

# Saúde: por onde começar

Ricardo Menezes\*

No outubro da eleição da primeira mulher presidente do Brasil, os trabalhadores e as trabalhadoras, setores das camadas médias e a intelectualidade do Brasil tomaram as ruas e foram à luta para eleger Dilma Rousseff, cujas virtudes foram destacadas por Chico Buarque em sintético e já histórico discurso.

Tal discurso se aplica como uma luva ao conjunto do campo social, pois somente governos que não cortejam os poderosos de sempre podem implantar e ou consolidar políticas públicas universais, tais como, no caso da Saúde, ampliar e consolidar a sua expressão organizacional e operacional, o Sistema Único de Saúde (SUS).

Já há alguns anos, a Saúde é considerada o maior problema social, tanto na base social responsável pela eleição da sucessora do presidente Lula quanto na do candidato conservador opositor. E não é difícil entender por que.

*“Eu vim aqui reiterar meu apoio, entusiasmado, a Dilma. Essa mulher é de fibra, essa mulher que já passou por tudo, que não tem medo de nada, e que, sobretudo, vai herdar o senso de justiça social – a marca do governo Lula. Governo que não corteja os poderosos de sempre porque não é da sua índole, como não é da sua índole desprezar os sem terra, os professores, os garis.”*

Chico Buarque, 18 de outubro de 2010.  
Teatro Casa Grande, Rio de Janeiro – RJ.

Em primeiro lugar, atente-se, para a evolução do financiamento da Saúde no Brasil segundo esfera de governo e para o fato de que o ente federado que mais arrecada e retém tributos, a União, apresenta decrescente participação no financiamento da Saúde, marcadamente entre 1980 e 2002 (Quadro ao lado).

Em segundo lugar, retenha-se como é insuficiente o investimento público na Saúde no país, expresso nos dados divulgados no começo de 2010 pela Organização Mundial da Saúde (OMS), órgão vinculado à Organização das Nações Unidas (ONU), referentes aos gastos com Saúde dos países membros relativos a 2007 (Tabela abaixo).

Quadro – Financiamento da Saúde no Brasil – Aplicação de recursos no setor saúde, segundo esfera de governo – 1980-2007.

Ano	União	Estado	Município
1980	76,00%	17,80%	7,20%
1995	63,80%	18,80%	17,40%
2000	59,74%	18,53%	21,73%
2001	56,17%	20,67%	23,16%
2002	53,11%	21,64%	25,25
2003	60,69	22,80	26,24
2004	51,14	23,62	25,24
2005	50,64	24,48	24,98
2006	46,70	26,12	27,18
2007	47%	26%	27%

Fontes: Ministério da Saúde/SIOPS e Carvalho, G. Gasto com saúde no Brasil em 2007.

Tabela – Gastos com Saúde em países selecionados em 2007

País Membro	Proporção de gastos com Saúde			
	Total de gastos % do PIB	Gasto público: % do total de gastos com Saúde	Gasto privado: % do total de gastos com Saúde	Total de gasto público com Saúde: % do total de Gastos públicos
Argentina	10.0	50.8	49.2	13.9
Bolívia	5.0	69.2	30.8	9.9
<b>Brasil</b>	<b>8.4</b>	<b>41.6</b>	<b>58.4</b>	<b>5.4</b>
Chile	6.2	58.7	41.3	17.9
Colômbia	6.1	84.2	15.8	18.8
Costa Rica	8.1	72.9	27.1	25.8
Cuba	10.4	95.5	4.5	14.5
R. Dominicana	5.4	35.9	64.1	9.2
Equador	5.8	39.1	60.9	7.4
El Salvador	6.2	58.9	41.1	14.3
Granada	7.1	51.1	48.9	8.2
Guatemala	7.3	29.3	70.7	14.1
Guiana	8.2	87.7	12.3	14.8
Haiti	5.3	23.3	76.7	9.2
Honduras	6.2	65.7	34.3	19.0
Jamaica	4.7	50.3	49.7	5.2
México	5.9	45.4	54.6	15.5
Nicarágua	8.3	54.9	45.1	16.3
Panamá	6.7	64.6	35.4	11.6
Paraguai	5.7	42.4	57.6	11.9
Peru	4.3	58.4	41.6	15.6
Suriname	7.6	47.4	52.6	13.3
Uruguai	8.0	74.0	26.0	17.3
Venezuela	5.8	46.5	53.5	7.1
Alemanha	10.4	76.9	23.1	18.2
Dinamarca	9.8	84.5	15.5	16.2
Espanha	8.5	71.8	28.2	15.6
França	11.0	79.0	21.0	16.6
Hungria	7.4	70.6	29.4	10.5
Itália	8.7	76.5	23.5	13.9
Portugal	10.0	70.6	29.4	15.4
Reino Unido	8.4	81.7	18.3	15.6
R. Tcheca	6.8	85.2	14.8	13.5
Rússia	5.4	64.2	35.8	10.2
Suécia	9.1	81.7	18.3	14.1
China	4.3	44.7	55.3	9.9
Japão	8.0	81.3	18.7	17.9
Canadá	10.1	70.0	30.0	18.1
EUA	15.7	45.5	54.5	19.5

A respeito da insuficiência dos gastos públicos com Saúde, há de se ressaltar. De um lado, cumpre alertar que no percentual do gasto privado com Saúde (58,4%) aferido em 2007, provavelmente, está embutida a imensa renúncia fiscal praticada pela União e desonerações as mais diversas patrocinadas pelos estados, Distrito Federal e municipalidades, o que, a rigor, constitui gasto público com Saúde.

De outro lado, é fato que os dados referentes ao Brasil, de uma perspectiva histórica, ainda refletem os traços característicos do desenvolvimento nacional conduzido pelas tradicionais – e conservadoras – elites econômica e política do país. A título de ilustração: entre nós o reconhecimento do direito à Saúde se deu recentemente (1988), o crescimento econômico conviveu com pífia distribuição de renda e profunda desigualdade social e regional, além da condução dos assuntos públicos ter sido marcada por arraigado autoritarismo.

Apesar disso, ao comparar os dados nacionais com os de outros países (Tabela), inclusive países menos prósperos do que o nosso, chega-se à conclusão que, hoje, é preciso e possível mudar!

Assim, dúvida não há sobre a correção do já anunciado marco inicial da ação da presidente Dilma Rousseff no campo da Saúde: reunir-se com os governadores, logo

Fonte: World Health Organization (WHO). World Health Statistics – Part II, Global Health Indicators, 2010.

depois de sua posse, para discutir a regulamentação do financiamento da Saúde no país.

A este respeito é importante demarcar com clareza alguns pontos, ou seja, a questão da regulamentação do financiamento da Saúde pelos entes federados – entenda-se regulamentação da Emenda Constitucional nº 29/2000 (EC nº 29/2000) – é dada à mistificação política e ideológica as mais diversas e de distintas origens.

#### Sucintos exemplos:

a) o governo federal, quando da aprovação da EC nº 29, no final de 2000, se eximiu de alocar na Saúde percentual fixo de suas receitas correntes brutas, embora tenha defendido esse método para estados (12%), Distrito Federal e municipalidades (15%);

b) a maioria dos estados, em particular os mais prósperos, desde a aprovação da EC nº 29/2000 não alocam o devido de suas receitas em despesas com *ações e serviços públicos de saúde* – expressão inserida na Constituição Federal por meio da citada emenda constitucional –, alegando a ausência de regulamentação da EC nº 29/2000. Isso abriu uma brecha jurídica para que diversos estados passassem a considerar despesas com Saúde o pagamento de funcionários inativos, saneamento básico, habitação urbana, recursos hídricos, merenda escolar, programas de alimentação e hospitais de clientela fechada, entre outros.

Gilson Carvalho, médico especialista em Saúde Pública e estudioso do financiamento da Saúde, em entrevista à TV Brasil no dia 5 de novembro de 2010, informou o montante, corrigido, que os estados deixaram de investir na Saúde de 2001 até 2008: R\$ 27.000.000.000! Isso mesmo, 27 bilhões de reais.

Para se ter uma idéia, tanto da ação contrária ao interesse popular, quanto do descumprimento da norma constitucional pelos governadores de estados da Federação, é preciso atentar para um dos resultados da auditoria, realizada em 2009, pelo Departamento de Auditoria do SUS (DENASUS), órgão da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) do Ministério da Saúde (MS), nos 27 estados brasileiros, a saber: 16 estados em 2006 e 17 estados em 2007 não cumpriram a EC nº 29/2000, aplicando percentual abaixo do mínimo de 12%.

Uma parcela de municipalidades também descumpra a EC nº 29/2000;

c) ainda que salte aos olhos a insuficiência do gasto público com Saúde, o órgão federal – Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS/MS) – responsável pela atividade de ressarcimento ao SUS pelos serviços prestados aos usuários de operadoras de planos e seguros de saúde privados, norma contida em lei fede-

ral de meados de 1998, cumpre de forma pífia uma de suas atribuições precípua mais importantes – garantir o ressarcimento ao SUS.

O fato é que, como a tergiversação sobre estas questões e muitas outras é a regra, o pensamento liberal detectado em parte minoritária do petismo e em outras paragens incide e reincide em erro de análise e na invenção de soluções mágicas para a Saúde.

Absolutiza-se a dimensão gerencial sem pensar em prover recursos orçamentários estáveis para os entes federados cuidarem da prestação de serviços de saúde; propõe-se parceria público-privada e se esquecem de que tal solução se destina a capitalizar, às custas dos recursos públicos, operadoras de planos e seguros de saúde privados; descursa-se da realização efetiva e ampla do ressarcimento ao SUS como a desconhecer que, com isso, está se garantindo mais e mais a lucratividade dessas operadoras privadas, às custas dos recursos públicos, e assim por diante. Ou seja: análise e solução não colocam no centro as pessoas – suas vidas, suas condições de saúde, seus sonhos.

Desse modo, considerando que a Saúde é prioridade política inegável no contexto da ampliação das políticas sociais, o governo Dilma Rousseff terá a oportunidade de entrar para a história do país como aquele que, consoante com a demanda dos setores populares e das camadas médias da população brasileira, consolidou a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) para todos os brasileiros e todas as brasileiras, em conformidade com o que está inscrito na Constituição Federal (CF).

Para isso, de fato, será necessário intenso protagonismo do governo federal para resolver o mais grave problema da Saúde no Brasil: a insuficiência de financiamento público e, por decorrência, o crônico subfinanciamento do SUS.

O novo cenário que se abre na política nacional poderá ensejar o estabelecimento de um **Pacto Federativo em Defesa da Vida e do SUS**, cujos pilares centrais seriam:

1. a regulamentação da EC nº 29/2000, que disciplinou o financiamento da Saúde pelos entes federados, resgatando os termos originais do projeto de lei complementar, apresentado pelo senador Tião Viana (PT-AC), aprovado por unanimidade no Senado Federal em 2008, o qual, depois de sofrer modificações regressivas de vulto, encontra-se parado na Câmara do Deputados.

Neste sentido, é importante destacar:

- o governo Dilma Rousseff iniciaria a gestão na ofensiva política, caso concordasse que o financiamento da Saúde por parte da União passasse a ser calculado sobre as receitas correntes brutas, como o é para os estados (12%) e as municipalidades (15%), o

que poderia ser implantado escalonadamente de 2011 a 2014, ou de 2011 a 2016, até atingir 10% das receitas correntes brutas federais;

- com a aprovação daquele projeto de lei, mecanismos, hoje inexistentes, de fiscalização da alocação de recursos orçamentários na Saúde pelos entes federados (União, estados, Distrito Federal e municipalidades) seriam introduzidos;

- com a aprovação daquele projeto de lei, seria definido o que se considera *ações e serviços públicos de saúde*, interrompendo-se, assim, o círculo nada virtuoso que faz com que diversos estados brasileiros, especialmente os mais prósperos, não cumpram a EC nº 29/2000 alegando ausência de regulamentação, e

- por fim, com a aprovação daquele projeto de lei, parcela proporcionalmente menor, mas existente, de municipalidades que também descumprem os termos da EC nº 29/2000, em função da regulamentação da fiscalização da alocação de recursos orçamentários na Saúde e da definição do que significa *ações e serviços públicos de saúde*, passaria a cumprir a norma constitucional;

2. se inclui entre as providências também destinadas a prover o financiamento público da Saúde o cumprimento efetivo, pelo órgão federal competente (ANS) vinculado ao Ministério da Saúde, da norma contida em lei federal de meados de 1998, que dispõe sobre o ressarcimento ao SUS pelos serviços prestados aos usuários de operadoras de planos e seguros de saúde privados, o que jamais se deu com a amplitude, a eficiência e a eficácia devidas.

Sem mais: o cumprimento integral dos termos da lei é obrigação.

Com o equacionamento do financiamento público – marco inicial da priorização da Saúde –, deverão se seguir iniciativas gerenciais e de gestão criativas, informadas pela lógica pública e não de mercado, relativas aos campos da assistência à saúde, do controle de doenças e da vigilância sanitária, necessárias para a consolidação do SUS público e universal – para todos os brasileiros e todas as brasileiras!

Finalmente, cumpre alertar que a proposição de criação da Contribuição sobre Movimentação Financeira será pertinente como elemento de discussão quando da reforma da estrutura tributária brasileira. Afinal, *para o Brasil seguir mudando*, impõe-se: a continuidade e a ampliação das políticas sociais em curso, o seu financiamento público estável e – impossível não referir – a tributação progressiva da renda e do patrimônio como fontes sólidas de manutenção das políticas sociais. ★

\*Ricardo Menezes é médico sanitário e militante do Partido dos Trabalhadores