

6. O financiamento do SUS na esfera estadual de governo o estado do Rio de Janeiro

Maria Alicia D. Ugá
Silvia Marta Porto
Isabela Soares Santos
Francisco Viacava

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

UGÁ, M.A.D., *et al.* O financiamento do SUS na esfera estadual de governo: o estado do Rio de Janeiro. In: UGÁ, M.A.D., *et al.*, (orgs.). *A gestão do SUS no âmbito estadual: o caso do Rio de Janeiro* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010, pp. 147-168. ISBN: 978-85-7541-592-4. Available from: doi: [10.7476/9788575415924.0008](https://doi.org/10.7476/9788575415924.0008). Also available in ePUB from: <http://books.scielo.org/id/c2hxb/epub/uga-9788575415924.epub>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

O FINANCIAMENTO DO SUS NA ESFERA ESTADUAL DE GOVERNO: O ESTADO DO RIO DE JANEIRO

6

Maria Alicia D. Ugá
Sílvia Marta Porto
Isabela Soares Santos
Francisco Viacava

Este capítulo aborda o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) na esfera estadual de governo e, particularmente, analisa, a partir de microdados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Pnad/IBGE) 1998 e 2003, o sistema de financiamento por meio do qual se deu a utilização de serviços de saúde no estado do Rio de Janeiro: se pelo SUS, financiado através de tributos; ou se através de planos de saúde e financiado por prêmios pagos por beneficiários e/ou seus empregadores; ou, finalmente, se mediante a compra direta de serviços (pagamento direto no ato da utilização de serviços).

Na primeira seção é discutida a temática do financiamento do SUS na esfera estadual e o papel das transferências intergovernamentais – dentre estas, particularmente as transferências no âmbito da saúde – nas receitas do estado do Rio de Janeiro e nos municípios que o compõem.

Na segunda seção é feita uma análise quantitativa sobre a participação de cada sistema de financiamento (público, privado através de planos e seguros de saúde e privado mediante pagamento direto na compra de bens e serviços de saúde) na utilização de serviços no estado do Rio de Janeiro.

Finalmente, na última seção é feita a discussão sobre o tema.

O FINANCIAMENTO DO SUS NA ESFERA ESTADUAL DE GOVERNO

A instituição pela Constituição Federal de 1988 (CF88) do acesso universal à saúde, enquanto um direito inerente à cidadania, foi acompanhada pela inserção do SUS no Sistema de Seguridade Social e também pelo financiamento do SUS no Orçamento da Seguridade Social (OSS). Dessa forma, em nível federal, foram contempladas fontes de recursos específicas ao OSS, das quais derivariam recursos para a saúde.

O OSS incorporou (sem vincular fontes para cada área específica) tributos previamente existentes (contribuições sobre folha de salários pagas pelas empresas e os trabalhadores,

Contribuições Sobre o Lucro Líquido (CSLL) e sobre o faturamento – contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins)) e fontes novas, tais como a contribuição sobre o lucro líquido – CSLL. Ainda, ampliou-se a base de incidência de tributos já existentes (como a do antigo Fundo de Investimento Social (Finsocial), atual Cofins). Cabe destacar que, tendo em vista que a saúde passou a ser um direito do cidadão, para além das fontes pertencentes ao OSS, previu-se a participação de receita fiscal no financiamento do sistema toda vez que necessário, de forma a garantir esse direito.

Entretanto, alguns desvios em relação aos preceitos constitucionais que regem o financiamento da seguridade social e, ainda, problemas específicos do financiamento do setor saúde frente ao ajuste fiscal (Ugá & Marques, 2005) fizeram com que o Ministério da Saúde enfrentasse um longo processo no Congresso Nacional para aprovar um tributo adicional, vinculado à saúde (e, posteriormente, também à previdência e à assistência social): o Imposto Provisório sobre Movimentação Financeira (IPMF) – depois Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) –, que vigorou de 1997 até dezembro de 2007.

No que diz respeito ao financiamento do SUS nas esferas estadual e municipal, a CF88 não estabeleceu fontes específicas nem vinculações em termos do montante das receitas provenientes dos tesouros estaduais e municipais que deveria corresponder à saúde.

Somente a partir da Emenda Constitucional 29 (EC-29) – aprovada em 2000 – estabeleceu-se que os municípios deviam destinar, até 2004, como percentual mínimo para o gasto próprio com saúde, 15% da sua receita; por sua vez, os estados e Distrito Federal deviam alocar à saúde, no mínimo, 12% da sua receita.

A Participação das Três Esferas do Governo no Financiamento do SUS

Até meados da década de 1990, o gasto público em saúde guardava a característica do período prévio à CF88, marcado por uma forte centralização do sistema de saúde – e do seu financiamento – em nível federal. Assim, a despeito do processo de descentralização tributária introduzido pela nova Carta Constitucional, que não só ampliou a competência tributária de estados e municípios como elevou o nível das transferências de tributos federais às esferas subnacionais de governo, o nível federal continuava em 1990 com aproximadamente a mesma participação do gasto público em saúde do que nos anos 80, responsabilizando-se por nada menos que 73% dessa despesa. Ao longo dos anos 90, se observou uma ligeira diminuição da participação do governo central nesse gasto, devida fundamentalmente ao papel mais ativo exercido pelos municípios, como se observa na Tabela 1, a seguir.

Tabela 1 – Distribuição percentual da participação das esferas de governo no gasto público em saúde. Brasil – 1980 –2003

ESFERA	1980	1990	1992	1993	2003
Federal	75	73	68	72	51
Estadual	18	15	14	12	23
Municipal	7	12	18	16	26

Fonte: Ugá e Porto (2008).

Mas é a partir do final da década de 1990 e, principalmente, a partir da implementação da EC-29, que aumentou a participação das esferas infranacionais no financiamento setorial. Em 2003, os municípios já estavam assumindo 26% do gasto público em saúde, enquanto os estados, que, diferentemente, haviam diminuído nos anos 90 sua participação percentual no financiamento público da saúde (muito provavelmente devido à retração do seu papel na gestão do SUS a partir da Norma Operacional Básica do SUS (NOB-91), resgatado a partir da NOB-96), retomam seu protagonismo no financiamento do SUS, participando com 23% dos recursos. Em contrapartida, o impacto da EC-29 sobre o volume de recursos alocados para a saúde pela esfera federal de governo não foi muito significativo, tendo em vista as pequenas taxas de crescimento do Produto Interno Bruto (PIB) observadas no período (Barros, 2003). Assim, a União – que, em 1980, se responsabilizava por 75% do financiamento do sistema público de saúde – passou a assumir, em 2003, apenas 51% do financiamento do SUS.

Relações Federativas e as Receitas Estaduais

A tônica da reforma tributária introduzida no novo texto constitucional de 1988 foi principalmente a da descentralização da receita tributária – fundamentalmente por meio de transferências diretas e automáticas – e a do fortalecimento do município enquanto esfera de governo. Assim, se por um lado, a competência da arrecadação tributária manteve-se predominante na esfera federal (ainda que tenham aumentado as das esferas infranacionais), os sistemas de partilha dos tributos, através de transferências diretas e automáticas, reforçaram a descentralização das receitas disponíveis; por outro lado, os municípios se tornaram entes federativos com competência tributária própria, e não mais apenas com capacidade tributária delegada pelo governo estadual (Santos, 2008).

No que diz respeito aos estados, competem-lhes, segundo a CF88, os seguintes tributos:

- O Imposto sobre a Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS), que é o antigo Imposto sobre a Circulação de Mercadorias (ICM) acrescido de dois impostos únicos da prestação de serviços de comunicação e de transporte interestadual e intermunicipal, que eram da competência da União;
- O Imposto sobre a Transmissão causa Mortis e por Doação de quaisquer Bens e Direitos (ITD), que corresponde a um imposto sobre heranças;

- O Imposto sobre a propriedade de Veículos Automotores (IPVA);
- Uma participação de 5% no Imposto de Renda (IR) incidente sobre rendimentos de capital – inclusive lucros – devido à União, adicional a este.

Além desses impostos próprios, os estados viram-se beneficiados com um aumento das transferências constitucionais diretas de tributos federais, através do Fundo de Participação dos Estados (FPE), que passou a reter 21,5% do IR e do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) arrecadados pela União – em vez de 14%, como antes de 1988 –; ainda, 10% dos recursos do IPI passaram a ser redistribuídos àqueles estados que exportam produtos industriais, proporcionalmente ao valor dessas exportações. Por outro lado, no que concerne a estados de regiões pobres, beneficiários do Fundo Especial para Fomento às Regiões Pobres, passaram a receber, através dos bancos regionais de desenvolvimento, 4% (em vez de 3%) da arrecadação do IPI e do IR.

Entretanto, tendo em vista o aumento das transferências dos estados aos municípios, a disponibilidade final de recursos da esfera estadual de governo manteve-se praticamente igual (absorvendo em torno de 26% da arrecadação tributária global), sendo, portanto, os municípios os que mais ganharam com a reforma tributária, como se observa na Tabela 2.

Esse ‘privilegiamento’ da esfera municipal na partilha tributária corresponde ao fato de que, como afirma Santos (2008), a descentralização introduzida pela CF88 foi muito identificada com a ‘municipalização’ das obrigações do Estado, que transferiu grande parte da responsabilidade de execução de políticas aos municípios, mas deixou os estados com funções mal definidas, de cunho ‘cooperativo’ com os demais entes da federação.

Tabela 2 – Federalismo fiscal. Brasil – 2003

ESFERA DE GOVERNO	ARRECADAÇÃO PRÓPRIA	RECEITA DISPONÍVEL
União	68,7	59,0
Estados	26,5	24,9
Municípios	4,8	16,1
TOTAL	100,0	100,0

Fonte: Afonso (2004).

Dessa forma, como mostra Afonso (2004) os municípios foram os grandes beneficiários da reforma tributária introduzida pela CF88, tendo em vista que eles elevaram sua participação na receita disponível nacional de 11% para 17% nos dez primeiros anos de vigência desse sistema.

Entretanto, com as medidas introduzidas pelo governo federal a partir de meados dos anos 90, que criaram novas contribuições de competência federal não partilhadas com os estados e os municípios (como é o caso da CPMF, que vigorou até 2007) e/ou elevaram as alíquotas de contribuições federais já existentes, como é, por exem-

plo, o caso da Cofins e, ainda, com a Desvinculação das Receitas da União (DRU), que incide também sobre tributos partilhados através do Fundo de Participação dos Municípios (FPM) e FPE, houve um movimento de recentralização das receitas disponíveis, que fez com que a União, que detinha 56% da receita tributária disponível em 1996, passasse em 2004 a reter, segundo estimativas do mesmo autor, nada menos que 59,2% da mesma.

Em consequência, segundo dados da Confederação Nacional dos Municípios (CNM), quem mais se beneficiou do aumento da carga tributária do último decênio foi o nível central de governo, tendo em vista que “de cada real a mais pago pelo contribuinte desde 2004, 84 centavos ficaram com o governo federal” (Afonso, 2008).

As Transferências Intergovernamentais no Âmbito do SUS

As transferências de recursos no âmbito do SUS, bem como aquelas advindas do Fundo de Manutenção e Desenvolvimento do Ensino Fundamental e de Valorização do Magistério (Fundef) constituem fluxos denominados “redistributivos” segundo a definição de Prado (2003). O adjetivo ‘redistributivo’ não indica necessariamente uma redistribuição em favor das regiões menos favorecidas, mas o fato de que essas transferências não guardam proporcionalidade com as bases tributárias respectivas ao território da unidade federada.

Como apontado em Ugá *et al.* (2003), essas transferências da União a estados e municípios vieram sendo disciplinadas, desde 1991, por sucessivas normas operacionais do Ministério da Saúde. Partindo de uma situação de completa centralização do poder no nível central – que repassava recursos às esferas subnacionais predominantemente sob a forma de remuneração por serviços prestados – instituída pela NOB n. 1 de 1991, as normas que a sucederam foram ampliando progressivamente o teor descentralizador do sistema de transferências no âmbito do SUS.

O sistema que está atualmente em vigor foi delineado pela portaria GM/MS n. 204 (Brasil/MS, 2007), no âmbito do Pacto pela Saúde, instituído no ano anterior. Por causa dele, existem hoje, no âmbito do SUS, cinco grandes fluxos (ou ‘blocos’)¹ de recursos do governo federal para estados e municípios que, por sua vez, estão subdivididos em vários tipos de transferências financeiras, repassados fundo a fundo, em contas específicas, para os estados e municípios.

¹ Os cinco fluxos são: O Piso de Atenção Básica (PAB), compreendendo: uma parte fixa (calculada com base em um valor *per capita* multiplicado pelo tamanho da população) e uma parte variável, destinada ao estímulo financeiro à implementação de programas específicos (Programa de Agentes Comunitários, Programa de Saúde da Família, Programa de Combate às Carências Nutricionais, Ações Básicas de Vigilância Sanitária e Ações Básicas de Vigilância Epidemiológica e Ambiental); o bloco referente à atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, ao qual corresponde, por um lado, um teto financeiro para o financiamento dessas ações e, por outro, recursos que alimentam o Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação (Faec), para financiar procedimentos de alto custo e/ou complexidade; o bloco correspondente à Vigilância em Saúde; o bloco referente à assistência farmacêutica; e, finalmente, o bloco de recursos para gestão do SUS.

Quando analisado o sistema sob a perspectiva da descentralização, pode-se afirmar que, se, por um lado, existe um avanço derivado do fato de que, hoje, todas as transferências no âmbito do SUS são realizadas de forma global, fundo a fundo e são programadas de forma pactuada e integrada (através do plano de saúde), por outro, persiste a fragmentação das mesmas e o baixo poder discricionário do gestor na alocação de recursos entre programas e ações de saúde, tendo em vista que os recursos da conta referente a um 'bloco' não podem ser utilizados em ações e serviços inerentes a outro.

O Caso do Estado do Rio de Janeiro

O estado do Rio de Janeiro tem uma autonomia relativa bastante acentuada do ponto de vista de suas receitas próprias, que representaram, no período de 2005 a 2007, em média mais de 90% das receitas correntes, como se observa na Tabela 3.

Tabela 3 - Execução orçamentária da receita (em R\$ mil correntes). Estado do Rio de Janeiro - 2005-2007

CATEGORIA	2005	2006	2007
RECEITAS CORRENTES	29.583.016	33.305.424	34.722.694
Impostos e taxas	17.022.749	18.761.738	20.183.601
Contribuições	861.577	868.878	875.500
Receita patrimonial	75.936.523	7.146.792	6.306.140
Receita agropecuária	229	31	42
Receita industrial	47.919	53.603	53.511
Receita de serviços	2.361.198	2.544.573	2.532.220
Transferências	2.760.557	3.032.768	3.158.786
Outras receitas	592.265	897.041	1.612.894
RECEITAS DE CAPITAL	738.067	835.952	358.444
Operações de crédito	280.750	352.734	163.674
Receita de privatizações	354.562	228.728	768
Amortização empréstimos	-	104.187	99.260
Transferências de capital	25.611	12.891	94.505
Outras Receitas	77.144	137.412	1.402.617
RECEITA TOTAL	30.321.083	34.141.377	36.483.518

Fonte: Estado do Rio de Janeiro/Secretaria de Fazenda (2007).

No estado do Rio de Janeiro, o principal imposto é, sem dúvida, o ICMS que participa com 77% das receitas próprias, no período.

No caso deste estado da federação, as transferências oriundas do governo federal não foram significativas, representando em média apenas 10%, aproximadamente, das receitas correntes.

As principais transferências recebidas pelo governo do estado do Rio de Janeiro em 2007 correspondem ao Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação (Fundeb – Tabela 4). Em vigor desde o dia 1º de janeiro deste ano, por medida provisória, este novo Fundo, o Fundeb, substituiu o antigo Fundef e representa um importante aumento dos repasses do governo federal para os estados destinados a essa área.

Tabela 4 – Receita de transferências correntes (em R\$ mil correntes). Estado do Rio de Janeiro – 2005–2007

TIPO DE TRANSFERÊNCIA	2005	2006	2007
FPE	457.654	506.494	586.764
Fundeb	665.570	682.432	1.029.668
IPI	252.221	314.389	421.845
Lei Kandir	149.558	85.776	85.776
Salário Educação	139.681	145.815	210.353
Outras Transferências Correntes	1.095.872	1.297.863	824.381
TOTAL	2.760.557	3.032.768	3.158.786

Fonte: Estado do Rio de Janeiro/Secretaria da Fazenda (2007).

Seguem, em ordem de importância, a categoria ‘Outras Transferências Correntes’ dentre as quais as que se dão no âmbito do SUS são as mais importantes. Segundo dados do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Brasil/MS/Siops, 2008), a participação das transferências da União no âmbito do SUS no estado do Rio de Janeiro representou 47% e 27% do total das transferências federais em, respectivamente, 2006 e 2007. Chama a atenção essa forte oscilação anual, que pode estar associada a erros no envio das informações.

Ainda de acordo com esta base de dados, o estado do Rio de Janeiro aplicou 10,9% de suas receitas próprias em ações e serviços de saúde. Como se sabe, esta cifra não é de todo confiável, tendo em vista as discussões acerca do que deve ser compreendido (ou não) nesse conjunto de ações. Portanto, em 2007 esse estado gastava, certamente, com recursos próprios, menos do que o estabelecido pela EC-29, de 2000.

São os municípios os principais protagonistas do financiamento do SUS no estado do Rio de Janeiro. Como mostra a Tabela 5, essa esfera de governo aportou 36,3% dos recursos para ações e serviços de saúde no nosso estado, um pouco acima da participação do governo federal, de 35,9%. Note-se, entretanto, que este percentual se refere apenas às transferências do Ministério da Saúde às secretarias estadual e municipais e, assim, não estão incluídos os recursos do Ministério da Saúde e da Educação destinados à remuneração de pessoal das unidades próprias (hospitais federais e universitários, por exemplo). Chama a atenção o fato de que o governo estadual contribuiu com apenas 27,8% dos recursos destinados ao SUS nesta unidade da federação.

Tabela 5 – Composição do financiamento do SUS no estado do Rio de Janeiro por esfera de governo

ESFERA	VALOR APLICADO	%
União*	2.326.351.556	35,9%
Estado	1.805.049.501	27,8%
Município	2.354.975.452	36,3%
TOTAL	6.486.376.509	100,0%

* Refere-se, exclusivamente, às transferências do Ministério da Saúde para estados e municípios, no âmbito do SUS.

Fonte: Brasil/MS/Siops (2008).

É necessário, portanto, um esforço adicional do governo estadual no sentido de destinar uma parcela maior das suas receitas próprias ao SUS, e assim ter uma maior participação no financiamento do sistema no estado do Rio de Janeiro.

A UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO EM 1998 E EM 2003, SEGUNDO FORMA DE FINANCIAMENTO

Notas Metodológicas

Esta seção foca a análise do uso e financiamento de serviços de saúde pela população do Rio de Janeiro e em alguns casos compara com a população do Brasil. São utilizados os microdados da Pnad/IBGE de 1998 e os da de 2003. É considerada população do Rio de Janeiro todas as pessoas que à entrevista responderam ser moradores do estado do RJ, e a população brasileira é composta por todos os respondentes da pesquisa que resulta da amostra ampliada.

As Pnad/IBGE – 1998 e 2003 – informam sobre a última internação realizada nos 12 meses anteriores à entrevista e sobre o principal atendimento recebido nas duas semanas anteriores à entrevista. Os dados, portanto, não correspondem ao total de atendimentos e de internações, já que algumas pessoas podem ter sido internadas mais de uma vez nesse período ou ter utilizado outros atendimentos além do reportado como principal. Dessa forma, quando neste capítulo se fizer referência ao financiamento da utilização de serviços, não se estará referindo ao número efetivo de atendimentos e internações financiados por cada sistema e sim ao número de pessoas que referiu atendimento nos períodos considerados.

As internações consideradas na variável utilizada (variável 1372) são: tratamento clínico, parto normal, parto cesáreo, cirurgia, tratamento psiquiátrico e internações para exames. Os atendimentos (variável 1360) são: consulta médica, consulta odontológica, consulta de agente comunitário ou de parteira, consulta de outro profissional de saúde (fonoaudiólogo, psicólogo etc.), consulta na farmácia, quimioterapia ou radioterapia ou

hemoterapia ou hemodiálise, vacinação ou injeção ou curativo ou medicamento de pressão ou outro atendimento, cirurgia em ambulatório, gesso ou imobilização, internação hospitalar, exames complementares, somente marcação de consulta, outro atendimento.

A análise de quem financiou o uso do serviço de saúde também foi realizada por meio de informações das Pnad/IBGE de 1998 e 2003, que contemplam variáveis que permitem identificar se o serviço de saúde utilizado foi financiado pelo SUS, pelo plano privado ou por meio de desembolso direto.

As perguntas referentes ao agente financiador dos atendimentos das internações e as possibilidades de respostas são:

1. este atendimento/internação de saúde foi coberto por algum plano de saúde? Alternativas de resposta: SIM ou NÃO (variáveis 1364 e 1374);
2. pagou algum valor por este atendimento/internação de saúde? Alternativas de resposta: SIM ou NÃO (variáveis 1365 e 1375); e
3. este atendimento de saúde foi feito através do SUS? Alternativas de resposta: SIM, NÃO, NÃO SABE (variáveis 1366 e 1376).

Como as opções de respostas às perguntas não são excludentes e um mesmo indivíduo pode ter respondido ‘sim’ a mais de uma, foram utilizados os critérios adotados em Porto, Santos e Ugá (2006)² para diferenciar quem financiou o serviço utilizado.

Foram consideradas ‘pessoas com planos privados de saúde’ todas aquelas que responderam ter algum tipo de plano ou seguro, inclusive os chamados pela Pnad/IBGE de 2003 de planos públicos. Esta opção se deve ao fato de que, embora esses planos sejam financiados por instituições públicas para um grupo específico de pessoas – como funcionários públicos, exército etc. –, eles mantêm o caráter privado da elegibilidade ao plano.

Para a análise da utilização dos serviços de saúde segundo a renda, utilizou-se o rendimento mensal familiar sem agregados que é a soma dos rendimentos mensais dos componentes da família, exclusive os das pessoas com menos de 10 anos de idade e os daquelas cuja condição na família é de pensionista, empregado doméstico ou parente do empregado doméstico.

² A opção metodológica foi a de considerar: a) atendimentos ou internações cobertos pelo SUS: todas as respostas SIM à pergunta 3 independente de ter respondido positivamente à pergunta 2, e que tenha respondido NÃO à pergunta 1; b) atendimentos ou internações cobertos por planos ou seguros de saúde: aqueles que disseram SIM à pergunta 1, independentemente de ter respondido SIM à pergunta 2, e NÃO ou NÃO SABE à pergunta 3; c) atendimentos ou internações financiados diretamente com recursos do paciente foram considerados aqueles que responderam SIM à pergunta 2, excluindo aqueles que responderam SIM às perguntas 1 e/ou 3; d) foi criada, ainda, uma quarta categoria, denominada ‘Outros’, que inclui aqueles que não utilizaram o serviço pelo plano de saúde, não pagaram diretamente pelo serviço, e não utilizaram o serviço do SUS, ou ainda aqueles que não souberam se utilizaram o serviço por intermédio do SUS. Essa categoria inclui, ademais, as pessoas que responderam SIM simultaneamente às questões 1 e 3 e, também, aqueles que tiveram atendimento, mas cuja resposta foi classificada numa alternativa não existente no questionário (Código 9).

As famílias foram classificadas em quintis populacionais ordenados pela renda. Para a análise específica da utilização de serviços de saúde segundo a renda, não foram consideradas as pessoas que não informaram essa variável. Note-se que foi necessário fazer duas estratificações: uma referente à população brasileira e outra para os moradores do estado do Rio de Janeiro, dado que a renda média de cada quintil difere entre as duas populações, e o objetivo da análise em curso é o de apreender a distribuição da utilização de serviços segundo nível de renda no âmbito do estado do Rio de Janeiro.

Tendo em vista as baixas frequências dos eventos e as múltiplas categorias de resposta do tipo de atendimento e de internação, a análise dos dados foi feita apenas para os casos em que os coeficientes de variação situaram-se abaixo de 25%, conforme recomendação do IBGE. Assim sendo, para o estado do Rio de Janeiro, a análise se restringiu ao total de atendimentos e separadamente para as categorias 'consulta médica' e 'consulta odontológica'. Quanto ao tipo de pagamento foram consideradas apenas as categorias 'atendimento feito através do SUS' e 'atendimento coberto por algum plano de saúde' desprezando-se os casos 'pagou algum valor por este atendimento'.

Tendo em vista o desenho amostral com múltiplos estágios de seleção da Pnad, os dados foram tabulados usando-se a função *Complex Samples* do SPSS, versão 15.0, levando em conta o desenho amostral, os pesos de expansão para a população e um intervalo de confiança de 95%.

Utilização de Serviços, segundo Sistema de Financiamento no Estado do Rio de Janeiro

Distribuição dos Casos segundo Sistema de Financiamento

No ano de 2003, os atendimentos do Rio de Janeiro foram predominantemente realizados através do SUS, que participou com 54,4% dos mesmos. Essa participação do SUS aumentou quando comparada com a de 1998: ela passou de 45,9% para 54,4% dos atendimentos com fonte de financiamento identificada. Contrariamente, a participação dos planos e seguros de saúde diminuiu de 41,1% em 1998 para 35,1% em 2003, e a participação do pagamento privado direto decresceu de 13,0% a 10,6% (Tabela 6).

Nesse movimento, a participação do SUS nos atendimentos realizados no Rio de Janeiro cresceu 18,5%, ao passo que a dos planos privados diminuiu em 14,7% e o desembolso privado direto decresceu em 18,8%.

Se analisado o número absoluto de atendimentos realizados no estado do Rio de Janeiro, verifica-se que, entre 1998 e 2003, houve um aumento de 8,3% no total. Esse aumento se deve exclusivamente a uma maior participação do SUS no estado, tendo em vista que os outros dois sistemas de financiamento decresceram em números absolutos. Assim, o total de atendimentos financiados pelo SUS aumentou em nada menos que 28,3% nesse período, enquanto os providos por planos e seguros de saúde caíram em 7,7%; e os financiados através do gasto privado direto apresentaram uma diminuição de 12,0%.

Tabela 6 – Distribuição da população segundo a quantidade de atendimentos recebidos e o respectivo sistema de financiamento. Rio de Janeiro e Brasil – 1998 e 2003

ATENDIMENTO RECEBIDO	SUS	PLANO PRIVADO	GASTO PRIVADO DIRETO	TOTAL
Consulta médica	730.667	494.605	112.092	1.337.364
% 2003	54,6%	37,0%	8,4%	100,0%
Consulta médica	530.783	508.631	102.706	1.142.120
% 1998	46,5%	44,5%	9,0%	100,0%
VARIAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO (1998-2003)	17,6%	-17,0%	-6,8%	-
VARIAÇÃO DO N. ABSOLUTO (1998-2003)	37,7%	-2,8%	9,1%	17,1%
Consulta odontológica	31.613	22.472	50.391	104.476
% 2003	30,3%	21,5%	48,2%	100,0%
Consulta odontológica	20.594	26.039	71.768	118.401
% 1998	17,4%	22,0%	60,6%	100,0%
VARIAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO (1998-2003)	74,0%	-2,2%	-20,4%	-
VARIAÇÃO DO N. ABSOLUTO (1998-2003)	53,5%	-13,7%	-29,8%	-11,8%
Total Atendimentos RJ 2003	908.972	586.410	176.565	1.671.947
% 2003	54,4%	35,1%	10,6%	100,0%
Total Atendimentos RJ 1998	708.364	635.165	200.732	1.544.261
% 1998	45,9%	41,1%	13,0%	100,0%
VARIAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO (1998-2003)	18,5%	-14,7%	-18,8%	-
VARIAÇÃO DO N. ABSOLUTO (1998-2003)	28,3%	-7,7%	-12,0%	8,3%
Total Atendimentos Brasil 2003	14.032.998	6.384.218	2.474.093	22.891.309
% 2003	61,3%	27,9%	10,8%	100,0%
Total Atendimentos Brasil 1998	9.714.197	5.276.399	2.330.212	17.320.808
% 1998	56,1%	30,5%	13,5%	100,0%
VARIAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO (1998-2003)	9,3%	-8,4%	-19,7%	-
VARIAÇÃO DO N. ABSOLUTO (1998-2003)	44,5%	21,0%	6,2%	32,2%

Obs: Não estão contabilizadas as pessoas que não souberam responder quem financiou o serviço.

Fonte: adaptado a partir dos microdados de Brasil/IBGE (1998, 2003).

Os resultados observados para Rio de Janeiro diferem dos estimados para atendimentos realizados no Brasil, em vários aspectos:

1. O número total de atendimentos teve um aumento muito menor no Rio de Janeiro (8,3%) que no Brasil (32,2%).

2. Neste estado houve um aumento do total de atendimentos financiados pelo SUS e uma diminuição do total de atendimentos financiados pelos planos e seguros de saúde e pelo gasto privado direto. Diferentemente, no caso do Brasil, foi registrado um aumento dos atendimentos financiados pelos três sistemas.
3. A participação do SUS no financiamento dos atendimentos realizados em 2003 é inferior no Rio de Janeiro (54,4%) à observada para o Brasil (61,3%); contrariamente, a participação dos planos e seguros privados de saúde foi superior no Rio de Janeiro (35,1%) à observada no Brasil (27,9%), enquanto a participação do gasto privado direto no financiamento dos atendimentos foi aproximadamente a mesma (10,6% e 10,8%).
4. Entretanto, aumentou a participação do SUS no financiamento dos atendimentos realizados no Rio de Janeiro (18,5%), e esse aumento é superior ao constatado no Brasil (9,3%).
5. A diminuição da participação dos planos e seguros privados de saúde foi mais significativa no Rio de Janeiro (14,7%) que no Brasil (8,4%).
6. Contrariamente, a diminuição da participação do gasto privado direto foi um pouco menos significativa no Rio de Janeiro (18,8%) que no Brasil (19,7%).

Alguns fatores podem interferir nos resultados anteriormente apresentados: a evolução da população e da taxa de cobertura por planos privados de saúde e, ainda, a evolução da oferta de serviços ambulatoriais.

Quanto ao crescimento populacional, analisado a partir da mesma base de dados empregada na análise da utilização de serviços (Pnad 1998 e 2003), verifica-se no Rio de Janeiro um incremento de 9,8%. Esse percentual é similar ao verificado na evolução do número de atendimentos (8,3%). Diferentemente, a população brasileira aumentou em 11,2% e os atendimentos cresceram mais do que proporcionalmente, em 32,2%.

O outro fator que pode interferir na importância de cada sistema de financiamento nos períodos analisados é a proporção da população coberta por plano privado de saúde. Segundo os dados da Pnad 1998 e 2003, esse indicador se manteve praticamente constante no que se refere à população brasileira, pois 24,5% da população tinha plano de saúde em 1998 e 24,6%, em 2003. Note-se a esse respeito que, embora a proporção da população do Rio de Janeiro com plano seja bastante maior que a da população brasileira, ela sofreu uma leve diminuição no período analisado, tendo passado de 32,7% em 1998 para 30,1% em 2003.

No que se refere à evolução da oferta de serviços ambulatoriais, no caso do Brasil, parte do aumento de 44,5% dos que foram atendidos pelo SUS em 1998 e 2003 (Tabela 6) pode corresponder a uma elevação de 22% no número de unidades ambulatoriais e de consultórios; de 21% do equipo odontológico; de 19% das salas de cirurgias ambulatoriais; de 17% das de pequenas cirurgias; e de 15% das de gesso, no período de julho de

1998 a julho de 2003, segundo o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS – Tabela 7).

O aumento da população que foi atendida pelo SUS no estado do Rio de Janeiro foi menor que no caso da brasileira, e é possível que essa diferença esteja, ao menos em parte, associada ao menor aumento da oferta de equipes odontológicas, salas de gesso, salas de cirurgia ambulatorial e de pequena cirurgia no Rio de Janeiro que no Brasil, como mostra a Tabela 7.

Tabela 7 – Variação percentual da rede ambulatorial do SUS. Rio de Janeiro e Brasil -1998-2003*

	EQUIPE ODONT.	SALA CIRUR. AMBULATORIAL	SALA PEQ. CIRURGIA	SALA DE GESSO	CONSULTÓRIOS	UNIDADES AMBULATORIAIS
Rio de Janeiro	14,9%	13,0%	12,3%	11,7%	22,4%	23,6%
Brasil	21,3%	19,8%	17,9%	15,7%	22,4%	22,0%

* Competências de julho de 1998 e julho de 2003.
Fonte: Brasil/SIA/SUS (2008).

Como já foi mencionado, em função da limitação dos dados correspondentes ao Rio de Janeiro, a análise, segundo o tipo de atendimento, se restringiu as consultas médicas e odontológicas.

Em relação ao financiamento das ‘consultas médicas’ observa-se na Tabela 6 um aumento da participação do SUS, que passou de 46,5% em 1998 para 54,6% em 2003, uma diminuição tanto na participação dos planos e seguros de saúde, que passou de 44,5% para 37,0%, quanto do gasto privado direto que diminuiu de 9,0% para 8,4%. Cabe destacar que, na análise realizada para o Brasil, também se observa um aumento da participação do SUS e uma diminuição tanto no caso dos planos e seguros de saúde quanto no que se refere ao gasto privado direto. Porém, no Brasil, o SUS foi responsável, em 2003, por mais de 63% das consultas médicas, porcentagem bastante superior à constatada para Rio de Janeiro. Por sua vez, em nível nacional, a participação dos planos e seguros de saúde limitou-se, no mesmo ano, a 29,6% e o gasto privado direto financiou 6,9% do total das consultas médicas (Porto, Santos & Ugá, 2006).

Certamente as diferenças apontadas na participação do SUS e dos planos e seguros de saúde devem-se à concentração do segmento de saúde suplementar na região Sudeste – particularmente nos estados de São Paulo e do Rio de Janeiro.

No que tange ao financiamento das ‘consultas odontológicas’, verifica-se na mesma Tabela 6 um aumento significativo da participação do SUS, que em 1998 foi responsável por 17,4% e em 2003, por 30,3% do total, bem como uma pequena diminuição da participação dos planos e seguros de saúde de 22,0% para 21,5%, e uma queda importante da participação do gasto privado direto, que em 1998 financiou 60,6% das consultas odontológicas e 48,2%, em 2003. Vale mencionar, ainda, que o aumento da participação

do SUS e a diminuição verificada no financiamento através do gasto privado direto foram mais significativos no caso do Rio de Janeiro do que no Brasil (Porto, Santos & Ugá, 2006).

DISTRIBUIÇÃO DOS ATENDIMENTOS POR QUINTIL DE RENDA SEGUNDO SISTEMA DE FINANCIAMENTO

Em função das limitações na análise dos dados correspondentes ao estado do Rio de Janeiro, mencionadas na seção Metodologia, foram analisados exclusivamente os atendimentos efetuados através do SUS e dos planos e seguros de saúde, excluindo-se a análise dos dados referentes ao gasto privado direto.

Como se observa na Tabela 8, a participação do SUS no número de atendimentos em 2003 é predominante até o quarto quintil da população, inclusive. Por outro lado, como esperado, a participação do SUS é tanto maior quanto menor for o nível de renda da população que, no quintil superior, passa a ser atendida preponderantemente pelos planos e seguros de saúde.

Quando comparados os anos de 1998 e 2003, verifica-se um aumento da participação do SUS na utilização de serviços efetuada pela população de todos os quintis e, conseqüentemente, uma diminuição da participação dos planos e seguros de saúde, sendo sua diminuição mais significativa nos atendimentos correspondentes à população do primeiro quintil de renda. Destaca-se que o aumento da importância do SUS e a diminuição daquela dos planos e seguros de saúde verificam-se também quando comparados os números absolutos dos atendimentos efetuados.

Observa-se também que a participação do SUS no financiamento dos atendimentos da população do Rio de Janeiro ordenada por nível de renda é inferior à verificada para o Brasil em todos os quintis (Tabela 8).

Vale notar que, no ano de 2003, a diferença entre a participação do SUS no Rio de Janeiro (94,9%) e no Brasil (96,0%) é pouco significativa no que diz respeito ao primeiro quintil. Essa forte participação do SUS nos atendimentos recebidos por esse segmento populacional deve-se fundamentalmente à pronunciada queda do número absoluto de atendimentos financiados pelos planos e seguros de saúde, que passou de 48.318, em 1998, para 14.063, em 2003.

Essa forte participação do SUS nos atendimentos recebidos por este segmento populacional deve-se fundamentalmente à baixa proporção de pessoas com planos privados de saúde nessa faixa de renda. Ademais, é possível que a diminuição da proporção da população do Rio de Janeiro com plano privado – que passou de 32,7%, em 1998, para 30,1%, em 2003 – tenha influenciado na pronunciada queda do número absoluto dessas pessoas mais pobres atendidas por meio dos planos privados de saúde, que passou de 48.318, em 1998, para 14.063, em 2003.

Tabela 8 – Distribuição da população que recebeu atendimento segundo o quintil de renda familiar e o sistema de financiamento. Rio de Janeiro - 1998 e 2003

	QUINTIL DE RENDA FAMILIAR S/ AGREGADO	SUS	PLANO PRIVADO	TOTAL
2003	1	259.419	14.063	273.482
	%	94,9	5,1	100,0
	2	217.430	44.925	262.355
	%	82,9	17,1	100,0
	3	227.750	79.787	307.537
	%	74,1	25,9	100,0
	4	146.360	136.998	283.358
	%	51,7	48,3	100,0
	5	49.248	280.568	329.816
	%	14,9	85,1	100,0
1998	1	248.795	48.318	297.113
	%	83,7	16,3	100,0
	2	177.087	47.338	224.425
	%	78,9	21,1	100,0
	3	145.176	87.060	232.236
	%	62,5	37,5	100,0
	4	91.828	150.848	242.676
	%	37,8	62,2	100,0
	5	42.577	273.911	316.488
	%	13,5	86,5	100,0

Obs: não estão contabilizadas as pessoas que pagaram diretamente pelo atendimento e as que utilizaram serviço de saúde, mas não declararam renda.

Fonte: adaptado de Brasil/IBGE (1998, 2003).

DISTRIBUIÇÃO DAS PESSOAS INTERNADAS SEGUNDO SISTEMA DE FINANCIAMENTO

O SUS foi responsável em 2003 por 60,5% das internações efetuadas no Rio de Janeiro, participação similar à observada em 1998, de 59,7%. Por sua vez, os planos e seguros de saúde aumentaram sua participação, de 34,1%, em 1998, para 35,6%, em 2003. Contrariamente se observa uma diminuição significativa da participação do gasto privado como sistema de financiamento das internações neste estado, tendo em vista que ela passou de 6,1%, em 1998, para 3,9%, em 2003. Isso representou um ligeiro crescimento nas participações do SUS e dos planos de saúde no financiamento das internações (respectivamente 1,3% e 4,2%) e uma retração importante da participação do gasto privado direto de 36,5% (Tabela 9).

Quando considerados os números absolutos, verifica-se uma elevação de 15,9% no número de internações utilizadas no Rio de Janeiro entre 1998 e 2003. Esse aumento deve-se fundamentalmente ao crescimento do número de internações financiadas pelo

SUS (17,4%) e pelos planos e seguros privados (20,7%), havendo diminuído apenas as internações financiadas por meio do gasto privado direto (em 26,4%).

Da mesma forma que no caso das informações relativas aos atendimentos, em função da limitação dos dados correspondentes à população do Rio de Janeiro, não foi possível analisar todas as categorias referentes às internações e, assim, a análise se restringiu àquelas referentes a 'tratamento clínico' e 'internações cirúrgicas' (Tabela 9).

Tabela 9 – Distribuição da população segundo o tipo de internação recebida e o sistema de financiamento. Rio de Janeiro e Brasil – 1998 e 2003

INTERNAÇÃO REALIZADA	SUS	PLANO PRIVADO	GASTO PRIVADO DIRETO	TOTAL
Intern. p/ tratamento clínico 2003	216.255	102.922	6.609	325.786
2003%	66,4	31,6	2,0	100,0
Intern. p/ tratamento clínico 1998	174.847	80.558	11.368	266.773
1998%	65,5	30,2	4,3	100,0
VARIAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO (1998-2003)	1,3%	4,6%	-52,4%	-
VARIAÇÃO DO N. ABSOLUTO (1998-2003)	23,7%	27,8%	-41,9%	22,1%
Intern. p/ cirurgia 2003	104.797	112.586	12.252	229.635
2003%	45,6	49,0	5,3	100,0
Intern. p/ cirurgia 1998	75.735	92.593	14.619	182.947
1998%	41,4	50,6	8,0	100,0
VARIAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO (1998-2003)	10,2%	-3,1%	-33,2%	-
VARIAÇÃO DO N. ABSOLUTO (1998-2003)	38,4%	21,6%	-16,2%	25,5%
Total internações RJ 2003	436.267	256.504	28.150	720.921
% 2003	60,5	35,6	3,9	100,0
Total internações RJ 1998	371.510	212.429	38.242	622.181
% 1998	59,7	34,1	6,1	100,0
VARIAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO (1998-2003)	1,3%	4,2%	-36,5%	-
VARIAÇÃO DO N. ABSOLUTO (1998-2003)	17,4%	20,7%	-26,4%	15,9%
Total internações Brasil 2003	8.272.846	2.942.795	626.709	11.842.350
% 2003	69,9	24,8	5,3	100,0
Total internações Brasil 1998	6.836.941	2.604.221	747.827	10.188.989
% 1998	67,1	25,6	7,3	100,0
VARIAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO (1998-2003)	4,1%	-2,8%	-27,9%	-
VARIAÇÃO DO N. ABSOLUTO (1998-2003)	21,0%	13,0%	-16,2%	16,2%

Obs: não estão contabilizadas as pessoas que não souberam responder quem financiou o serviço.
Fonte: adaptado de Pnad/IBGE (1998, 2003).

Comparando a situação observada no estado do Rio de Janeiro com os resultados obtidos em relação ao Brasil destaca-se que:

1. Diferentemente do observado para o caso dos atendimentos, a evolução do número de internações utilizadas entre 1998 e 2003 no estado do Rio de Janeiro foi praticamente a mesma que no Brasil.
2. Destaca-se que, na análise realizada tomando como base o número absoluto de pessoas internadas, tanto no estado do Rio de Janeiro como no país, verificou-se aumento das internações financiadas pelo SUS e dos planos e seguros de saúde, e diminuição das financiadas pelo gasto privado direto.
3. A participação do SUS no financiamento das internações realizadas no Rio de Janeiro em 2003 (60,5%) é inferior à verificada no Brasil (69,9%). Também é inferior a participação do gasto privado direto no Rio de Janeiro (3,9%) que no Brasil (5,3%). Contrariamente, a participação dos planos e seguros privados de saúde foi superior no estado (35,6%) que no Brasil (24,8%).
4. O aumento da participação do SUS no financiamento das internações realizadas no Rio de Janeiro (1,3%) é inferior ao constatado para o Brasil como um todo (4,1%).
5. A participação dos planos e seguros de saúde aumentou 4,2% no estado do Rio de Janeiro, contrariamente ao observado no caso de Brasil que apresentou uma diminuição de 2,8%.
6. A diminuição da participação do gasto privado direto em internações foi mais significativa no Rio de Janeiro (36,5%), já que no Brasil observou-se um decréscimo de 27,9%.

No estado do Rio de Janeiro, em 2003, o SUS foi o principal financiador das internações para ‘tratamento clínico’ (66,4%), ao passo que para as internações cirúrgicas é preponderante a participação dos planos privados de saúde (49%). Contudo, é importante observar que entre 1998 e 2003 a participação do SUS no financiamento das internações cirúrgicas aumentou mais de 10%, movimento contrário ao verificado nos planos de saúde e no gasto privado direto, cuja participação diminuiu em 3,1% e 33,2% respectivamente.

Vale mencionar, entretanto, que a participação do SUS no financiamento das internações efetuadas no Rio de Janeiro em 2003, tanto para tratamento clínico (66,4%) como as cirúrgicas (45,6%), é inferior à verificada no Brasil, de 75,7% e 53,7%, respectivamente (Porto, Santos & Ugá, 2006).

No que se refere ao financiamento das ‘internações para tratamento clínico’, observaram-se aumentos relativamente pequenos na participação do SUS (1,3%) e dos planos privados de saúde (4,6%), e um grande decréscimo da participação do gasto privado direto, de mais de 52,4%.

Comparando com os resultados obtidos para as internações realizadas pela população brasileira como um todo, observa-se que, correspondentemente à concentração de planos

privados no Rio de Janeiro, a participação destes no financiamento de ambos os tipos de internações em 2003 é muito superior no Rio de Janeiro que no país como um todo. Enquanto neste estado a participação dos planos privados na internação para tratamento clínico representou 35,6% e para tratamento cirúrgico, 49,0%, no Brasil foi de 20,1% e 39,0%, respectivamente.

Por sua vez, o gasto privado direto teve uma menor participação no estado fluminense do que no país, no que se refere a internações clínicas e cirúrgicas: ela foi de 2,0% e 4,2%, respectivamente, para as primeiras; e de 5,3% e 7,3% para as segundas, no Rio de Janeiro e no Brasil. Note-se que houve uma diminuição da participação do gasto privado direto no financiamento das internações mais significativa no Rio de Janeiro que no Brasil (internações clínicas: 52,4% e 31,5%, respectivamente; internações cirúrgicas: 33,2% e 28,4%, respectivamente).

Essa queda da participação do gasto privado direto foi acompanhada de um aumento do protagonismo do SUS, tanto no Brasil como no Rio de Janeiro. Entretanto, neste estado a elevação referente à participação no financiamento de internações clínicas (1,3%) foi inferior à observada em nível nacional (4,6%), bem como no que tange às internações cirúrgicas (10,2% no estado e 11,4% no Brasil).

Vale notar, ainda, que a participação dos planos privados no financiamento de internações clínicas aumentou no Rio de Janeiro em 4,6%, enquanto no Brasil diminuiu em 6,5%. No que se refere às internações cirúrgicas, a participação dos planos privados teve uma diminuição inferior no Rio de Janeiro (3,1%) em comparação ao Brasil (6,2%).

O aumento da participação do SUS no estado do Rio de Janeiro verificado no que tange às internações cirúrgicas foi acompanhado de uma elevação do número absoluto das mesmas, que cresceu em 38,4%. O número de indivíduos que reportou ter efetuado internação cirúrgica através de planos de saúde privados também aumentou em 21,6%. Em movimento inverso, o número de indivíduos com internações cirúrgicas financiadas através do gasto privado direto diminuiu em 16,2%.

Embora em termos de crescimento percentual, a participação do SUS no financiamento de internações clínicas tenha sido pouco expressiva, em números absolutos ele se elevou consideravelmente (23,7%), da mesma forma que as financiadas através de planos de saúde privados (27,8%).

Essa expressiva diferença da importância dos planos privados no financiamento das internações para tratamento clínico e cirúrgico, no estado fluminense e no Brasil, pode ser em parte explicada pela maior cobertura da população com planos privados no estado do Rio de Janeiro. Como mostrado na seção sobre atendimentos, embora a proporção de pessoas deste estado possuidoras de planos privados tenha sofrido uma leve diminuição no período (passando de 32,7% da população, em 1998, para 30,1%, em 2003), ela é muito maior que no Brasil, onde se manteve em torno de 24% da população no período.

Como já apontado em Porto, Santos e Ugá (2006), o maior protagonismo do SUS no número de internações por ele financiadas se dá, entretanto, em um contexto de diminuição do número de estabelecimentos hospitalares da rede SUS: eles caíram, segundo o Sistema

de Informações Hospitalares (SIH/SUS), de 6.366, em julho de 1998, para 5.864, em julho de 2003. Ainda, com exceção dos leitos de reabilitação, de hospital-dia e de Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), houve o fechamento de todos os demais tipos de leitos.

Vale mencionar, também, que embora os dados da Pnad/IBGE, que provêm da percepção dos usuários, indiquem um crescimento de 21,0% do número de internações efetuadas pelo SUS, quando observada a evolução do número de internações realizadas no Brasil pelo SUS, verifica-se uma diminuição de 0,7% entre 1998 e 2003. Essa diminuição foi mais acentuada no Estado do Rio de Janeiro, 11,0% no mesmo período.

DISTRIBUIÇÃO DAS INTERNAÇÕES POR QUINTIL DE RENDA SEGUNDO SISTEMA DE FINANCIAMENTO

Analisando o sistema de financiamento das internações segundo a renda familiar das pessoas que foram internadas, no estado do Rio de Janeiro em 2003, predomina a participação do SUS até o quarto quintil da população ordenada por renda, inclusive; isso ocorria apenas até o terceiro quintil em 1998, conforme mostra a Tabela 10.

Esse aumento da presença do SUS no financiamento das internações se deu em função de uma elevação do número absoluto de internações financiadas pelo SUS, pela diminuição do número de internações financiadas pelos planos privados de saúde no primeiro e terceiro quintil e, ainda, devido a um aumento menos expressivo do número de internações financiadas por planos do que pelo SUS no que se refere à utilização de internações efetuadas pelos demais quintis de renda.

Assim, entre 1998 e 2003, a participação dos planos de saúde só aumentou no Rio de Janeiro em relação ao financiamento da utilização de internações do segundo quintil de renda. Entretanto, da mesma forma que no caso dos atendimentos, a participação das que foram internadas pelo SUS no estado do Rio de Janeiro é inferior à constatada para o Brasil no que se refere a todos os quintis de renda.

Tabela 10 - Distribuição da população que foi internada segundo o quintil de renda familiar e o sistema de financiamento. Rio de Janeiro - 1998 e 2003

	QUINTIL DE RENDA FAMILIAR S/AGREGADO	SUS	PLANO PRIVADO	TOTAL
2003	1	149.604	10.422	160.026
	%	93,5	6,5	100,0
	2	92.258	23.119	115.377
	%	80,0	20,0	100,0
	3	89.362	32.403	121.765
	%	73,4	26,6	100,0
	4	64.468	51.499	115.967
	%	55,6	44,4	100,0
	5	29.269	114.856	144.125
	%	20,3	79,7	100,0
1998	1	147.962	13.019	160.981
	%	91,9	8,1	100,0
	2	88.214	17.917	106.131
	%	83,1	16,9	100,0
	3	66.504	30.629	97.133
	%	68,5	31,5	100,0
	4	38.688	52.415	91.103
	%	42,5	57,5	100,0
	5	21.581	90.111	111.692
	%	19,3	80,7	100,0

Obs: Não estão contabilizadas as pessoas que pagaram diretamente pelo atendimento e as que utilizaram serviço de saúde, mas não declararam renda.

Fonte: adaptado de Brasil/IBGE (1998, 2003).

Dessa forma, embora haja no estado fluminense uma forte e histórica presença do segmento de planos e seguros de saúde, verifica-se que o SUS tem uma atuação muito importante e crescente: a participação do SUS no financiamento das internações predomina até o quarto quintil da população ordenada por renda, inclusive (enquanto em 1998, isso acontecia apenas até o terceiro quintil), como decorrência da elevação do número absoluto de internações financiadas pelo SUS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As informações analisadas neste capítulo evidenciam um inegável avanço do SUS no estado do Rio de Janeiro, à semelhança do observado no país como um todo, tanto no que se refere a atendimentos ambulatoriais quanto às internações hospitalares.

Embora no estado fluminense a participação dos planos e seguros de saúde seja superior à média brasileira, tendo em vista que a clientela dos produtos comercializados

no segmento da saúde suplementar se concentra principalmente na região Sudeste, o protagonismo do SUS vem crescendo no período analisado.

Assim, o SUS é o agente financiador da maioria dos atendimentos e das internações realizadas no estado fluminense, participando respectivamente em 54,4% e 60,5%, o que corresponde a uma significativa expansão de sua participação entre 1998 e 2003, aumentando em 18,5% e 1,3%, respectivamente.

Esse maior crescimento da participação do SUS no que tange aos atendimentos ocorreu no mesmo momento em que se deu a implementação do Programa Saúde da Família (PSF) no Estado do Rio de Janeiro, posterior a 1998, ou seja, de forma mais tardia que no restante do país. Vale destacar que esse maior protagonismo do SUS no financiamento de atendimentos foi acompanhado de um decréscimo da participação dos planos de saúde e do gasto direto.

Em contrapartida, observou-se que o SUS financia preponderantemente populações de baixa renda: a participação do SUS no número de atendimentos e de internações em 2003 é predominante até (inclusive) o quarto quintil da população.

No que diz respeito às internações neste estado, embora o SUS financie 60,5% destas, foi o segmento de planos de saúde que teve maior dinamismo e crescimento no período entre 1998 e 2003 (em movimento inverso ao observado em nível nacional), tendo em vista que sua participação no financiamento delas cresceu em 4,2%, em detrimento da participação do gasto privado direto, que caiu em 36,5%. Ainda, o aumento da participação do SUS no financiamento das internações realizadas no Rio de Janeiro foi bastante inferior ao constatado no Brasil como um todo.

Contrariamente ao verificado em relação aos dados do SIA/SUS para os atendimentos, no caso das internações realizadas pelo SUS, o aumento verificado segundo a Pnad/IBGE não correspondeu a um aumento também da rede de serviços desse nível de atenção, tampouco da produção de serviços hospitalares segundo o SIH/SUS.

Vale notar, também, o decréscimo da participação do gasto direto no período analisado, que foi mais acentuado no estado fluminense do que no país, no que se refere ao financiamento das internações. Isso constitui um avanço, dada a natureza regressiva do gasto direto em saúde, que muitas vezes alcança níveis catastróficos, comprometendo o consumo de outros bens essenciais, tais como alimentos nos domicílios mais pobres.

Finalmente, deve-se destacar que, apesar da ainda baixa participação do gasto estadual no financiamento do SUS no estado do Rio de Janeiro, é inegável o aumento da participação do SUS no financiamento dos serviços utilizados no estado, principalmente em favor das populações de mais baixa renda.

REFERÊNCIAS

AFONSO, J. R. Brasil, um caso à parte. In: REGIONAL SEMINAR ON FISCAL POLICY, XVI, 2004, Santiago.

AFONSO, J. R. Quem ganhou mais com o aumento da arrecadação. *Revista Veja*, São Paulo, 16 abr. 2008.

- BARROS, E. D. *Financiamento do Sistema de Saúde no Brasil: marco legal e comportamento do gasto*. Brasília: Organização Panamericana da Saúde, 2003. v. 4. (Serie Técnica do Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde)
- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD*, 1998.
- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD*, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 204/GM. 29 de jan. 2007. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/GM-204.htm>>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde - SIOPS, 2008. Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br>>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS. Disponível em: <www.datasus.gov.br>. Acesso em: 3 mar. 2008.
- ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Secretaria de Fazenda do Estado do Rio de Janeiro. Site. Disponível em: <www.fazenda.rj.gov.br/portal>. Acesso em: 20 set. 2007.
- PORTO, S. M.; SANTOS I. S. & UGÁ M. A. D. A utilização de serviços de saúde por sistema de financiamento. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 11(4): 895-910, 2006.
- PRADO, S. Distribuição intergovernamental de recursos na federação brasileira. In: REZENDE F. & OLIVEIRA F. A. (Orgs.). *Descentralização e Federalismo Fiscal no Brasil: desafios da reforma tributária*. Rio de Janeiro: Konrad Adenauer, 2003.
- SANTOS, A. P. *Município, Descentralização e Território*. Rio de Janeiro: Forense, 2008.
- UGÁ, M. A. D. & MARQUES, R. M. O financiamento do SUS: trajetória, contexto e constrangimentos. In: LIMA, N. T. et al. (Orgs.). *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.
- UGÁ, M. A. D. & PORTO. S. M. Financiamento e alocações em saúde no Rio de Janeiro. In: GIOVANELLA L. et al. (Orgs.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.
- UGÁ, M. A. D. et al. Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 8(2): 417-437, 2003.