



RELATÓRIO DA OFICINA PRÉ-CONGRESSO

3ª Oficina preparatória do 4º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão da Saúde - Financiamento da saúde: como avançar?

11 de Dezembro de 2020

Organização: Áquilas Mendes (FSP/USP); Eli Iola (UFMG), Adriana Falangola (UFPE),
Carlos Ocké-Reis (IPEA), Erika Aragão (ISC-UFBA)

Evento disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=uTr0wsMz8MI>

Ementa

O financiamento da saúde é tema de alta relevância e complexidade. No Brasil, em fóruns não acadêmicos, o debate do tema tem se concentrado na disjuntiva “mais recursos ou melhor gestão”. De um lado, são apresentados argumentos, mostrando que, comparativamente a outros países ou ao setor privado, o SUS é subfinanciado. De outro lado, argumenta-se, que há deficiências de gestão, cujo maiores exemplos talvez sejam centenas de hospitais de pequeno porte, em todo o país, com baixíssimas taxas de ocupação, e elevadas taxas de internação por causas sensíveis à atenção primária.

Para além da consistência dos argumentos dos dois lados, entende-se, ser importante colocar a discussão em outros termos sobre o financiamento da saúde. Neste sentido, a oportunidade de uma oficina de caráter acadêmico pode ser aproveitada para se fazer um debate que permita a formulação de questões fundamentais para aprofundar o conhecimento sobre a problemática e subsidiar a formulação de políticas.

Nesta linha, apresentam-se a seguir algumas questões que mereceriam ser formuladas para alimentar o debate.

A primeira questão se relaciona à busca da coerência entre necessidades de saúde, de serviços e de recursos. Dito de outro modo, seria preciso perguntar qual o montante de recursos (no caso, financeiros) requeridos para produzir os serviços capazes de atender às necessidades de saúde de toda a população.

Uma segunda questão, derivada da primeira, seria a da distribuição, entre os diversos segmentos da população, das necessidades de saúde, de serviços e de recursos. Inicialmente, o artigo 35 da Lei nº 8080/90, nunca regulamentado, destaca a importância de distribuir os



recursos financeiros de acordo com o perfil epidemiológico e as características demográficas, sociais e econômicas das regiões brasileiras. Mais recentemente, a Lei n. 141/2012, em seu artigo 17, estabeleceu que a distribuição dos recursos da União vinculados a ações e serviços públicos de saúde deve observar ‘necessidades de saúde’ da população, ‘as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial’ e de ‘capacidade de oferta’ de ‘ações e de serviços de saúde’ e, ainda, o que foi incluído no art. 35 da Lei no 8.080/90. Há como materializar critérios desse tipo nas decisões sobre alocação de recursos?

Claramente, são questões difíceis de responder com rigor. A importância de sua formulação, contudo, não é pequena, pois devem ser balizas para se identificar “proxies” que permitam, em alguma medida, levar em conta as necessidades de saúde e de serviços nas estimativas dos montantes e da distribuição de recursos financeiros.

Uma vez estimada uma ordem de grandeza do volume de recursos financeiros necessários e as regras gerais de sua distribuição, a próxima questão deve se referir às fontes de financiamento. De onde viriam os recursos? Aqui, entra em discussão o sistema tributário brasileiro, reconhecidamente regressivo. Que mudanças seriam necessárias para se garantir recursos em volume adequado e com fluxos estáveis para o SUS?

É preciso dizer que formular questões referidas ao atendimento das necessidades de saúde de todos supõe a existência de um projeto de nação soberana que reuniria em um destino comum toda a população de um determinado território.

Neste sentido, a discussão do financiamento do SUS não pode deixar de abordar as disputas políticas em torno da distribuição da riqueza nacional, dos recursos captados pelo Estado e, mais especificamente dos recursos destinados à saúde entre os distintos segmentos populacionais. Assim, cabe indagar quem arca (e quem deveria arcar) com as despesas e quem recebe os benefícios dos serviços de saúde, considerando os gastos feitos por governos, empresas e famílias e indivíduos.

Nesse sentido das relações entre apropriação e distribuição de riquezas, o padrão de financiamento expressa tensões estruturais e específicas. O setor privado que comercializa planos e oferta serviços assistenciais é sabidamente um vetor de canalização de um fluxo financeiro cuja magnitude tem sido incremental e ultrapassa o orçamento do Ministério da Saúde. O perfil de gastos com planos privados de saúde é singular, entre os denominados de média renda, inclusive quando comparada a do Chile, que possui um sistema de saúde formalmente público e privado.



A composição peculiar de despesas com saúde endereça desafios específicos ao debate brasileiro, em função da necessidade de equacionamento de problemas também particulares, desde as estratégias para reverter parte dos recursos públicos alocados para financiar os planos privados até aquelas relativas à definição de coberturas e preços de contratos de pré-pagamento e de serviços de saúde. Existe uma competição desfavorável ao SUS dinamizada pela elevação de preços que termina por inviabilizar a perspectiva de um sistema universal.

Questões para orientação das apresentações e debates

- 1) É possível estimar as necessidades de recursos financeiros, considerando-se as necessidades de saúde e de serviços de saúde?
- 2) Como distribuir de forma equitativa o montante de recursos investidos em saúde?
- 3) Como obter da sociedade, de modo estável e justo, os recursos que o sistema de saúde precisa para atender as necessidades de todos?
- 4) Considerando a atual distribuição dos recursos de saúde, que forças políticas apoiariam ou se oporiam às mudanças requeridas para se chegar a um modelo de financiamento adequado em termos de atendimento das necessidades de saúde de todos?
- 5) Como equacionar as questões relativas à alocação de recursos públicos para financiar planos privados?

Programa

Coordenação: Erika Aragão – Presidente da Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABrES) e professora do ISC/UFBA.

Convidados:

Áquilas Mendes – Professor da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP) e integrante da Comissão de Política, Planejamento e Gestão da Saúde/Abrasco.

Lígia Bahia – Professora do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IESC/UFRJ) e integrante da Comissão de Política, Planejamento e Gestão da Saúde/Abrasco.

Eduardo Fagnani – Professor do Instituto de Economia da Universidade Estadual de Campinas (IE/Unicamp)



4^o CONGRESSO BRASILEIRO DE POLÍTICA, PLANEJAMENTO E GESTÃO DA SAÚDE

O SUS e o projeto civilizatório: cenário, alternativas e propostas

Debatedores:

José Carvalho de Noronha (Cebes e Fiocruz), Rosa Marques (PUC/SP), Carlos Ocké Reis (IPEA e ABrES), Francisco Funcia (Cofin/CNS), Eli Iola Gurgel (Abrasco e UFMG), Luis Eugenio de Souza (Abrasco e UFBA).

Síntese da Oficina

Abertura

Erika Aragão (ISC-UFBA)

Agradece a todos pela participação na atividade. Destaca a importância das discussões acerca do financiamento da saúde, particularmente no contexto da pandemia da Covid-19 e destaca que os palestrantes e debatedores trarão multiplicidades de abordagem para dar conta da complexidade do tema. Destaca ainda o fato de que no Projeto de Lei Orçamentária de 2021 não estão previstos recursos extraordinários para o enfrentamento da Covid-19, nem para as demandas reprimidas geradas pela pandemia. Posteriormente, apresenta os apresentadores e debatedores.

Convidados

Áquilas Mendes (USP):

Os termos de referência da oficina focam em três grandes dimensões: a do debate, em que a discussão se dá em torno da importância da distribuição dos recursos; a dimensão da questão tributária e das fontes de financiamento mais justo; e a questão da relação com o setor privado. Há toda uma história relativa à alocação de recursos do SUS desde o artigo 35 da Lei 8.080/90, passando pelas NOBs; Portaria 204/2007; Lei 141/2012, famosa por trazer em seu texto um artigo específico sobre as dimensões com critério guia nesse estado de saúde; até as duas últimas portarias, uma do governo Temer, a 3992/2017 que dispõe sobre o bloqueio de blocos de custeio e investimento, e a portaria 2979/2019 do governo Bolsonaro que cria uma nova forma de alocação para a Atenção Primária.

A pergunta é: há como materializar critérios desse tipo nas decisões sobre alocação de recursos? Desde o final dos anos 90, há uma preocupação com a disfunção da alocação dos recursos, uma vez que nunca houve uma abordagem pautada na discussão de metodologias de alocação,



levando em consideração necessidades de saúde. A lógica mais presente foi a de produção e oferta.

Diante da natureza da discussão, é preciso considerar o contexto econômico e político de forma conjunta. Do ponto de vista econômico, destaca-se o subfinanciamento histórico, o desfinanciamento da EC-95 e a grande crise econômica somada à crise do coronavírus; e do ponto de vista do contexto político, é importante ressaltar as forças e a dimensão política na adoção de critérios de metodologias de alocação. Quanto a isso, temos um contexto marcado pela ascensão do neoliberalismo e do conservadorismo, período esse em que foi adotado uma metodologia de alocação de recurso, no que diz respeito a Atenção Primária, vista como sofisticada, porém não associada a sua dimensão nesse contexto.

Segundo Áquilas, o debate em torno da distribuição dos recursos avançou pouco, e destacou estudos como o primeiro estudo da década de 90 do Solón e Piola, os quais trazem trabalhos específicos sobre os critérios da Lei 8.080 do artigo 35. Em 1997, a tese de Silvia Porto foi um marco para a discussão dos critérios de alocação de recursos tendo como base critérios equitativos, os quais ganharam reforço nos anos 2000 com o Projeto Economia da Saúde, realizado pelo DFID, agência canadense, juntamente com o IPEA. Para além da discussão no nível Federal, havia estudos que concebiam metodologias de alocação dos recursos dos Estados aos Municípios.

Em 2005-2006, na gestão Saraiva e em pleno governo Lula, em meio a estudos que estavam sendo realizados na época, se adota blocos que tinha relação com as áreas administrativas do Ministério. Relata que em 2016, esse mesmo estudo, em associação com o professor Marcelo Guedes e a Rosa, iriam ser apresentados ao Ministério, algo que nunca aconteceu, pois não se discutiu mais os critérios de alocação e sim a ideia da portaria que vai criar dois blocos de custeio e investimento. Ainda relata que, em meio a esse contexto, os gestores municipais foram participantes dessa discussão e o CONASEMS os chamou para discutir de forma aprofundada uma metodologia que pudesse ser apresentada, sendo concebido posteriormente pelo PROAD. Entretanto, em 2019, no governo neoliberal do Bolsonaro, o secretário de Atenção Primária após tentativas de entender o estudo, cancela o projeto e implanta uma nova forma de alocação da Atenção Primária, baseada na metodologia da Inglaterra que possui uma realidade diferente da nossa.

A primeira confusão que tem sido feita não só no ponto de vista do senso comum, mas também de metodologias que vem sendo estudadas é a diferença entre a ideia de financiar e alocar, tanto



é que a proposta deste governo é chamar de novo modelo de financiamento da Atenção Primária quando, na verdade, não se trata de fonte de recursos no geral, mas da alocação dos recursos do Ministério da Saúde para Estados e Municípios. Também, há uma confusão forte no debate, atravessado pelo contexto político e econômico, que é de confundir a concepção de alocações que tenham por base a eficiência e alocações que tenham por base a equidade.

Destaca pontos de um estudo de autoria própria que faz uma revisão integrativa com base em estudos internacionais, trazendo alguns pontos como a separação dos recursos de custeio e capital, tendo como prioridade metodologias para custeio; a alocação *per capita* como base para algumas metodologias; ponderações iniciais de critérios demográficos e critérios de idade e sexo, o que, de acordo com idade e sexo seria um grande avanço como primeira ponderação. As metodologias devem considerar, apesar de ser difícil, a tríade proposição-testagem-aplicação.

Há uma tensão nos estudos internacionais entre os fundamentos éticos da construção da equidade como a solidariedade e os vazios assistenciais, gestões ineficientes que não merecem ganhar mais recursos, essa é uma tensão que não tem relação com a equidade. É importante também levar em consideração que as metodologias internacionais que conseguiram aplicar a tríade, vem sendo construídas ao longo de um período histórico, justamente para considerar que as necessidades em saúde, as quais são um critério guia, vão mudando conforme o tempo histórico.

Traz alguns estudos que vão trabalhar com diferentes elementos como estudos que trazem o componente *per capita*, sem avançar na discussão sobre a noção de equidade, o que não é suficiente para a operacionalização, especialmente, da aquisição de medicamentos no SUS. Não dá para pensar nas metodologias de alocação sem pensar em novos recursos, trabalhando com a ideia de orçamentação e incremental. Outra dimensão de estudos, trabalham com questões sociodemográficas, socio sanitárias e epidemiológicas; alguns, com as necessidades de saúde em territórios específicos, tentando dimensionar indicadores como forma de medir tais necessidades. Um estudo espanhol vai trabalhar com essa ideia de alocação, levando em consideração critérios macro e micros; e há um grupo de estudos que vão trabalhar na operacionalização das cidades mais desenvolvidas.

Em suma, as metodologias devem admitir implicações bioéticas relativas à equidade e aqui, os artigos trazem a questão da solidariedade na distribuição justa; devem se basear minimamente na dimensão *per capita*, em conjunto, compulsoriamente, com a orçamentação incremental com as questões sociodemográficas, socio sanitárias e epidemiológicas, e ter centralidade na



necessidade de saúde, sendo necessário um constante aperfeiçoamento da metodologia ao longo do tempo para refinar a operacionalidade da equidade. Quando discutimos com gestores, levantamos cerca de 14 dimensões de necessidades de saúde que é uma coisa que precisa avançar.

Lígia Bahia (UFRJ):

Em relação às receitas, o Decreto Lei 200 de 1967 tem importância significativa no aumento da carga tributária no Brasil, mas é a partir do governo Fernando Henrique Cardoso que há uma elevação dessa carga tributária que passa de 24,3% para 36,6%. Apesar disso, os gastos públicos para a saúde não acompanham essa elevação, criando um dilema fiscal. Esse dilema tem sido estudado por alguns autores economistas na África do Sul, em que mostram que há aumento da arrecadação de impostos e contribuições, mas não necessariamente aumento de gastos para a saúde.

Nossa carga tributária é parecida com a média dos países da OECD, exceto em relação às vendas, lucros e capitais, onde o Brasil possui pouca tributação. É importante a compreensão disso, pois o aumento dos impostos não necessariamente resolve o problema, especificamente, da saúde, é preciso ter uma tributação progressiva.

Além do aumento da carga tributária, se há aumento dos gastos públicos, os gastos privados também aumentam. A Emenda Constitucional 29 foi importante porque permitiu o aumento de gastos de estados e municípios e direcionou a arrecadação de impostos, visando um possível aumento de gastos com saúde.

No Brasil, a maior proporção de gastos com saúde vem do setor privado e é monótono, pois se repete ao longo do tempo. Dessa forma, percebe-se um aumento dos gastos com saúde em relação ao PIB, especialmente nos anos em que o PIB decresce, porém a proporção entre os gastos público-privado é um padrão que se mantém. A maior parte dos gastos diretos é o chamado gasto do bolso e as receitas de planos privados, além disso, 17% são gastos da União, 10% gastos dos Estados e 12% gastos dos Municípios. Na realidade, quando falamos em financiamento, não podemos falar só de 17%, pois o gasto da União pode ser redistributivo, apesar de não ser simples em função da pequena parcela que ele representa.

Lígia Bahia traz gráficos que mostram o quanto as receitas dos planos tem um crescimento impressionante e que não tem relação com o aumento de clientes, discurso muito do senso comum. Houve também aumento das coberturas populacionais de planos privados.



Tecendo uma relação comparativa entre países sobre os gastos privados, aponta que há uma aproximação entre o Brasil e a África do Sul, o qual consiste em um dos países mais desiguais do mundo em termos de saúde. Então, temos um padrão de gasto privado com grande participação dos planos privados de saúde.

Em relação aos leitos de terapia intensiva SUS e não SUS, tivemos aumento dos leitos de terapia intensiva no SUS e não SUS no cenário de pandemia do coronavírus, sendo que em termos regionais, a distribuição continua desigual. Ainda considerando o cenário do COVID, em relação aos preços das empresas de planos de saúde, o valor médio por internação é de 45 mil reais, enquanto o SUS paga 1.600 reais por internação.

No governo Fernando Henrique Cardoso, as empresas de plano de saúde conseguiram uma lei favorável a elas para o não pagamento de tributações. Em 2013, uma outra lei, tira da base de cálculos da Confins e do PIS todas as despesas, alvo posterior de uma operação da lava-jato. Esse assunto da tributação volta à tona em 2020, trazendo uma contraposição das empresas de planos de saúde a reforma tributária do plano econômico do Ministro Paulo Guedes, a qual propõe que o setor pague mais impostos.

Aborda a questão dos desafios, ressaltando a importância de avançar na compreensão das receitas e tributações, no estudo da organização empresarial e da legislação, verificando aquilo que permite e o que não permite em relação à formação de monopólios no Brasil; propõe avanço na regulação da oferta que se mostra uma incógnita diante do dinamismo e aparecimento constante de mais e mais serviços privados; regulação de preços, os quais se mostram assimétricos para o público privado; e por fim, o desafio das PPP's e Atenção Primária.

Ressalta não ser possível responder à pergunta “*Quanto que o SUS precisa para ser o SUS?*”, mas ser possível dar contribuições para uma visão mais sistêmica do financiamento, não reduzindo a questão do financiamento ao orçamento do Ministério da Saúde.

Eduardo Fagnani (Unicamp):

Menciona três pontos-chave para a discussão acerca do financiamento. No primeiro ponto, relaciona o financiamento da saúde à questão do teto dos gastos; no segundo, relaciona às perspectivas da economia que são negativas. Estamos vivendo uma das maiores crises do século XX, uma crise incerta, com recuperação lenta. É incerta porque, como previa o Banco Mundial, poderia haver um repique e isso está acontecendo no mundo e também, no Brasil. Pelos últimos dados coletados, cerca de 900 mil empresas haviam quebrado e aquelas que não quebraram,



estão com dificuldade de capital de giro. Assim, temos uma situação em que há mais gente fora do mercado de trabalho do que dentro desse mercado, configurando uma coisa inédita, sendo o auxílio emergencial o principal sustento da economia durante esse período.

Para a economia crescer e se crescesse, teria um impacto no financiamento da saúde, precisaria de dois motores de crescimento: investimentos, estando o governo caminhando na direção oposta; e mercado interno, a partir da renda populacional.

O terceiro ponto a se destacar é a questão da tributação. Existem três projetos tramitando no Congresso Nacional que são a PEC 45, PEC 110 e o projeto do Paulo Guedes, todas elas não enfrentam o fundamental que é a permuta da renda e do patrimônio. A reforma tributária virou sinônimo de simplificação da tributação do consumo, sendo o Brasil vice-campeão mundial com 50% arrecadado do consumo, enquanto nos Estados Unidos é 17%. Por outro lado, somos lanternas globais na tributação de renda e patrimônio, cerca de 20%, enquanto nos Estados Unidos é 50% e na Dinamarca, 67%. A questão da tributação brasileira gira em torno da não redução da tributação sobre o consumo e ampliação da tributação sobre renda e patrimônio, o que não configura uma Reforma Tributária.

Existe um quarto projeto de Reforma Tributária, pouco divulgado pela imprensa brasileira, que tramita no Congresso Nacional chamada Reforma Tributária solidária, justa e sustentável e é o único que tributa a renda e patrimônio, bem como enfrenta a problemática do meio ambiente. Esse projeto é uma emenda substitutiva global a PEC45.

Esse projeto de Reforma propõe, entendendo o Imposto de Renda (IR) como o “coração” do sistema tributário, uma nova tabela progressiva do IR com a proposta de alíquota máxima de 45% e o fim da obscenidade tributária, ou seja, a não tributação sobre a distribuição de lucros e dividendos. Outra proposta diz respeito ao imposto sobre grandes fortunas, a qual visa atingir indivíduos com patrimônio superior a 10 milhões, correspondente a 59.000 indivíduos ou 0,028% da população. Essas mudanças podem ser feitas através de lei complementar, não precisando mudar a Constituição.

Outro tema relacionado à reforma tributária é a questão das renúncias. Os governos estaduais fizeram uma estimativa de que nós temos cerca de 100 bilhões de renúncias, representando em torno de 15 a 20%, chegando a 30% da Receita em alguns estados. As estimativas do governo Federal, que não coloca as isenções do IR, são de 400 bilhões. No projeto da Reforma tributária solidária há outros dois projetos que mudam as renúncias, propondo uma variação na avaliação de tais.



Debatedores

José Noronha (Fiocruz):

Pontua os seguintes tópicos:

- 1) Desenvolvimento do país e comportamento geral da economia. Não há uma política de saúde equitativa em um contexto de forças políticas sociais regressivas, seria como se tivéssemos um sistema de saúde independente do comportamento geral da sociedade;
- 2) A concentração de renda afeta não só o sistema fiscal, mas também a política alocativa que se serve de um sistema oferta-dependente e efetivamente, a uma alocação seletiva às classes mais ricas da sociedade que vão segmentar e lutar cada vez mais para obter novas coalizões. Do ponto de vista do SUS, uma pergunta para o Áquilas, o sistema tripartite, como foi desenhado, restam dúvidas quanto às políticas alocativas e como são definidos os critérios de necessidade.
- 3) Questão dos paraísos fiscais e da sonegação. Não se pode pensar saúde sem pensar no contexto mundial como a potência dos Estados Unidos, na estratificação global e na dependência da nossa elite colonizada, a qual olha para o exterior como se o Brasil lhe fosse estranho.
- 4) Não podemos discutir financiamento setorial sem discutir o contexto da pandemia. A pandemia segue segmentando a sociedade brasileira e o sistema de saúde vai se remodelar após esse período, apontando para a necessidade de discutir a questão da resolutividade da Atenção Básica e da alocação de recursos, bem como em que tipo de organização de serviços se dará essa alocação.

Carlos Ocké (IPEA):

Debater a questão do financiamento exige uma práxis no sentido de superarmos, do ponto de vista econômico e político, a austeridade fiscal, entendendo como fundamental combater essa política e disputar uma alternativa. A questão da austeridade fiscal, o desmonte do Estado, o ataque à democracia e a desestruturação das políticas sociais, em plena pandemia, ganham contornos dramáticos, haja vista ser uma política que agrava as taxas de morbimortalidade da população. Diante disso, é possível imaginar que o governo Bolsonaro pretende, em 2021, retomar a política da austeridade fiscal, suspendendo o decreto de calamidade pública, o que configura um absurdo e pode ser considerada como uma política genocida.



Em conclusão, é uma situação complexa, pois paralelamente a essa política, há uma queda do gasto público *per capita* em saúde e ao mesmo tempo, aumento do gasto de orçamento das famílias com bens e serviços privados de saúde, simultâneo ao crescimento do subsídio de planos de saúde na ordem de 20 bilhões de reais em 2018. Esse processo é dinamizado e impulsionado com a internacionalização do mercado de serviços de saúde, o que inclui não só o mercado de planos, mas o mercado laboratorial e para além do Complexo Médico-Industrial. Com o movimento de concentração e centralização, o crescimento do poder econômico subtrai o poder do Estado, gerando um círculo vicioso.

Rosa Marques (PUC/SP):

Coloca que a discussão do financiamento do SUS precisa considerar o contexto político de eleição de um neofascista que vem desmontando não só o SUS, mas a sociedade brasileira. Tivemos uma crise econômica interna no Brasil, com 7% de queda em dois anos e depois um crescimento pífio em três, e posteriormente, uma pandemia que derrubou tanto a economia brasileira como a mundial. Está colocado uma era de pandemias que vem junto com a mundialização do capital. Temos dois problemas para discutir o financiamento; ou tentando discutir um financiamento com um ministro que não é da área da saúde, em que está sendo promovida uma destruição completa.

Outro ponto destacado é a ressignificação da saúde pública no plano mundial, o que não quer dizer, evidentemente, que seja uma ressignificação da saúde pública no Brasil devido ao atual governo. Apesar disso, a ressignificação ocorre porque, numa era de pandemia, os governos não podem ficar a mercê da especialização da produção da China e da Índia, e desmontar totalmente a sua indústria da área da saúde, por exemplo.

Não se trata apenas de uma questão de soberania nacional, mas de um mínimo controle sobre as ações na área da saúde para a manutenção de uma coesão social e isso está sendo feito em diversos países, basta acompanhar o fortalecimento dos sistemas públicos.

Temos como tarefa de curto prazo, enfrentar o desmonte e, ao mesmo tempo, propor uma redefinição para além daquilo que era imaginado para o SUS que envolva tecnologia e indústria. É preciso união de todos para montar estratégias para a saúde.

Eli Lola Gurgel (Abrasco e UFMG):



Hoje, vivemos um período de grande enfrentamento, não só do ponto de vista de que a saúde está no centro, mas do desmonte do Estado de Bem-estar Social e um conjunto de tentativas de reformas, principalmente, na saúde como a reforma da Atenção Primária que foi o Projeto Previne Brasil, capitaneado pelo Erno, ex secretária de Atenção Primária à Saúde. Essa reforma visa aprofundar a segmentação público-privada no sistema de saúde como um todo e possui dentre os seus pilares, uma agência autônoma que pode ser capturada por interesses privados; carteira de serviços, delimitando a oferta universal de serviços que vai facilitar a contratualização empresarial de preços na APS; e a forma de remuneração e de financiamento da Atenção Primária, ou seja, a porta de entrada no SUS, que passa a ter um perfil e um padrão misto de incentivos privados que induz a autonomização do trabalho de alguns profissionais como, por exemplo, a remuneração médica.

Finaliza indicando a necessidade de fortalecer esse diálogo e pensar alternativas de financiamento para a Atenção Primária no Brasil, preservando os princípios da Constituição.

Luis Eugênio Portela (Abrasco e UFBA):

Destaca dois pontos:

- 1) Caracterização do ano de 2020, com o início da pandemia, como o ano de aumentos dos recursos públicos para o SUS, com alocação de 35 milhões de reais a mais, cerca de um terço do orçamento que estava previsto, muito por conta da votação do orçamento de guerra no Congresso. Isso foi fundamental para ampliar os leitos, sobretudo os leitos de UTI. Por outro lado, não houve mudanças no sistema, na melhoria da qualidade e equidade, além de ser perceptível o aumento dos recursos no plano privado. Não é apenas o montante de recursos que importa, mas é preciso discutir os modelos de atenção e a alocação de recursos, tendo em vista as necessidades em saúde. Temos um modelo de atenção que privilegia os tratamentos sintomáticos, a produção de serviços e a venda de insumos de acordo com os interesses de seus fornecedores;
- 2) Tudo o que é gasto com saúde, também é ganho com saúde. Tudo aquilo que é investido está sendo apropriado por diversas pessoas e setores, e é preciso compreender que, grande parte dos recursos, estão sendo apropriados pelo setor privado, o qual busca oportunidades de negócios para tentar terceirizar, por exemplo, a Atenção Primária. Ao discutir o financiamento da saúde é necessário compreender e analisar de onde está vindo o dinheiro e para onde está indo.



Conclui chamando a atenção para a importância de um projeto de sociedade igualitária e que tenha um sistema de tributação progressivo e com taxas mais altas para os mais ricos, a partir do Imposto de Renda, e obviamente, que a saúde esteja inserida nela. Desse modo, é fundamental políticas sociais que interfiram não apenas na saúde, mas também naqueles aspectos determinantes da saúde.

Comentários Finais

Erika Aragão (ISC-UFBA):

Destaca a questão da austeridade. Toda política fiscal no Brasil está focada, sobretudo, na redução de gastos. E política tributária não pode ser reduzida a isso. Qualquer discussão que tenha como proposta pensar os modelos de financiamento passa, logicamente, por uma ação intersetorial e considerando a política macroeconômica de forma mais ampla. E é necessário que os trabalhadores da saúde irão se inserir nesse debate, sabendo que essas políticas, tanto monetária quanto fiscal, passam por uma regra de distribuição.

Eduardo Fagnani (Unicamp):

A questão dos paraísos fiscais está inclusa na proposta da reforma tributária solidária e justa, embora seja um tema complexo. O grande problema é que os paraísos fiscais são os países centrais como Inglaterra e Luxemburgo, não é simples, mas tentamos enfrentar essa questão.

Em relação à tributação, é necessário que o Congresso da Abrasco diga não a austeridade fiscal. Enquanto órgãos internacionais rejeitam a austeridade fiscal, o Brasil segue discutindo o tema como uma possibilidade, bem como o teto de gastos.

O sistema de saúde está sendo ressignificado no mundo e no Brasil, sendo um fato positivo, uma vez que o SUS passou a ser visto pela população como uma coisa extraordinária. Um outro ponto que o Congresso poderia enfrentar é a questão do reforço do Estado de Bem-estar Social, fortalecendo o SUS e criando um programa de renda básica que proteja o trabalhador que não está no mercado formal de trabalho. Há várias ameaças a esse sistema de Bem-estar Social como a reforma da Previdência, possuindo caráter de destruição da Seguridade Social; o Pacto Federativo; a Reforma Administrativa, a qual destrói o SUS; e as reformas tributárias pautadas na PEC45 e PEC110 que acabam com o financiamento da Seguridade Social, criando um único imposto não vinculado ao sistema de Seguridade.

Áquilas Mendes (USP):



No plano de análise mais amplo, destaca a importância de superação da política de austeridades e dos ataques à democracia. No debate do plano mais específico, há uma luta concreta pautada na discussão da reforma tributária. Outra questão é a necessidade de refletir as metodologias de alocação dos recursos internos do SUS, haja vista que o novo modelo de alocação de recursos na Atenção Primária está destruindo a base principal do SUS.

Discutir essa alocação é enfrentar a luta política interna do SUS que está acoplada ao setor privado. O processo de transição já finalizou e as reformas de alocação estão sendo realizadas com cerca de 2000 (duas mil) famílias sem cadastro, com o destino de 600 milhões para a Atenção Básica, sendo que 500 milhões é para o piso do agente comunitário de saúde e 100 milhões restantes, para a Atenção Básica.

Ademais, a alocação da abertura das equipes de saúde da família tem como prioridade a Atenção primária porque em seu corpo formativo só há médico e enfermeiro, o que acaba com a noção de interdisciplinaridade.

Lígia Bahia (UFRJ):

Apointa para a necessidade da redução de gastos privados no Brasil e explana o entendimento de que a Atenção Primária não é a base do sistema de saúde diante do baixíssimo investimento de 100 milhões de reais alocados para esse serviço.

Ressalta ainda que, de fato, o SUS ganhou uma importância social, entretanto voltada para os hospitais, e que todos os governos adotaram modelos de austeridade fiscal e aumento de superávit primário.

É preciso pensar, por exemplo, nos fundos de pensões e como democratizar e torná-lo público, mas que não é debatido. Cada vez mais, os gastos do setor privado aumentam, gerando uma hiperprivatização dos recursos públicos não somente da saúde, mas também da educação.

Conclui apontando uma regressão em relação ao financiamento da saúde, tendo em vista o crescente aumento de gastos privados no setor saúde, mesmo diante da ampliação do acesso universal ao sistema e ao aumento das equipes de saúde da família.