

UNILEÃO
CENTRO UNIVERSITÁRIO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

HÉVILLA MARIA SANTOS SOUSA

**FINANCIAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO ESTADO DO CEARÁ:
UMA REFLEXÃO QUANTO A ALOCAÇÃO DOS RECURSOS.**

JUAZEIRO DO NORTE-CE
2019

HÉVILLA MARIA SANTOS SOUSA

**FINANCIAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO ESTADO DO CEARÁ:
UMA REFLEXÃO QUANTO A ALOCAÇÃO DOS RECURSOS.**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Coordenação do Curso de Graduação em Odontologia do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio, como pré-requisito para obtenção do grau de Bacharel.

Orientador(a): Prof. Esp. Juliana Brasil Accioly Pinto.

JUAZEIRO DO NORTE-CE
2019

HÉVILLA MARIA SANTOS SOUSA

FINANCIAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO ESTADO DO CEARÁ: UMA
REFLEXÃO QUANTO A ALOCAÇÃO DOS RECURSOS.

Trabalho de conclusão de curso apresentado à
Coordenação do Curso de Graduação em
Odontologia do Centro Universitário Doutor Leão
Sampaio, como pré-requisito para obtenção do grau
de Bacharel.

Orientador(a): Prof. Esp. Juliana Brasil Accioly
Pinto.

Aprovado em ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof.(a) Orientador – nome completo com titulação

Prof.(a) Examinador 1 – Nome completo com titulação

Prof.(a) Examinador 2– Nome completo com titulação

RESUMO

O Sistema Único de Saúde é uma conquista importante, no entanto, nos últimos anos vem padecendo para se manter, sendo o financiamento um dos fatores que mais interfere no desenvolvimento do sistema. Objetivou-se com a pesquisa evidenciar o percentual dos recursos efetivamente destinados à saúde pública do estado do Ceará, bem como a distribuição para os blocos de financiamento e o cumprimento da emenda constitucional 29 pela esfera estadual em questão. Realizou-se uma pesquisa documental, descritiva com abordagem quantitativa e retrospectiva, utilizando-se de dados secundários de domínio público, através do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) e pelo site do Fundo Nacional de Saúde, com informações referentes aos anos de 2015 a 2018. Quanto a alocação de recursos o Ceará expôs um crescimento gradual ao longo dos anos estudados, e ao mesmo tempo o cumprimento da EC 29 pela esfera. A designação do pecúlio para os blocos de investimento demonstrou uma grande disparidade de alocação entre eles, ficando o bloco de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar com grande parte das verbas alocadas para o sistema. A discrepância entre os blocos de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar e o bloco de atenção básica sugere que o modelo central da saúde pública continua sendo hospitalecêntrico. Conclui-se a necessidade de fomentar novos estudos e discussões acerca do assunto, visando sempre garantir que os princípios instituídos constitucionalmente sejam cumpridos. Percebe-se a disparidade de alocação de recursos, com um distanciamento da promoção e prevenção de saúde.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde. Financiamento Governamental. Investimentos em Saúde.

ABSTRACT

The Health Unic System is an important achievement, however, in recent years it has suffered to remain, with financing being one of the factors that most interferes in the development of the system. The objective of this research was to highlight the percentage of resources actually allocated to public health in the state of Ceará, as well as the distribution to the financing blocks and compliance with constitutional amendment 29 by the state sphere in question. A quantitative and retrospective descriptive documentary survey was conducted using data from public opinion events, through the Public Health Information System (SIOPS) and the National Health Fund website, with information linking the years from 2015 to 2018. Regarding the allocation of resources, Ceará exhibited a gradual increase over the years studied, while at the same time the fulfillment of the EC 29 by the sphere. The designation of pecuniary for the investment blocks dismantled a great disparity of allocation between them, leaving the block of medium and high complexity outpatient and hospital with a large part of the funds allocated to the system, the discrepancy between blocks of medium and high complexity outpatient and hospital care and the basic attention block, the central model of public health continues to be hospital-centered. It concludes the need to encourage new studies and discussions about the subject, always aiming to ensure that the constitutionally established principles are fulfilled. It is perceived the disparity of resource allocation, with a distancing of health promotion and prevention.

Keyword: Health Unic System. Government Financing. Investments in Health.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Dados informados referentes a porcentagem da receita de impostos destinada a saúde pelo o estado do Ceará nos anos de 2015 a 2018, mediante dados declarados no SIOPS.....	14
--	----

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Investimento em saúde no Ceará nos anos de 2015 a 2018.....	14
Gráfico 2 - Distribuição do percentual de investimento total do gráfico 1 nos anos de 2015 a 2018, para os blocos de financiamento da saúde.....	15
Gráfico 3 – Comparativo entre o investimento no bloco de Média e Alta Complexidade e o bloco de Atenção Básica, nos anos de 2015 a 2018.....	16

LISTA DE SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
CEBES	Centro Brasileiro de Estudo de Saúde
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
COFINS	Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social
EC	Emenda Constitucional
FNS	Fundo Nacional de Saúde
ICMS	Impostos Sobre Circulação de Mercadoria e Serviços
IPI	Imposto Sobre Produtos Industrializados
IPTU	Imposto Predial e Territorial Urbano
IPVA	Imposto Sobre a Propriedade de Veículos Automotores
IRPF	Imposto de Renda Pessoa Física
ISS	Imposto sobre Serviço
OMS	Organização Mundial da Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	11
2. METODOLOGIA.....	13
3. RESULTADOS	14
4. DISCUSSÃO	17
5. CONCLUSÃO.....	21
REFERÊNCIAS	22

1. INTRODUÇÃO

Os movimentos sociais na década de 70 intensificaram-se desencadeando reflexões. No cenário político o regime ditatorial sofria pressões dos movimentos pela redemocratização, pelos direitos civis, dignidade e cidadania. Nesse contexto foi desenvolvida a Reforma Sanitária Brasileira (RSB) que propunha a instalação de um Sistema Único de Saúde (SUS) democrático, descentralizado e com responsabilidades estabelecidas para as três esferas governamentais, objetivando a melhoria da situação de saúde e das condições de vida da população (PAIM e TEIXEIRA, 2007; SILVA e ROTTA, 2012).

A promulgação da constituição em 1988, denominada constituição cidadã, representou um marco na gestão de saúde. A lei orgânica de saúde 8.080/90 teve como objetivo auxiliar a implantação do novo sistema e já trazia o financiamento da saúde como de responsabilidade das três esferas de gestão, feito de forma indireta por meio da arrecadação de tributos da sociedade em geral. A Lei 8.142/90 complementava a anterior definindo os critérios de repasses federais para os municípios através dos blocos de financiamento (FRAZÃO e NARVAI, 2009).

Pela emenda constitucional nº 29/2000 foi estabelecido um valor mínimo constitucionalmente para o investimento no sistema, até então o SUS era vilipendiado diante de políticas macroeconômicas restritivas adotadas pelos governos. É fundamental que os investimentos no SUS acompanhem o patamar de custos condizente para a superação dos vazios sanitários e das desigualdades setoriais e regionais que ainda permeiam os serviços públicos de saúde (SANTOS, 2016; MENDES e WEILLER, 2015).

A aprovação da emenda Constitucional nº 95/2016 estabeleceu um teto rigoroso para as despesas públicas primárias por meio do congelamento dos investimentos voltados para a educação, saúde, obras e segurança, priorizando o crescimento em detrimento do desenvolvimento, impondo críticos sacrifícios para o país na prestação dos serviços à população, deixando a nação durante 20 anos submissa ao retrocesso (NOCE e CLARK, 2017).

Em se tratando do setor privado de saúde o mesmo vem se estabelecendo de forma crescente no país, uma das razões que fortalece isso é o subsídio fiscal. Desde 1966 o setor privado de saúde recebe um financiamento indireto dos cofres públicos por meio da renúncia fiscal (RODRIGUES, 2016).

Nos últimos anos o país deu um grande passo em desenvolvimento, diminuindo a miséria da população, saindo do mapa da fome mundial e ampliando o acesso e a dimensão em saúde pública. Apesar disso ainda há necessidade por mais melhorias, especialmente quando se fala em SUS, o sistema sofre para persistir e sobreviver às políticas advindas dos últimos governos federais, que resultaram no desfinanciamento federal e no investimento em terceirização atingindo bruscamente a saúde pública (SANTOS, 2016).

Imerso em um grave contexto de crise econômica, fiscal e política, o governo brasileiro necessita encontrar saídas para o quadro atual que se evidencia desfavorável para o sistema de saúde, devemos aprofundar o debate sobre o papel dos poderes públicos no domínio socioeconômico e sobre a destinação de cargas tributárias, visando o fortalecimento das áreas da saúde (NOCE e CLARK, 2017).

O SUS é uma conquista importante que deve ser protegida e fomentada pelos conselhos de classe, profissionais de saúde e sociedade civil, os recursos para manutenção das políticas públicas de saúde não podem ser discutidos de forma irresponsável e aleatória, gerando instabilidade.

Nessa perspectiva e tendo em vista a importância de estimular a constante reavaliação das políticas públicas de saúde o objetivo desta pesquisa é evidenciar o custeio em saúde pública no estado do Ceará nos últimos quatro anos, a destinação do pecúlio para os blocos de financiamento, bem como o cumprimento da emenda constitucional 29/2000 por parte da esfera estadual, propondo uma reflexão sobre as repercursões para a saúde.

2. METODOLOGIA

O presente estudo caracteriza-se como uma pesquisa descritiva, documental com abordagem quantitativa, retrospectiva e transversal.

Como critérios de inclusão foram utilizados apenas dados referentes aos anos de 2015, 2016, 2017 e 2018, o pecúlio de investimento em saúde, o cumprimento da EC 29/2000 por parte da esfera estadual, e o pecúlio de investimento nos blocos de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, assistência farmacêutica, atenção básica, vigilância em saúde, gestão do sus, investimento. Foram excluídos do estudo quaisquer dados referentes a outros setores e blocos de financiamentos, e dados que não competem a esfera estadual.

O período de realização da pesquisa decorreu entre os meses de dezembro de 2018 a junho de 2019, tendo a coleta de dados realizada no período de janeiro a março de 2019.

A busca de dados utilizou-se de plataformas governamentais de acesso público, referentes ao estado do Ceará entre os anos de 2015 a 2018. Os dados referentes a participação da receita própria aplicada em Saúde por parte do estado foram coletados através do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), pelo site <http://siops.datasus.gov.br>. O indicador é calculado em conformidade com a Emenda Constitucional nº 29 de 2000 e a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 322, de 08 de maio de 2003, pela metodologia adotada pela equipe responsável pelo SIOPS. Os dados referentes ao investimento em saúde no Ceará e a distribuição por blocos de financiamento foram obtidos através do Fundo Nacional de Saúde (FNS) no site <http://portalfns.saude.gov.br/>.

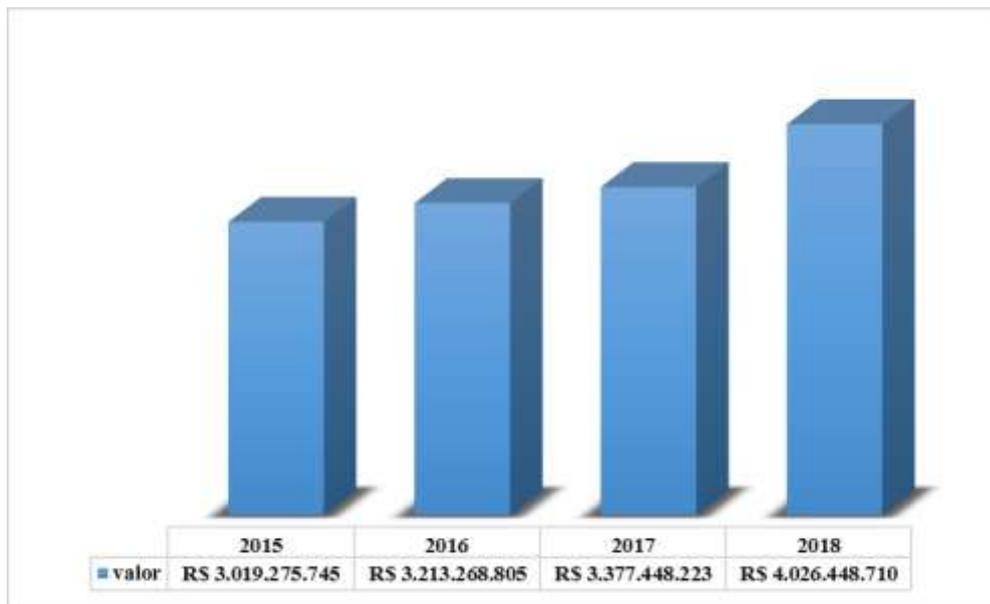
Os dados foram compilados em Microsoft Excel®, analisados e apresentados de maneira descritiva em tabelas e gráficos.

Com o objetivo de identificar o crescimento no investimento em saúde no estado do Ceará foi utilizado o cálculo de porcentagem entre os anos do estudo, e entre o investimento total e o repasse para os blocos de financiamento. Afim de ressaltar a discrepância entre o bloco de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar e atenção básica foi utilizado um gráfico comparativo.

3. RESULTADOS

O gráfico 1 exibe que nos anos evidenciados é perceptível um aumento gradual no investimento, ocorrendo um acréscimo de 6,43 % em 2016 comparado ao ano anterior. Em 2017, o acréscimo de 5,11% da verba investida em 2016 e já em 2018, o aumento foi consideravelmente alto em comparação ao padrão de investimento dos anos anteriores apresentando um acréscimo de 19,22% acima do pecúlio investido em 2017.

Gráfico 1. Investimento em saúde no Ceará nos anos de 2015 a 2018.



Fonte: Elaboração própria, dados da pesquisa 2019.

A tabela 1 apresenta o percentual da receita própria de impostos destinada a saúde onde a média ficou em 14,53%, sendo que o ano de 2016 foi o de menor investimento tributário em relação aos 4 anos evidenciados. A tabela demonstra o cumprimento da EC 29 pelo estado nos anos estudados.

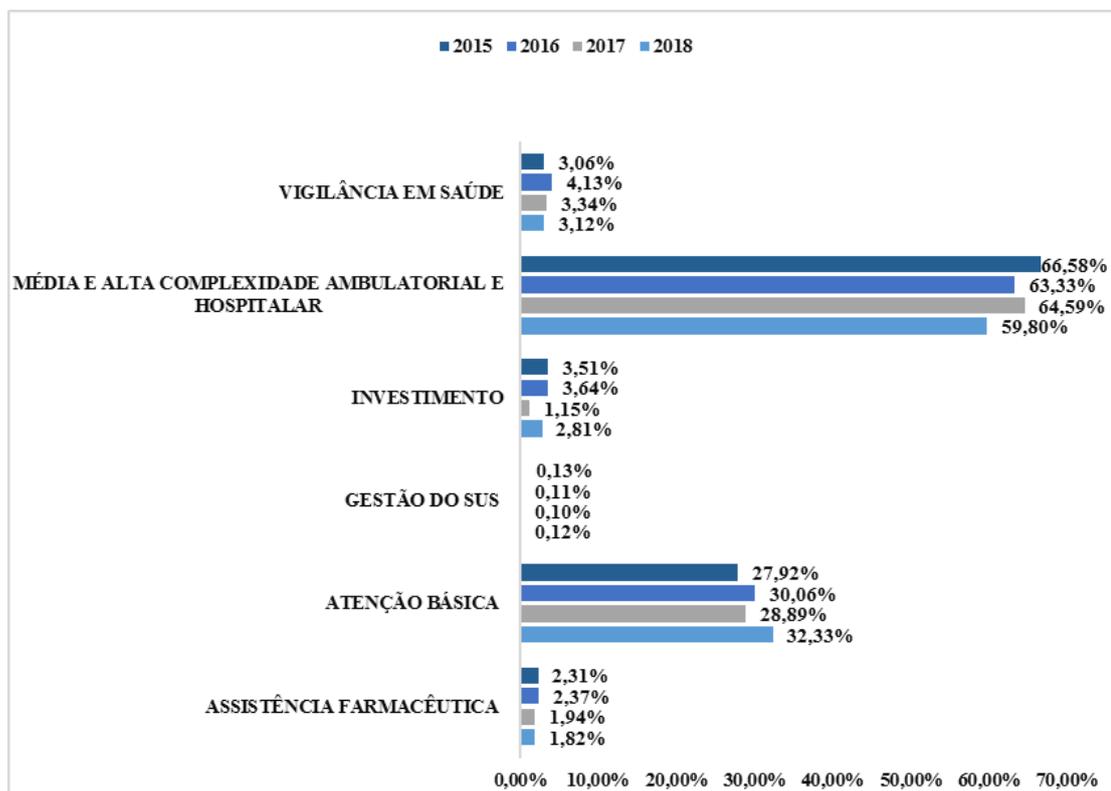
Tabela 1. Dados informados referentes a porcentagem da receita de impostos destinada a saúde pelo o estado do Ceará nos anos de 2015 a 2018, mediante dados declarados no SIOPS.

Ano	Porcentagem
2015	14,25%
2016	13,79%
2017	14,65%
2018	15,44%

Fonte: Elaboração própria com dados obtidos do SIOPS 2019.

O gráfico 2 ilustra que blocos de financiamento que apresentaram maior investimento foram média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar e atenção básica. O bloco de gestão do SUS evidenciou-se como o de menor destinação da verba em todos os anos do estudo. No ano de 2017 é perceptível um declínio de investimento em 5 dos blocos, e aumento apenas em 1 em comparativo com o ano anterior, sendo o bloco de investimento o que apresentou maior declínio. O bloco de assistência farmacêutica apresentou uma menor destinação da verba no ano de 2018, evidenciando um declínio progressivo a cada ano, já o bloco de atenção básica exibiu um aumento gradual no percentual com declínio apenas no ano de 2017. Os demais blocos apresentaram oscilações em todos os anos evidenciados.

Gráfico 2. Distribuição do percentual de investimento total do gráfico 1 nos anos de 2015 a 2018, para os blocos de financiamento da Saúde.



Fonte: Elaboração própria, dados da pesquisa 2019.

O gráfico 3 faz um comparativo entre os blocos de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar e atenção básica, onde observou-se a progressividade no aumento do financiamento em todos os anos de ambos os blocos, assim como a notória disparidade entre eles.

Gráfico 3. Comparativo entre o investimento no bloco de Média e Alta Complexidade e o Bloco de Atenção Básica, nos anos de 2015 a 2018.



Fonte: Elaboração própria, dados da pesquisa 2019.

4. DISCUSSÃO

É fundamental o acesso da população a informação sobre o uso de recursos públicos. Com base nesta problemática, avaliar o financiamento explicitando os gastos tributários com a saúde, destacando a relevância dos valores investidos pelo estado no orçamento público no setor da saúde pública são de grande valia. Nesse contexto, através da análise do financiamento do SUS no Estado do Ceará foi possível destacar e compreender onde estão sendo aplicados os investimentos que são designados pelas três esferas governamentais. O estado do Ceará nos últimos quatro anos apresentou um crescimento gradual e significativo no investimento em saúde pública (PAES, 2014).

Nesse sentido os processos que percorreram e influenciaram esse fortalecimento econômico do estado podem ser notados ao voltarmos o olhar para a transição política que o país percorreu após o fim da ditadura militar. Tal transição desencadeou-se com o início às políticas neoliberais no país, instituídas no governo de Fernando Collor, seguidas dos esforços à estabilização da inflação e dos conflitos derivados de instabilidade política com Itamar Franco no poder, culminando com a consolidação do plano Real e a expansão nacional de reestruturação produtiva, gerando o fortalecimento da moeda nacional sob o comando de Fernando Henrique Cardoso. Nos governos que se seguiram viu-se a consolidação do neoliberalismo centrado em ideais capitalistas o que fortaleceu a economia brasileira e proporcionou um avanço no crescimento do país (MAIA, 2016).

Outro fator que respalda o aumento da destinação de verba é que o Brasil é um dos países que mais arrecada tributos no mundo, taxas e contribuições para financiar as atividades que se encontram sob sua responsabilidade, fazendo com que o Produto Interno Bruto (PIB) alcance novos patamares a cada ano. Os trabalhadores assalariados e as classes de menor poder aquisitivo são os responsáveis por 61% das receitas arrecadadas. Os principais tributos que participam do financiamento do SUS são: Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS), Imposto Sobre Produtos Industrializados (IPI), Impostos Sobre Circulação de Mercadoria e Serviços (ICMS), Imposto sobre Serviço (ISS), Imposto de Renda Pessoa Física (IRPF), Imposto Predial e Territorial Urbano (IPTU) e Imposto Sobre a Propriedade de Veículos Automotores (IPVA), que são responsáveis por 70% do financiamento público do sistema de saúde, os 30% restantes são do Orçamento da Seguridade Social, créditos adicionais, doações de organizações internacionais vinculadas à Organização das Nações Unidas e de entidades de cooperação técnica (ALICIA e UGÁ, 2006; LAZZARI, 2003).

O presente estudo explicita também o cumprimento da EC 29 pela esfera estadual em questão nos anos abordados, sendo tal cumprimento de fundamental importância para subsidiar as ações e serviços de saúde. A EC nº 29 busca assegurar os recursos mínimos para o financiamento público de saúde e que os estados entrem obrigatoriamente com participação no financiamento da saúde vinculada à sua receita tributária de 12% da sua receita de impostos. O seu não cumprimento acarreta por prejudicar a saúde dos cidadãos, tendo menção de que a diminuição da destinação da verba influencia diretamente nos setores de atenção e cuidado a saúde, que por não apresentarem recursos suficientes para se manter de forma apropriada acabam por deixar a população desassistida (LAZZARI, 2003; MARQUES e MENDES, 2005).

Diante dos achados discutidos anteriormente, foi possível observar o crescimento do recurso investido e o cumprimento da EC 29, o que supostamente definiria uma melhora da qualidade da saúde pública no estado do Ceará, no entanto, o processo é complexo tendo em vista que a dinâmica que envolve o financiamento não depende somente do pecúlio, mas também da gestão. Um financiamento bem definido sempre foi um problema para os investimentos à cobertura assistencial e às demais ações do SUS, o que nos leva aos seguintes questionamentos: O problema está na verba? Ou na forma de distribuição? (LAZZARI, 2003).

Quanto a distribuição dos recursos, o bloco que apresentou maior concentração de recursos no Ceará nos últimos anos tem sido o de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, ficando o menor investimento no bloco de gestão do SUS, seguido pelos demais: atenção básica, investimento, vigilância em saúde, e assistência farmacêutica. A baixa destinação de verbas aos setores de saúde supracitados pode ser considerada um agravamento a situação de saúde da população, contribuindo para ineficiência da atenção básica e consequentemente para o aumento da demanda da média e alta complexidade, gerando assim maiores despesas para o sistema.

Corroborando com o explicitado e tendo em vista os recursos destinados ao Bloco de Gestão do SUS, resultados encontrados em um estudo realizado em Quixadá-CE, no qual avaliou o acolhimento de uma Unidade Básica de Saúde (UBS), evidenciou-se a falta de humanização e postura como o grande desafio por parte dos profissionais, em destaque aqueles que prestam o primeiro atendimento, na maioria das vezes deixando de atender as expectativas de quem procura os serviços da UBS, estabelecendo a insuficiência de ações de educação permanente que viabilize e prepare os profissionais para o acolhimento. O acolhimento é uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH) da Atenção e

da Gestão em Saúde no SUS, sendo necessário que os gestores propiciem capacitação e aprimoramento para os profissionais que muitas vezes desconhecem (NOBRE et al., 2016).

Questiona-se nesse ponto, que se depositando a atenção para os níveis de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar e deixando os demais blocos em uma situação onde os poucos recursos destinados são insuficientes para gerir adequadamente os setores, é mesmo a melhor solução? Dados obtidos em uma população de vulnerabilidade de uma comunidade em Fortaleza-CE trouxe resultados de fragilidade nas ações intersetoriais. A deficiência de segurança, iluminação pública, saneamento básico, e insuficiência no recolhimento de lixo, se destacaram como fatores que contribuem para o adoecimento das pessoas. Um fator que pode estar contribuindo para os fatos apresentados pode ser justamente o baixo percentual de recursos destinados para os setores de investimento, vigilância em saúde e gestão do SUS, setores esses responsáveis pelo gerenciamento dos fatores determinantes e condicionantes da saúde e pela redução das iniquidades sociais, causando assim uma demanda para o SUS de maiores ações de prevenção e promoção de saúde previstas no Bloco da Atenção Básica (SOUSA et al., 2017).

O comparativo entre os blocos de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar e atenção básica evidenciou uma disparidade, o que pode ser considerado um perceptível déficit na alocação dos recursos ou a falta de destinação de verba suficiente para suprir ambos. A inversão da pirâmide populacional e a mudança do perfil epidemiológico de doenças predominantemente agudas para doenças crônicas, contribuindo com a ideia da necessidade de ampliação da atenção básica, traz uma demanda de que haja um maior investimento no bloco da Atenção Básica, para dar suporte e qualidade de vida a todos os brasileiros que convivem com doenças crônicas (DUNCAN et al., 2012; ESKINAZI et al., 2011).

A justificativa para que a maior destinação dos recursos esteja centrada em média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, está atrelada ao fato de que o sistema ainda não conseguiu alterar o modelo de saúde atribuído pelo SUS que visa uma maior promoção, prevenção da saúde, estando ainda centrado em um padrão de atenção hospitalecêntrico, padrão esse que exige serviços especializados de excelência e grande aporte tecnológico, tornando-se justificável o alto custo ainda empregado no bloco. Contudo com o que já foi ratificado é necessário um aumento no suporte econômico do SUS para que possa ser condizente com seus princípios, e suprir as novas demandas do sistema (JÚNIOR e MENDES, 2015).

Embora a maioria dos estudos demonstre a necessidade de maior investimento na atenção básica, a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) publicada em setembro de 2017, possibilita uma extensa flexibilidade de escolha aos gestores, sendo um ponto positivo para responder as demandas, mas em contraponto inclui a transferência de recursos necessários e a participação popular à autonomia dos gestores, ameaçando assim os direitos sociais e o financiamento. Em uma nota conjunta a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES) e a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) apontaram que a nova PNAB poderia acarretar em perda de recursos da Atenção Básica o que dificultará mais ainda o crescimento do bloco (MOROSINI, FONSECA e LIMA, 2018).

Com tudo isso a falta de suporte do SUS em atender as novas demandas da população influencia na migração para a saúde privada. Malta et al., (2017) demonstrou a adesão dos brasileiros aos planos de saúde, que já ultrapassam cerca de 56 milhões de pessoas em 2013, o que corresponde a 27,9% dos brasileiros. Um elemento que também contribui para o crescimento dos planos é que a constituição designa a assistência privada à saúde como livre de encargos tributários, favorecendo os lucros das grandes operadoras de saúde por meio da renúncia fiscal, que ao prover o favorecimento de atividades econômicas lucrativas e o crescimento das grandes empresas de planos de saúde, desfavorece o sistema público de saúde. O governo abre mão de arrecadar recursos que poderiam financiar o SUS realizando um pagamento indireto e provendo a supervalorização da saúde privada. Uma situação alarmante já que apenas a Índia, entre as dez maiores economias do mundo, superava o Brasil em gastos privados em saúde de acordo com estatísticas da Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2013. Os Estados Unidos é o país que tem o maior mercado privado de saúde no mundo e mesmo assim o investimento público em saúde supera o nosso (OCKÉ-REIS, 2014; RODRIGUES, 2016).

As investidas contra o SUS vem dificultando ainda mais o seu crescimento. Além do sistema governamental favorecer o sistema privado, recentemente a EC nº 95/2016 estabeleceu um teto rigoroso das despesas primárias de saúde que vigorará por vinte exercícios financeiros, estabelecendo assim uma proposta de apenas crescimento modernizante, vetando a possibilidade de desenvolvimento. O ministro da saúde Ricardo Barros, declarou à imprensa em uma de suas entrevistas, que seria viável rever o tamanho do SUS, pois com a crise pela qual o país passava não haveria possibilidade de conseguir sustentar o nível de direitos que a Constituição determina (SANTOS, 2016; NOCE e CLARK, 2017).

5. CONCLUSÃO

As transformações que o Brasil tem passado nos últimos anos com mudanças na política, economia, demografia, epidemiologia, entre outros setores acabaram por impactar nas condições de saúde da população, gerando demandas e repercussões no financiamento destinado a saúde. As formas de financiamento das políticas públicas implementadas levaram a concentração dos recursos que por sua vez foram agravadas tanto por questões socioculturais quanto econômicas.

É necessário entender que o pecúlio que é alocado para a saúde não se constitui como um gasto, mas como um investimento. Cada setor seja ele, federal, estadual ou municipal tem responsabilidades para prover o bem-estar da população, de modo a atuar na revisão dos mecanismos de renúncia fiscal e outras formas de financiamento público ao setor de saúde e reforçar o papel da regulação estatal, com foco por trazer toda a garantia possível de uma saúde pública boa e de qualidade para todos.

No país que nomeia seu sistema de saúde como “único” e que a constituição garante aos seus cidadãos saúde pública, é um contraste que a saúde privada venha se estabelecendo de forma tão crescente. Poucos países possuem um sistema de saúde pública tão bem desenhado no papel, no entanto não consegue desempenhar isso de maneira efetiva.

As novas demandas do SUS deixam evidentes que há a necessidade de maior investimento em todos os blocos de financiamento, visando garantir aporte para execução de mais ações de saúde. Embora o estudo demonstre que o financiamento tem alcançado um novo patamar a cada ano estudado, ainda é inegável que o mesmo precisa de maior investimento financeiro para realizar o que se propõe constitucionalmente. É necessário frisar que o financiamento do SUS é algo complexo e que é preciso fomentar discussões entre os órgãos governamentais e os conselhos de classe, profissionais de saúde e sociedade civil para que sejam desenvolvidos mais estudos sobre as condições do SUS e o seu financiamento afim de se instituir uma nova visão sobre o que é possível fazer para subsidiar ações de melhorias para a população e garantir o que foi instituído constitucionalmente.

REFERÊNCIAS

- ALICIA, M.; UGÁ, D. Uma análise da progressividade do financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 8, p. 1597–1609, 2006.
- CHAVES, S. C. L. et al. Política de Saúde Bucal no Brasil 2003-2014: cenário, propostas, ações e resultados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 6, p. 1791–1803, 2017.
- DUNCAN, B.B., et al. Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Rev Saúde Pública**, vol. 46(Supl), p.126-134, 2012.
- ESKINAZI, F.M.V. et al. Envelhecimento e a Epidemia da Obesidade. **UNOPAR Cient Ciênc Biol Saúde**, vol.13(Esp), p.295-298, 2011.
- FRAZÃO, P.; NARVAI, P. C. Saúde bucal no Sistema Único de Saúde: 20 anos de lutas por uma política pública. **Saude em Debate**, v. 33, n. 81, p. 64–71, 2009.
- JÚNIOR, A. P.; MENDES, À. O Fundo Nacional de Saúde e a Prioridade da Média e Alta Complexidade. **Argumentum**, v. 7, p. 161–177, 2015.
- KORNIS, G. E. M.; MAIA, L. S.; FORTUNA, R. F. P. Evolução do financiamento da atenção à saúde bucal no SUS: Uma análise do processo de reorganização assistencial frente aos incentivos federais. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 21, n. 1, p. 197–215, 2011.
- LAZZARI, J. B. Fontes de Financiamento do Sistema Único de Saúde. **Revista de Direito Sanitário**, v. 4, n. 1, p. 76–84, 2003.
- MAIA, L. A PEC 55 e o neoliberalismo discricionário no Brasil. **Revista Despierta**, v. 3, n. 3, p. 52–76, 2016.
- MARQUES, R. M.; MENDES, Á. Os dilemas do financiamento do SUS no interior da seguridade social. **Economia e Sociedade**, v. 14, n. 24, p. 159–175, 2005.
- MENDES, Á.; WEILLER, J. A. B. Renúncia fiscal (gasto tributário) em saúde: repercussões sobre o financiamento do SUS. **Saúde em Debate**, v. 39, n. 105, p. 491–505, 2015.
- MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**, v. 42, p. 11–24, 2018.
- NOCE, U. A.; CLARK, G. A Emenda Constitucional N° 95/2016 e a evolução da ideologia constitucionalmente adotada. **Journal of Institutional Studies** 2, v. 3, n. 2, 2017.
- NOBRE, J. P. DA S. et al. A percepção dos trabalhadores de saúde sobre o acolhimento no contexto da atenção básica. **Revista Expressão Católica (Saúde)**, v. 1, n. 1, p. 13–23, 2016.
- OCKÉ-REIS, C. O. Qual é a magnitude do gasto tributário em saúde? **Boletim de Análise Político-Institucional**, p. 71–76, 2014.

PAES, N. L. Os gastos tributários e seus impactos sobre o desempenho da saúde e da educação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 4, p. 1245–1253, 2014.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde : problemas e desafios. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 12, n. (sup), p. 1819–1830, 2007.

RODRIGUES, P. H. A. Os `donos´ do SUS. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, v. 10, n. 4, 2016.

SANTOS, I. S. A solução para o SUS não é um Brazilcare. **RECIIS – Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde**, v. 10, n. 3, p. 1–10, 2016.

SILVA, C. L.; ROTTA, C. V. O dilema da universalidade e financiamento público do Sistema Único de Saúde no Brasil. **Textos & Contextos**, v. 11, n. 2, p. 333–345, 2012.

SOUSA, I. V. et al. Diagnóstico participativo para identificação de problemas de saúde em comunidade em situação de vulnerabilidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 22, p. 3945–3954, 2017.