

## O sistema de saúde brasileiro: seu impacto na pobreza e na desigualdade

**CARMELO MESA-LAGO**

O Brasil é a maior economia latino-americana, mas em 2005 tinha a sétima incidência de pobreza mais elevada: 36% da população, inferior à média regional de 40%. Essa incidência ainda era muito superior às da Argentina, Costa Rica, Chile e Uruguai e um pouco maior que as do México e Panamá. Mesmo assim, ela se reduziu bastante em relação aos 48% de 1990, doze pontos menos em 15 anos, e provavelmente o sistema de saúde tenha contribuído para isso. Este artigo analisa o sistema de saúde brasileiro, sua reforma e seu impacto na pobreza e na desigualdade, sugerindo políticas para diminuir estes problemas.

### ■ Introdução

O sistema de saúde brasileiro<sup>1</sup> possui características opostas que diminuem ou mantêm a pobreza e a desigualdade. As positivas são:

- cobertura universal gratuita, pelo menos legalmente, mas ignorando se todos os pobres têm um acesso real;
- programas públicos com financiamento fiscal que oferecem prestações básicas, preventivas e curativas, assim como nutricionais (várias delas focalizadas), protegendo os pobres de maneira uniforme;

---

**Carmelo Mesa-Lago:** catedrático distinguido como emérito de economia e assuntos latino-americanos pela Universidade de Pittsburgh e Prêmio Internacional de Investigação da Organização Internacional do Trabalho (OIT) sobre Trabalho Decente em 2007 por sua trajetória de 50 anos na proteção social na América Latina. Autor de 73 livros e folhetos e 240 artigos e capítulos de livros, a maioria sobre seguridade social e saúde, publicados em oito idiomas em 33 países. O último livro: *As Reformas de Previdência na América Latina e seus Impactos nos Princípios de Seguridade Social* (Ministério da Previdência Social, Brasília, 2007).

**Palavras-chave:** pobreza, desigualdade, saúde, Sistema Único de Saúde (SUS), Brasil.

1. Para um estudo comparativo regional sobre como estender o atendimento da saúde aos pobres, consultar Mesa-Lago (1992).

---

- fundos de compensação que garantem prestações mínimas e diminuem as diferenças regionais em ações de alta complexidade;
- alta descentralização com poder local para adaptar o atendimento às necessidades;
- regulamentação e supervisão federal do setor privado;
- financiamento por impostos, em sua maioria de impacto progressivo.

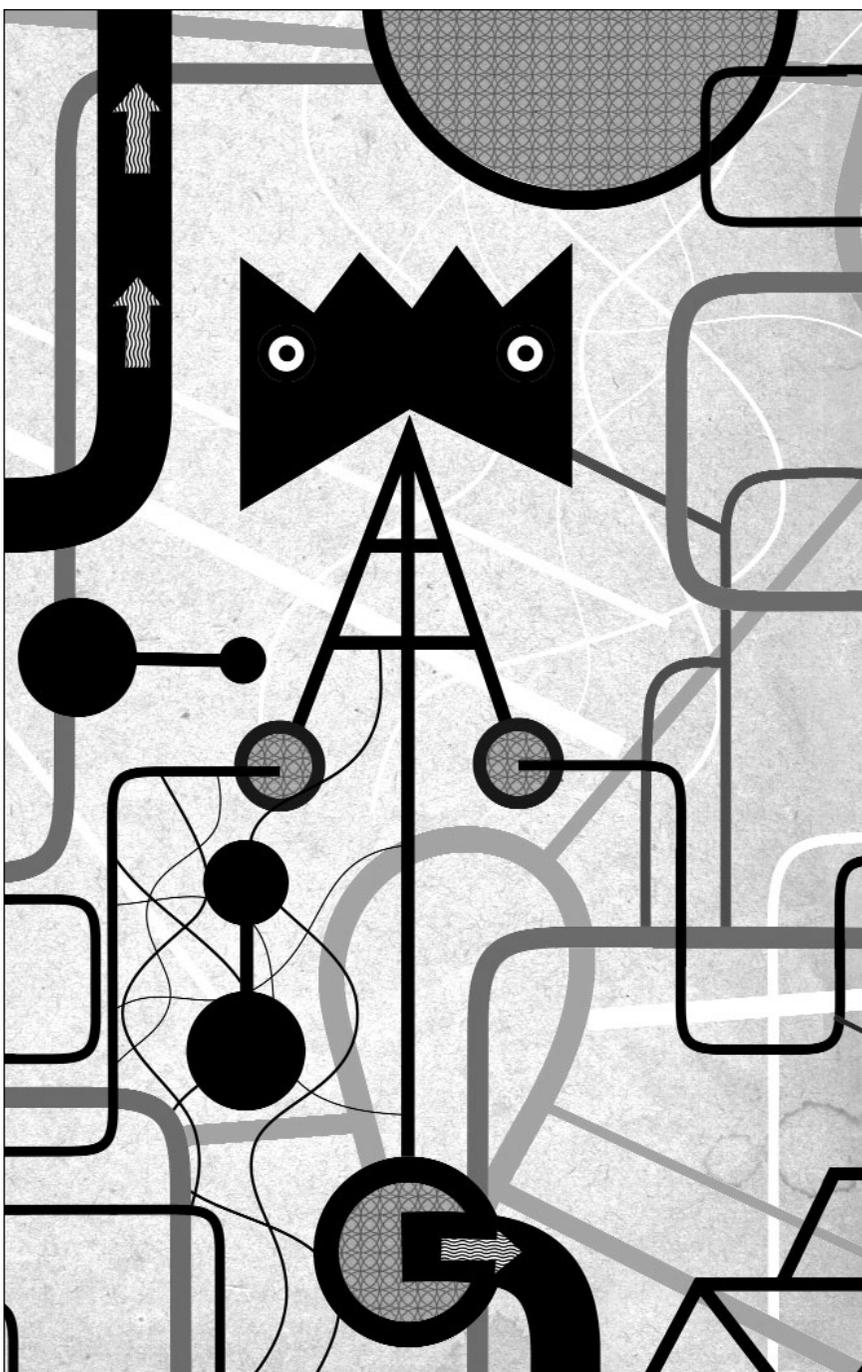
As características negativas são:

- sistema segmentado, com um setor privado importante e independente que oferece benefícios superiores e absorve a maioria dos gastos da saúde, e cujos associados podem ter acesso grátis às prestações públicas de alto custo;
- divisão em três níveis geográficos, com bastante autonomia, resultando em diferenças de cobertura, recursos, prestações e níveis de saúde, precisando de uma maior integração;
- um gasto com saúde que parece ser majoritariamente regressivo. Inclui um alto grau de gasto direto de famílias ou de bolso e uma carga pesada para aqueles carecem de acesso ao sistema público, embora exiba uma tendência declinante.

### ■ Organização do sistema de saúde

O sistema brasileiro atual está composto por dois setores. O primeiro é o Sistema Único de Saúde (SUS), público e gratuito, que oferece um piso básico para toda a população mediante o abastecimento e o financiamento, dividindo-se em três níveis: federal, estatal e municipal. Este setor é principalmente utilizado pelos estratos pobres e de baixa renda, assim como médio-inferior. O segundo é o setor privado. Ele é de caráter voluntário e complementar, regulamentado e controlado pelo governo federal. Subcontrata serviços com unidades do SUS, sendo utilizado pelos estratos médio-superiores e de alta renda que possuem seguros adicionais. Parte dos clientes privados utiliza serviços de graça e custosos do SUS (OPS; Medici; Biasoto 2004a y 2004b; IBGE; Piola; Mesa-Lago 2006). O quadro 1 resume os indicadores de saúde mais importantes, ordenando-os dentro do contexto latino-americano.

Antes da reforma iniciada em 1990, o sistema de saúde estava segmentado em seis setores com recursos, instalações e clientela próprias: o seguro social, o Ministério da Saúde, os funcionários públicos, os militares, os estados e os municípios. A Constituição de 1988 estipulou a transformação do direito dos trabalhadores ao seguro social em um direito à saúde para toda a população.



Quadro

**Indicadores do sistema de saúde no Brasil e seu ordenamento na América Latina,  
circa 2000-2005**

Indicadores	Pontuação	Ordenamento*
	Brasil	
Cobertura da população total pelo sistema	100%**	1-7
Razão cobertura entre quintis mais ricos e mais pobres	1,7	13****
Pacote básico universal	Sim	1-7
Grau de segmentação sem coordenação do sistema	Alto	8-15
Afiliados no setor privado/total	24,5%	1-2
Liberdade de escolha (entre público e privado)	Sim	1-7
Camas de hospitais privadas/camas totais	70%	1
Gastos com saúde em seguros privados/gastos com saúde total	19,6%	3
Eqüidade no financiamento através da OMS	O pior ***	20 ***
Desempenho geral do sistema pela OMS	Baixo	16
Ordenamento por oito indicadores de saúde	10,5	10
Mortalidade infantil (x 1.000 nascidos vivos)	27,4	9
Mortalidade de crianças menores de cinco anos (x 1.000 nascidos vivos)	44,5	8
Mortalidade materna (x 100.000 crianças nascidas vivas)	45,8	16
Esperança de vida (anos ao nascer)	68,7	15
Gastos com saúde/PIB	7,8%	4
Gastos com saúde por habitante em dólares internacionais	\$597	5
Gastos com saúde do setor público/gastos com saúde total	45,3%	5
Gastos diretos de famílias ou de bolso/gastos com saúde total	35,1%	12

Fonte: elaboração baseada em Mesa-Lago 2008.

\* 1=mais alto; 20=mais baixo. Quando existe um empate entre países, dá-se o parâmetro.

\*\* Estimado grosso, uma parte pode não ter acesso real.

\*\*\* Veja o critério deste ordenamento no texto.

\*\*\*\* Entre 13 países.

Como parte da reforma, em 1993 o seguro social de saúde foi fechado e todo seu pessoal, instalações, recursos e usuários foram transferidos e unificados com os do Ministério, além de coordenados no SUS com os dos estados e municípios (só um de cada três sistemas unificados na região).

Apesar do notável progresso obtido, ainda é importante o grau de segmentação do sistema (sua integração é baixa) porque subsiste uma heterogeneidade de três tipos:

- por fornecedor (público e privado) de crescente importância;
- por três níveis geográficos (federal, estatal e municipal) cada um com funções próprias de direção-regulação, financiamento e fornecimento;

- pela exclusão das Forças Armadas e da polícia, que mantêm seus próprios programas, assim como os funcionários públicos federais, estatais e de grandes municípios cobertos por planos privados.

O Ministério da Saúde é o coordenador nacional do SUS. Em negociações com os estados e municípios através de um Conselho Nacional com representantes dos três níveis, desenha políticas e programas, aporta a maioria do financiamento público, e detecta insuficiências e emergências locais ou regionais, promovendo ações focalizadas e regulando, supervisionando e avaliando o sistema. A regulação federal inclui o setor privado: controle de qualidade e preços dos planos e seguros de saúde, e mecanismos para recuperar custos de serviços utilizados no SUS.

Contudo, existem problemas de informação e seguimento das seguradoras privadas e, conseqüentemente, o controle de custos não tem sido efetivo. Várias unidades federais dividem as funções de supervisão do SUS, enquanto o Conselho Nacional de Saúde Suplementar dita normas ao setor privado e a Agência Nacional de Saúde Suplementar o supervisiona. O Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação (FAEC) procura diminuir as diferenças regionais no financiamento de ações de alta complexidade, baseado em prioridades federais. As secretarias de saúde dos estados também têm funções reguladoras dentro de suas próprias jurisdições, de financiamento (parte por transferências federais e parte por suas próprias) e de fornecimento, além de coordenar as ações de maior complexidade. As secretarias de saúde dos municípios recebem recursos federais e estatais de acordo com as responsabilidades que assumem em âmbito local, especialmente o pacote básico e o Programa de Saúde da Família. O setor privado é aquele que gera a maioria do gasto de saúde. Funcionando independentemente do SUS, sem vínculos organizativos, institucionais e financeiros, salvo a regulação-supervisão federal, ele está composto por «empresas de medicina de grupo» (principalmente pré-pagas), cooperativas médicas que restringem o uso a uma lista de fornecedores, grandes empresas com planos para seus funcionários (diretos ou subcontratados com empresas privadas), seguros médicos de reembolso, entidades filantrópicas e gastos de bolso.

O Brasil é um dos dois países com maior grau de descentralização na região. Isto é positivo se for realizado de forma adequada, porque responsabiliza as unidades locais pela atenção. Os municípios possuem autonomia para solicitar seus serviços (90% forneciam o atendimento primário em 2000) e avançam em direção a módulos assistenciais ou de municípios «pólo». Eles atendem à própria população e à de municípios vizinhos, estendendo-se assim o acesso.

Porém, as regulamentações federais estritas limitam a criatividade dos municípios para se adaptar às necessidades de saúde locais. A constituição estabelece a participação social no SUS (um instrumento importante para garantir a execução de direitos e o controle de qualidade dos serviços) e uma lei de 1990 ordenou o estabelecimento, em cada um dos três níveis, de Conselhos

**O Brasil é um dos dois países com maior grau de descentralização na região.**

**Isto é positivo se for realizado de forma adequada, porque responsabiliza as unidades locais pela atenção ■**

de Saúde permanentes e Conferências de Saúde periódicas, a metade em ambos, integrada por representantes dos usuários.

O Brasil tem a maior porcentagem de sua população assegurada no setor privado (24,5%) dentro da região<sup>2</sup>, mas essa cifra não inclui aqueles cobertos pelo SUS que recebem atendimento de fornecedores privados. Em 1999, 43% das instalações e 70% das camas eram privadas (a proporção mais alta na região), sendo que 58% dessas camas eram contratadas pelo SUS, além de que a imensa maioria do equipamento de alta tecnologia era privada. Em 2003, o Brasil tinha o oitavo gasto privado com saúde mais alto da região (55%), do qual 35% era gasto de bolso (12º maior) e 20% gasto em planos de seguros (3º). A população tem a liberdade de utilizar tanto os serviços do SUS quanto a compra de seguros privados, podendo também escolher o tipo de seguro/fornecedor privado que prefira. Entretanto, devido ao custo do seguro privado, esta liberdade está limitada à renda. Aqueles que são transferidos não podem levar consigo o financiamento do SUS, um mecanismo solidário, embora não seja um incentivo que mantenha a qualidade do SUS.

**■ Cobertura e acesso da população**

Existe certo consenso de que a cobertura de saúde é universal, colocando o Brasil entre os sete países da região com maior extensão, mas as estatísticas não são precisas. Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2003, 24,5% da população estava dentro dos planos de saúde privados, deixando um remanescente de 75,5% aparentemente protegida pelo SUS (IBGE).

Porém, «não há uma medição exata do acesso real da população ao sistema de saúde, tornando impossível determinar a necessidade de extensão

---

2. A segunda maior considerando os seguros privados mas sem fins de lucro no Uruguai.

de recursos» (Biasoto 2004a, p. 35). Conforme a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 1998, 15% da população não tinha acesso real devido à falta de serviços em sua vizinhança, de recursos para pagar transporte, pelas longas filas de espera para o atendimento ou a falta de médicos. Essa porcentagem «fica sem cobertura real ou tenta de ter acesso (...) através do pagamento direto de seu bolso [e], pelo menos, 7% dos pobres não são usuários do SUS».

Os que carecem de seguro privado enfrentam a escassez de serviços disponíveis para diversas doenças, hospitais públicos com recursos insuficientes e dificuldades de acesso aos serviços básicos em algumas áreas (Medici, pp. 2-3, 30-31)<sup>3</sup>. A pesquisa de 2003 mostrou que, das pessoas que sofreram alguma doença ou acidente e foram atendidas, 57% tinham realizado o atendimento no SUS, 26% através de planos ou seguros privados, 15% pagando de seu próprio bolso pelos serviços, e 2% não sabia ou não quis responder. Um terço da população não tinha acesso aos medicamentos, e a introdução dos genéricos não resolveu o problema dos pobres, pois eles carecem de recursos para comprá-los apesar de seus preços mais baixos (OPS; Biasoto 2004b; Coelho/Moreno). Esta informação sugere que a cobertura do SUS é menor que os 75,5% reportados, enquanto a cobertura privada é maior que 24,5%. Porém, são requeridas estatísticas confiáveis para determinar o acesso real dos pobres.

Há também escassa informação sobre as desigualdades no acesso. A autonomia dos estados, e em parte dos municípios, gera diferenças na cobertura mesmo que amortecidas pelo pacote básico e o FAEC. O SUS não abrange as Forças Armadas e a polícia, pois elas têm serviços próprios. Também não estão compreendidos os funcionários públicos federais e estaduais e aqueles de grandes municípios que recebem designações fiscais para comprar planos privados (21% dos planos de saúde totais) tendo, geralmente, um melhor acesso e qualidade de serviços, sem perder o direito de atendimento no SUS. A cobertura oferecida pelo SUS no pacote básico e no programa de família dá prioridade às regiões menos desenvolvidas. Embora exista um avanço, no fim dos anos 90 estes programas cobriam 99% da população em regiões mais desenvolvidas do Sul, porém só 73% no Nordeste. Ainda assim, esta diferença é pequena no contexto latino-americano. A cobertura privada mostra ainda mais disparidades: 75% daqueles que a possuem recebem uma renda cinco vezes maior que o salário mínimo. Os das áreas de maior renda têm 80% de cobertura privada e só 2% no decil mais rico utilizam os serviços do SUS

---

3. Segundo Ugalde, Homedes e Zwi (2002), 22% da população urbana e daqueles que moram nas áreas rurais mais pobres não têm acesso a médicos.

(OPS). Entre os que possuem educação primária incompleta (os mais pobres), 54% usam de maneira exclusiva o SUS, 34% o utilizam combinado com modalidades privadas e 12% não são usuários, em sua maioria por falta de acesso. Pelo contrário, só 5% da população com estudos superiores utiliza exclusivamente o SUS: 47% o utiliza combinado com fornecimento privado, e 48% não o faz (Medici).

## ■ Prestações

Vários programas de saúde fizeram sua contribuição para reduzir a pobreza. Apenas sete países da região possuem um pacote básico universal em pleno funcionamento. O Piso da Atenção Básica (PAB) brasileiro, introduzido em 1998,

**O Piso da Atenção introduzido em 1998 estendeu, de forma gradual, a cobertura para toda a população com ações que resolvem a maioria dos problemas de saúde dos pobres ■**

constitui a parte fixa do pacote e estendeu, de forma gradual, a cobertura para toda a população com ações que resolvem a maioria dos problemas de saúde dos pobres: promoção, prevenção de doenças contagiosas e crônicas, atendimento pré-natal, parto, puerpério e problemas comuns infantis, transtornos

agudos de maior incidência, pequenas emergências ambulatoriais, atendimento oral e farmácias básicas. O PAB também possui uma parte variável que abrange outros programas (saúde familiar, farmácia básica, agentes comunitários, alimentação). Em 2001 foi estendido (Piso de Atenção Básica Ampliado, PABA) para incluir ações de média e alta complexidades.

Em 1994 foi iniciado o Programa Saúde da Família (PSF), focalizado no atendimento primário, especialmente na prevenção, difusão e recuperação da saúde. Na primeira fase, priorizou sua extensão a pequenos municípios (com baixa cobertura) e áreas de risco, concentrando-se em mulheres, crianças, idosos e certas doenças. Na segunda fase, está se estendendo a municípios com mais de 100.000 habitantes. Em 2002, cerca de 75% de todos os municípios (uma média de 68% da cobertura) em todos os estados contavam com uma equipe PSF. Ela funciona como uma porta de entrada ao sistema, encaminhando os pacientes a unidades especializadas e de atendimento de complexidade média-alta. Por isto, está substituindo o modelo tradicional hospitalario-curativo e descongestionando os hospitais, particularmente os de emergências, que antes atendiam o primeiro nível com alto custo e baixa eficiência.

Os problemas que o PSF enfrenta são: escassez de profissionais médicos gerais, deficiência do ensino superior para treinar profissionais capacitados, baixa capacidade de muitos estados e municípios para implantar o programa, rigidez excessiva nas normas trabalhistas para a contratação dos agentes comunitários e a falta de uma avaliação rigorosa de seus custos, eficiência e impacto nas populações por ele cobertas. O Programa Bolsa de Alimentação (PBA) fornece uma quantia mensal a mães gestantes e seus filhos de até 6 anos, naquelas famílias com renda inferior a meio salário mínimo. Possuía 1,7 milhões de beneficiários em 2004, que recebiam um cartão magnético e assinavam compromissos para consultas pré-natais, planejamento familiar, educação sanitária, controle de peso e vacinação infantil.

O Programa de Agentes Comunitários da Saúde (PACS) oferece treinamento aos agentes sem educação para poder atuar de forma eficiente em suas comunidades. Eles devem realizar relevamentos das famílias, diagnósticos de suas características sociais, demográficas e epidemiológicas, identificar os riscos a que está exposto o grupo e elaborar um plano local para enfrentar os problemas. Seus resultados serão avaliados periodicamente. O Programa de Assistência Farmacêutica (PAF) dos municípios recebe transferências anuais *per capita* para a compra de medicamentos básicos (Ministerio da Saúde; Medici; Biasoto 2004b; Coelho/Moreno; Maluccio; Piola).

A partir de 1996, as pesquisas entre os usuários do SUS indicam uma crescente satisfação com os serviços: em 1996, 51% dos entrevistados estavam satisfeitos com os serviços gerais (maior grau de satisfação com os serviços públicos). No ano 2000, três pesquisas registraram índices de satisfação de 64%, 80% e 88% (OPS). Porém, uma avaliação dos serviços hospitalares em 2003, verificou que não tinham melhorado e podiam ainda ser piores do que antes da reforma (Ugalde/Homedes).

### ■ Igualdade de gênero

Em 2001, a OPS realizou um estudo sobre gênero, equidade e acesso a serviços de saúde em cinco países, incluindo o Brasil, com o objetivo de identificar desigualdades de gênero no ingresso aos serviços de saúde e seu financiamento (Gómez Gómez). Em comparação com os homens, as mulheres sofrem com as seguintes desigualdades:

- 50% ou mais não participam na força assalariada de trabalho;
- têm uma taxa de desemprego mais elevada;
- concentram-se em ocupações de baixa remuneração ou recebem salários inferiores pelo mesmo trabalho (a renda média regional feminina é de 70% da

masculina), tendo então menor capacidade para fazer frente a bônus de seguros privados ou pagamentos de bolso, além de acesso a planos de qualidade inferior aos dos homens;

- há mais pobreza entre as que estão encarregadas da manutenção do lar;
- as complicações durante a gravidez, o parto e o puerpério são ainda mais freqüentes entre as pobres.

Este último fator é enfrentado no Brasil com as ações do PAB e sua focalização nas mulheres do PSF. Outras três discriminações detectadas no estudo tampouco existem porque elas já não possuem o seguro social de saúde, e sim o

**As reformas de saúde que privatizaram serviços ou introduziram sistemas de financiamento não solidários agravaram as inequidades de gênero pré-existentes: as mulheres precisam de mais serviços, mas estão obrigadas a pagar mais do que os homens devido a seus maiores riscos ■**

SUS. O estudo revelou que as reformas de saúde que privatizaram serviços ou introduziram sistemas de financiamento não solidários agravaram as inequidades de gênero pré-existentes: as mulheres precisam de mais serviços, mas estão obrigadas a pagar mais do que os homens devido a seus maiores riscos. Este problema é agravado graças à capacidade econômica inferior da mulher, à prática da seleção por riscos dos seguros privados (exclusão da mulher fértil), e

porque a carga da responsabilidade pela criação dos filhos fica com a mulher que, de forma cada vez mais crescente, carece de companheiros para compartilhá-la. Embora o Brasil tenha a filiação e o gasto privado entre os dois ou três mais altos da região, os problemas mencionados acima são amortecidos pela aplicação universal do PAB e a considerável extensão do PSF, dando prioridade às mulheres, à prevenção e aos pobres. Os bolsos da população sem acesso real ao SUS carecem de recursos para comprar planos privados, embora procurem médicos e hospitais privados.

#### ■ A equidade no financiamento e no gasto da saúde

A Organização Mundial da Saúde (2000) ordenou todos os sistemas de saúde do mundo (com base em cifras de 1997-1999) no que se refere ao «financiamento justo» (um sistema de financiamento proporcional ao ingresso dos indivíduos) e o desempenho geral na saúde, colocando o Brasil no último lugar da América Latina em equidade financeira e no 16º lugar no desempenho do sistema.

É pouco provável que Bolívia, Equador, El Salvador, Guatemala, Haiti, Honduras, Nicarágua e Paraguai tenham uma melhor equidade financeira que o Brasil, e cinco deles também sejam melhores em saúde (veja a crítica geral de Mesa-Lago 2008). Mas isto não quer dizer que o Brasil não sofra desses problemas. Assim, o gasto com a saúde/PIB teve uma média de 7,8% entre 1997-2003, o quarto mais alto da região<sup>4</sup>. Ao mesmo tempo, o gasto por habitante anual em dólares internacionais (US\$ 597) foi o quinto maior em 2003. Porém, os indicadores sanitários brasileiros estavam sob a média da região e alguns entre os mais baixos. Um ordenamento dos 20 países, realizado pelo autor e com um índice composto de oito indicadores de saúde em 1990 e 2002<sup>5</sup>, deixou o Brasil no décimo lugar em ambos os anos, ainda sofrendo uma melhoria em todos os indicadores nacionais no período<sup>6</sup> (com exceção da água potável e dos serviços de saneamento), aumentando seu ordenamento regional em cinco deles (ver quadro).

Na avaliação do ordenamento do Brasil realizado pela OMS devem ser contrastados os mecanismos pro e contra a solidariedade. Entre os primeiros:

- o SUS atende à população pobre e de baixa renda, financiado por contribuições das empresas, impostos e transferências do governo federal;
- os programas PAB, PSF e pba contribuem à redução da pobreza, melhorando sua saúde e nutrição;
- os dois fundos de compensação diminuem as desigualdades regionais;
- o financiamento do SUS não é transferível àqueles que passam ao setor privado.

Os mecanismos contrários à solidariedade são:

- subsídios fiscais aos clientes em planos ou seguros privados, pois eles podem deduzir os bônus e outros gastos do imposto de renda;
- pagamento de seguro privado pelo governo aos funcionários públicos, e que também podem utilizar os serviços do SUS;
- subsídios cruzados do SUS aos seguros privados, devido a que seus clientes utilizam serviços de alto custo e complexidade do SUS, diminuindo o

---

4. O gasto com a saúde pública/PIB aumentou ligeiramente, de 3,2% para 3,5%, entre 1990 e 2002, mas o gasto privado aumentou de 4,7% para 5,3% (OMS 2000 y 2006).

5. Os oito indicadores são: mortalidade infantil, mortalidade de crianças menores de cinco anos, menores de cinco anos com desnutrição, mortalidade materna, partos assistidos por pessoal profissional, população com acesso à água potável e acesso a serviços de saneamento, e esperança de vida ao nascer.

6. Embora a mortalidade infantil tenha diminuído consideravelmente em todas as regiões entre 1990-2001, a razão extrema entre a taxa do Nordeste e a do Sudeste só se reduz de 2,4 a 2,2 vezes (Biasoto 2004b).

preço médio dos bônus de seguro que pagam os grupos de média e alta renda, incrementando assim o custo do SUS e diminuindo os recursos públicos para atender os pobres;

- a maioria dos médicos que trabalham no SUS também tem consultórios privados e constitui uma porta privilegiada de entrada para referir seus pacientes aos serviços de alta complexidade do SUS;

- o governo federal introduziu em 2000 uma tarifa de preços para recobrar de clientes privados os custos na utilização do SUS. Porém, muitos procedimentos são pagos de acordo com outra tarifa de preços inferiores e utilizada pelo SUS quando compra serviços de fornecedores privados (Medici; Mesa-Lago 2006).

**As inequidades no financiamento da saúde podem ser estudadas pela renda e o gasto. No Brasil, a primeira é majoritariamente progressiva, mas o segundo parece ser regressivo, não existindo um estudo rigoroso sobre o efeito líquido de ambos ■**

As inequidades no financiamento da saúde podem ser estudadas pela renda e o gasto. No Brasil, a primeira é majoritariamente progressiva<sup>7</sup>, mas o segundo parece ser regressivo, não existindo um estudo rigoroso sobre o efeito líquido de ambos. Para a renda, as fontes federais principais em 2003 foram: o aporte sobre o faturamento bruto das empresas

(Cofins: 21% do total de ingressos), a contribuição social sobre o lucro líquido de empresas comerciais, industriais e bancárias (CSLL: 27,5%), o imposto sobre as transações financeiras (CPMF: 32,5%), os recursos ordinários dos orçamentos (13%) e outros (6%)<sup>8</sup>. As três primeiras fontes representavam 81% dos ingressos totais e tinham um forte impacto progressivo. Os recursos orçamentários eram uma minoria que, por um lado, se originavam de impostos progressivos sobre o lucro e, por outro, de impostos regressivos ao consumo.

A pequena proporção de «outros» não alteraria o impacto final que deve ser progressivo. Isto é um grande avanço em relação à situação anterior a 1993, quando o ingresso principal provinha de cotações de salários regressivas para o seguro social (que dispunha do dobro de recursos do Ministério), já que

7. Em 2001, o financiamento era progressivo nos primeiros três decís (os mais pobres), neutro nos decís 4 a 9, e regressivo no décimo (Domínguez Uga/Soares).

8. O Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza teve sua importância entre 2001-2002, mas logo se dedicou completamente ao Bolsa-Alimentação (Piola).

tinham um valor máximo e a cotação do empregador era transferida ao trabalhador ou ao consumidor, através dos preços.

Outros mecanismos progressivos são:

- o Fundo Nacional de Saúde (FNS), que financia o PAB em todo o país aos municípios que cumprem com os requisitos exigidos, mediante um *per capita* mínimo mensal uniforme. Assim, elimina as desigualdades prévias na atenção básica entre as regiões de diverso desenvolvimento, embora continuem os problemas relacionados com diversas necessidades.
- O FNS também financia um terço dos gastos do PSF, que aumenta de acordo com a cobertura da população nos municípios. Os restantes dois terços provêm de aportes estatais e municipais.
- O FAEC reduz as diferenças regionais no financiamento de ações de alta complexidade.
- O PBA está financiado com transferências federais aos municípios, e o PACS com transferências anuais por cada agente e equipe.

O Brasil não impõe taxas para a utilização do SUS. Elas são regressivas porque limitam o acesso dos lares pobres e doentes a consultas, exames de laboratório e medicamentos. Os co-pagos carregados pelos seguros privados, como uma porcentagem do serviço que deve pagar o cliente para desalentar a sobreutilização, têm um impacto regressivo nos clientes de menor renda, porém poucos estão assegurados. Um fator regressivo é que os serviços de saúde das Forças Armadas são fortemente subsidiados pelo orçamento, e os funcionários públicos recebem um *per capita* mensal do governo para financiar totalmente seu seguro privado (Medici; Biasoto 2004a e 2004b; Coelho/Moreno; Piola; Mesa-Lago 2008).

Sobre o gasto com a saúde, sua porcentagem no orçamento familiar aumentou com relação ao gasto total e ao consumo familiar entre 1987 e 1996. Incrementou também sua regressividade (cresceu 52% na camada de menor renda mas só 15% na de maior renda). O gasto com seguros privados aumentou seu peso nas despesas com a saúde, tornando-se o principal setor em muitas regiões metropolitanas. O gasto com medicamentos tomou 60% das despesas com saúde nas famílias pobres e as despesas de hospitalização eram proporcionalmente maiores que a das famílias ricas. O gasto com saúde do decil mais pobre, nos estados mais desenvolvidos, era superior em alguns deles a daqueles de maior ingresso.

O SUS não tem critérios geográficos, epidemiológicos e sociais adequados para distribuir seus fundos. Por isto, o sistema ainda está centrado nos hospitais

**O sus não tem critérios geográficos, epidemiológicos e sociais adequados para distribuir seus fundos. Por isto, o sistema ainda está centrado nos hospitais e gastos de saúde voltados aos grupos de rendas média e alta, o que explica por que as famílias pobres têm um gasto alto em medicamentos e de bolso ■**

e gastos de saúde voltados aos grupos de rendas média e alta, o que explica por que as famílias pobres têm um gasto alto em medicamentos e de bolso (Medici). A extensão do PSF desde 1997 (focalizado na prevenção e nos municípios pobres) e do PAB diminuiu essas inequidades. Assim, a designação para a atenção básica aumentou 73% entre 1995 e 2002 (900% no PSF), enquanto a designação para média e alta complexida-

des cresceu apenas 14%. O gasto de bolso é muito regressivo, pois só é pago pelos doentes e afeta os lares mais pobres. Ele mesmo diminuiu de 38% a 35% entre 1997 e 2003<sup>9</sup>, mas tomou 6,8% do ingresso no decil mais pobre e só 3,1% no mais rico. Além disso, 83% do gasto privado foi destinado para a compra de medicamentos no decil mais pobre, porém 42% no mais rico (Domínguez Uga/Soares).

As transferências federais de recursos para a saúde aos estados e municípios parecem não ter conseguido reverter a regressividade na distribuição dos gastos públicos da saúde<sup>10</sup>. O gasto público em saúde por habitante no Sudeste era quase o dobro do gasto no Nordeste em 1999 (quase 6 vezes entre o Distrito Federal e o Maranhão), e as famílias de maiores ingressos de São Paulo utilizavam mais os serviços do setor público gratuito, gastando assim menos em saúde do que as famílias de Recife (OPS; Piola/Biasoto; Medici). Argumentou-se que houve um avanço considerável após a reforma, diminuindo as disparidades na saúde (aumento de camas, consultas e médicos nas regiões menos desenvolvidas). Porém, isto pode também ser uma consequência de fatores socioeconômicos. Portanto, é necessária a realização de um estudo para medir os impactos, separando-os daqueles referentes ao sistema de saúde e sua reforma.

### ■ Políticas de saúde para diminuir a pobreza e a desigualdade

As reformas e políticas de saúde introduzidas a partir de 1990 tiveram um impacto positivo na redução da pobreza e na desigualdade da cobertura e

9. O Brasil melhorou sua posição regional do 11<sup>o</sup> para o 12<sup>o</sup> lugar, com gastos de bolso maiores. Ela foi inferior à de oito países ordenados pela OMS no ano 2000, em relação ao desempenho geral do sistema e a dez países ordenados com melhor equidade financeira (OMS 2000, 2004 e 2006).

10. Entre 1990-2002, o gasto federal baixou de 73% a 58%, o estatal cresceu de 15% a 20%, e o municipal aumentou de 12% a 22% (Domínguez Uga/Soares 2005).

dos serviços, especialmente os básicos, mas não reduziram a distribuição do ingresso. Isso deve ser atribuído a políticas fiscais gerais. Para destacar os efeitos positivos e corrigir vários negativos no sistema de saúde identificados neste artigo, sugerimos as seguintes políticas:

- Elaborar estatísticas confiáveis sobre o acesso real dos pobres, identificando os excluídos, sua localização e características socioeconômicas, estendendo a eles a proteção do SUS.

- Obter informação precisa e atualizada sobre as disparidades da cobertura, recursos, prestações e níveis de saúde entre as regiões e os municípios, para diminuí-las.

- Obter uma maior integração dos três níveis de saúde, como também entre os variados programas do SUS (PAB, PABA, PSF, PBA, PAF), evitando repetições e preenchendo vazios na cobertura.

- Flexibilizar as regulamentações federais estritas, que limitam a criatividade dos municípios, de forma a que eles se adaptem melhor às necessidades de saúde locais.

- Destacar os mecanismos de equidade de gênero, proibindo as seguradoras privadas de realizar a seleção por riscos, assim como o aumento dos bônus às mulheres em idade fértil, além de reforçar os atuais programas do SUS que lhe dão prioridade e seu atendimento durante a gravidez, parto e puerpério.

- Realizar um estudo rigoroso para medir o efeito líquido do financiamento e do gasto da saúde sobre a distribuição do ingresso. O objetivo é adotar medidas adequadas para corrigir fatores regressivos e reforçar os progressivos.

- Controlar, de forma mais efetiva, o uso dos clientes privados dos serviços de alta complexidade do SUS (baseados em uma fita magnética fornecida periodicamente aos hospitais com uma lista dos afiliados aos seguros privados). A finalidade é recobrar os custos a preços de mercado, obrigando aqueles médicos que têm uma dupla ocupação a informar ao SUS as referências de seus pacientes privados.

- Reduzir os subsídios fiscais para os serviços de saúde dos membros das Forças Armadas, assim como o pagamento de planos privados de seguro aos funcionários públicos, aumentando as contribuições pessoais em ambos.

- Aumentar a informação e o seguimento das seguradoras e planos privados, integrando-os melhor ao SUS através de conexões organizativas, institucionais e financeiras.
- Eliminar a dedução de bônus e outros gastos sobre o imposto de renda que agora usufruem os afiliados em seguros e planos privados.
- Utilizar os recursos fiscais economizados com várias das medidas anteriores, garantindo o acesso real ao SUS por parte de todos os pobres, e melhorando os programas básicos existentes.
- Refinar os critérios geográficos, epidemiológicos e sociais do SUS para distribuir seus fundos.
- Reforçar o PAF para que os pobres, com prévia demonstração de ingressos, possam ter acesso aos medicamentos básicos genéricos sem custo algum.
- Estender o PBA a todos os municípios e aperfeiçoar sua focalização para que não fique nenhum pobre excluído.
- Incrementar ainda mais a porcentagem do gasto total de saúde designado para ações de promoção, prevenção, educação e atendimento primário, melhorando a eficiência do gasto e transferindo recursos dos níveis segundo e terceiro de atenção.
- Acelerar a redução experimentada no gasto de bolso, ainda muito elevado, com as medidas anteriores. ☒

### **Referências bibliográficas**

- Biasoto, Gerardo Junior: «Setor Saúde: Constituição do SUS, financiamento federal, transferências e questões federativas», Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004a.
- Biasoto, Gerardo Junior: «A universalização da saúde e a construção do SUS», Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004b.
- Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (Cepal): *Panorama social de América Latina 2006*, Santiago do Chile, 2006.
- Coelho, Antonio e Rodrigo Moreno: *Una propuesta de evaluación económica del Programa de Salud de la Familia de Brasil*, BID, Washington, DC, 2004.
- Domínguez Uga, María A. e Isabela Soares: *Uma análise da equidade do financiamento do sistema de saúde brasileiro*, Projeto Economia de Saúde, Cooperação Técnica Brasil-Reino Unido, Rio de Janeiro, 2005.

- Ellery Araújo, Herton: «Desigualdades, mudanças demográficas recentes e perfil epidemiológico como variáveis políticas de saúde – Uma análise regional» em Barjas Negri e Gerardo Di Giovanni (orgs.): *Brasil: radiografia da saúde*, Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Economia, Campinas, 2001, pp. 515-528.
- Gómez Gómez, Elsa: «Género, equidad y acceso a los servicios de salud: Una aproximación empírica» em *Revista Panamericana de Salud Pública* vol. 11 Nº 5, 2002, pp. 327-334.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE): *Acesso e utilização de serviços de saúde 1998 e 2003*, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, Rio de Janeiro, 2000 y 2005.
- Maluccio, John: «Effects of Conditional Cash Transfer Programs on Current Poverty, Consumption and Nutrition», Second International Workshop on Conditional Cast Transfer Programs (power point), São Paulo, 2004.
- Medici, André: *El desafío de la descentralización: financiamiento público de la salud en Brasil*, BID, Washington, DC, 2002.
- Mesa-Lago, Carlos: *Atención de la salud para los pobres en América Latina y el Caribe*, Publicación Científica Nº 539, Oficina Panamericana de la Salud, Washington, DC, 1992.
- Mesa-Lago, Carlos: *Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de seguridad social*, Cepal/GTZ, Santiago do Chile, 2006.
- Mesa-Lago, Carlos: *Reassembling Social Security: A Survey of Pension and Health Care Reforms in Latin America*, Oxford University Press, Oxford, em processo de impressão, 2008.
- Ministério da Saúde (MS): *Programa Bolsa-Alimentação*, Secretaria de Políticas de Saúde, Brasília, 2001.
- Oficina Panamericana de la Salud (OPS): *Profile of the Health Services System of Brazil*, OPS, Washington, DC, segunda edição, 2001.
- Organização Mundial da Saúde (OMS): *World Health Report 2000,2004, 2006*, Genebra, 2000, 2004 y 2006.
- Piola, Sergio: *Informação e valores fornecidos pelo autor*, 17 junho de 2005.
- Piola, Sergio e Geraldo Biasoto: «Financiamento do SUS nos anos 90» em Barjas Negri e Gerardo Di Giovanni (orgs.): *Brasil: radiografia da saúde*, Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Economia, Campinas, 2001, pp. 219-232.
- Ugalde, Antonio e Nuria Homedes: «Las reformas neoliberales del sector de salud: déficit gerencial y alienación del recurso humano en América Latina» em *Revista Panamericana de Salud Pública* vol. 17 Nº 3, 2005, pp. 202-209.
- Ugalde, Antonio, Nuria Homedes e Anthony Zwi: «Globalization, Equity and Health in Latin America» em Christopher Abel y Colin M. Lewis, (comp.): *Exclusion and Engagement: Social Policy in Latin America*, Institute of Latin American Studies, Londres, 2002, pp. 151-171.



## REVISTA DE CULTURA Y CIENCIAS SOCIALES

2007

Gijón

Nº 41

ESPECIAL 20 AÑOS

LA IMAGEN COMO DOCUMENTO SOCIAL

## SUSCRIPCIONES

Suscripción personal: 27 euros

Suscripción bibliotecas e instituciones: 43 euros

Suscripción internacional: Europa - 60 euros (incluye gastos de envío)

Resto del mundo - 80 euros (incluye gastos de envío)

Ábaco es una publicación de CICEES, C/ La Muralla, 3 entlo. 33202 Gijón, España. Apartado de correos 202. Tel./Fax: (34 985) 31.9385. Correo electrónico: <revabaco@arrakis.es>, <revabaco@telecable.es>. Página web: <www.revista-abaco.com>.