



## OS DESAFIOS DA UNIVERSALIZAÇÃO E DO FINANCIAMENTO NO SUS

**Katiane Ribeiro da Cruz**<sup>1</sup>

**Liberata Campos Coimbra**<sup>2</sup>

**Regimarina Soares Reis**<sup>3</sup>

### RESUMO

Análise da universalização da saúde em um Estado neoliberal, tendo como objetivo apreender ambigüidades e contradições no processo de construção e definição do financiamento do Sistema Único de Saúde/SUS. A pesquisa foi realizada tomando como referência o período posterior à Constituição Federal de 1988, tendo como base a pesquisa bibliográfica e documental.

**Palavras-chave:** SUS; Universalização; Financiamento;

### ABSTRACT

Analysis of the universalization of health in a neoliberal state, aiming to grasp the ambiguities and contradictions in the construction and definition of financing of the Unified Health System / SUS. A survey was carried out considering the period later the Federal Constitution of 1988, through bibliographical survey and documental.

**Keywords:** SUS; Universalization; Funding

## 1 INTRODUÇÃO

No Brasil a intensa luta social pelo direito à saúde, no contexto de democratização do país nos anos 80, levou à consagração da saúde, na Constituição Federal de 1988, como direito universal. As mudanças na saúde, advindas desta Constituição, não foram simplesmente resultado da avaliação de políticas públicas, mas resultado de mobilizações e lutas por uma saúde universal e de qualidade<sup>4</sup>, resultando na criação do Sistema Único de Saúde/SUS.

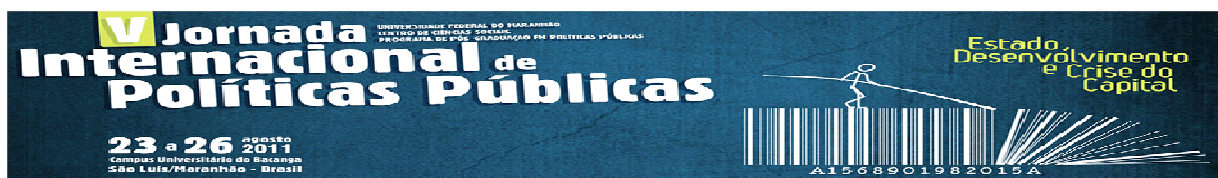
A saúde como direito de todos e dever do Estado, impõe a este a

<sup>1</sup> Doutora. Universidade Federal do Maranhão (UFMA). [katianerc@yahoo.com.br](mailto:katianerc@yahoo.com.br)

<sup>2</sup> Doutora. Universidade Federal do Maranhão (UFMA). [liberata@uol.com.br](mailto:liberata@uol.com.br)

<sup>3</sup> Bacharel. Universidade Federal do Maranhão (UFMA).

<sup>4</sup> Movimentos que criticavam as condições de saúde e destacavam a necessidade de um processo de redemocratização do país, vindo a se unificar no Movimento Sanitário de Saúde na luta pela Reforma Sanitária (SILVA, 2003).



responsabilidade de viabilizar a efetivação deste direito, através da garantia de recursos necessários e do gerenciamento do sistema. Tal garantia, todavia, esbarra em uma questão central: a formulação e implementação de uma política de saúde universal em um Estado neoliberal.

Neste trabalho detemo-nos na análise da universalização da saúde em um Estado neoliberal, tendo como objetivo principal apreender ambigüidades e contradições no processo de construção e definição do financiamento do SUS. A ambigüidade aqui é entendida como duplicidade de sentidos nos discursos oficiais<sup>5</sup>, passíveis de interpretações dúbias, e contradições como a incoerência tantos nos discursos como entre discursos e ações. A pesquisa foi realizada tomando como referência o período posterior à Constituição de 1988, tendo como base a pesquisa bibliográfica e documental.

## 2 “A SAÚDE É UM DIREITO DE TODOS E DEVER DO ESTADO”?

Uma das ambigüidades identificadas refere-se à própria definição do termo saúde adotado como referência na construção do SUS. A expressão “saúde direito de todos, dever do Estado”, consagrada como princípio constitucional, resumiu uma longa trajetória de inovações políticas que visaram assegurar, para todo habitante do território brasileiro, o acesso universal à oferta de atendimento integral à saúde sob o mandato público.

A definição de saúde apresentada pela Organização Mundial de Saúde/OMS relacionada ao completo bem-estar físico, mental e social e não a mera ausência de doença, foi difundida universalmente a partir da sua criação, constituindo uma referência de aspiração à saúde nas últimas décadas do século XX, foi discutida quanto ao nível científico, por seu imobilismo, e superada por idéias mais dinâmicas, como a de que a saúde é uma condição de equilíbrio ativo, que inclui a capacidade de reagir às inevitáveis doenças, entre o ser humano seu ambiente natural, familiar e social (BERLINGUER, 1996).

As concepções modernas de saúde implicam considerá-la em sua positividade, muito além, portanto, de suas conseqüências imediatas, indicadas negativamente, como doença, seqüelas e morte. Saúde passa então a ser vista como resultado de um processo de produção social que expressa a qualidade de vida de uma população, entendendo-se qualidade de vida como uma condição de existência dos homens no seu viver cotidiano, seja individual ou

<sup>5</sup> O termo *DISCURSO OFICIAL* refere-se aos documentos relativos à saúde no Brasil (leis, decretos, portarias, política, etc.).



coletivamente. O que pressupõe determinado nível de acesso a bens e serviços econômicos e sociais (MENDES, 1996).

A exigência de alcançar – para cada um e para todos – um nível maior de saúde é uma íntima e antiga aspiração humana, mas foi alcançada por muitos apenas na segunda metade do século XX. Os caminhos, os acontecimentos e os fracassos das tentativas realizadas podem ser retomados pelo exame de duas utopias, que encontram expressão mais completa nos ideais e programas da OMS (BERLINGUER, 1996).

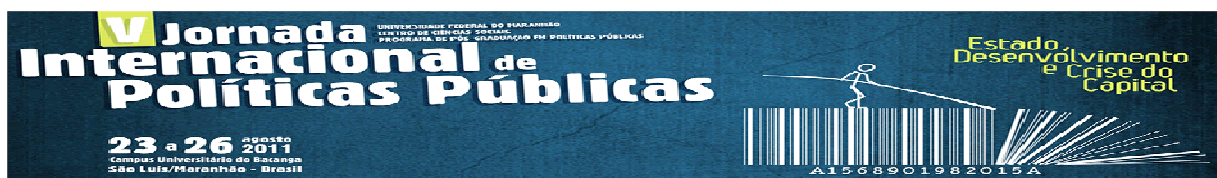
A primeira utopia, segundo Berlinguer (1996), nasceu em 1948 com a constituição da OMS e com a definição, por este órgão, de saúde como visto anteriormente. A segunda utopia, foi resumida na fórmula “Saúde para todos no ano 2000” lançada pela OMS nos anos setenta no ápice de um ciclo de progresso sanitário certamente desigual, mas rápido e difuso, sem precedentes em grande parte do mundo. Acompanhada de projetos, dotações e empenho de muitos governos, teve desde o seu início impacto menor que o pretendido, não só porque demonstrou seu caráter utópico e muitas vezes evasivo, mas, sobretudo, porque mudaram pouco depois as condições político-sociais que poderiam ter permitido que se chegasse à meta estabelecida (BERLINGUER, 1996). No Estatuto da OMS consta também que:

o gozo de níveis de saúde o mais elevados possível é um dos direitos fundamentais do todo ser humano, sem distinção de raça, religião, credo político, condição econômica ou social (BRASIL, 2002).

Assim concebido, parece que o direito à saúde torna-se meta nunca totalmente alcançável porque é impossível que o direito à vida possa significar direito a não morrer, ou que o direito à saúde implique imunidade a toda doença. Entretanto é possível aproximar-se mediante conhecimentos, meios técnicos, políticas, recursos, compromissos que muitos indivíduos são obrigados a assumir (BERLINGUER, 1996).

Muitas Constituições nas últimas décadas acolheram essa orientação. A Constituição brasileira, de 1988, representou importante ponto de inflexão na evolução institucional do país, por ter introduzido regras, direitos e deveres integrantes, até então, apenas das plataformas políticas de segmentos ou movimentos sociais não hegemônicos. É o caso de um conjunto de direitos civis e sociais, dentre os quais, com destaque, o direito à saúde (BUSS, 1995).

A saúde foi contemplada na nova Constituição com um nível de explicitação não registrado nas cartas anteriores e pouco visto nas de outros países. Mais que isto, adota um conjunto de conceitos, princípios e diretrizes extraídos não da prática corrente e hegemônica, mas propondo um nova lógica organizacional, baseada na proposta contra-hegemônica



construída ao longo de quase duas décadas pelo chamado movimento sanitário (BUSS, 1995).

A Constituição Federal de 1988, no artigo 196, afirma que:

a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução de risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 2000).

Existem três componentes essenciais na seção da nova Constituição Federal: o conceito de saúde, ao remeter seu equacionamento às políticas econômicas e sociais, ao lado das ações específicas de promoção e recuperação da saúde; a explicitação do direito universal e igualitário dos cidadãos à saúde e do dever do Estado em assegurar tal direito; e a explicitação de um modelo de organização para o sistema de saúde, seus componentes, funções e relações, criando o SUS, integrado pelos serviços públicos, complementados pelos serviços privados, em rede regionalizada e hierarquizada, e segundo as diretrizes de comando único em cada nível de governo, descentralização e participação social.

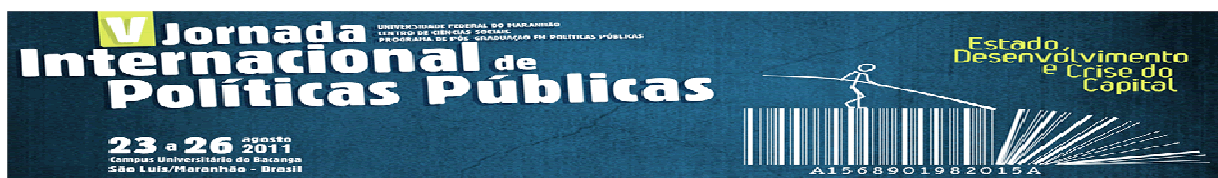
### 3 A UNIVERSALIZAÇÃO NO SUS: UM PROJETO EM CONSTRUÇÃO?

O modelo neoliberal de produção de serviços de saúde no Brasil foi hegemônico por muito tempo. Somente a partir de meados da década de 1970 tem início no país o processo de democratização política e, no bojo desse processo se organiza um movimento de setores da sociedade civil pela conquista da saúde como direito universal dos cidadãos garantido pelo Estado e sob controle público.

Identifica-se então no interior do Movimento da Reforma Sanitária o projeto da política de saúde e construção do SUS, como a síntese resultante das mudanças na relação entre Estado e Sociedade decorrentes do avanço das lutas dos diversos atores sociais alterando a relação capital – trabalho e qualificando diferentemente os movimentos sociais (HEIMANN et al, 1992).

As conquistas institucionais consagradas na Constituição de 1988, que contemplam o ideário da Reforma Sanitária, ampliam os direitos sociais a toda sociedade, porém desvinculados da capacidade de contribuição financeira desses setores, não conseguiram quebrar a lógica de articulação entre o capital privado e a base de financiamento do sistema de proteção social. Dessa forma, sua base de financiamento continua obedecendo à mesma lógica anterior, fundamentada na economia formal e no salário.

Embora alguns avanços tenham sido alcançados, são levantadas sérias dúvidas sobre



a capacidade do Estado de produzir bens ou serviços, visto que parece haver uma contradição central do processo nacional de reforma sanitária: Há uma clara dominância do projeto neoliberal na ação do governo, apesar de a determinação legal, no caso da saúde, apontar em outro sentido.

Do texto constitucional, que lança as bases para a criação do SUS, apreendemos os princípios doutrinários que embasam o Sistema: a universalidade, que é a garantia de atenção à saúde por parte do sistema a todo e qualquer cidadão por meio das gestões federal, estadual e municipal; a integralidade, que é o reconhecimento de que cada indivíduo é um ser integral, bio-psico-social, e portanto, deve ser atendido na perspectiva da promoção, proteção e recuperação da sua saúde; e a equidade, que assegura que todo cidadão seja atendido conforme sua necessidade, sendo introduzida aqui a idéia de discriminação positiva.

As Leis 8.080/90 e 8.142/90 constituem a Lei Orgânica de Saúde/ LOS que trata da organização e funcionamento do SUS. A Lei 8.080/90 regulamenta a criação do SUS e o apresenta como sendo:

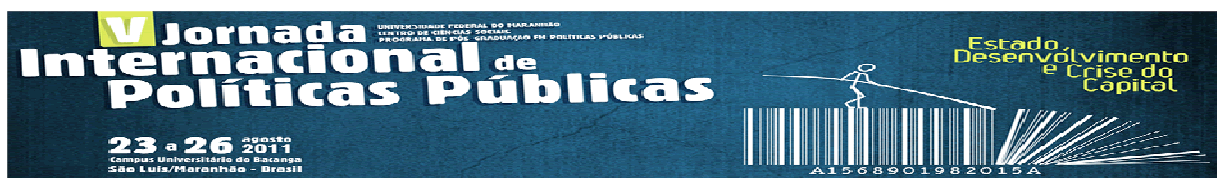
o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração Direta e Indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público [...] (BRASIL, 1990a).

O SUS constitui um conjunto de ações e serviços que visam à promoção, proteção e recuperação da saúde, sendo organizado de acordo com as seguintes diretrizes: *descentralização*, com direção única em cada esfera de governo; *atendimento integral*, abrangendo atividades assistenciais curativas e, prioritariamente, as atividades preventivas; e *participação da comunidade*, ou seja, o exercício do controle social sobre as atividades e os serviços públicos de saúde.

A proposta do SUS de operar em caráter universal é uma de suas principais características, todavia este princípio basilar tem se mostrado de complexa efetivação, pois a universalidade não está se construindo satisfatoriamente, o que reflete em parte as incongruências entre o modelo de atenção à saúde e o modelo econômico adotado no Brasil.

#### 4 UNIVERSALIDADE E FINANCIAMENTO DO SUS

Os recursos para o financiamento público da saúde encontram-se constitucionalmente vinculado ao Orçamento da Seguridade Social, sendo o seu detalhamento previsto pela Lei de Diretrizes Orçamentárias, anualmente aprovada pelo Congresso Nacional. Contraditoriamente, embora consagrada na Constituição Federal de 1988, o direito universal à saúde e a questão do financiamento da área social, não foi até o momento equacionado, motivo pelo qual foram



buscadas várias soluções transitórias (como a criação de imposto provisório) para garantir recursos financeiros para o Sistema.

A própria Constituição Federal de 1988 não vinculou o tipo de contribuição às ações específicas da Seguridade e nem definiu o percentual mínimo de recursos à saúde, visto que os parlamentares recusaram-se em tratar desta definição mínima. Definiu-se que – enquanto não fosse regulamentada a lei de custos da seguridade social – pelo menos 30% do total dos recursos da Seguridade Social deveria ser destinados à saúde (MARQUES; MENDES, 2010).

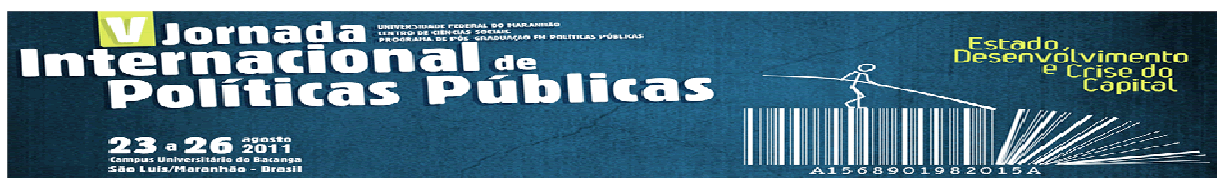
As definições sobre o orçamento e fontes de financiamento da saúde sempre constituíram uma questão problemática no SUS. A Lei Nº 8.080 recebeu alguns vetos do presidente Fernando Collor de Mello no que se refere ao orçamento e a participação popular (CARVALHO & SANTOS, 1992). Em função destes vetos foi editada a Lei Nº 8.142, de forma a regulamentar tais lacunas. A Lei Nº 8.142 define, no Capítulo I, artigo 31, que:

o orçamento da seguridade social destinará ao Sistema Único de Saúde – SUS, de acordo com a receita estimada, os recursos necessários à realização de suas finalidades, previstos em proposta elaborada pela sua direção nacional, com a participação dos órgãos de Previdência Social e da Assistência Social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias (BRASIL, 1990b).

A Constituição Federal de 1988 define, no artigo 194, que a seguridade social, consiste num conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, com objetivo de assegurar os direitos à saúde, assistência e a previdência social. Desta forma, a seguridade social deve ser financiada por toda a sociedade de forma indireta, através de recursos oriundos do orçamento da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, assim como também da contribuição social dos empregadores e dos trabalhadores (BRASIL, 2000). A sociedade, assim, financia, indiretamente, a seguridade social e, conseqüentemente, a saúde (CARVALHO & SANTOS, 1992).

A universalização dos serviços de saúde requer um suporte financeiro para sua efetivação. A definição de recursos destinados à saúde demonstra uma tensão permanente entre dois princípios, conforme apontam Marques e Mendes (2010): a universalização e a contenção de gastos. Para efetivação da universalização – fruto direto das lutas democráticas ocorridas no país a partir da década de 1970 - faz-se necessário os recursos financeiros para a saúde. Por outro lado, o princípio da contenção de gastos, baseado na lógica neoliberal, vai de encontro à universalização, ao propor uma racionalidade econômica através da diminuição das despesas públicas.

A fragilidade do financiamento da saúde é exposta de forma contundente já na década



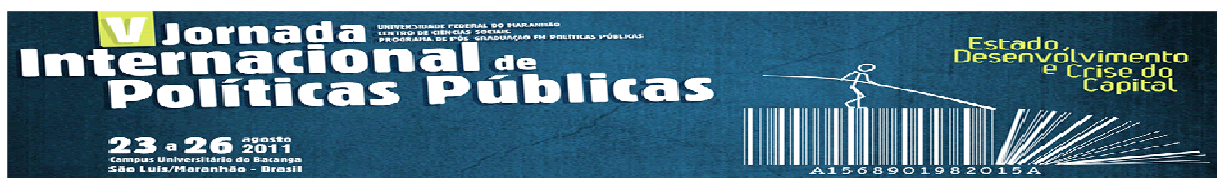
de 1990. Este processo é evidenciado quando, em 1993, houve a suspensão de repasse de recursos da Previdência Social para o Ministério da Saúde/MS, com valores correspondentes a 15,5% provenientes da arrecadação da contribuição de empregados e empregadores. Sem recursos financeiros o Ministério da Saúde precisou realizar empréstimos junto ao Fundo de Amparo ao Trabalhador/FAT.

Esta situação expressa a fragilidade dos recursos para saúde, sem fontes específicas, levando a elaboração de várias propostas e estratégias para dá estabilidade ao financiamento da saúde: algumas buscavam estabelecer a especialização ou vinculação das fontes no âmbito da seguridade social (MARQUES; MENDES, 2010); outras tentam solucionar a fragilidade de fontes de recursos da saúde através da criação de impostos específicos para este fim - o Imposto Provisório sobre Movimentação Financeira/ IPMF, criado em 1994, e posteriormente a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira/CPMF, que vigorou no período de 1997 a 2007 (MARQUES; MENDES, 2005).

Paralelamente às discussões que estavam sendo realizadas no legislativo, para regulamentar e estabilizar o financiamento da saúde, o governo federal desvinculou parte dos recursos da seguridade social, correspondente a 20% das arrecadações, tendo como justificativa a necessidade de implementar medidas para combater a elevação da inflação crônica brasileira. Para tanto, definiu que estes recursos deveriam ser repassados para Fundo Social de Emergência, criado em 1994 durante o governo de Itamar Franco, posteriormente renomeado de Fundo de Estabilidade Fiscal, em 1997, e depois chamado de Desvinculação das Receitas da União/DRU, em 2000 (MARQUES; MENDES, 2010).

A criação deste fundo permite ao governo federal utilizar recursos, antes exclusivos da seguridade social, para qualquer fim, podendo mesmo ser disponibilizado para pagamento dos juros da dívida. A sua criação, com recursos da seguridade social, teve impactos mais significativos na saúde, visto que neste setor houve redução de incentivos, pois não poderia ser realizado o mesmo no âmbito do pagamento de benefícios previdenciários em função dos mesmos derivarem de direitos individuais (MARQUES; MENDES, 2010).

Ao longo do tempo surgiram diversas propostas para dar maior estabilidade ao financiamento da saúde. A última proposta foi a Emenda Constitucional Nº 29, aprovada em agosto de 2000, que definiu percentuais mínimos de investimentos. A Emenda Constitucional nº 29 define que a União deve destinar no primeiro ano 5% do valor empenhado do período anterior e posteriormente os valores seriam corrigidos pela variação do Produto Interno Bruto/PIB; os estados devem destinar 12% de suas receitas à saúde e os municípios 15%. Esta Emenda Constitucional, contraditoriamente, foi aprovada, mas ainda não foi



regulamentada, apesar de tramitar no legislativo federal há mais de nove anos.

O cumprimento da EC 29, pelos estados, tem se mostrado difícil. Além da problemática do financiamento da saúde no SUS, somam-se os gastos de estados com recursos da saúde no pagamento de ações que não são específicas da saúde, de acordo com o que foi definido entre os estados e Ministério da Saúde.

No que se refere a implementação da EC 29, Marques e Mendes (2010) chama atenção para o fato de que a aprovação da EC 29 permitiu um pequeno aumento dos gastos com saúde do PIB, passando de 2,89%, em 2000, para 3,67% em 2008: um valor insuficiente para garantir um atendimento universal e integral no SUS. Além disso, mais da metade dos estados não cumprem os valores definidos na EC 29, reduzindo ainda mais o montante de recursos financeiros para o SUS.

## 5 CONCLUSÃO

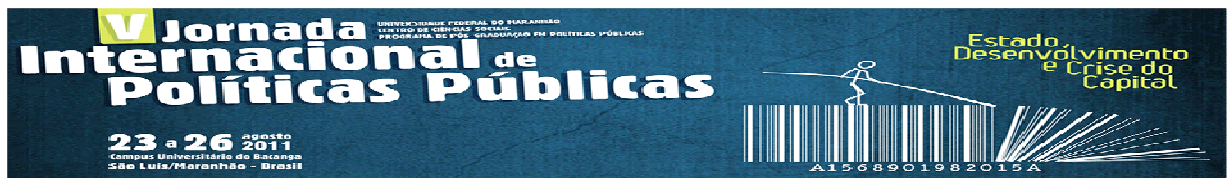
O Estado vem conciliando o projeto de um sistema de saúde universalizado e de políticas neoliberais através, entre outras coisas, da construção de um discurso oficial ambíguo e contraditório, que coloca o Estado como um agente de transformação numa sociedade desigual e excludente, mas com a construção de uma legislação que não atende as condições para sua efetivação.

No caso das políticas de saúde, cria-se um discurso oficial que aponta no sentido da universalização, mas ao mesmo tempo se estabelece meios ou se inviabiliza esta ação através – entre outras coisas - da própria legislação elaborada como, por exemplo, o que se observa em relação aos impasses na regulamentação da Emenda Constitucional 29. A mesma estabelece percentuais mínimos para saúde, nos três esferas do governo e também impõe o repasse desses recursos para a saúde, todavia ainda não foi regulamentada.

Tal postura evidencia a existência de ambigüidades e contradições relacionadas à regulamentação e implementação do financiamento na saúde no SUS. O Estado produz um discurso controlado e selecionado visando manter uma aparência de intervenção e mudança no quadro da saúde pública, ao mesmo tempo em que se esquivava da responsabilidade sobre tais atos através da forma como vem sendo definida a regulamentação do financiamento na saúde.

Cabe destacar que não é simplesmente a garantia do financiamento que viabilizaria a universalização do SUS, a questão é mais ampla: envolve também a constância e regularidade de

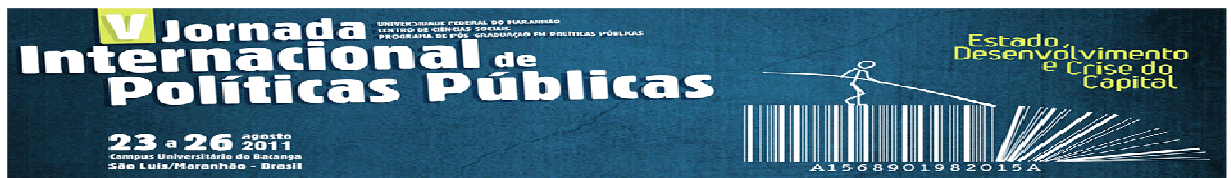




repassa de recursos e sua utilização na implementação de ações de saúde. Além disso, o SUS inaugura uma nova relação entre as instâncias responsáveis por formular e implementar as políticas públicas de saúde e os “usuários” do serviço na busca de serviços de qualidade, exigindo um acompanhamento e fiscalização constante para efetivação do direito constitucional de uma saúde universalizada.

## REFERÊNCIAS

- BERLINGUER, Giovanni. Ética da saúde. São Paulo: HUCITEC, 1996. 136p.
- BOSCHETTI, Ivanete. Seguridade social no Brasil: conquistas e limites à sua efetivação. 2006. Disponível em: [www.egem.org.br/a9xp/scripts/a9\\_download.php?f=%2Fwww%2Fegem%2Farquivosbd%2Fbasico%2F0.505783001251746904\\_ivanete\\_boschetti\\_unidade\\_i.pdf&fn=ivanete\\_boschetti\\_unidade\\_i.pdf](http://www.egem.org.br/a9xp/scripts/a9_download.php?f=%2Fwww%2Fegem%2Farquivosbd%2Fbasico%2F0.505783001251746904_ivanete_boschetti_unidade_i.pdf&fn=ivanete_boschetti_unidade_i.pdf). Acesso em: 10 jul. 2010.
- BRASIL. Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990a. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
- \_\_\_\_\_ Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990b. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intragovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.
- \_\_\_\_\_ Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Câmara dos Deputados, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Promoção da saúde: Declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santa Fé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede de Megapaíses e Declaração do México. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 56p. Disponível no site: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas\\_promocao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf).
- BUSS, Paulo Marchiori, LABRA, Maria Eliana. Sistemas de Saúde: continuidades e mudanças; Argentina, Brasil, Chile, Espanha, Estados Unidos, México e Quebec. São Paulo: HUCITEC, 1995.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Reforma da reforma: repensando a saúde. São Paulo: HUCITEC, 1992. (Saúde em Debate, 52).
- CARVALHO, Guido Ivan de & SANTOS, Lenir. Sistema Único de Saúde: Comentários à Lei Orgânica de Saúde (Leis 8.080/90 e 8.142/90). São Paulo: HUCITEC, 1992.
- HEIMANN, Luiza S. et al. O município e a saúde. São Paulo: HUCITEC, 1992.



MARQUES, Rosa Maria; MENDES, Áquila. Os Dilemas do Financiamento do SUS no Interior da Seguridade Social. In: Economia e Sociedade. Campinas, v.14, n.1 (24), p. 159-175, jan./jun. 2005. Disponível em: <http://www.eco.unicamp.br/docdownload/publicacoes/instituto/revistas/economia-e-sociedade/V14-F1-S24/07-RosaAquilasMendes.pdf>. Acesso em: 10 set. 2010.

\_\_\_\_\_ A Luta pelo Financiamento da Saúde Pública Brasileira: de 1985 a 2008. In: IV Encontro Internacional Economía Política y Derechos Humanos. Buenos Aires/Argentina, 2010. Disponível em: <http://www.madres.org/documentos/doc20100924135836.pdf>. Acesso em: 15 set. 2010.

MENDES, Eugenio Vilaça. Uma agenda para a saúde, São Paulo: HUCITEC, 1996.