http://bdjur.stj.gov.br/xmlui/bitstream/handle/2011/34710/Funcionamento_financiamento_sus_gadelha.pdf?sequence=1

Funcionamento e Financiamento do SUS(1)

Autora: Maria Inez Pordeus Gadelha

Médica Cancerologista Clínica Diretora Substituta do Departamento de Atenção Especializada/Ministério da Saúde

publicado em 30.4.2010

[enviar este artigo] [imprimir]

Introdução

Três são os modelos de sistema de proteção social: o de Assistência Social ou Residual, em que o atendimento é determinado pelo poder aquisitivo dos indivíduos, havendo, assim, a necessidade de cobertura, aos despossuídos, pelo Estado ou pela filantropia ou caridade; o de Seguro Social ou Meritocrático, em que o atendimento é sustentado pelas contribuições de empregados, empregadores e do Estado; e o de Seguridade Social, em que o Estado busca garantir o atendimento mínimo vital a todos, como um princípio de justiça social (Fleury, 1994; Fleury e Ouverney, 2008).

O Sistema Único de Saúde (SUS) enquadra-se no terceiro e último tipo e, como já de amplo conhecimento geral, caracteriza-se por ser de cobertura universal (ou seja, acessível a todos), de abrangência integral (ou seja, da promoção da saúde e da prevenção de doenças à reabilitação de doentes), de estruturação regionalizada e hierarquizada (ou seja, organizada em níveis crescentes de complexidade) e de gestão descentralizada (ou seja, de descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo) (Brasil, 1990).

Lamentavelmente, ainda há quem persista com a ideia de modelo centralizado, desconsidere a hierarquização e, contrastando, confunda **universalidade** com liberdade de acesso e escolhas (por exemplo, escolha por onde, como e com o que ser assistido) e **integralidade** com ilimitabilidade assistencial (por exemplo, disponibilidade de tudo o que exista, não importando se válido, a que custo e onde seja ofertado).

Essa liberalidade no modo de ver e assim querer que seja o funcionamento do SUS expressa o conflito entre o desejo individual e o direito coletivo, numa equação que terminará por zerar a universalidade e o justo acesso.

Os sistemas de saúde em todo o mundo sempre passam por crises. Porém, segundo Contandriopoulos (1995/1996), quatro crises vêm ocorrendo simultaneamente: Crise de Regulação, Crise de Financiamento, Crise do Conhecimento e Crise de Valores.

Começando pela Crise de Financiamento, sabe-se que, enquanto os governos puderam aumentar impostos ou taxas para financiar o setor da

saúde, o aumento dos gastos não os incomodava. Porém, o incremento dos gastos em percentual progressivamente maior e sempre a mais do aumento do PIB, sem mais condição de aumento de impostos ou taxas, que atingiram níveis inaceitáveis pelas respectivas sociedades, fez com que essa preocupação aflorasse como prioritária para todos.

A Crise do Conhecimento se dá por conta da falência do modelo "do deixar adoecer para tratar" e tratar por um gama de especialistas com profundo saber sobre área específica, mas pouco abrangente em sua interrelação com as demais áreas do conhecimento médico e não médico.

Já a Crise de Valores diz respeito à crise moral que o mundo enfrenta, em que valores éticos, como a Universalidade, a Solidariedade e a Equidade no setor da saúde vêm sendo questionados em praticamente todos os países.

Porém, é na Crise de Regulação que os conflitos afloram. Essa crise deriva do confronto de quatro lógicas que permeiam o sistema de saúde: A **lógica de mercado** (produtores, fornecedores, distribuidores e usuários como consumidores de um bem de consumo – a saúde), que pressiona e demanda por produtos e serviços de modo contínuo e progressivamente crescente. A **lógica profissional**, na qual se dá, por motivos diversos (prestígio, lucro, interesse científico, etc.), a pressão pela incorporação de novas tecnologias, muitas das vezes de modo acrítico e sem a devida segurança assegurada técnico-cientificamente (o caso da retirada do mercado do Vioxx é sintomático dessa falta de garantia que a pressa da incorporação traz). A lógica profissional tanto pode ser conduzida pelos interesses do mercado (produtores e fornecedores) como pode conduzir a lógica de mercado (influência dos profissionais da saúde sobre os usuários – quando transformados em consumidores de um serviço, o que, por sua vez, transforma a saúde em um produto de mercado). A **lógica tecnocrática**, que tenta imprimir racionalidade ao setor da saúde, defendendo a utilização de critérios de eficácia, eficiência, efetividade e equidade em atenção à saúde e aos serviços prestados. E a **lógica política**, definidora da alocação de recursos, que, de forma tecnocrática ou partidária, pode levar à acomodação ou à mudança das políticas públicas vigentes e também pode forçar a execução dessas políticas fora dos critérios e parâmetros estabelecidos.

Assim, os vários motivos e interesses que permeiam um sistema de saúde envolvem os governos, como reguladores, financiadores e ressarcidores de serviços prestados; a indústria de insumos e os fornecedores, que exercem a pressão mercadológica e que confundem registro para comercialização com incorporação e, mais ainda, incorporação obrigatória pelo sistema público de saúde; instituições e profissionais da saúde, que resistem à regulação e à provisão de serviços padronizados e que, muitas vezes, transferem ao doente a responsabilidade que lhes toca em indicações e escolhas médicas; e doentes e parentes, que se veem como sujeitos de direitos sem limites, também muitas vezes autodeterminados.

O ativismo judicial, tão em voga hoje no Brasil, participa desse contexto, impondo, quando desconsidera a inconsistência técnica ou as alternativas existentes, uma alocação não planejada de recursos previamente orçados. A transferência de responsabilidade para o SUS por atendimento realizado fora de suas normas operacionais ou de sua rede de estabelecimentos credenciados e habilitados (conforme parâmetros de necessidade e critérios de qualidade e sustentabilidade devidamente estabelecidos) gera (quando não também desperdício de recursos públicos) distorções e problemas para esse Sistema (que não pode ser tomado como um mero fornecedor de procedimentos ou medicamentos), como: desregulação do acesso assistencial com justiça e equidade; perda da integralidade assistencial; ausência do controle e da avaliação da assistência prestada;

quebra das prioridades definidas para a saúde pública; financiamento público direto da assistência privada sem o devido contrato para a utilização de recursos públicos.

Com tamanha diversidade e complexidade técnico-industrial e político-administrativa das políticas de saúde e, como se verá a seguir, com a magnitude do próprio SUS, o Brasil situa-se em uma posição intermediária entre os países em estágios iniciais de desenvolvimento e os desenvolvidos, tendo um sistema de ações descentralizadas, mas de coordenação central; e de financiamento público, que requer constantes ações normativas.

O sistema de saúde brasileiro

Deve-se distinguir o SUS do sistema de saúde brasileiro.

A estrutura física e organizacional do sistema de saúde brasileiro faz dele um sistema misto, público e privado, sendo o SUS regido pelas Leis 8.080 e 8.142 (Brasil, 1990), e o sistema de saúde suplementar, pela Lei 9.656 (Brasil, 1998).

Porém, o sistema de saúde brasileiro inclui três setores: um de muito maior peso em termos de cobertura e de atendimentos, que é o SUS, fortemente presente nos níveis primário e secundário e nas áreas de alto custo do nível terciário; outro que inclui os serviços de saúde dos ministérios militares, que possuem clientela, orçamentação e regulamentação próprias; e um outro que atua, essencialmente, no nível secundário e no nível terciário do sistema e que se constitui da assistência médica privada (médicos particulares, planos, seguros, convênios e cooperativas*)* ou de autogestão – estatal ou de empresas não estatais (Augusta e Costa, 2000; OPAS, 2001; Negri e Di Giovanni; Negri e Vianna, 2002). A **Tabela 1** (clique **aqui** para visualizá-la) mostra os estabelecimentos de saúde, em termos da sua natureza e prestação de serviços, com baixa concentração dos estabelecimentos de natureza pública nas áreas especializadas e de apoio diagnóstico-terapêutico, o que explica a dificuldade de acesso a consultas e exames e de regulação desse acesso, no SUS – o que demanda dos seus gestores e executivos grande esforço, integração e capacidade de articulação para o alcance de uma atenção integral por serviços integrados (Ministério da Saúde, 2006; CONASS, 2009).

Em torno de 75% do sistema de saúde brasileiro é representado pelo SUS, que conta não somente com os serviços públicos (postos, centros, hospitais e institutos públicos – municipais, estaduais e federais) e os hospitais universitários (a grande maioria deles de dependência administrativa pública), mas, principalmente, serviços privados, que se multiplicam à medida que se sucedem os níveis do sistema, chegando a se constituir em 75% do SUS. A **Tabela 2** (clique **aqui** para visualizá-la) expressa em números esta correlação: os estabelecimentos privados – com ou sem fins lucrativos –, apesar de produzirem apenas 12,55% dos procedimentos, faturam 51,35% dos recursos do custeio de todos os procedimentos que se produzem no âmbito do SUS.

Isso sem contar que cabe ao setor público do SUS, especialmente aos institutos e hospitais universitários, e a alguns serviços privados sem fins lucrativos (os filantrópicos), a maior responsabilidade pela formação, treinamento e atualização dos recursos humanos que atuam em todo o sistema de saúde brasileiro, e também pela pesquisa técnico-científica feita no Brasil, o que requer mais financiamentos e gera mais custos aos estabelecimentos de saúde.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) relata que, em março de 2009, havia 41,4 milhões de vínculos de beneficiários a planos de assistência médica, e 11,3 milhões, a planos odontológicos, sendo que 77,5% dos beneficiários eram de planos coletivos e 61,5% em operadoras de grande porte, em um total de 1.748 operadoras, sendo 489 exclusivamente odontológicas, congregando 25.273 (16.952 com beneficiários) planos novos e 27.439 (8.267 com beneficiários) planos de saúde. Porém, quando se delineia o perfil dos estabelecimentos de saúde desse setor, vê-se que se repete o dos prestadores privados de serviços ao SUS – não se podendo deixar de ressaltar que, em grande parte, são os mesmos prestadores de serviços: concentração em áreas especializadas e de apoio diagnóstico-terapêutico, sendo consultórios isolados 77,3% dos estabelecimentos de saúde ambulatoriais conveniados a planos de saúde (ANS, 2009).

Pelo exposto, pode-se, a partir do **Gráfico 1** (clique **aqui** para visualizá-lo), deduzir sobre como a diversidade regional brasileira pode-se apresentar, em vários aspectos do sistema de saúde suplementar: beneficiários, operadoras, planos de saúde e vinculação dos estabelecimentos de saúde também ao SUS.

Funcionamento e financiamento do sus

Com já ressaltado, o SUS é um sistema de saúde pública que garante assistência gratuita a toda a população e governa com interfaces federal, estadual e municipal, e é regido por princípios e diretrizes. Um dos princípios que o norteia é a Regionalização, que orienta a descentralização das ações e dos serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores.

Os normativos que operacionalizam as diretrizes e os fundamentos constituicionais e legais do SUS se fazem desde 1991, com as Normas Operacionais Básicas, e, a partir de 2001, também com as Normas Operacionais de Assistência à Saúde. A partir de 2006, firmou-se o Pacto entre os gestores do SUS, em suas três dimensões: pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Esse Pacto apresenta mudanças significativas para a execução do SUS, dentre as quais ressaltam-se: a substituição do atual processo de habilitação pela adesão solidária aos Termos de Compromisso de Gestão; a Regionalização solidária e cooperativa como eixo estruturante do processo de Descentralização; a Integração das várias formas de repasse dos recursos federais; e a Unificação dos vários pactos hoje existentes.

Os eixos estruturantes do SUS orientam o seu funcionamento, planejamento e financiamento: Atenção Básica, Assistência à Saúde de Média e Alta Complexidade, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica, Gestão do SUS e Investimentos (Ministério da Saúde, 2006, 2007 e 2009; Giovanella, 2008; CONASS, 2009). E programas específicos, como o de HIV/Aids, Saúde Materno-Infantil, Saúde do Idoso, Saúde da Mulher, Saúde Mental e Saúde do Trabalhador, se desenvolvem de forma consonante com esses eixos e blocos.

A **Tabela 3** (clique **aqui** para visualizá-la) demonstra a evolução do financiamento federal do SUS, chamando-se a atenção para o fato de que mais da metade são recursos gastos com a atenção especializada de média e alta complexidade (MAC) e com a assistência farmacêutica.

A gestão do SUS se dá em três esferas – a municipal, a estadual e a federal –, que têm suas respectivas competências e abrangências e contam com suas instâncias intergestoras (as Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite) e seus Conselhos de Saúde (municipais, estaduais e nacional), sem contar com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde

(CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).

Operacionalmente, a prestação de serviços ao SUS é viabilizada por meio de portarias, da tabela de procedimentos, medicamentos, órteses, próteses e materiais, das fichas de programação físico-orçamentária e dos sistemas de informações hospitalares (SIH-SUS, cujo instrumento de registro é a AIH – Autorização de Internação Hospitalar) e ambulatoriais (SIA-SUS, cujos instrumentos de registro são o BPA – Boletim de Produção Ambulatorial consolidado ou individualizado e a APAC – Autorização para Procedimentos de Alta Complexidade).

Para prestar serviços ao SUS, os estabelecimentos de saúde, públicos e privados, com ou sem fins lucrativos, devem estar devidamente cadastrados no SCNES – Sistema Nacional de Estabelecimentos de Saúde, credenciados pelo respectivo gestor municipal ou estadual e, se for o caso de exigência, habilitado pelo gestor federal.

Vale dizer que os gastos **autorizados** no SIH-SUS e no SIA-SUS são somente aqueles de financiamento federal, embora a produção **apresentada** possa estar integralmente registrada nestes sistemas de informações.

Especificamente quanto à assistência farmacêutica no SUS, note-se que ela permeia várias formas de dispensação e de financiamento (**Tabela 3** - clique **aqui** para visualizá-la), tendo sido recentemente repactuada, na atenção básica (Brasil, 2009) e na atenção especializada (Brasil, 2009), permanecendo o fornecimento de medicamentos para a quimioterapia antineoplásica, como antes, conforme se pode ver no que se descreve a seguir.

Assim, sobrepor outra visão à forma de funcionamento e de financiamento do SUS pode ser também considerado um fator gerador de desorganização do SUS, dada a natureza descentralizada, hierarquizada e regionalizada da sua gestão e estruturação.

Por isso, alerta-se para que a transferência de responsabilidade para o SUS por atendimento realizado fora de suas normas operacionais ou de sua rede de estabelecimentos credenciados e habilitados (conforme parâmetros de necessidade e critérios de qualidade e sustentabilidade devidamente estabelecidos) gera distorções e problemas para esse Sistema (que não pode ser tomado como um mero fornecedor de procedimentos ou de medicamentos), como: desregulação do acesso assistencial com justiça e equidade; perda da integralidade assistencial; ausência do controle e avaliação da assistência prestada; quebra das prioridades definidas para a saúde pública; financiamento público da assistência privada sem o devido contrato para utilização de recursos que são orçados e de aplicação planejada conforme as políticas públicas definidas.

Referências Bibliográficas

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Caderno de Informação da Saúde Suplementar** – Beneficiários, Operadoras e Planos de Saúde – Junho de 2009. Rio de Janeiro: ANS, 2006. 126 p.

AUGUSTO, M.H.O.; COSTA, O.V. Entre o público e o privado: a saúde hoje no Brasil. **Tempo Social**; Revista de Sociologia da USP. São Paulo, 11 (2): 199-217, out. 1999. (editado em fev. 2000)

BRASIL. **Lei Orgânica da Saúde**. Brasília, 1990. Imprensa Nacional (2.

ed., 1991). Disponível em Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Disponível em: <http://www.presidencia.gov.br/legislação>.

_____. **Lei no 8.142**. Brasília, 1990. Disponível em Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Disponível em: <http://www.presidencia.gov.br/legislação>.

_____. **Lei no 9.656**. Brasília, 1998. Disponível em Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Disponível em: <http://www.presidencia.gov.br/legislação>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão – Diretrizes Operacionais. **Série Pactos pela Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006, v. 1. 76 p.

_____. Pactos pela Vida e de Gestão – Regulamento. **Série Pactos pela Saúde**. Brasília. Ministério da Saúde, 2006. v. 2. 144 p.

_____. **Portaria GM\MS no 204**, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/sas/legislação>.

_____. **Portaria GM\MS no 837**, de 23 de abril de 2009. Altera e acrescenta dispositivos à Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007, para inserir o Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde na composição dos blocos de financiamento relativos à transferência de recursos federais para as ações e os serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/sas/legislação>.

_____. **Portaria GM\MS nº 2.982**, de 26 de novembro de 2009. Aprova as normas de execução e de financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/sas/legislação>.

_____. **Portaria GM\MS nº 2.981**, de 26 de novembro de 2009. Aprova o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/sas/legislação>.

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS – 20 anos**. Brasília: CONASS/Progestores, 2009. 282 p.

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde. O Sistema Único de Saúde e a Qualificação do Acesso. Brasília: **CONASS Documenta** nº 19, 2009. 66 p.

CONTANDRIOPOULOS, A.P. Reformar o sistema de saúde: uma utopia para sair de um *status quo* inaceitável. **Saúde em Debate**, nº 49-50, dez. 95/mar. 96. p. 53-64.

FLEURY, S. **Estado sem cidadãos:** seguridade social na América Latina. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. 252 p.

FLEURY, S; OUVERNEY A.M. Política de Saúde, uma Política Social. *In*: GIOVANELLA, L; ESCOREL, S; LOBATO, L.V.C.; NORONHA, J.C. de; CARVALHO, A.I. de. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de

Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 23-64.

GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S; LOBATO, L.V.C.; NORONHA, J.C. de; CARVALHO A.I. de. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. 1.112 p.

NEGRI, B; DI GIOVANNI, G. (Org.). **Brasil – Radiografia da Saúde**. Campinas: Instituto de Economia da Unicamp, 2001. 588 p.

NEGRI, B; VIANA, A.L.A. **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio**. São Paulo: Sobravime/Celag, 2002. p. 441-469.

OPAS – Organização Panamericana da Saúde. **O Perfil do Sistema de Serviços de Saúde** – Brasil. Programa de Organização e Gestão dos Sistemas e Serviços de Saúde/Divisão de Desenvolvimento dos Sistemas e Serviços de Saúde. OPS, 2001. 2. ed., 37p.

Notas

1. Texto elaborado a partir da apresentação ao II Seminário de Direito à Saúde/EMAGIS, Porto Alegre, em 28 de setembro de 2009.

Referência bibliográfica (de acordo com a NBR 6023: 2002/ABNT):
GADELHA, Maria Inez Pordeus . *Funcionamento e Financiamento do SUS*. **Revista de Doutrina da 4ª Região**, Porto Alegre, n. 35, abril. 2010. Disponível em:
< file:///L:/DIVERSOS/ARTIGOS/ARTIGO_Revista%20da%20Emagis.html>
Acesso em: 07 maio 2012.