

**O (SUB) FINANCIAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) NO
CONTEXTO DA ECONOMIA BRASILEIRA: DILEMAS E PERSPECTIVAS¹**

José Carlisson do Nascimento Santos

NUPEC/UFS

jcarlissonsantos@gmail.com

(79) 99113-3513

Fernanda Esperidião

NUPEC/UFS

nandaesper16@gmail.com

¹ O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

O (SUB) FINANCIAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) NO CONTEXTO DA ECONOMIA BRASILEIRA: DILEMAS E PERSPECTIVAS

RESUMO:

Este trabalho tem como objetivo apresentar um panorama da evolução da saúde pública a partir das discussões relativas ao financiamento e à alocação de recursos no Sistema Único de Saúde (SUS), comparando os gastos em saúde com o Produto Interno Bruto (PIB) levando em consideração o contexto econômico e político do período compreendido entre 1988 e 2015. Para tanto, foi utilizado o método dedutivo e exploratório, para o qual foi realizado um levantamento bibliográfico objetivando a revisão da literatura e uma análise descritiva de dados de despesas com saúde obtida no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) e do PIB extraído da carta de conjuntura de outubro de 2017 do IPEADATA. Os dados mostram que houve um aumento de aproximadamente 114% nos gastos *per capita* em saúde nesse período. No entanto, este aumento ainda parece ser insuficiente. É possível concluir que é urgente à necessidade de formulação e implementação de políticas públicas nesse setor que leve a uma melhor alocação dos recursos disponíveis.

Palavras-chave: Economia da saúde; financiamento da saúde; saúde pública; políticas de saúde.

ABSTRACT:

This paper aims to present a panorama of the evolution of public health from the discussions on the financing and allocation of resources in the Unified Health System (SUS), comparing health expenditures with the Gross Domestic Product (GDP) taking into account the economic and political context of the period between 1988 and 2015. For that, the deductive and exploratory method was used, for which a bibliographical survey was carried out aiming at the review of the literature and a descriptive analysis of health expenditure data obtained in the System (SIOPS) and the GDP extracted from the letter of conjuncture of October 2017 of IPEADATA. The data show that there was an approximately 114% increase in per capita health expenditures in this period. However, this increase still seems to be insufficient. It is possible to conclude that it is urgent to formulate and implement public policies in this sector that leads to a better allocation of available resources.

Keywords: Health economics; health financing; public health; health policies.

1. INTRODUÇÃO

O financiamento do setor público na saúde brasileira se deu de forma gradativa e com mais ênfase a partir da constituição de 1988 com a criação do SUS. Entretanto, muitas questões ficaram para serem regulamentadas em lei complementar. Sendo este setor um campo importante de atividade econômica, onde muitas disputas entre diferentes interesses se estabelecem, principalmente no âmbito do executivo e do legislativo federal.

As regulamentações na saúde se arrastaram durante anos, décadas, e se arrastam até os dias de hoje trazendo diversas consequências para a população que ainda não tem acesso universalizado a esses serviços como garante a constituição de 1988. A crise da saúde pública brasileira está presente no dia a dia dos cidadãos que dependem da oferta regular destes serviços.

As dificuldades enfrentadas nesse setor são conhecidas: escassez de recursos para um atendimento adequado das precariedades nacionais, os conflitos das instituições, a fragmentação das fontes de financiamento, a preferência à medicina curativa em relação às medidas básicas de prevenção, a indefinição em relação ao papel do Estado e da iniciativa privada, etc. (REZENDE, 2012).

Diante disso, as escolhas das formas pelas quais serão promovidos os bens e serviços de saúde estão relacionadas com a discussão sobre os mecanismos mais eficientes capazes de garantir o acesso da população a esse mercado. A eficiência do sistema de saúde brasileiro no que se refere à provisão de serviços é de elevada importância, tanto pelo lado da demanda, através da identificação das necessidades da população, assim como pelo lado da oferta, em termos de como esses serviços são disponibilizados e financiados (ANDRADE, 2000).

A análise dessas intervenções sociais representa uma atividade importante para fornecer informações que possam orientar os gestores e financiadores, para definição de

prioridades e para apresentar à sociedade resultados dos investimentos realizados, além de apontar modificações e adequações necessárias às intervenções que já existem diante da conjuntura econômica que o país enfrenta. Essas intervenções levam a uma vida mais longa e saudável, além de fortalecer a base para o crescimento e desenvolvimento econômico.

Neste sentido, o objetivo deste trabalho é apresentar um panorama da evolução da saúde pública a partir das discussões relativas ao financiamento e à alocação de recursos no SUS, comparando os gastos em saúde com o PIB considerando o contexto econômico e político de 1988 até 2015 (ano anterior ao *impeachment* da presidente Dilma).

Sob o ponto de vista metodológico, foi utilizado o método dedutivo e exploratório, para o qual foi realizado um levantamento bibliográfico objetivando a revisão da literatura e uma análise descritiva de dados de despesas com saúde obtida no SIOPS e do PIB extraído da carta de conjuntura de outubro de 2017 do IPEADATA.

Para apresentar esta proposta, o trabalho está dividido em duas seções além desta introdução e das considerações finais. A primeira apresenta o panorama da saúde pública no Brasil até a consolidação do SUS diante da conjuntura da economia Brasileira, além das principais emendas constitucionais que se referem ao financiamento em saúde. A segunda seção aborda as especificidades dos gastos em saúde desde a constituição de 1988 quando é implementado o SUS até o impeachment do governo Dilma, dada a conjuntura da economia brasileira nesse período.

2. ASPECTOS TEÓRICOS

2.1 História da saúde pública no Brasil

Para entendermos as políticas atuais de saúde no Brasil, é fundamental ir além da conjuntura econômica atual. Exige-se uma incursão retrospectiva através da história

econômica e da saúde pública, pois a evolução desta última está relacionada diretamente a evolução político-social pelo qual o Brasil passou ao longo do tempo.

No início do século XX a economia brasileira era basicamente agroexportadora, voltada para a monocultura do café. O grande acúmulo de capitais obtido com a venda deste produto possibilitou o investimento em infraestrutura e o nascimento de novos setores de investimento econômico no comércio e nas indústrias que promoveu o crescimento da urbanização (PRADO JÚNIOR, 2006; FURTADO, 2007).

Os operários daquela época não dispunham de quaisquer garantias trabalhistas e somente através de lutas que os cidadãos começaram a conquistar alguns direitos sociais. No que tange a saúde, até a década de 20, o modelo era essencialmente privado. À população pobre restava a medicina popular, dos farmacêuticos e os hospitais “de misericórdia²”. O sistema existente, portanto, era o de paciente-pagador e prestador privado (CALVO, 2002). Paralelamente a isso, o Estado apenas agia diante de epidemias, com ações de vacinação e/ou de saneamento básico³ (CARVALHO, 2013).

Só a partir de 1923, com a Lei Elói Chaves, foi dado início à criação de uma assistência médica organizada. Esta lei tornou a saúde dos trabalhadores atrelada à previdência, inicialmente, às Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP). Essas CAP eram financiadas e limitadas, compulsoriamente, às classes assalariadas (urbanas), ou seja, restritas a alguns setores do serviço público federal (CARVALHO, 2013).

As suas atribuições principais dizem respeito à prestação de serviços de saúde: o atendimento médico de emergência para o segurado e sua família, e a concessão de subsídios para a compra de medicamentos. Em 1926, essas atribuições foram ampliadas e

² Instituições religiosas e filantrópicas que prestavam assistência na forma de caridade.

³ Assim ocorreu no final do século XIX e início do XX com o saneamento do Rio de Janeiro e a grande campanha de vacinação contra varíola.

passaram a incluir as internações hospitalares em casos de cirurgia. Tais serviços eram, na maioria das vezes, contratados de terceiros. Quem prestava o atendimento eram médicos, clínicas e hospitais contratados e pagos pela CAP, que funcionava no modelo de uma seguradora (CALVO, 2002).

Nesse contexto, a economia do país foi afetada pela crise mundial de 1929 que, aliada ao declínio do padrão agroexportador, acirrou os confrontos entre republicanos e liberais, criando um cenário propício para a Revolução de 1930. A partir desse período, o Brasil iniciou seu processo de modernização por meio de políticas impulsionadas pelo Estado, através da criação de estruturas como o Ministério da Educação e Saúde. Porém, essas políticas continuaram sendo restritas, pois se limitavam a poucos segmentos de trabalhadores (KHAIRALLA, 2010).

Em 1932, foi criado o primeiro Instituto de Aposentadorias e Pensões (IAP), que fez modificar a legislação das CAP, com o objetivo de condicionar os gastos com saúde à existência de recursos. Diante disso, foi definido um limite de 8% da receita total para custear as despesas com saúde. Em 1939 regulamenta-se a justiça do trabalho e em 1943 é homologada a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) que procuraram estabelecer um contrato capital-trabalho, garantindo direitos sociais ao trabalhador. Ao mesmo tempo em que se cria a estrutura sindical do estado (CALVO, 2002).

Na década de 1950, foi criado o Ministério da Saúde (MS), como desdobramento do antigo Ministério da Educação e Saúde. A dotação orçamentária desse Ministério era inferior ao que correspondia ao antigo Ministério da Educação e Saúde. Contudo, as atribuições foram ampliadas, incluindo novas doenças sob seus cuidados e assimilando as

ações de caráter preventivo, a educação sanitária e a assistência médica restrita do Serviço Especial de Saúde Pública⁴ (BRAGA; PAULA, 1981 apud CALVO, 2002).

Posteriormente, na segunda metade da década de 60, os IAP foram unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS⁵). Esse novo órgão aumentou os gastos na área de saúde, assim como as unidades de prestação dos serviços, porém, ainda insuficiente para garantir assistência médica para todos os segurados. Aos poucos, os benefícios da previdência foram estendidos para outros trabalhadores, tais como: empregadas domésticas, trabalhadores autônomos e rurais (CALVO, 2002). O INPS, ao invés de fortalecer sua rede de serviços próprios, sob a ditadura militar, intensificou a contratação de serviços privados de saúde para ofertar aos trabalhadores dos setores mais dinâmicos da economia. Fortaleceu-se neste período uma característica presente nas políticas de saúde até hoje: a prioridade dos produtores privados em detrimento dos estatais.

Segundo Khairalla (2010, p. 35), “em 1974⁶, foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), centralizando e reforçando ainda mais a dominância do modelo clínico assistencial e curativista”. Com isso, a assistência médica passou a ser ligada formalmente à previdência social e o Ministério da Saúde continuou somente com medidas ligadas à promoção e prevenção, realizadas com medidas de saúde pública coletiva.

Com o passar dos anos, o número de segurados da previdência continuou a aumentar, assim como o comprometimento do orçamento desse órgão. Em consequência disso buscou-se desvincular a assistência médica da previdência social. Em 1977, esse

⁴ Este serviço foi criado para o combate da malária e outras doenças transmissíveis e tropicais, em regiões de exploração econômica internacional. Nessas áreas eram desenvolvidas ações de assistência médica, educação sanitária, saneamento básico, e combate às epidemias e endemias (CALVO, 2002).

⁵ Esse órgão continuou com a responsabilidade de prestar assistência médica aos segurados dos IAP.

⁶ Nesse ano, a maior parte da população urbana e boa parte da população rural estavam assistidas pela previdência social e tinham direito à assistência médica prestada por esse órgão (CALVO, 2002).

processo se iniciou com a criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), subordinado ao MPAS. Esse novo sistema instituiu duas novas autarquias: O Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e o Instituto de Administração Financeira e Assistência Social (IAPAS) (CALVO, 2002).

O INAMPS desvinculou a assistência médica do INPS, ao passo em que passou a ser responsável apenas pela previdência. Segundo Calvo (2002, p. 31-32),

Tal fato caracteriza o início de um rompimento formal entre a previdência social (até então vinculada ao modelo de seguro social) e a assistência médica, ficando esta vinculada ao conceito de seguridade social. O sistema de saúde começou a passar, gradativamente, de previdencialista para universalista. Todavia, o recolhimento das contribuições salariais continuou sendo realizado pelo INPS, e permaneceu como a única fonte de receita tanto no que diz respeito à previdência social como para a assistência médica.

O debate acerca da atuação do Setor Público na saúde continuava e as experiências e modelos práticos acontecendo tanto no Brasil como no mundo. Na década de 80, a crise da previdência provocou um fortalecimento na associação entre o INAMPS e os serviços públicos de saúde. É a partir desse contexto que surgem as Ações Integradas de Saúde (AIS) que se refere a: parceria da previdência com a saúde pública municipal e estadual; prestação de cuidados, principalmente primários ambulatoriais; e transferência de recursos da previdência para realizações de ações pelos Estados e Municípios (CARVALHO, 2013).

Em 1986, foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde que contou com uma ampla participação popular. Essa Conferência se tornou um marco na formulação das propostas de mudanças no sistema de saúde nacional, consolidadas na Reforma Sanitária. Seu relatório final definiu a saúde como resultante das condições de habitação, educação, renda, alimentação, meio ambiente, transporte, emprego, trabalho, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. Esse documento serviu como base para discussões na Assembleia Nacional Constituinte em 1987. Como resultado entre as

diversas propostas em relação à saúde, a aprovação da Constituição Federal (CF) de 1988 criou o SUS (BRASIL, 2003).

2.2 O Sistema Único de Saúde (SUS)

O SUS é definido pela Constituição de 1988, como um sistema público, nacional e universal, baseado na concepção de saúde como direito de cidadania: “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

E segundo o Artigo 198 da CF, baseado nas diretrizes organizativas de: “I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade”.

CF artigo, 200:

Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei: I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos; II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde; IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico; V - incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação; VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano; VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

A implantação desse sistema é uma obrigação estabelecida na constituição e de responsabilidade dos três âmbitos: federal, estadual e municipal. A norma que regulamentou esses aspectos foi a Lei nº 8.080 de 19 de setembro 1990, que em seu Artigo 5º, definiu claramente os objetivos do SUS:

I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei; III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e

recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

No que se refere às responsabilidades com a gestão e o financiamento do SUS, a CF afirma que estas são compartilhadas entre os seus gestores dos três âmbitos. Segundo Calvo (2002), os fundos para custeio das ações municipais de saúde sob sua gestão concentram os recursos próprios dos municípios, somados aos repasses estaduais e federais. No que tange às ações estaduais, os fundos concentram recursos próprios e os repasses federais. Em relação aos gastos de nível federal, estes concentram os recursos federais que são repassados de forma direta aos prestadores de serviços contratados ou conveniados ao SUS, localizados em municípios e estados que não conseguem gerir de forma universal o sistema local de saúde.

Este financiamento tem enfrentado políticas econômicas que priorizam a redução de despesas sociais para alcançar elevados superávits primários e conter a dívida pública. Como mostra o quadro 1, desde que definido pela Constituição de 1988, o SUS nunca contou com uma fonte de recursos estável e eficiente. A primeira grande medida na tentativa de minimizar este problema foi quando se criou a contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira em 1993, derrubada em 2007.

Posteriormente, em 2000, com a aprovação da Emenda Constitucional 29 a união passou a ter que investir no SUS o mesmo montante aplicado no ano anterior mais a variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB). Quanto aos estados e municípios, estes gastariam 12% e 15% dos seus recursos próprios, respectivamente. Além disso, em 2015 a emenda complementar 86 definiu os gastos em saúde com base em um percentual da Receita Corrente Líquida e a emenda 95/2016 definiu que nos próximos 20 anos o investimento em saúde terá como base os recursos direcionados no ano anterior mais o valor do Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA). Contudo, o que parece certo é

que essas emendas constitucionais não são suficientes para enfrentar o subfinanciamento do sistema.

Quadro 1: A legislação e o financiamento do SUS

	Municípios	Estados	União				
Anos 90	Instabilidade do financiamento a partir da CF 1988						
Anos 2000	Com base na emenda complementar 29/2000 o financiamento para saúde por parte dos municípios é determinado por 15% das transferências legais e constitucionais e impostos diretamente arrecadados	Com base na emenda complementar 29/2000 o financiamento para saúde por parte dos estados é determinado por 12% das transferências legais e constitucionais e impostos diretamente arrecadados	Com base na emenda complementar 29/2000 o financiamento para a saúde por parte da união até 2015 era o valor empenhado no ano anterior + a variação do PIB				
2000 a 2015			Ficou determinado pela emenda complementar 86/2015 que o financiamento para a saúde pública por parte da união seria com base em um percentual da Receita Corrente Líquida:				
A partir de 2015			2016 13,20%	2017 13,70%	2018 14,10%	2019 14,50%	2020 15,00%
2017			Neste ano entrou em vigor a EC 95/2016 que determinou o financiamento da saúde em 15% da Receita Corrente Líquida				

<p>A partir de 2018</p>		<p>De acordo com a EC 95/2016 os investimentos em saúde terão como cálculo o valor base gastos no ano anterior + IPCA. Esta emenda é válida por 20 anos.</p>
------------------------------------	--	--

Fonte: Elaboração própria a partir da Constituição de 1988 e das emendas complementares 29, 86 e 95.

Cada estado e município aloca seus recursos na execução de ações planejadas para o seu sistema de saúde. Essas ações incluem ações preventivas; construção de unidades básicas de saúde, assim como a sua ampliação e manutenção; internações hospitalares; exames e compra de medicamentos. Dessa forma, essas atividades disputam recursos, e, sempre que se aumentam os custos para determinada atividade, precisa-se reduzir a dotação orçamentária de outra. Como a maior parte da população brasileira depende do sistema público para o atendimento de suas necessidades de assistência à saúde, necessita-se de forte controle de seus gastos pelo gestor do sistema local (CALVO, 2002).

Como o foco do estudo é o financiamento do sistema assumido no âmbito federal, na próxima seção será feita a análise dos gastos públicos em saúde a contar da constituição do SUS.

3. ECONOMIA BRASILEIRA NO PERÍODO 1988-2015: CONJUNTURA E IMPACTOS NO FINANCIAMENTO DO SUS

A oferta dos serviços de saúde por parte do governo, com caráter gratuito ou a preços subsidiados, é condição necessária, tendo em vista as externalidades positivas associadas a esse setor. O objetivo dessa seção é fazer uma análise dos investimentos em saúde desde a constituição de 1988 quando é implementado o SUS até o impeachment do governo Dilma, dada a conjuntura da economia brasileira nesse período.

3.1 De 1988-2000

Uma breve retrospectiva do final dos anos 80 e início dos anos 90 indica que, em média, o orçamento nacional para a saúde foi de R\$ 20 bilhões. Como já dito, em 1993 foi criada a CPMF para investimentos na área da saúde, em substituição ao IPMF. No entanto, nessa época o SUS não contava com um financiamento estável e parecia que nenhuma medida havia sido adotada. O orçamento de 1997 ficou em R\$ 19 bilhões, também repetidos em 1998 (BRITO, 2004).

No que se refere às características gerais da economia brasileira, até 1994, esta atravessava um momento difícil com elevada instabilidade e altas taxas de inflação. Os planos de combate à inflação que se sucederam nesse período pareciam não serem suficientes. A cada novo plano fracassado, a inflação retomava com força ainda maior aprofundando ainda mais os desequilíbrios, tornando mais difícil o processo de estabilização. Ademais, todo o processo vinha acompanhado por flutuações na atividade econômica e por alterações no setor externo associadas à alta dívida externa e o impacto da volatilidade do câmbio sobre o comércio exterior (LEVY, 2015).

Além disso, no início da década de 90, como ponto de partida para uma reforma fiscal, se discutia o novo papel do Estado. O estado deveria limitar-se as funções típicas do governo, deixando para o setor privado áreas tão importantes como educação, saúde e seguridade social (LEVY, 2015).

A contar desse período ocorreu um forte avanço do neoliberalismo. As políticas de ajustes fiscais levaram a redução das barreiras econômicas e as privatizações características do período que inviabilizaram a utilização dos recursos públicos para os direitos sociais, sendo destinados à esfera da acumulação. Assim, ao mesmo tempo em que acontecia o fortalecimento do SUS, significativo retrocessos também aconteceram (BRAVO, 2001).

A partir de 1994, houve a implementação da nova moeda com o plano Real e o processo de consolidação da estabilidade da moeda levou a significativa redução da pobreza e desigualdade. No entanto, a sustentação da estabilidade no longo prazo, permaneceu ameaçada, principalmente em virtude da deterioração das condições fiscais e do crescente desequilíbrio das contas externas. Houve ainda, uma redução gradual do superávit primário do setor público, já que o governo era beneficiado pelo efeito Tanzi (BASTOS, 2015).

Por mais que o plano real tenha trazido uma estabilidade para a moeda, a saúde tem custado cada dia mais caro. Segundo Brito (2004), a inflação da área da saúde, entre 1996 e 1997, alcançou 19,3% e os custos médicos se elevaram em 3,5%. As políticas da saúde e educação no governo de Fernando Henrique Cardoso só foram prioridades no discurso. O setor saúde somente se fortaleceu e passou a receber maiores dotações orçamentária e atenção política a partir dos anos 2000.

3.2 De 2000-2015

A emenda constitucional nº 29 de 2000 alterou os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescentou o artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Foi a partir desta emenda que o setor de saúde passou a ter mais atenção. Apesar de o cidadão ainda sofrer com a precariedade do atendimento público.

Diante desta emenda o investimento da União no SUS passou a ser o mesmo montante aplicado no ano anterior mais a variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB). A tabela 1 apresenta os gastos do governo federal com os serviços públicos de saúde e o PIB, corrigidos a preços de 2015.

Tabela 1: Gasto federal com ações e serviços públicos de saúde e PIB per capita
(2000-2015)

ANO	despesa com saúde <i>per capita</i> em R\$	Variação das despesas em saúde em %	PIB <i>per capita</i> em R\$	variação do PIB <i>per capita</i> %	% do PIB
2000	195,14	-	18847,96	-	1,04
2001	207,49	0,06	18911,44	0,00	1,10
2002	184,15	-0,11	18768,01	-0,01	0,98
2003	208,19	0,13	19590,39	0,04	1,06
2004	255,72	0,23	20536,86	0,05	1,25
2005	276,04	0,08	21335,18	0,04	1,29
2006	305,88	0,11	22737,53	0,07	1,35
2007	319,05	0,04	24319,56	0,07	1,31
2008	358,92	0,12	25953,05	0,07	1,38
2009	381,38	0,06	26343,19	0,02	1,45
2010	398,92	0,05	28639,73	0,09	1,39
2011	389,95	-0,02	29993,17	0,05	1,30
2012	393,06	0,01	30887,59	0,03	1,27
2013	390,58	-0,01	32005,95	0,04	1,22
2014	442,80	0,13	32322,31	0,01	1,37
2015	416,88	-0,06	30075,02	-0,07	1,39
Média	320,26	-	25079,18	-	-

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do IPEIADATA (carta conjuntura out/2017) e SIOPS⁷

Observa-se que os gastos *per capita* neste período apresentaram um comportamento irregular variando entre -0,11 e 0,23. No que se refere ao período como um todo houve um aumento de aproximadamente 114%, saindo de R\$ 195,14 para 416,88.

⁷ Os dados de despesa com saúde referem-se às Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS).

O PIB apresentou algumas oscilações durante o período. O final do governo FHC (1999-2002) apresentou baixo crescimento e o país continuou amargando taxas de juros reais elevadas decorrentes dos fortes ajustes que a economia brasileira passou. Após esse período o país passou a acelerar seu ritmo de crescimento nos anos seguintes. De acordo com Lameiras (2015), os anos de 2004 a 2008 foram marcados pela conjunção de um mercado externo favorável com alta liquidez internacional e rigor fiscal e monetário que gerou um ambiente propício para a retomada dos investimentos. Ademais, as quedas nas taxas de desemprego e a ampliação dos programas de redistribuição de renda deram a demanda interna um papel fundamental para este novo ciclo do crescimento econômico.

A queda do PIB em 2009 foi consequente dos efeitos da crise financeira internacional iniciada no final de 2008. Contudo, a economia brasileira recuperou-se relativamente rápido da recessão técnica devido a implementação de políticas de incentivo à demanda por parte do governo, que, ao longo de todo o período (até 2013) contribuíram para a manutenção do consumo interno sustentado no tripé emprego-renda-crédito. Refletidos também nas quedas das taxas de desemprego que passaram de 8,1% em 2009, para 5,4% em 2013 (CARVALHO L., 2015).

As manifestações de junho de 2013 levaram a queda da confiança do país que resultou em quedas no crescimento nos anos posteriores. Em 2015 foi registrado PIB negativo. As taxas de desemprego e inflação cresceram e reduziram-se a base aliada da presidente. Manifestações com relação ao impeachment da presidente começaram a surgir gerando uma polarização política no país. Em 2016 o impedimento do governo Dilma Rousseff aconteceu dentro de um cenário de crise política e econômica.

No que tange aos gastos federais *per capita* com saúde com relação ao PIB, os dados revelam que no geral as despesas cresceram mais que o PIB *per capita*. No entanto, este financiamento parece não serem suficientes. O país ainda é vulnerável a epidemias

de dengue, é carente de políticas em diversos setores da saúde e não tem sido eficiente na gestão dos seus recursos. Além disso, ainda não se sabe com exatidão os novos rumos que serão tomados para o setor.

Em 2016 o congresso nacional promulgou a Emenda Constitucional 95, que limita por 20 anos os gastos públicos. A PEC 55/2016 tem como objetivo equilíbrio das contas públicas por meio de um rígido mecanismo de controle de gastos. A partir de 2018, os gastos federais só poderão aumentar de acordo com a inflação. O impacto dessa emenda tem sido ponto de discussão para muitos autores e ainda não é possível saber os resultados da mesma em longo prazo.

De acordo com Médici (2018), ela beneficiará os investimentos em saúde, pois para eles é necessário que se façam medidas de contenção de gastos para retomar o crescimento e assim gerar recursos públicos para financiar políticas de saúde sustentáveis e equitativas. Já para Moretti (2018), o financiamento federal do SUS será comprometido. As dotações de saúde (R\$ 117,5 bilhões) propostas para 2019 estão praticamente no piso. Diante das restrições impostas pelo teto de gastos, as despesas de saúde já estão comprimidas no mínimo.

Até então o que se sabe é que é urgente a necessidade de formulação e implementação de políticas públicas nesse setor, visando o aumento da quantidade do serviço ofertado e a qualidade do mesmo. Para isso, requer uma melhor alocação dos recursos disponíveis de modo a torná-los eficientes. É dever do setor público zelar pela saúde da população para que não exclua ninguém do direito ao acesso a esse bem essencial garantido pela constituição.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho teve como objetivo principal apresentar um panorama da evolução da saúde pública a partir das discussões relativas ao financiamento e à alocação de recursos no SUS. Os dados apresentados revelam que os investimentos em saúde têm aumentado com

o passar do tempo. No entanto, a sociedade ainda se depara com diversas precariedades no acesso a esses serviços. O perfil dos gastos em saúde ainda não tem dado conta de atender o que foi proposto nas discussões da Reforma Sanitária realizado na década de 1980.

Isto remete a reflexão de como a associação desses serviços é tratada no Brasil e como a sociedade é aparentemente acomodada no sentido de reivindicar um direito garantido na Constituição, que é o acesso à saúde em todos os seus aspectos. Do ponto de vista legal, os avanços não se concretizaram na realidade. O SUS continua enfrentado dificuldade.

Atualmente, este setor tem apresentado um encolhimento do setor público e um crescimento das empresas de intermediação de serviços de saúde, como diversos planos, seguradoras, cooperativas médicas, empresas de grupos de médicos, dentre outros. Constituindo assim, um complexo médico-financeiro que reforça a tendência geral do capitalismo de financeirização e o aumento das desigualdades.

Em vista disso, é primordial a continuidade das políticas públicas e da reforma do Estado, ainda inconclusiva, para que o sub-financiamento não inviabilize a eficiência do SUS. Logo, esta pesquisa auxilia na condução de políticas públicas para o estabelecimento de prioridades, já que esses serviços são financiados por impostos, a população cobra responsabilidades na gestão dos recursos e acredita que estes sejam revertidos da melhor maneira possível.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, Mônica. **Ensaio em economia da saúde**. 2000. 307 f. Tese (doutorado). Programa de Pós-Graduação em Economia da Fundação Getúlio Vargas. Fundação Getúlio Vargas – FGV.

BASTOS, Estevão. Plano real, consolidação da estabilidade, crise internacional e desequilíbrios (1994-1998). In: RIBEIRO, Fernando. (ORG). **Economia Brasileira no período 1987-2013: relatos e interpretações da análise de conjuntura do IPEIA**. Brasília: IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada), 2015.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2003.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 15 de jan. de 2019.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 16 de jan. de 2019.

BRASIL. Constituição (1988). **Emenda constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000**. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/emecon/2000/emendaconstitucional-29-13-setembro-2000-354961-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acesso em: 16 de jan. de 2019.

BRASIL. Constituição (1988). **Emenda constitucional nº 86, de 17 de março de 2015**. Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc86.htm. Acesso em: 16 de jan. de 2019.

BRASIL. Constituição (1988). **Emenda constitucional nº 95, de 2016**. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/emecon/2016/emendaconstitucional-95-15-dezembro-2016-784029-publicacaooriginal-151558-pl.html>. Acesso em: 16 de jan. de 2019.

BRAVO, Maria Inês Souza. A Política de Saúde no Brasil: trajetória histórica. *In: Capacitação para Conselheiros de Saúde - textos de apoio*. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001.

BRITO, Paulo. **Economia Brasileira**: planos econômicos e políticas econômicas básicas. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2004.

CALVO, Maria. **Hospitais públicos e privados no Sistema Único de Saúde do Brasil**: O mito da eficiência privada no estado do Mato Grosso em 1998. 2002. 223 f. Tese (doutorado). Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção. Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC

CARVALHO, Gilson. A saúde pública no Brasil. **Estudos avançados**, v. 27, n. 78, p. 7-26, 2013.

CARVALHO, Leonardo. O papel das políticas anticíclicas e o agravamento dos desequilíbrios macroeconômicos (2009-2013). In: RIBEIRO, Fernando. (ORG). **Economia**

Brasileira no período 1987-2013: relatos e interpretações da análise de conjuntura do IPEIA. Brasília: IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada), 2015.

FURTADO, Celso. **Formação econômica do Brasil**. 34. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

KHAIRALLA, Thaís. **A Saúde como um Bem Meritório:** a dicotomia da indústria do tabaco. 2010. 97 f. Monografia (graduação). Curso de Ciências Econômicas. Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC.

LAMEIRAS, Maria. Da retomada do crescimento à crise financeira internacional (2004-2008). In: RIBEIRO, Fernando. (ORG). **Economia Brasileira no período 1987-2013:** relatos e interpretações da análise de conjuntura do IPEIA. Brasília: IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada), 2015.

LEVY, Paulo. Inflação crônica, estagnação e instabilidade: o difícil caminho até a estabilização (1987-1994). In: RIBEIRO, Fernando. (ORG). **Economia Brasileira no período 1987-2013:** relatos e interpretações da análise de conjuntura do IPEIA. Brasília: IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada), 2015.

MEDICI, André. **Entrevista sobre análise econômica e farmacoconomia**. Disponível em: <http://monitordesaude.blogspot.com/>. Acesso em: 25 de jan. 2019.

MORETTI, Bruno. **PEC do teto dos gastos:** uma perda bilionária para o SUS em 2019. Disponível em: <http://www.ihu.unisinos.br/78-noticias/583072-pec-teto-dos-gastos-uma-perda-bilionaria-para-o-sus-em-2019>. Acesso em: 25 de jan. 2019.

PRADO JÚNIOR, Caio. **História econômica do Brasil**. São Paulo: Brasiliense, 2006.

REZENDE, Fernando. **Finanças Públicas**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2012.