

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

ALEXANDRE ALVES MEDEIROS

**O OLHAR DOS GESTORES PÚBLICOS SOBRE O FINANCIAMENTO  
DA SAÚDE BRASILEIRA: gasto social ou política de investimento?**

PORTO ALEGRE

2016

ALEXANDRE ALVES MEDEIROS

**O olhar dos gestores públicos sobre o financiamento da saúde brasileira:  
gasto social ou política de investimento?**

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, como requisito parcial para obtenção do título de Enfermeiro.

Orientador: Prof. Dilmar Xavier da Paixão

PORTO ALEGRE

2016

Dedico este trabalho à minha mãe, que mesmo distante sempre se fez presente. Tranquilizando-me, mostrando que o caminho é tortuoso e doloroso, mas que devo seguir com cuidado, pois o que me aguarda do lado oposto da travessia é a minha morada, construída por mim tijolo por tijolo. Obrigado por estar sempre ao meu lado me incentivando e dando forças. Saiba que pensando na senhora nunca estou só.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço à minha mãe, que sempre me incentivou a lutar pelos meus objetivos, estando ao meu lado e comemorando comigo a cada nova conquista. Obrigado pelo amor incondicional, apoio e paciência que tiveste comigo durante toda graduação.

Ao meu pai, por sempre ter acreditado no meu potencial e por não me deixar desistir diante das dificuldades. Obrigado pelo amor e pela compreensão de tantos momentos de ausência durante a realização da graduação do Curso de Enfermagem.

Ao meu irmão, pela parceria incondicional. Ao incentivo para estudar mais e mais, e por ser um exemplo de pessoa. Sempre me senti seguro ao seu lado para seguir em frente.

À minha amada, que é o meu porto seguro e incentivadora dessa conquista. Obrigado pelo carinho e por estar sempre disponível para me ajudar e me apoiar nos momentos difíceis.

Ao meu orientador por gentilmente ter me ajudado e ter me guiado pelo caminho certo, me dando todo o suporte necessário e por estar sempre disposto a esclarecer minhas dúvidas e auxiliar na construção do presente Trabalho de Conclusão de Curso. Obrigado por aceitar fazer parte desta conquista ao meu lado.

Aos 'Traíras', pela parceria, pelos momentos de descontração. Fiquem com o meu carinho e valeu demais fazer parte desta equipe. Estamos juntos galera.

Aos professores da Escola de Enfermagem da UFRGS: sem vocês não seríamos nada, em especial, às profissionais e docentes da banca examinadora.

Aos meus amigos que fiz durante a faculdade, pelos que estão por esse Brasil a fora e me acompanham nesta jornada.

Aos que estagiaram comigo, pelos lanches, pelas risadas e por firmar uma amizade eterna.

Vou lembrar sempre de vocês.

A todos, o meu Muito Obrigado!

## RESUMO

O financiamento da saúde pública brasileira sofre com a escassez dos recursos, criando uma dificuldade de administração para os gestores da saúde pública e, assim, agrava-se pela falta de materiais de trabalho na rede de atenção básica e na rede de saúde em toda sua extensão. O presente estudo pretendeu compreender o financiamento da saúde sob o olhar dos gestores públicos e se o consideram um gasto social ou uma política de investimento nas pessoas. Trata-se de um estudo documental com abordagem qualitativa. O campo de investigação foram as opiniões manifestadas através de entrevistas e reportagens na mídia nacional. A população foi abrangida pelos gestores do setor público da saúde. As notícias foram analisadas conforme abordagem de análise temática proposta por Minayo. Dentre os resultados obtidos formaram-se quatro temas: gasto social ou política de investimento: a interrogação se movimenta; a dívida pública e os investimentos em saúde; as dificuldades do financiamento nos três níveis de governo; a gestão e o financiamento público da saúde. Destaca-se das notícias que os gestores consideram o atual financiamento um gasto social. Com a análise feita das notícias revelou-se que as opiniões dos gestores sobre o financiamento é de que deve ser aumentado o repasse, principalmente, da União para os outros entes federados. O aumento do financiamento deverá ocorrer somente quando for realizada uma auditoria da dívida pública, porque no atual gerenciamento da união se prioriza o pagamento de juros e amortizações da dívida, deixando uma irrisória porcentagem de repasse da verba para os serviços essenciais. A unificação e posteriormente uma mobilização social fazendo uma benéfica pressão nos políticos, servirá de incentivo para começarem a votar projetos de leis para o bem social.

**Palavras-chave:** Gestão pública. Financiamento da saúde. Gasto social. Política de investimento.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	6
<b>2 OBJETIVO</b> .....	9
<b>3 REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	10
<b>4 MÉTODO</b> .....	14
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	16
<b>5.1 Gasto social ou política de investimento: a interrogação se movimenta</b> .....	16
<b>5.2 A dívida pública e os investimentos em saúde</b> .....	19
<b>5.3 As dificuldades do financiamento nos três níveis de governo</b> .....	21
<b>5.3.1 Gestão federal</b> .....	22
<b>5.3.2 Gestão estadual</b> .....	24
<b>5.3.3 Gestão municipal</b> .....	26
<b>5.4 A gestão e o financiamento público da saúde</b> .....	27
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	29
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	31

## 1 INTRODUÇÃO

Os debates sobre o financiamento do setor público de saúde permeiam a história brasileira desde a reforma sanitária dos anos de 1980 (BRASIL, 2006). O marco principal para que o financiamento deixasse de ser figurante e se tornasse protagonista é a Constituição Federal vigente desde 1988. Considera-se como Constituição Cidadã por garantir avanços em benefício da população, em especial aos mais carentes, com diretrizes e princípios normativos voltados à participação da sociedade, à equidade, ao atendimento integral das pessoas e à universalidade na atenção em saúde. Este documento legal, em seu artigo nº 195, prevê que o financiamento da saúde seja originado a partir da fonte da seguridade social, composta dos recursos para a saúde, para a previdência social e para a assistência social (BRASIL, 1988; SOARES; SANTOS, 2014).

Embora pareça simples essa definição, indicando que o financiamento do Sistema Único de Saúde – SUS – contará com a seguridade social e outras fontes, há uma série de impasses na gestão e na origem desses recursos que permanecem desde a sua redação em 1988. O financiamento público da saúde no Brasil é tripartite, a partir da criação do SUS, e é de responsabilidade das esferas governamentais: União, estados e municípios (CONASS, 2015).

As principais ideias sobre a sistematização da saúde brasileira presentes na Constituição são oriundas da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada na cidade de Brasília no dia 17 de março de 1986 (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986). Além dela, a Conferência sobre os Cuidados Primários de Saúde-CPS, que ocorreu em Alma-Ata, na Rússia, no ano de 1978, influenciou essas reivindicações em torno das diretrizes e princípios que vieram a ser adotados no país com o SUS (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986).

A reforma sanitária, a partir desse contexto, constituiu-se num movimento inovador e mobilizou profissionais de saúde, gestores e usuários dos serviços em prol de uma organização mais sistematizada para o atendimento aos cidadãos pela rede pública de saúde. Entretanto, Gomes (2014), analisando os impasses importantes no financiamento da saúde no Brasil, destaca que diariamente há denúncias da população na mídia sobre problemas em seu atendimento, porém, essas notícias raramente associam essas dificuldades com a situação fragmentada e de subfinanciamento – valores repassados insuficientes – do SUS.

Em estágios durante o curso de enfermagem, o autor se deparou com situações, tais como: profissionais de saúde relatando a escassez dos recursos, falando que é um dos

problemas que se agravam diariamente e ocasiona a falta de medicamentos básicos e materiais para o trabalho cotidiano nas unidades da atenção básica e da rede de saúde em toda a sua extensão, sendo um dos principais danos. Os enfermeiros, principalmente aqueles que atuam diretamente na atenção básica do sistema público de saúde, estão em contato mais direto com os usuários e isso os coloca diante de riscos e discussões com muitos tipos de reclamantes para os quais devem estar preparados. Além disso, os profissionais da enfermagem organizam e participam de grupos de pessoas – reuniões do conselho local de saúde – que, como se pode observar em vários campos de prática disciplinar, por muitas vezes, iniciam debates e questionamentos sobre os problemas decorrentes da insuficiência dos recursos para a saúde pública.

Portanto, a relevância desta pesquisa está centrada no fato de que a história do Sistema Único de Saúde, como ressaltava Mendes (2013a), é marcada pelos problemas de financiamento, com recursos sempre insuficientes para garantir uma assistência à saúde pública, universal, integral e de qualidade. Foi o contato com o professor e os estudos sobre esse conteúdo temático em uma das disciplinas referentes às políticas públicas durante o curso de graduação que despertou o interesse do autor por pesquisar mais profundamente o financiamento e o subfinanciamento da saúde. No mesmo período do curso de graduação, cada vez mais, se ouviu falar de problemas e dificuldades para que os gestores da saúde pública, tanto na esfera federal, quanto na estadual e na municipal, garantissem recursos suficientes para financiar as ações e serviços de saúde nas esferas respectivas de governo. Em contrapartida, ocorreu a 15ª Conferência Nacional de Saúde com o lema: “Saúde pública de qualidade para cuidar bem das pessoas - direito do povo brasileiro”.

A condição de graduando no Curso de Enfermagem oportuniza, também, que se reconheça a necessidade de ampliar os estudos sobre esse tema, pois os momentos acadêmicos nos quais essa abordagem é feita, são escassos. Além disso, esse subfinanciamento interfere diretamente no custeio das ações desenvolvidas pelos profissionais das unidades e serviços da rede de atenção à saúde nos diferentes níveis de gestão.

À luz de um conceito sucinto, decidiu-se considerar como gestor público aquele que é eleito, designado ou nomeado formalmente para exercer a administração de órgão ou entidade do setor público conforme é previsto em lei ou regulamento específico (RIO GRANDE DO SUL, 2011). Entre suas incumbências, está a de gerenciar a aplicação correta dos recursos de natureza pública na forma da lei, com supremacia dos interesses sociais e os princípios aplicáveis à administração pública. Para efeitos deste trabalho, incluem-se como gestores



públicos, os profissionais que atuam na gestão de equipes de trabalhadores da saúde e em alguns níveis de gerência e de administração de governos municipais, estaduais e federal.

Com relação ao financiamento, fala-se em gasto e investimento. Sendo assim define-se, conforme Célia Martelli (2010), *gasto* como um sacrifício que implica em desembolso para que se obtenha um bem ou serviço, e o termo *investimento* (grifos nosso), é “a aplicação dos recursos para a obtenção de bens para a entidade que possam vir a gerar lucro durante sua atividade”, lucro esse na saúde que é ter a recuperação da vitalidade do usuário. Diante dessa realidade, este estudo, caracterizado como pesquisa documental com abordagem qualitativa, tem o objetivo de compreender o contexto contemporâneo do financiamento da saúde brasileira a partir da seguinte questão: os gestores públicos consideram o financiamento da saúde como um gasto a mais no orçamento ou uma política de investimento em benefício das pessoas?

## **2 OBJETIVO**

Compreender o financiamento da saúde sob o olhar dos gestores públicos na perspectiva de considerarem-no como um gasto social ou uma política de investimento nas pessoas.

### 3 REVISÃO DA LITERATURA

Na atual conjuntura vive-se uma circunstância em que os parlamentares federais – deputados e senadores – vêm cortando o financiamento em diversos setores da sociedade (segurança, saúde, economia) (RIBEIRO; BEZERRA, 2013). Os gestores municipais, estaduais e o gestor federal têm a responsabilidade de não fazerem do mínimo exigido o teto para atender aos diversos setores, principalmente a saúde, que no Brasil tem uma política de maior inclusão social existente. Sendo assim, eles devem se conscientizar, tomar para si o protagonismo e a autonomia e deliberarem corretas decisões para o bem social (RIBEIRO; BEZERRA, 2013).

Nas tentativas para enfrentar essa situação precária, muitas iniciativas governamentais e de outros segmentos e instituições foram idealizadas ao longo do tempo. A título de exemplificação, em 1993, foi criada uma Proposta de Emenda Constitucional (PEC) estipulando 30% da seguridade social e 10% das receitas de cada esfera de governo para o segmento saúde, totalizando 60% dos gastos do poder público comparado ao Produto Interno Bruto-PIB (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2015).

Mas, decorridos 28 anos da criação do Sistema Único de Saúde, a realidade mostra que o poder público responde apenas por 44% dos gastos com o financiamento da saúde: os demais 56% são gastos por instituições privadas (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2015). Sendo assim, questiona-se como o Estado brasileiro pode assegurar o direito à saúde ao cidadão se o seu orçamento aplicado é menor do que 50% do total. Lembre-se que, no artigo 196 da Carta Magna de 1988, está consagrado: “a saúde é um direito de todos e um dever do Estado” (BRASIL, 2000). Esse déficit de investimento causa dificuldade para os governantes, sua assessoria técnica profissional e os integrantes dos mecanismos de controle social para proporem políticas a serem priorizadas e o destino dessa verba pública.

O financiamento público da saúde no Brasil, ao longo do tempo, tem sido caracterizado por instabilidade dos recursos próprios municipais e por modificações profundas nos critérios dos repasses financeiros aos municípios (MENDES; MARQUES, 2014). Isso tem causado comprometimentos importantes para a organização e o funcionamento do SUS, inclusive, fazendo com que vários modelos assistenciais fossem implantados em várias localidades, tais como, os que são citados por Mendes e Marques (2014): a vigilância em saúde, ações programáticas e a estratégia de saúde da família, entre outros.

A aplicação exigida para a União – anualmente, em ações e serviços públicos de saúde – pela Proposta de Emenda Constitucional (PEC) nº 29, corresponde ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual – foi lançada no ano 2000 (BRASIL, 2012). Porém suas definições como Emenda Constitucional (EC) propriamente dita ocorreram somente em janeiro no ano de 2012, pela Lei Complementar nº 141 (BRASIL, 2012).

Cada município deveria contribuir com 15% dos seus recursos para o orçamento da saúde e o estado com um percentual de 12% dos recursos a serem depositados no fundo de saúde através de transferência regular e automática. Isso consta na Lei Complementar Nº 141 de 2012, regulamentando a EC nº 29 (BRASIL, 2012).

Embora essa decisão, ainda se tenha resultados de subfinanciamento para o sistema público, a quase totalidade dos municípios e dos estados brasileiros não liberam os índices da sua responsabilidade para o orçamento público do setor (SOARES; SANTOS, 2014). Não há exemplo a seguir, porque nem o principal gestor do sistema, o Governo Federal, cumpre a sua parte.

Segundo Santos e Soares (2014) argumentam, esse subfinanciamento do sistema é satisfatório para interesses de lideranças que valorizam apenas o equilíbrio fiscal. E assim, ao longo dos anos, o volume de recursos aplicados tem sido menor do que o necessário, sendo improvável reverter esse quadro sem a participação mais ativa dos cidadãos usuários dos serviços. Enfim, as questões são polêmicas no campo da saúde. O que falta é regulamentá-la em lei. E as regulamentações se enrolam por anos, décadas, até os dias de hoje, lembrando novamente, já se passaram 28 anos da criação da Constituição Federal de 1988 (SOARES; SANTOS, 2014).

A mídia, em seus múltiplos formatos, tem se ocupado de algumas partes desses agravos, porém não tem conseguido aprofundar os debates sobre essas causas em suas pautas. A própria atenção básica tem um campo com diversos enfoques – questões sociais e de saúde, o processo saúde e adoecimento e as relações diferenciadas com o cotidiano. Os debates não se aprofundam porque existe dificuldade na gestão do sistema público, uma desordem nos recursos de financiamento e das políticas públicas. O foco da mídia atualmente está nos desastres naturais e na falta de segurança em que se vive, ouve-se falar pouco sobre questões de recursos financeiros para a saúde (PAIXÃO; COLLE; ANTONIOLLI, 2015).

A saúde é um bem e um direito assegurado pela Constituição a todas as pessoas, mesmo assim, os cidadãos pouco conhecem da origem dos recursos e das fontes necessárias

ao seu financiamento. Nos documentos preparatórios das discussões para a 15ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em Brasília nos dias 1º a 4 de dezembro de 2015, há outros argumentos que servem de justificativa para o estudo deste tema no presente trabalho: para garantir o financiamento estável e sustentável para o SUS, tem-se que melhorar o padrão do gasto, aumentando-o; qualificar o financiamento tripartite e os processos de transferência de recursos (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2015). Pode-se, também, aprimorar o marco regulatório da saúde suplementar, garantindo, assim, o acesso e a qualidade na atenção à saúde e os direitos do usuário (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2015; MOREIRA, 2014).

Recentemente, ocorreram no Brasil discussões em todas as esferas dos governos municipais, estaduais e federal reunidos em torno da temática da 15ª Conferência Nacional de Saúde. A discussão do financiamento para o SUS voltou a ser assunto nas discussões do último ano que desenvolveram o tema: “Saúde pública de qualidade para cuidar bem das pessoas - direito do povo brasileiro” (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2015).

Entre as mobilizações dos segmentos sociais brasileiros, o Movimento Nacional em Defesa da Saúde Pública, o “Saúde +10”, lançado em 2012, coletou em torno de 2,2 milhões de assinaturas em um Projeto de Lei de Iniciativa Popular visando assegurar o repasse efetivo e integral de 10% das receitas correntes brutas da União para a saúde pública brasileira (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2015). Antes, a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012:

Regulamenta o parágrafo terceiro do art. 198 da Constituição Federal: dispendo valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabeleceu critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo e revogou dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993 (BRASIL, 2012).

Enfim, as discussões sobre os repasses de recursos intergovenamentais para a saúde nunca cessaram e nem sempre têm sido disponibilizados conforme os pactos assinados entre os gestores e deles para com o sistema público da sua área de abrangência. Em março de 2015, o governo federal propôs a Emenda Constitucional nº 86, assegurando que o órgão máximo da gestão brasileira gaste no mínimo 15% (quinze por cento) da receita corrente líquida. Aparentemente benéfica ao olhar de alguns desavisados, inclusive políticos. A iniciativa representou uma enorme perda para o segmento do setor saúde, pois antes o investimento saíria da receita corrente bruta (BRASIL, 2014). Em 2014 a receita líquida foi de, aproximadamente, 1,014 trilhões de reais. Em comparação à receita bruta ( $\pm$  1,224 trilhões

de reais), a receita corrente líquida teve um decréscimo de 210 bilhões de reais (BRASIL, 2014). Em verba para a saúde representa uma perda de  $\pm 31$  bilhões de reais.

## 4 MÉTODO

Este estudo foi caracterizado como uma pesquisa documental com abordagem qualitativa. Godoy (1995) afirma que a pesquisa documental representa uma forma que pode se revestir de um caráter inovador, trazendo contribuições importantes no estudo de alguns temas, como, também, fontes de dados para estudos qualitativos merecendo, portanto, atenção especial. Com a abordagem qualitativa torna-se possível compreender os valores de determinados grupos sobre temas específicos e as relações no âmbito institucional e da sociedade quanto ao financiamento do setor saúde no Brasil (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2013).

O campo de investigação abrangeu o contexto do financiamento das ações e serviços públicos da saúde brasileira, a partir do exame da legislação relativa ao tema e a análise das opiniões manifestadas através de entrevistas e reportagens na mídia nacional, expressas por gestores da saúde, pertencentes às três esferas governamentais: o município, o estado e o país. A pesquisa teve como população abrangida gestores do setor público da saúde com cargos de liderança na união, nos estados e nos municípios, através das entrevistas e reportagens analisadas nos últimos quatro anos, cujo foco fosse o financiamento da saúde. Este período foi selecionado tendo em vista que, a cada quatro anos, acontecem debates nas Conferências de Saúde que, a partir das discussões, resultam no Plano Nacional, Planos Estaduais e Planos Municipais de Saúde.

Como critério de inclusão para os gestores adotou-se a atuação como líder de profissionais da saúde, trabalhadores da área pública e os que exerciam cargos de chefia de serviços no período do estudo, os quais participaram de entrevistas ou tiveram emitidas opiniões em artigos da imprensa e reportagens em língua portuguesa. O critério de exclusão da pesquisa foi não considerar os demais profissionais que, mesmo atuando na área de saúde, não exerciam cargos nomeados como gestores públicos. As bases de dados utilizadas para os artigos científicos foram as BDENF, BVS e LILACS.

A análise dos dados foi estruturada em três finalidades: a primeira, de descobrir os fatos a partir do próprio material coletado, das notícias dos gestores públicos; a segunda, de informar ou confirmar as hipóteses provisórias e levantar outras; e a terceira para ampliar a compreensão dos contextos culturais, ultrapassando o nível espontâneo das mensagens. Os dados coletados foram analisados de maneira qualitativa, conforme a análise temática proposta por Minayo, Deslandes e Gomes (2013), que consiste em três etapas:

- Pré-análise: baseada na escolha dos documentos, na retomada das hipóteses e com os objetivos iniciais da pesquisa reformulou-as de acordo com o material coletado e na elaboração de indicadores para a interpretação final.
- Exploração do material: foi a transformação dos dados brutos, almejando a compreensão do texto. Foram feitos recortes de texto, colocados em unidades de registro, construindo índices que permitiram a quantificação para, posteriormente, realizar a classificação dos dados escolhendo categorias que comandassem a especificação dos temas.
- Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: os resultados foram submetidos a operações que destaquem as informações obtidas com as devidas interpretações.

O trabalho de pesquisa foi submetido à aprovação da Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. O presente trabalho levou em consideração os aspectos éticos, respeitando a ideia original dos autores, assegurando a autoria das publicações pesquisadas, utilizando para citação e referência dos autores as normas da ABNT.



## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados da pesquisa foram agrupados em unidades de registro que emergiram na realização do estudo, conforme sugere a análise temática proposta por Minayo (2013). Após leituras repetidas das notícias veiculadas e revisão das anotações do pesquisador, foi possível a divisão dos dados coletados em quatro temas, sendo elas:

*Tema 1: Gasto social ou política de investimento: a interrogação se movimenta;*

*Tema 2: A dívida pública e os investimentos em saúde;*

*Tema 3: As dificuldades do financiamento nos três níveis de governo;*

*Tema 4: A gestão e o financiamento público da saúde.*

A seguir são apresentados os dados obtidos.

### 5.1 Gasto social ou política de investimento: a interrogação se movimenta

A Lei Complementar nº 141, que regulamentou a Emenda Constitucional nº 29/2002, determina o percentual de cada município, estado e o Distrito Federal para repasse à saúde. Somente a união seguirá repassando recursos pela EC nº 86/2016. No entanto, esse repasse não consegue suprir as necessidades em funcionários e materiais que são necessários para o atendimento adequado da população. Além de serem insuficientes os repasses, criam-se emendas constitucionais para trocar a porcentagem do repasse ou do valor a ser entregue, como a Emenda Constitucional nº 86, e a política que deveria ser de investimento torna-se gasto, porque o governo federal acaba cortando verba para reduzir as despesas (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2015).

Pela vivência do autor, todos os gestores da saúde quando assumem o cargo falam da importância de garantir o investimento necessário para a saúde e da falta que faz o financiamento adequado. Porém, em seus mandatos não realizam o desejo inicial. Acontece que os parlamentares criam emendas parlamentares que conseguem desviar para outros objetivos o financiamento adequado do sistema público de saúde.

O ex-ministro da saúde Alexandre Padilha (2011) em seu discurso de posse relatou sua opinião em relação ao financiamento da saúde. Ele reclamou que o financiamento é considerado como um gasto social e que para torná-lo um investimento tem-se que aumentar o repasse da união; neste aspecto, a sociedade enxergará que a gestão está aprimorada para ter

confiança e ajudar no financiamento. Assim, aumentará a arrecadação do Governo Federal, porque a população perceberá o investimento sendo realizado para a melhoria da saúde brasileira, conforme afirmou o então ministro:

Agora a conquista de um financiamento sustentável só virá se nós fizermos a lição de casa e mostrarmos para a população, para a sociedade, que nós aprimoramos a gestão, para que a população tenha a tranquilidade que este recurso que virá ao longo do crescimento da economia, ao longo de outros mecanismos que possam existir, ao longo da própria aprovação do marco regulatório do pré-sal, que eu participei pessoalmente, no esforço de inclusão do tema da Saúde, além daquele fundo do marco regulatório do pré-sal, a sociedade só nos dará dinheiro a mais para a Saúde quando perceber que nós vamos investir de forma transparente clara, com esforço de construção e metas claras, e que o esforço de novos recursos sirva para a melhoria da população brasileira. (PADILHA, 2011, p.1)

Em notícia veiculada no Portal da Saúde no dia 17/05/2016, Ricardo Barros, Ministro da Saúde, declara que “O SUS é uma cláusula da constituição, um direito garantido, que prevê saúde universal, para toda a população” (PORTAL DA SAÚDE, 2016). Afirma que a prioridade da sua gestão é buscar, junto à equipe econômica do governo federal, o que foi previsto no orçamento de 2016 para garantir o financiamento das ações de saúde. Entretanto, o ministro admite, também, que o SUS enfrenta dificuldades de financiamento, tentando atender ao máximo de pessoas com os recursos disponíveis e nas melhores condições possíveis. Na conclusão da sua nota à imprensa, ele relatou “não espero ter ampliação de recursos, mas vamos buscar o que já está autorizado” (PORTAL DA SAÚDE, 2016).

O valor que o ministro refere-se é o de R\$ 5,5 bilhões de reais, que foram contingenciados pelo governo anterior, sendo que o congresso aprovou um investimento de R\$ 118 bilhões. Esse valor deverá ser aumentado, pois, segundo o pesquisador da FGV e professor do Instituto Brasileiro de Direito Público, José Roberto Afonso e Kleber Pacheco de Castro, respectivamente, declararam em artigo publicado no blog da Associação Brasileira de Planos de Saúde (ABRAMGE), do dia 1º/06/2016, o desemprego crescente e queda acabam por tirar grande contingente de pessoas do plano de saúde privado, exercendo uma pressão maior no sistema público. Sendo assim, mais recursos deverão ser demandados para a saúde (AFONSO; CASTRO, 2016).

Em evento registrado pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) vários estudiosos do tema abordaram esse conjunto de preocupações. Ana Maria Costa, a presidente da instituição, denuncia que os sucessivos governos têm levado o financiamento público da saúde à precariedade e que o SUS hoje atende apenas a população mais pobre. A esperança na Emenda 29 não solucionou o problema. São necessários, portanto, que se amplie a consciência popular sobre o direito universal à saúde (CEBES, 2012). Ideias salientadas

também por Maria do Socorro Souza, a presidente do Conselho Nacional de Saúde, em evento realizado na Câmara dos Deputados no dia 1º/12/2015 (BRASIL, 2015a).

Alcides Miranda, vice-presidente do CEBES, reforçou a notícia de que o financiamento é insuficiente e inconstante em termos de investimento, custeio e gasto. Mantido o financiamento desse jeito, é indispensável pela sua ideia uma mobilização social para apresentar uma emenda com exigência de porcentagem maior do que é realizado atualmente (CEBES, 2012).

A presidente do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde dos Estados-CONASS, Beatriz Dobashi, destaca que essa demanda está aumentando. Defende a universalidade e a integralidade do SUS e valoriza como importante o financiamento baseado nas redes e linhas de cuidado. Mas, com certeza, relata que a saúde precisa de mais recursos e devem ser repassados com mais responsabilidade e compromisso (CEBES, 2012).

O ex-ministro da saúde e atual senador Humberto Costa menciona a escassez de recursos para o financiamento do sistema público e, comodamente, pede que não se trabalhe apenas querendo mostrar um resultado bonito para quem olha de fora. Para ele, o financiamento tem que estar associado ao processo de gestão e ao processo de avaliação, ou seja, tem-se que avaliar a estrutura e processo (CEBES, 2012).

O deputado federal Darcísio Perondi reclama dos cortes que o governo vem fazendo nos valores do orçamento brasileiro. Ressalta a luta por um melhor financiamento e que todos os grupos convergem para a mesma ideia, a fim de obrigar o governo federal aplicar no mínimo, 10% da arrecadação total na área de saúde pública (CEBES, 2012). Para o ex-deputado Rogério Carvalho os 10% não será suficiente para garantir o acesso universal, pois a arrecadação da união é instável (BRASIL, 2015b).

A busca de novas formas de recursos para acrescentar ao financiamento da saúde, também é incentivada pelo deputado federal Florisvaldo Fier. Ele exemplifica citando a possibilidade de cobrar dividendos de empresas de propriedade anônima, de instituir o imposto sobre grandes fortunas e de taxar as heranças milionárias. E repete o discurso de que é preciso uma mobilização social em defesa do SUS. São adeptos a essa ideia colegas seus como a deputada federal Jandira Feghali, o ex-deputado Rogério Carvalho, o deputado federal Jorge Solla (CEBES, 2012; BRASIL, 2015b).

Em matéria redigida por Maria Barbant da cidade de Cuiabá do dia 03/06/2016, ela descreve o relatório que a secretária de Saúde, em exercício, Iracema Maria Cardoso Queiroz divulgou para a imprensa. Informando que há mais de 30 anos não tinha investimento significativo para a saúde, no momento entregaram obras importantes para o crescimento da

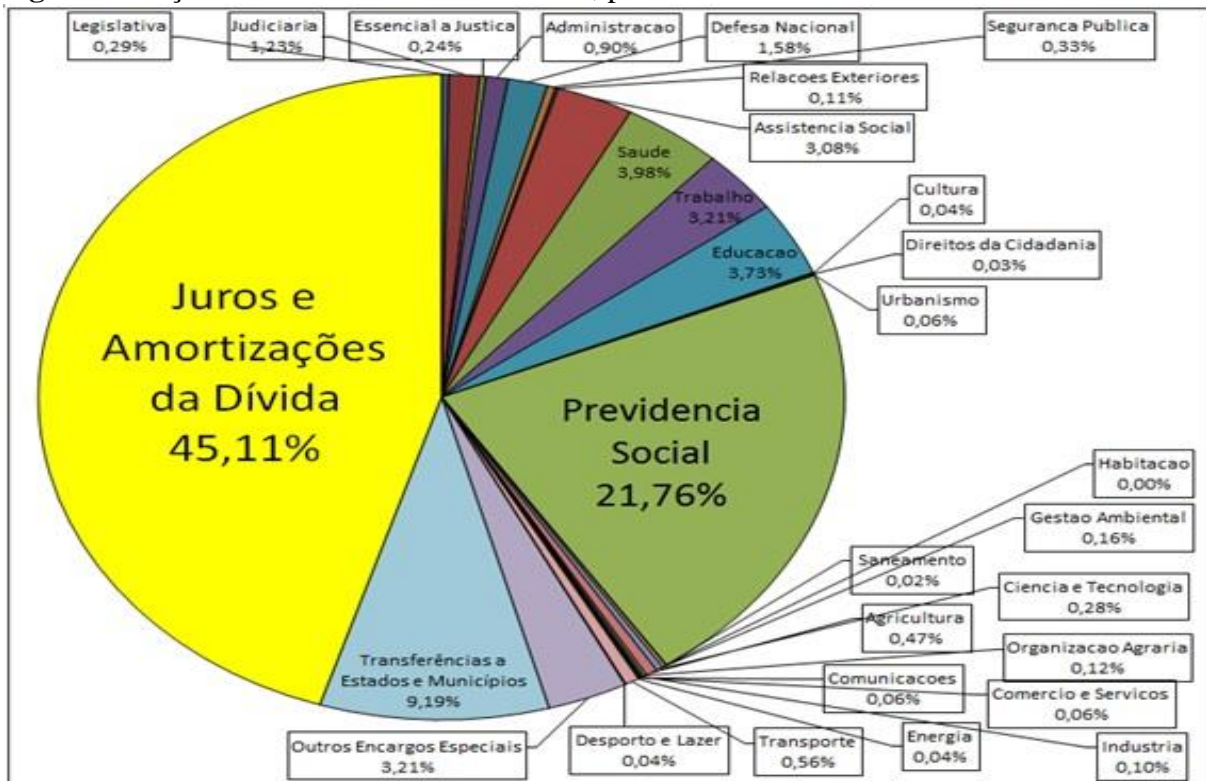
rede pública de saúde, nova ala na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) no Hospital e Pronto Socorro Municipal de Cuiabá e a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Sul; declara, também, as construções das UPA's Oeste e Leste, e novo Pronto Socorro de Cuiabá. Ao final do relatório declarou o grande percentual (31%) que o município investe na saúde (na Constituição é previsto um orçamento de 15%), mostrando mais uma vez que os municípios são os que mais investem (CUIABÁ, 2016).

## **5.2 A dívida pública e os investimentos em saúde**

Em reportagem veiculada pelo G1(o portal de notícias da Rede Globo), no dia 27/08/2015, o ex-ministro da Saúde Arthur Chioro estava com uma proposta do governo de um novo imposto para uma maior arrecadação e, assim, conseguir financiar a saúde, pois teria dificuldades para cobrir as despesas correntes no ano de 2016. O nome do novo tributo seria Contribuição Interfederativa da Saúde (CIS), com uma alíquota de 0,38%, arrecadando um valor de aproximadamente R\$ 85 bilhões por ano somente para a saúde. Seria uma ajuda para a divisão dos recursos entre os municípios, os estados e o governo federal; e foi requerida pelos prefeitos no XXXII Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Ocorreram muitos discursos negativos à proposta, e ela nem foi encaminhada para votação na Câmara dos Deputados e no Senado. (MINISTRO..., 2015)

Com o atual Governo Federal foram feitas escolhas referentes ao orçamento que prejudicam programas sociais e a população, cobrando mais impostos (CUNHA, 2013). Ele tem utilizado a maior parte de seu orçamento para o pagamento de juros e amortizações da dívida, sacrificando, em contrapartida, os investimentos sociais em educação, saúde, cultura, habitação, saneamento. Como demonstra o gráfico da figura 1 elaborado pela Auditoria Cidadã da Dívida sobre o Orçamento Geral da União (OGU) de 2014 que foi de R\$ 2,168 trilhão (CUNHA, 2013).

**Figura 1:** Orçamento Geral da União de 2014, por setor.



Fonte: Auditoria Cidadã da Dívida. Disponível em <http://www.auditoriacidada.org.br/> Acesso em 10 de junho de 2016.

O financiamento dos serviços sociais, principalmente da saúde, não é satisfatório como visto no gráfico. Isto mostra que a instabilidade e ausência de segurança jurídico-econômica evidencia a fragilidade político-institucional para resolver esta questão. E o não cumprimento tem uma razão, a Desvinculação das Receitas da União (DRU) que atualmente querem passar para 30% (anteriormente era 20%), mostrando a injusta tributação brasileira (ENTRE ..., 2016).

Quem acaba pagando por isso são as classes menos favorecida – os mais pobres e a classe média –, as que sofrem mais, porque são as que mais financiam o SUS através das relações de consumo (MAZIERO, 2015). O problema de taxar mais o consumo, em equivalência também a produção, é que mostra a elevada carga tributária que há no Brasil. Segundo Cunha (2013), a taxação maior deve ser cobrada na renda e no patrimônio.

O que muitos autores estão propondo para a melhora e aumento do financiamento da saúde é a ocorrência de uma auditoria constitucional da dívida como alternativa (CUNHA, 2013). A principal defensora desta ideia é a Maria Lúcia Fatorelli – Coordenadora da Auditoria Cidadã da Dívida, ela relata que o serviço da auditoria trará documentos e provas

para corroborar com a verdade, e que a investigação mais uma vez mostrará que o “Sistema da Dívida” beneficia somente os grandes bancos internacionais (FATORELLI, 2011).

### **5.3 As dificuldades do financiamento nos três níveis de governo**

O ex-ministro Arthur Chioro (2014) em seu discurso de posse deixa claro que é insustentável manter uma saúde com um sistema universal e com um bom atendimento sem aumentar o financiamento na saúde. Necessita de uma gerencia eficiente dos recursos públicos, principalmente com a parcela dos royalties do Pré-sal à saúde:

A União, os Estados e os municípios vêm alocando cada vez mais recursos no financiamento da saúde, mas não posso deixar de apontar a insuficiência do gasto público diante do desafio de construir um sistema universal de saúde que atenda aos anseios da população por mais e melhor atendimento. Por um lado, estamos construindo respostas concretas a esta necessidade como o programa Mais Médicos; por outro, precisamos, além de gerir com cada vez mais eficiência os recursos públicos, avançar no caminho de boas propostas como a destinação de parcela dos royalties do Pré-sal à saúde. Esta é uma tarefa que deve envolver a sociedade brasileira, os governos, o Conselho Nacional de Saúde e o Congresso, como legítima caixa de ressonância dos interesses nacionais (CHIORO, 2014, p.1).

No nível dos governos subnacionais, entendidos os escalões dos estados e municípios brasileiros, o cenário é ainda mais desolador. A principal receita estadual, o Imposto sobre Comércio de Mercadorias e Serviços (ICMS), se tornou um imposto obsoleto: alcança basicamente bens numa economia cada vez mais baseada nos serviços (AFONSO; CASTRO, 2016). Peca por uma guerra fiscal desenfreada; e concentra a incidência em bases com crise estrutural, como combustíveis, telecomunicações e energia. Já as prefeituras resistem a explorar o potencial do Imposto sobre a Propriedade Territorial e Urbana (IPTU), a sua maior receita. E pior, ambos os governos sofrem com o esvaziamento das bases de cálculo dos fundos de participação (AFONSO; CASTRO, 2016).

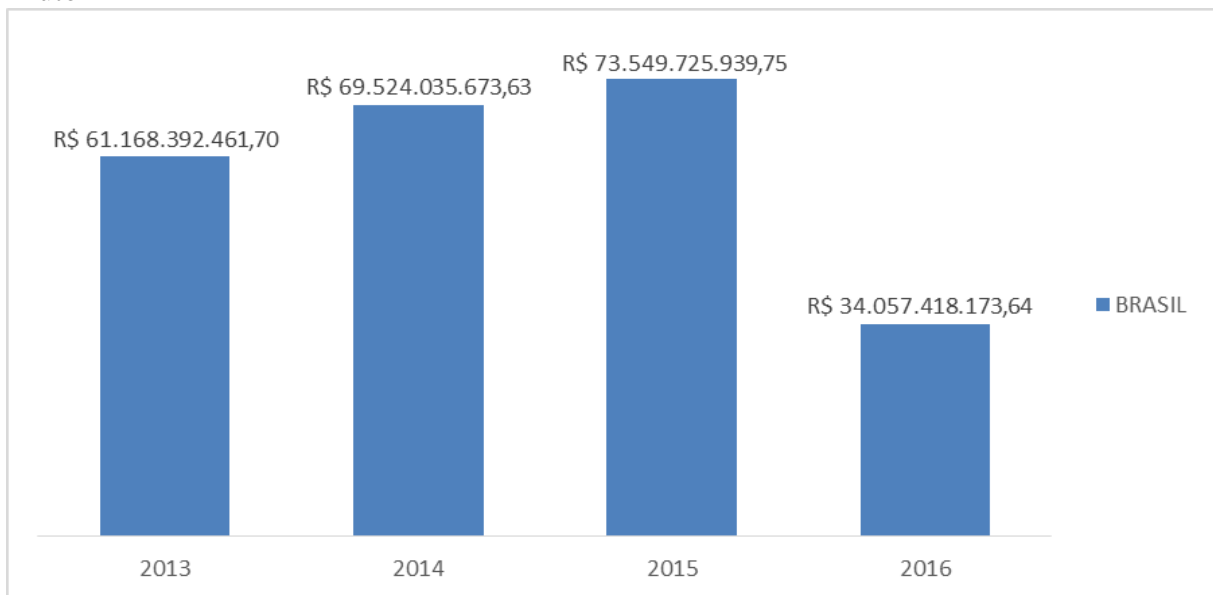
Uma alternativa seria exigir de cada governo a aplicação de um valor mínimo por habitante, o qual poderia ser alterado entre governos e ao longo do tempo (o plano plurianual poderia servir de referência para tal fixação). Não adianta apostar em mais do mesmo e investir na ilusão da porcentagem porque, no fundo, isso não equacionará o terrível desafio que enfrenta o financiamento e a organização da saúde pública no Brasil (AFONSO; CASTRO, 2016).

Em notícia veiculada pelo Fundo Nacional dos Prefeitos (FNP), o presidente do Conasems, Mauro Junqueira afirma que um dos grandes desafios que envolvem a gestão da saúde nos municípios é a escassez de recursos, acentuado no atual momento de crise. “Precisamos de novas fontes de financiamento, de um pacto federativo na saúde, para que os

municípios tenham mais autonomia. O SUS precisa ser financiado adequadamente”, registrou Junqueira (LIMA, 2016).

Como mostra a figura 2 (valores repassados para os estados, municípios e prestadores de serviço), o valor repassado pela união tem aumentado conforme os anos passam. Mas ainda não supri as necessidades dos estados e municípios.

**Figura 2:** Comparativo de Recursos Repassados da União por Ano (2013 a 2016) – Valor Bruto



Fonte: Fundo Nacional de Saúde. Disponível em: <http://www.fns.saude.gov.br/>. Acesso em: 19 de jun. de 2016.

No portal revide foi noticiado pelo Bruno Silva no dia 04/06/2016 que para manterem os subsídios à saúde pública, sem onerar os municípios que, de acordo com o anuário Multi Cidades 2016 do FNP, as cidades vem investindo 30% a mais com saúde do que o exigido pela Constituição Federal. Os prefeitos defendem a criação de novas fontes exclusivas para o financiamento da saúde. “A recriação da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) pode ser uma dessas fontes, se destinada exclusivamente para a saúde e, pelo menos, 25% dos recursos compartilhados com os municípios” destacou o documento elaborado pela entidade (SILVA, 2016).

### 5.3.1 Gestão federal

Os representantes de cada esfera do governo das gestões do SUS são o Ministro da Saúde, na esfera nacional; o Secretário de Estado da Saúde, na esfera estadual; e o Secretário Municipal de Saúde, na esfera municipal. Para a implementação de políticas na área de saúde,

os gestores têm suas funções definidas como um conjunto articulado de saberes e práticas para o SUS (CONASS, 2003).

Em relação à competência; à direção nacional do Sistema Único de Saúde se torna responsável, essencialmente (CONASS, 2003):

- Na formulação e avaliação na implementação das políticas de controle das agressões ao meio ambiente e de saneamento básico com repercussão na saúde humana, apoio às políticas de alimentação e nutrição, na execução da política nacional e produção de insumos e equipamento para a saúde;
- Pela definição e coordenação dos sistemas de redes integradas de assistência de alta complexidade, de rede de laboratórios de saúde pública, de Vigilância Epidemiológica e Vigilância Sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, podendo a execução ser complementada pelos Estados, Distrito Federal e Municípios, de critérios, parâmetros e métodos para o controle da qualidade sanitária de produtos, substâncias e serviços de consumo e uso humano;;
- Na participação do controle das condições dos ambientes de trabalho, da política de saúde do trabalhador, e execução das ações de Vigilância Epidemiológica;
- A promoção de articulação com os órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional, bem como com entidades representativas de formação de recursos humanos na área de saúde da descentralização para as Unidades federadas e para os Municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente de abrangência estadual e municipal;
- A identificação dos serviços estaduais e municipais de referência nacional para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à saúde;
- Pela coordenação nacional do Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados, da avaliação técnica e financeira do SUS em todo o Território Nacional, em cooperação técnica com os estados, Municípios e Distrito Federal.
- O controle e fiscalização dos procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde;
- A prestação de cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional;
- O acompanhamento, controle e avaliação das ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais;



- A elaboração do Planejamento Estratégico Nacional no âmbito do SUS, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal;

As funções do gestor federal são possíveis de realização conforme a aplicação do orçamento que existe para o setor. Seguindo o que determina o artigo 198 da Constituição Federal de 1988, a união fica responsável, seguindo a Emenda Constitucional nº 86 em seu artigo 2º (BRASIL, 2016):

I – no caso da União, a receita corrente líquida do respectivo exercício financeiro, não podendo ser inferior a 15% (quinze por cento); (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 86, de 2015).

Mas para que a União forneça os 15% para a saúde, primeiramente irá passar por um período de aumentos graduais (BRASIL, 2016):

Art. 2º O disposto no inciso I do § 2º do art. 198 da Constituição Federal será cumprido progressivamente, garantidos, no mínimo:”

I - 13,2% (treze inteiros e dois décimos por cento) da receita corrente líquida no primeiro exercício financeiro subsequente ao da promulgação desta Emenda Constitucional;

II - 13,7% (treze inteiros e sete décimos por cento) da receita corrente líquida no segundo exercício financeiro subsequente ao da promulgação desta Emenda Constitucional;

III - 14,1% (quatorze inteiros e um décimo por cento) da receita corrente líquida no terceiro exercício financeiro subsequente ao da promulgação desta Emenda Constitucional;

IV - 14,5% (quatorze inteiros e cinco décimos por cento) da receita corrente líquida no quarto exercício financeiro subsequente ao da promulgação desta Emenda Constitucional;

V - 15% (quinze por cento) da receita corrente líquida no quinto exercício financeiro subsequente ao da promulgação desta Emenda Constitucional.

### 5.3.2 Gestão estadual

Para a aplicação mínima de recurso dos estados e o Distrito Federal (DF) em saúde, continua em vigor a Lei Complementar nº 141, artigo 6º (BRASIL, 2016), o qual define:

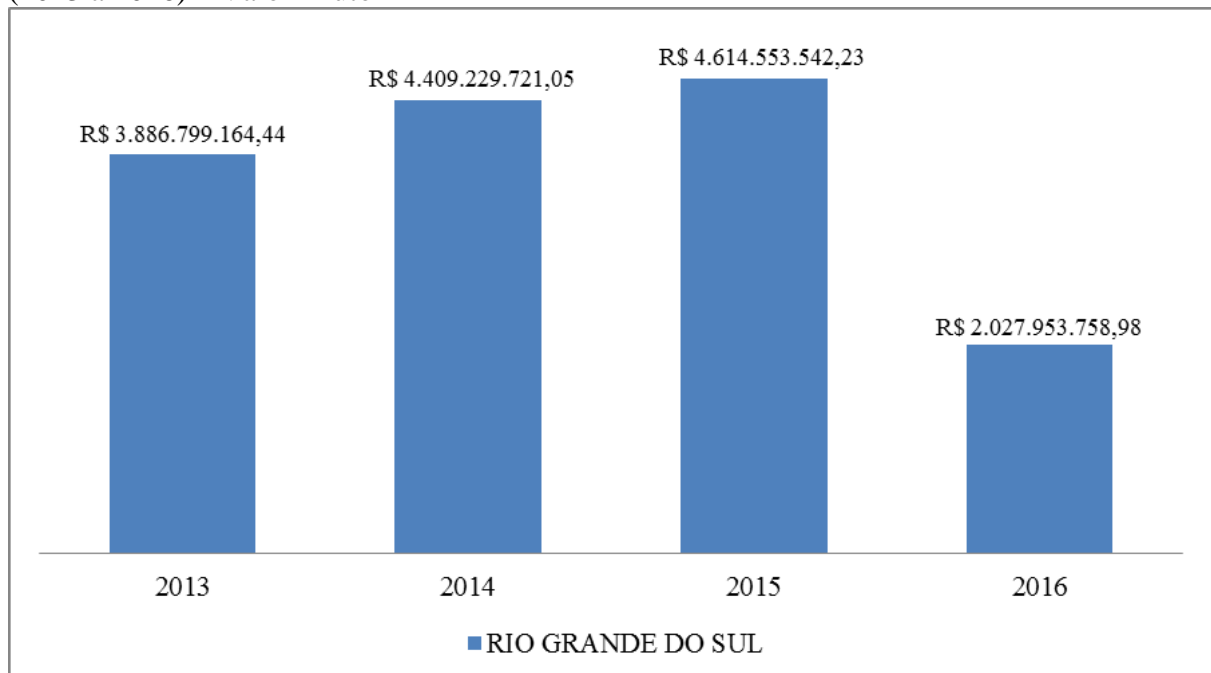
Art.6º - Os Estados e o Distrito Federal aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% (doze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam o art. 157, a alínea “a” do inciso I e o inciso II do caput do art. 159, todos da Constituição Federal, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios.

A figura 3 mostra os recursos repassados do estado do Rio Grande do Sul (RS) para a saúde durante os anos de 2013 a 2016. Os valores representam os serviços do estado, o valor para os municípios e o pagamento aos prestadores de serviços. Como mostrado o da União, o repasse do RS tem aumentado durante os anos.

Os serviços incumbidos aos estados com o financiamento de no mínimo 12% exigidos são: a promoção da descentralização para os municípios dos serviços e das ações de saúde; o

acompanhamento, controle e avaliação das redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde; a prestação de apoio técnico e financeiro aos municípios e execução supletivamente das ações e serviços de saúde; a coordenação e, em caráter complementar, execução de ações e serviços: de Vigilância Epidemiológica, de Vigilância Sanitária, de alimentação e nutrição e de saúde do trabalhador; a participação, junto com os órgãos afins, do controle dos agravos do meio ambiente que tenham repercussão na saúde humana; a participação da formulação da política e da execução de ações de saneamento básico, das ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho; em caráter suplementar, formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde; a identificação dos estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional; a coordenação da rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros e gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa; o estabelecimento de normas, em caráter suplementar para o controle e avaliação das ações e serviços de saúde; a formulação de normas e estabelecimento de padrões, em caráter suplementar, de procedimentos de controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano; a colaboração com a União na execução da Vigilância Sanitária de portos, aeroportos e fronteiras; o acompanhamento, a avaliação e divulgação dos indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da Unidade Federativa (CONASS, 2003).

**Figura 3:** Comparativo de Recursos Repassados do Estado do Rio Grande do Sul por Ano (2013 a 2016) – Valor Bruto



Fonte: Fundo Nacional de Saúde. Disponível em: <http://www.fns.saude.gov.br/>. Acesso em: 19 de jun. de 2016.

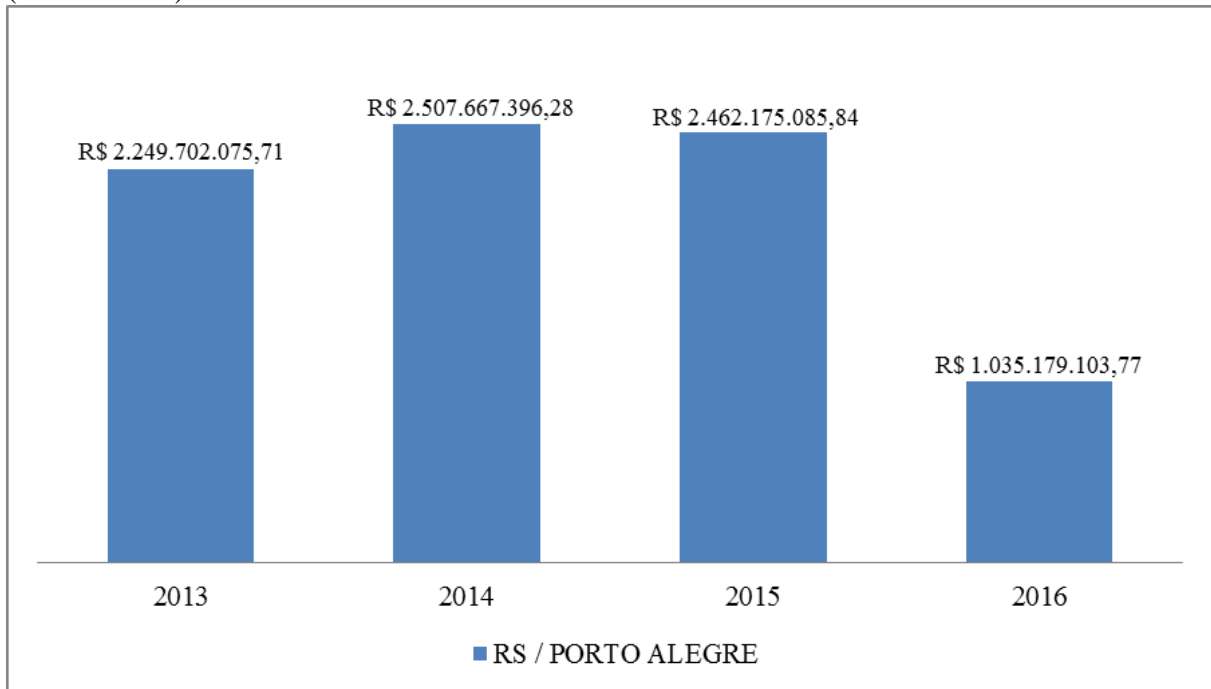
### 5.3.3 Gestão municipal

Assim como o recurso dos estados, o dos municípios é orientado pela Lei Complementar (LC) nº 141. E a base de cálculo de aplicação mínima de recursos dos municípios e DF para a saúde, conforme a LC nº 141, artigo 7º (BRASIL, 2016), estabelece:

Art.7º - Os Municípios e o Distrito Federal aplicarão anualmente em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 15% (quinze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam o art. 158 e a alínea “b” do inciso I do caput e o § 3º do art. 159, todos da Constituição Federal.

Os municípios, em sua maioria, é a esfera governamental que mais se aplica na saúde. Sua porcentagem em média chega a ser o dobro do mínimo exigido. Essa prática levou ao esgotamento, a ponto dos próprios municípios se esvaírem de seus recursos tendo como resultado a diminuição dos repasses no ano de 2015, como pode ser visto na figura 4 que mostra os recursos do município de Porto Alegre repassados para a saúde a nível municipal e para os prestadores de serviço. A diminuição dos recursos para a saúde no município causou, em 2015, a falta de 30% dos medicamentos em farmácias municipais (FERRAZ, 2015).

**Figura 4:** Comparativo de Recursos Repassados do Município de Porto Alegre - RS por Ano (2013 a 2016) – Valor Bruto



Fonte: Fundo Nacional de Saúde. Disponível em: <http://www.fns.saude.gov.br/>. Acesso em: 19 de jun. de 2016.

À direção municipal do Sistema Único de Saúde compete: o planejamento, a organização, o controle e avaliação das ações e dos serviços de saúde, a condução e

execução dos serviços públicos de saúde; a participação do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde, em articulação com sua direção estadual; a participação na execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho; a execução dos serviços de Vigilância Epidemiológica, de Vigilância Sanitária, de alimentação e nutrição, de saneamento básico e de saúde do trabalhador; dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde; colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente que tenham repercussão sobre a saúde humana e atuar junto aos órgãos municipais, estaduais e federais competentes para controlá-las; a formação de consórcios administrativos intermunicipais; a administração de laboratórios públicos de saúde e hemocentros; a colaboração com a União e os Estados na execução da Vigilância Sanitária de portos, aeroportos e fronteiras; a celebração de contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como o controle e avaliação de sua execução; o controle e fiscalização de procedimentos dos serviços privados de saúde; a normatização complementarmente das ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação (CONASS, 2003).

#### **5.4 A gestão e o financiamento público da saúde**

No Brasil, conforme Mendes (2013b), o gasto público como percentual do gasto total em saúde é de, apenas, 47%, inferior aos 53% que constituem o percentual de gastos privados em saúde. Em geral, a segmentação dos sistemas de saúde se dá quando os gastos públicos são inferiores a 50% dos gastos totais em saúde. Nos Estados Unidos esse valor é de 48,2%, bem próximo ao gasto público brasileiro. Com a estrutura vigente de gastos públicos em saúde não se pode pretender consolidar o SUS como direito de todos e dever do Estado. Essa é a razão fundante da segmentação do sistema de saúde brasileiro que poderá fazer de nosso sistema público de saúde, no longo prazo, um sistema de assistência à saúde para as classes mais baixas e um resseguro para procedimentos de alto custo para as classes médias e para os ricos (MENDES, 2013b).

Os gastos públicos em saúde em nosso país são muito baixos quando comparados com outros países em dólares americanos com paridade de poder de compra. O gasto total em saúde é de US\$ 1.009,00, mas o gasto público per capita em saúde é de apenas US\$ 474,00. Esse valor é muito inferior aos valores praticados em países desenvolvidos, mas é inferior a países da América Latina como Argentina, US\$ 851,00; Chile, US\$ 562,00; Costa Rica, US\$

825,00; Panamá, US\$ 853,00; e Uruguai, US\$ 740,00. A razão para esse baixo gasto público em saúde no Brasil está no fato de que os gastos em saúde correspondem a 10,7% do gasto do orçamento total dos governos, um valor muito abaixo do praticado em âmbito internacional, em países desenvolvidos e em desenvolvimento. Estima-se que o faturamento per capita do sistema de saúde suplementar brasileiro é três vezes superior aos gastos per capita do SUS (MENDES, 2013b).

Para uma melhora nos gastos têm-se que ter uma melhor capacitação dos gestores. E na linha de capacitação para a gerência, está em andamento o Programa Nacional de Capacitação de Gestores Municipais, resultado de parceria entre o Ministério da Saúde, o CONASEMS, o CONASS, a OPAS e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO). Realiza-se um Curso de Atualização em Gestão Municipal na área de Saúde, tem como meta atingir 80% dos municípios do País. Atualmente já foram capacitados 3.500 gestores municipais (CONASS, 2003).

Outra vertente importante é aquela trabalhada pelas Escolas Técnicas de Saúde do SUS (ETSUS). As ETSUS são entidades governamentais que atuam no âmbito do setor Saúde e que têm como principal missão, promover a profissionalização dos trabalhadores de nível médio sem qualificação específica para o desenvolvimento das ações de saúde. Criadas, em sua grande maioria, na década de 80, num contexto de redemocratização da sociedade, as escolas surgiram como estratégia de enfrentamento do crônico problema de recursos humanos que era a baixa qualificação dos trabalhadores que constituíam o maior contingente numérico da força de trabalho em saúde – cerca de 300 mil trabalhadores à época. Nascia o Projeto de Formação em Larga Escala de Pessoal de Nível Médio e Elementar para os Serviços de Saúde, mais conhecido como Projeto Larga Escala (CONASS, 2003).

O eixo orientador da produção das ETSUS tem sido a formação de pessoal empregado no setor, tomando as práticas em saúde como referência. A estratégia de formação permite a incorporação dos conhecimentos e técnicas de forma gradual, encadeada e sucessiva. A profissionalização em serviço articula e é fundada na compreensão do processo educativo em sua dimensão e abrangência política. Entendem desta forma recursos humanos como sujeitos do processo produtivo e potenciais agentes de mudanças (CONASS, 2003).

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa teve o intuito de abordar, qualitativamente, a opinião dos gestores públicos acerca do financiamento da saúde, e se eles consideram o valor do orçamento aplicado em saúde como um gasto social ou uma política de investimento nas pessoas. Para tanto, a pesquisa foi estruturada examinando o tema da opinião dos gestores sobre o financiamento da saúde pública através de quatro fatores: gasto social ou política de investimento, a dívida pública e os investimentos em saúde, as dificuldades do financiamento nos três níveis de governo e a gestão e o financiamento público da saúde.

As opiniões analisadas permitiram constatar que os gestores consideram o financiamento da saúde como um gasto social, no qual o governo federal tem que gastar mais do orçamento arrecadado para que o repasse se torne um investimento público nas pessoas, e que este investimento público seja maior do que o privado.

Os parlamentares do Congresso Nacional – deputados federais e senadores – que fazem a votação para as leis serem colocadas em prática, através de emendas parlamentares, acabam barrando maiores investimentos em serviços essenciais para a população, como a saúde. As votações que se têm contra o investimento, não leva em consideração a importância de um instrumento para garantir uma aplicação mínima de recursos para a saúde, e que sejam vinculados aos orçamentos dos entes federados, o que contribuiria para o atendimento às necessidades da população de maneira territorial e regionalizada, e que esse mínimo não se tornasse o teto para o investimento na saúde pública.

O SUS definido como um sistema de saúde público e universal decide as opções valorativas e realiza um movimento deliberativo e proativo de mobilização social em sua defesa. As classes menos favorecidas não devem pagar por aquilo que não é por eles utilizado, e a ideia de se unirem – classe média e os mais pobres – é fundamental para combaterem as pesadas e desvirtuadas cargas tributárias, pois são os que mais financiam o SUS com suas relações de consumo.

Seria de grande utilidade para o Brasil, no momento, uma auditoria da dívida pública. Exemplificando esse fato, tem-se o Equador que fez a auditoria, teve as provas jurídicas fundamentadas; acataram aproximadamente 30% do valor dos títulos e foi aceito por 95% dos credores. Uma prova de que um dos caminhos que se deve seguir é a realização de uma auditoria e só então diminuiríamos a porcentagem de juros e amortizações, e serviços sociais teriam aumento de repasse.

Enquanto o financiamento da saúde for tratado como um gasto social pelos parlamentares e setores federais do governo, os estados, juntamente com os municípios, não conseguirão arcar com suas despesas. A esperança estará sempre em recorrer a medidas como o ICMS, o IPTU e outros aumentos de impostos.

O encantamento dos gestores e da população pelo SUS é essencial para a sua subsistência. Essa parceria é fundamental para garantir a alocação adequada de recursos com vistas a atender às necessidades dos cidadãos brasileiros e à existência de modelos de gestão eficazes. Os eleitores que votam, têm que tomarem consciência política e pressionar seus representantes para que sejam votadas emendas a favor do bem viver social. A promoção de cidadania de parcela significativa da população depende da eficiência do setor público na realização adequada de ações e serviços de saúde.

O que fica de interrogação é: até quando, os políticos brasileiros irão considerar o financiamento da saúde pública como um gasto social? Aumentando o financiamento têm-se melhorias para o bem social, ou seja, melhora para as pessoas de renda baixa até as de renda alta. E o tema permanece em aberto a novos estudos e, quanto mais debates acontecerem, tanto mais melhorias poderão ser acrescentadas ao financiamento do sistema público da saúde brasileira.

## REFERÊNCIAS

AFONSO, J. R.; CASTRO, K. P. **A crise (do financiamento) da Saúde**. Belo Horizonte : ABRAMGE, 2016. Disponível em <http://abramge.com.br/blog/mundo-corporativo/economia-mercado/a-crise-do-financiamento-da-saude/>. Acesso em: 08 jun 2016.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Conselho de saúde defende aprovação de PEC que garante mais recursos para o setor**. 2015a. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/camaranoticias/noticias/SAUDE/500960-CONSELHO-DE-SAUDE-DEFENDE-APROVACAO-DE-PEC-QUE-GARANTE-MAIS-RECURSOS-PARA-O-SETOR.html>. Acesso em: 03 jun 2016.

\_\_\_\_\_. **Debatedores defendem taxaço de grandes fortunas para financiar saúde**. 2015b. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/camaranoticias/noticias/SAUDE/500966-DEBATEDORES-DEFENDEM-TAXACAO-DE-GRANDES-FORTUNAS-PARA-FINANCIAR-SAUDE.html>. Acesso em: 08 jun 2016

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988. **Diário Oficial da União**, [Brasília], 5 out. 1988.

BRASIL. Constituição (1988). Emenda constitucional n.º 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. **Diário Oficial da União**, [Brasília], 14 set. 2000. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm). Acesso em: 29 set 2015

BRASIL. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, estados, Distrito Federal e municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, [Brasília], 16 jan. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série I. História da Saúde no Brasil).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Base de cálculo e aplicação mínima pelos entes federados em ações e serviços públicos de saúde**. Brasília : Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. SIOPS, 2016. Disponível em: <http://u.saude.gov.br/images/pdf/2016/abril/01/NT-Base-C--lculo-Aplica---o.pdf>. Acesso em: 14 jun 2016.

BRASIL. Secretaria do Tesouro Nacional. **Receitas**. 2014. Disponível em: [http://www3.tesouro.fazenda.gov.br/series\\_temporais/Visualizacao.aspx?mudarperiodicidade=N&variacaoabsoluta=N&nabsoluta=&variacaopercentual=N&npercentual=&mediamovel=N&nmedia=&metodomedia=Selecione%20o%20M%C3%A9todo&periodicidade=Selecione](http://www3.tesouro.fazenda.gov.br/series_temporais/Visualizacao.aspx?mudarperiodicidade=N&variacaoabsoluta=N&nabsoluta=&variacaopercentual=N&npercentual=&mediamovel=N&nmedia=&metodomedia=Selecione%20o%20M%C3%A9todo&periodicidade=Selecione)



%20a%20Mudan%C3%A7a&metodo=Selecione%20o%20Crit%C3%A9rio&novabase=&indice=N&deflacionar=N&strdeflator=Selecione%20o%20Deflator&deflator=&basedeflator=&inicio=&fim=>. Acesso em 07 out 2015

CEBES. **Cebes analisa consenso sobre o financiamento do SUS**. 2012. Disponível em: <http://cebes.org.br/2012/04/cebes-analisa-consenso-sobre-o-financiamento-do-sus/>. Acesso em: 03 jun 2016.

CHIORO, A. A. dos R. **Discurso de posse do ministro da Saúde na íntegra**. 03 de fev. de 2014. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/galeria\\_ministros/pdf/DISCURSO-DE-POSSE-CHIORO.pdf?pg=dspDetalheNoticia&id\\_area=1450&CO\\_NOTICIA=12054](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/galeria_ministros/pdf/DISCURSO-DE-POSSE-CHIORO.pdf?pg=dspDetalheNoticia&id_area=1450&CO_NOTICIA=12054). Acesso em: 1º jun 2016.

CONASS. **O Financiamento da Saúde**. Brasília: 2015. Coleção para entender a gestão do SUS , vol 2.

\_\_\_\_\_. **Para entender a gestão do SUS** . Brasília: CONASS, 2003.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE (15. : Brasília : 2015). **Documento orientador**. Disponível em [http://conselho.saude.gov.br/web\\_15cns/docs/05mai15\\_Documento\\_Orientador\\_15CNS.pdf](http://conselho.saude.gov.br/web_15cns/docs/05mai15_Documento_Orientador_15CNS.pdf). Acesso em: 23 set 2015.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE (8. : Brasília : 1986). **Relatório**. Disponível em [http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio\\_8.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_8.pdf). Acesso em: 07 out. de 2015.

CUIABÁ. Secretaria da Saúde. **Saúde apresenta na Câmara Municipal relatório de produção**. 2016 Disponível em: <http://www.cuiaba.mt.gov.br/saude/saude-apresenta-na-camara-municipal-relatorio-de-producao/13188>. Acesso em: 06 jun 2016.

CUNHA, J. R. A. A Auditoria Constitucional da Dívida e o Financiamento do Direito à Saúde no Brasil nos 25 anos da Constituição Brasileira. **Revista Crítica do Direito**, v.42, n.2, 2013. Disponível em: <http://www.auditoriacidada.org.br/wp-content/uploads/2013/04/Artigo-Auditoria-Sa%C3%BAde.pdf>. Acesso em: 15 jun 2016.

ENTRE o engessamento das contas públicas e o investimento obrigatório. **JC online**, 5 jun. 2016. Disponível em: <http://jconline.ne10.uol.com.br/canal/politica/nacional/noticia/2016/06/05/entre-o-engessamento-das-contas-publicas-e-o-investimento-obrigatorio-238753.php>. Acesso em: 08 jun 2016.

FATORELLI, M. L. **O “Sistema da Dívida” e a Crise da Grécia. Auditoria Cidadã da Dívida**. 2011. Disponível em: <http://www.auditoriacidada.org.br/wp-content/uploads/2012/08/Sistemadadivida-crisedagrecia-1.pdf>. Acesso em: 09 jun 2016.

FERRAZ, M. **Escassez de recursos deixa pacientes sem medicamentos em Porto Alegre**. 2015. Disponível em: <http://gaucha.clicrbs.com.br/rs/noticia-aberta/escassez-de-recursos-deixa-pacientes-sem-medicamentos-em-porto-alegre-146425.html>. Acesso em: 14 jun 2016.

GODOY, A. S. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. **Rev. adm. empres.** São Paulo, v.35, n.3, mai./jun. 1995. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rae/v35n3/a04v35n3.pdf>. Acesso em: 28 out 2015.

GOMES, F. B. C. Impasses no financiamento da saúde no Brasil: da constituinte à regulamentação da emenda 29/00. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 100, p. 6-17, jan./mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n100/0103-1104-sdeb-38-100-0006.pdf>. Acesso em: 5 nov 2015.

LIMA, B. **Financiamento da saúde é o grande desafio debatido em Congresso do Conasems.** 2016. Disponível em: <http://www.fnp.org.br/noticias/item/1037-financiamento-da-saude-e-o-grande-desafio-debatido-em-congresso-do-conasems>. Acesso em: 06 jun 2016.

MARTELLI, C. **Curso de graduação em administração e ciências contábeis.** Faculdade de Agronegócio de Paraíso do Norte – FAPAN. Paraíso do Norte, 2010.

MAZIERO, W. **A auditoria da dívida pública como ferramenta eficaz para a prestação dos serviços de saúde.** Brasília, 2015. Disponível em: <http://www.auditoriacidada.org.br/wp-content/uploads/2016/01/MAZIERO-Wilson.-A-auditoria-da-d%C3%ADvida-p%C3%BAblica-como-ferramenta-eficaz-para-a-presta%C3%A7%C3%A3o-dos-servi%C3%A7os-de-sa%C3%BAde.-Bras%C3%ADlia-20151.pdf>. Acesso em: 02 jun. 2016.

MENDES, Á. A longa batalha pelo financiamento do SUS. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.22, n.4, p.987-993, 2013a

MENDES, Á.; MARQUES, R. M. O financiamento da atenção básica e da estratégia saúde da família no Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 900-916, out./dez. 2014.

MENDES, E. V. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. **Estudos avançados**, 27, n. 78, 2013b.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 33. ed. Petrópolis, RJ : Vozes, 2013.

MINISTRO confirma proposta de novo imposto para financiamento da saúde. **G1**, 2015. Disponível em: <http://g1.globo.com/economia/noticia/2015/08/ministro-confirma-proposta-de-novo-imposto-para-financiamento-da-saude.html>. Acesso em: 03 jun 2016.

MOREIRA, M. A. Impactos da crise financeira do Rio Grande do Sul sobre o investimento em saúde pública nos anos 2000. **Textos para Discussão FEE**, Porto Alegre, n. 121, 2014. Disponível em: <<http://www.fee.rs.gov.br/wp-content/uploads/2014/07/20140730impactos-da-crise-financeira-do-rio-grande-do-sul-sobre-o-investimento-em-saude-publica-nos-anos-2000.pdf>>. Acesso em: 01 nov 2015.

PADILHA, A. R.S. **Discurso de posse do ministro da Saúde na íntegra.** 1º de jan. de 2011. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/galeria\\_ministros/pdf/Discurso\\_Ministro\\_Padilha.pdf?pg=dspDetalheNoticia&id\\_area=1450&CO\\_NOTICIA=12054](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/galeria_ministros/pdf/Discurso_Ministro_Padilha.pdf?pg=dspDetalheNoticia&id_area=1450&CO_NOTICIA=12054). Acesso em: 1 jun 2016.

PAIXÃO, D.X.; COLLE, M.B.; ANTONIOLLI, S.A. A responsabilidade ao tornar-se profissional. In: SALDANHA, B. , org. **Vozes do Partenon Literário VII**. Porto Alegre : Partenon Literário, 2015. p. 50- 57.

PORTAL DA SAÚDE. **O SUS é uma cláusula da constituição, um direito garantido**. Nota à imprensa de 17/05/2016. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/23694-o-sus-e-uma-clausula-da-constituicao-um-direito-garantido-diz-ministro>. Acesso em: 02 jun 2016.

RIBEIRO, J. D. T.; BEZERRA, A. F. B. O protagonismo dos gestores locais de saúde diante da Emenda Constitucional nº 29: algumas reflexões. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.22, n.4, p.1014-1023, 2013.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Fazenda. **Manual do gestor público: um guia de orientação ao gestor público**. 2.ed. Porto Alegre : Companhia Rio-grandense de Artes Gráficas (CORAG), 2011.

SILVA, B. **Prefeitos sugerem criação de CPMF para financiar a Saúde**. Disponível em: <http://www.revide.com.br/noticias/prefeitos-sugerem-criacao-de-cpmf-para-financiar-saude/>. Acesso em: 06 de jun. de 2016.

SOARES, A.; SANTOS, N. R. **Financiamento do Sistema Único de Saúde nos governos FHC, Lula e Dilma**. Rio de Janeiro, v. 38, n. 100, p. 18-25, jan./mar 2014.