sistemas de saúde**: análise comparada de sete países da OCDE. Lisboa, 1992. (Estudos de política de saúde, n. 2).

PAIM, J.S. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Tese, p. 300, Salvador: 2007.

PAIM, J.S. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Tese, p. 300, Salvador, Rio de Janeiro: Edufba, Editora Fiocruz, 2008.

PAIM, J.S. Bases conceituais da Reforma Sanitária Brasileira. In: FLEURY, S. (Org.) **Saúde e democracia: a luta do Cebes**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p. 22.

_____. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cadernos de Saúde Pública**, Caderno Saúde Pública, vol.29, no.10, p. 1927-36. Rio de Janeiro. 2013.

PAIM, J. S.; TRAVASSOS, C. T.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios**. In: The Lancet: Saúde no Brasil. Londres, 2011.

PEGO, R.A; ALMEIDA, C.M. Teoria y práctica de las reformas de los sistemas de salud: los casos de Brasil y Mexico. **Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.4, p. 971–989, 2002**.

PETRELLA, R. “Litanies de sainte compétitivité”. **Le Monde Diplomatique**, Paris, v.22, 1994.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, Abrasco, 2006.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. **História das políticas de saúde no Brasil**: uma pequena revisão. Belo Horizonte [s.d]. Disponível em: www.medicina.ufmg.br/internatorural/arquivos/mimeo-23p.pdf Acesso em: 15 de setembro de 2013.

PONTES, R. N. **Mediação e Serviço Social: um estudo preliminar sobre a categoria teórica e sua apropriação pelo Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1997.

PORTO, Silvia Marta et al. Alocação equitativa de recursos financeiros: uma alternativa para o caso brasileiro. **Saúde em Debate**, v. 27, n. 65, p. 376-388, 2003.

PORTO, Silvia Marta; SANTOS, Isabela Soares; UGA, Maria Alicia Dominguez. A utilização de serviços de saúde por sistema de financiamento. **Ciência e Saúde Coletiva** [online]. v.11, n.4, p. 895-910, 2006.

PORTO, Silvia Marta; UGA, Maria Alicia Dominguez; MOREIRA, Rodrigo da Silva. Uma análise da utilização de serviços de saúde por sistema de financiamento: Brasil 1998 - 2008. **Ciência e Saúde Coletiva** [online], v.16, n.9, p. 3795-3806, 2011.

PROTASIO, A. P. L. *et al.* Avaliação do sistema de referência e contrarreferência do estado da Paraíba - segundo os profissionais da Atenção Básica no contexto do 1o ciclo de Avaliação Externa do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. esp., p. 209-220, 2014.

QUIROGA, C. **Invasão positivista no marxismo: manifestações no ensino da metodologia no Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1991.

RAWLS, John. **Uma teoria da justiça**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa Social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1999.

RODRIK, D. Goodby Washington Consensus: hello Washington confusion? **Journal of Economic Literature**, v. 44, p. 973–987, 2006.

RONZANI, Telmo Mota; STRALEN, Cornelis Johannes. Dificuldades de implantação do Programa de Saúde da Família como estratégia de reforma do Sistema de Saúde brasileiro. **Revista APS**, v. 6, n. 2, p. 99-107, 2003.

ROSA, W. de A. G.; LABATE, R. C. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v.13, n. 6, p. 1027-103, 2005.

ROSSETTI, José Paschoal. **Introdução à Economia**. São Paulo: Atlas, 2007.

ROUCA, A.S. Novo texto define a base para a implantação da Reforma Sanitária. Proposta - **Jornal da Reforma Sanitária**, n.13, p.8, 1988.

SALA-I-MARTIN, Xavier. The world distribution of income: falling poverty and... convergence, period. **The Quarterly Journal of Economics**, v. 121, n. 2, p. 351-398, May 2006.

SALVADOR, E. **As implicações da reforma da previdência social de 1998 sobre o mercado de trabalho no Brasil**. 2003. Dissertação (Mestrado em Política Social) – Departamento de Serviço Social, UnB, Brasília, 2003.

SALVADOR, Evilasio. **Fundo público e seguridade social no Brasil**. São Paulo:

Cortez, 2010.

SANCHO, L. G. **Avaliação econômica em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2007.

SCÓZ, T.M.X.; FENILI, R.M. - Como desenvolver projetos de atenção à saúde mental no programa de saúde da família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 5, n. 2, p. 71 – 77, 2003. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista>. Acesso em: 15/02/2015.

SEN, A. **Desigualdade reexaminada**. Rio de Janeiro: Record, 2001.

SILVA, C. L. da; ROTTA, C. V. O dilema da universalidade e financiamento público do Sistema Único de Saúde no Brasil. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 11, n. 2, p. 333-345, 2012.

SINGER P, Campos O. **Prevenir e curar: o controle social através dos serviços de saúde**. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1978.

SOARES, A. **Formação e desafios do sistema de saúde no Brasil: uma análise de investimentos realizados para ampliação da oferta de serviços**. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n.7, p. 1565-1572, jul. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000700007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 ago. 2013.

SOARES, Adilson. Empréstimos externos para o setor saúde no Brasil: soluções ou problemas. **Saúde e Sociedade** [online]. v.18, supl.2, p. 72-78, 2009.

SOARES, Laura Tavares. **Os custos sociais do ajuste neoliberal na América Latina**. São Paulo: Cortez, 2000.

SOARES, Raquel Cavalcante. **A contrarreforma na política de saúde e o SUS hoje: impactos e demandas ao serviço social**. Recife, 2010.

STARFIELD, B. Improving equity in health: a research agenda. **International Journal of Health Services**, London, v.13, n.3, p. 545-566, 2001.

_____. Efetividade e equidade em serviços de saúde através da atenção primária em saúde. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE AVALIAÇÃO EM APS E GESTÃO POR RESULTADO, 3, 2007, Recife. **Anais eletrônicos...** Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/eventos/seminario_inter_dab/barbara_starfield_eua.pdf>. Acesso em: 15 set. 2013.

TEIXEIRA, S. F. (Coord.). **Antecedentes da reforma sanitária**. Textos de apoio. Rio de Janeiro: ENSP-PEC, 1988. p.70.

TRAVASSOS, C. Equidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para debate.

Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.13, n.2. p. 325-330 1997.

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. S. M. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e utilização dos serviços de saúde. In: GIOVANELLA, L; ESCOREL, S; LOBATO, L. V.; CARVALHO, A. I.; NORONHA, J. C. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

TURNER, B. **Equality**. London: New York, Ellis Horwood Limited: Tavistock Publications, 1986.

UGÁ, M. A. D. **Propostas de reforma do setor saúde nos marcos do ajuste macroeconômico**. Tese (Doutorado) – Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1997.

UGÁ, M. A. D.; MARQUES, R. M. O financiamento do SUS: trajetória, contexto e constrangimentos. In: LIMA, N. T. et al. (Orgs.). **Saúde e democracia – história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 193-233.

UGÁ, M, A, D.; PORTO, S. M. Financiamento e alocação de recursos em saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 473-505.

UGÁ, M. A. D.; SANTOS, I. S. **Uma análise da equidade do financiamento do sistema de saúde brasileiro**. Relatório de pesquisa. Rio de Janeiro: Projeto Economia da Saúde, Cooperação Técnica Brasil – Reino Unido, 2005.

_____. Uma análise da progressividade do financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1597-1609, 2006.

_____. An analysis of equity in Brazilian health system financing. **Health Affairs**, v. 26, n. 4, p.1.017-1.028, 2007.

VARIAN, Hal R. **Microeconomia: conceitos básicos**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

VASCONCELLOS, Marco Antonio Sandoval de. **Economia micro e macro: teoria e exercícios**. São Paulo: Atlas, 2010.

VECINA NETO, Gonzalo; MALIK, Ana Maria. Tendências na assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, p. 825-839, 2007.

VIANA, A. L. Á. Financiamento da saúde: impasses ainda não resolvidos. **Trabalho, Educação, Saúde**, Rio de Janeiro, v.6, n.3, p. 599-612, 2008.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila; FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; LIMA, Luciana Dias de. Política de saúde e equidade. **São Paulo em Perspectiva** [online], v.17, n.1, p. 58-68, 2003.

VIANNA, S. M. A Seguridade social, o Sistema Único de Saúde e a partilha dos recursos. **Saúde em Sociedade**. São Paulo, v.1, n.1, p. 43-58, 1992.

VIANA, V. P. **A universalidade do direito à saúde no governo de Fernando Henrique Cardoso (1995-2002)**. 2004. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2004.

VIEIRA-DA-SILVA, Ligia Maria; ALMEIDA FILHO, Naomar de. Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. **Cadernos de Saúde Pública** [online], v.25, supl.2, p. s217-s226, 2009.

WAGSTAFF, Adam; DOORSLAER, Eddy van; PACI, Pierella. Equity in the finance and delivery of health care: some tentative cross-country comparisons. **Oxford Review of Economic Policy**, v. 5, n. 1, p. 89-112, 1989.

WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity and health. **Health Promotion International**, v. 6, n. 3, p. 217-228, 1991.

WHITEHEAD, M.; DAHLGREN, G.; GILSON, L. Construcción de una respuesta política a la falta de equidad en la salud: una perspectiva mundial. In: EVANS, T.; WHITEHEAD, M.; DIDERICHSEN, F.; BHUIVA, A.; WIRTH, M. (Eds.). **Desafío a la falta de equidad en la salud: de la ética a la acción**. New York. Fundación Rockefeller: Organización Panamericana de la Salud, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Health Report 2005**. Geneva, 2005

_____. **The World Health Report 2008: primary health care now more than ever**. Geneva, 2008.

Sítios

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/>

Instituto de Pesquisa em Economia Aplicada – IPEA. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/>

Tribunal Superior Eleitoral – TSE. Disponível em: <http://www.tse.jus.br/>

Presidência da República do Brasil. Disponível em: <http://www2.planalto.gov.br>

Ministério da Saúde – MS. Disponível em: <http://www.portalsaude.saude.gov.br>

Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico – OCDE. Disponível em: <http://www.ocde.org>

Organização Pan-Americana da Saúde – Opas. Disponível em: <http://www.paho.org>

Câmara Federal de Deputados. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br>