



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
INSTITUTO DE ECONOMIA  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS ECONÔMICAS

Mariana Oliveira de Faria

SUBFINANCIAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE BRASILEIRO: UMA  
ANÁLISE DO ORÇAMENTO FEDERAL ENTRE 2010 E 2019

Rio de Janeiro

2022

Mariana Oliveira de Faria

SUBFINANCIAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE BRASILEIRO: UMA  
ANÁLISE DO ORÇAMENTO FEDERAL ENTRE 2010 E 2019

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Instituto de Economia da  
Universidade Federal do Rio de Janeiro,  
como exigência para a obtenção do título  
de Bacharela em Ciências Econômicas.

Orientador: Professor Dr. Jaime Ernesto  
Winter Hughes León  
Coorientadora: Dra. Nina Lys de Abreu  
Nunes

Rio de Janeiro

2022

## CIP - Catalogação na Publicação

F224s Faria, Mariana Oliveira de  
SUBFINANCIAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE  
BRASILEIRO: UMA ANÁLISE DO ORÇAMENTO FEDERAL ENTRE  
2010 E 2019 / Mariana Oliveira de Faria. -- Rio de  
Janeiro, 2022.  
67 f.

Orientador: Jaime Ernesto Winter Hughes Léon.  
Coorientadora: Nina Lys de Abreu Nunes.  
Trabalho de conclusão de curso (graduação) -  
Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto  
de Economia, Bacharel em Ciências Econômicas, 2022.

1. Sistema Único de Saúde. 2. financiamento da  
saúde. 3. políticas públicas em saúde. 4. seguridade  
social. 5. orçamento federal da saúde. I. Léon,  
Jaime Ernesto Winter Hughes, orient. II. Nunes,  
Nina Lys de Abreu, coorient. III. Título.

MARIANA OLIVEIRA DE FARIA

SUBFINANCIAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE BRASILEIRO: UMA  
ANÁLISE DO ORÇAMENTO FEDERAL ENTRE 2010 E 2019

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Instituto de Economia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito para a obtenção do título de Bacharela em Ciências Econômicas.

Rio de Janeiro, 19 de agosto de 2022.

---

JAIME ERNESTO WINTER HUGHES LEÓN - Presidente

Professor Dr. do Instituto de Economia da UFRJ

---

SIMONE FIORITTI SILVA

Professora Dra. do Instituto de Economia da UFRJ

---

ARTUR MONTE CARDOSO

Professor Dr. Do IESC da UFRJ

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço, primeiramente, ao meu orientador, Jaime León, e à minha coorientadora, Nina Nunes, que aceitaram me auxiliar no desenvolvimento deste trabalho de temática importante, me guiando e incentivando por um extensivo período de tempo. E a todo o corpo docente do Instituto de Economia da UFRJ, que me deram os ensinamentos necessários para que eu pudesse estar concluindo esse trabalho hoje.

Às pessoas com quem convivi ao longo desses anos de graduação, que me motivaram e impactaram enormemente na minha formação. Em especial, as minhas amigas Juliana e Rayane.

Às minhas amigas, que estiveram sempre comigo, nomeadamente, à Ana Luiza, que me deu um apoio imensurável durante o processo de desenvolvimento do trabalho.

Por fim, agradeço aos meus pais, Cláudia e Pedro, irmã, Ana Luísa, cunhado, Ramon, e prima, Ana Clara que me incentivaram nos momentos difíceis, não permitiram que eu desistisse e foram compreensíveis com meus momentos de ausência.

## RESUMO

O Sistema Único de Saúde vigente no Brasil, que foi instituído em 1988, apresentou um progresso significativo em comparação ao modelo de seguro social que o antecedeu, sendo considerado essencial para a construção do estado moderno brasileiro. Porém, diversas limitações impedem a construção de um modelo de atenção à saúde que atinja plenamente os princípios da universalidade e integralidade do sistema. Uma limitação considerada é a restrição orçamentária, decorrente de uma crise crônica de financiamento do setor. Dessa maneira, o objetivo deste trabalho é estudar a situação e evolução dos recursos financeiros federais direcionados ao SUS, compreendendo a percepção da existência de um subfinanciamento crônico, que vem sendo agravado. Para tal, replicando a metodologia de Rossi e David (2021), será apresentada uma evolução cronológica das legislações que agem sobre o modelo, especialmente entre 2010 e 2019, assim como uma simulação de um cenário onde as três principais métricas de cálculo do mínimo direcionado à saúde seriam estendidas por todo esse período, como forma de compreender como tais reagem a diferentes cenários econômicos e, comparando os resultados, demonstrar e ratificar o movimento de agravamento dos recursos direcionados do SUS. O período analisado começa no ano de 2010 e vai até o ano de 2019, como forma de captar os efeitos das 3 principais legislações que alteram o orçamento da saúde. Ademais, os dados utilizados para a simulação foram o valor empenhado em função saúde — obtido através do sistema do Senado Federal —, a Receita Corrente Líquida — obtida pelo Tesouro Nacional Transparente — e a variação do PIB Real — conseguido pelo DataSebrae —, todos atualizados em IPCA de março de 2022. Por fim, uma análise sucinta de autores heterodoxos consagrados que pesquisam o SUS contempla o financiamento inadequado duradouro do modelo, e sugere medidas a serem tomadas, propostas pelos autores, visando mitigar os problemas enfrentados pela saúde pública brasileira no futuro. Através da metodologia adotada, portanto, o trabalho corrobora e amplia a compreensão de inadequação do orçamento direcionado à saúde entre 2010 e 2019, e ajuda na elaboração de políticas públicas que preservem e melhorem o SUS.

**Palavras-chave:** Sistema Único de Saúde; financiamento da saúde; políticas públicas em saúde; seguridade social; orçamento federal da saúde.

## ABSTRACT

Brazil's current Unified Health System (SUS), which was established in 1988, presented a significant progress compared to the social insurance model that preceded it, being considered essential for the construction of the modern Brazilian state. However, several limitations prevent the development of a model of healthcare that fully reaches the principles of universality, integrality and equity of the system. A limitation considered is the budget constraint, resulting from a chronic crisis financing the sector. Thus, the objective of this study is to examine the status and evolution of federal financial resources directed to SUS, understanding the perception of the existence of a chronic underfinancing, which is being aggravated currently. To this end, replicating Rossi and David (2021) methodology, a chronological evolution of the laws that act on the model, especially between 2010 and 2019, will be presented, as well as a simulation of a scenario where the three main metrics for calculating the minimum directed to health would be extended throughout this period, as a way to understand how they react to different economic scenarios and, comparing results, demonstrate and ratify the movement of deterioration of the resources directed to SUS. The period analyzed begins in 2010 and runs until the year 2019, aiming to capture the effects of the three main laws that change the health budget. In addition, the data used for the simulation were the value committed to the health function — obtained through the Senado Federal's system —, the Current Net Revenue — obtained by the Tesouro Nacional Transparente —, and the Variation of the Real GDP — achieved by DataSebrae —, all numbers updated in IPCA of March 2022. Finally, a brief analysis of heterodox established authors who research SUS contemplates the long-term inadequate funding of the model, and suggests measures to be taken, proposed by the authors, in order to mitigate the problems faced by Brazilian's public health in the future. Through the adopted methodology, therefore, the paper corroborates and expands the understanding of the inadequate budget for health between 2010 and 2019, and helps in the development of public policies that preserve and improve the SUS.

**Keywords:** Unified Health System; health financing; public policies in health; social security; federal health budget.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Linha do tempo referente ao financiamento do SUS.....	20
Figura 2 – Simulação do gasto empenhado com saúde seguindo uma regra similar a EC 95/2016.....	36
Figura 3 – Simulação do gasto empenhado com saúde seguindo uma regra similar a EC 86/2015.....	37
Figura 4 – Simulação do gasto empenhado com saúde seguindo uma regra similar a LC 141/2012.....	39
Figura 5 - Simulação do gasto empenhado com saúde seguindo uma regra hipotética de crescimento real de 5% a.a. ....	41
Figura 6 – Gasto empenhado em saúde e simulação do gasto empenhado com saúde, a partir de 2011, seguindo diferentes regras .....	41

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 - Simulação de diferentes regras para cálculo do mínimo de recursos para a Saúde (em bilhões de reais) .....	43
---	----

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>1. A SEGURIDADE SOCIAL NO BRASIL: A CRIAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E UM APANHADO HISTÓRICO DO FINANCIAMENTO DO MODELO. ....</b>	<b>13</b>
1.1. COMO SE DEU A TENTATIVA DE INSTITUIR UM MODELO DE ESTADO DE BEM-ESTAR SOCIAL NO BRASIL .....	13
1.2. LIMITES E DESAFIOS PARA O FINANCIAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE BRASILEIRO. ....	18
<b>2. AVALIAÇÃO DAS REGRAS FISCAIS DE GASTO COM A SAÚDE PÚBLICA PELA UNIÃO ENTRE 2010 E 2019 .....</b>	<b>30</b>
2.1. METODOLOGIA.....	31
2.2. ANÁLISE GRÁFICA.....	35
<b>3. TRÊS DIFERENTES ENFOQUES DE POLÍTICAS PÚBLICAS QUE ATENDEM AO FINANCIAMENTO INADEQUADO DO SUS.....</b>	<b>49</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>60</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>63</b>

## INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) vigente hoje no Brasil teve sua origem na Constituição de 1988, seguinte ao fim do regime civil-militar. Anteriormente, a assistência social se limitava à caridade e organizações filantrópicas, que agiam independente do poder público, dado que tal, até 1988, não tinha obrigação legal de garantir proteção aos mais carentes, enquanto o Seguro Social tinha como contrapartida o trabalho formal. Um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo, tem um financiamento, em sua maior parte, a nível federal, e administração descentralizada e especializada, pelo Ministério da Saúde, com universalidade e integralidade como pilares, fornecidos através das áreas de atenção de baixa, média e alta complexidade.

O SUS compete, desde sua origem — num contexto internacional de enfrentamento de dívida externa e inflação elevada —, com políticas de governo focadas em garantir superávits primários, com austeridade fiscal neoliberal e dívida pública restrita, num modelo fiscal institucional incongruente. Portanto, há um embate entre o objetivo do Estado de Bem-Estar Social brasileiro que busca ser legitimado, de garantir a universalidade dos direitos sociais, e a meta do governo, de conter gastos, com um modelo fiscal que não considera potenciais efeitos de políticas sociais (Marques; Mendes, 2012; Dweck; Moretti; Melo, 2021).

A consolidação do neoliberalismo no Brasil — que chega em fins da década de 1980 — é evidenciada pela implementação do Plano Real e suas repercussões nos anos 1990s e 2000s, com a ascensão de políticas que almejam a austeridade fiscal, como a meta de superávit primário a partir de 1999, a Lei de Responsabilidade Fiscal, o câmbio livre a partir de 1999 e, mais recentemente, a regra de ouro fiscal e o teto de gastos. Essa doutrina socioeconômica aparece enquanto a expressão da contradição da coexistência entre Estados Nacionais e empresas multinacionais; como potente formador ideológico da subjetividade da classe trabalhadora e, por fim, enquanto a fase atual do modo de produção capitalista (Mattos, 2019; Saad-Filho; Morais, 2018).

A pesquisa Nacional de Saúde do IBGE — referente ao ano de 2019 —, aponta que 7 a cada 10 brasileiros (mais de 150 milhões de pessoas) dependem exclusivamente do SUS para tratamentos, dado que 71,5% dos brasileiros não figuram como contratantes de qualquer plano de saúde privado. Ademais, 8,9 milhões de pessoas foram internadas em hospitais públicos por um período superior a 24 horas em 2019, equivalente a 64,9% do total de internações do país. Portanto, os dados apresentados pelo estudo evidenciam a importância do funcionamento pleno do SUS (Estatísticas Sociais, 2020).

A restrição orçamentária do sistema de saúde pública brasileiro, decorrente de sua crise de financiamento, impede o Estado de garantir a cobertura plena das necessidades da população. A saúde pública tem seu orçamento previsto na constituição e regulamento por Leis Orgânicas da Saúde, porém, ainda assim, seu custeio é parcialmente negligenciado. Com o passar dos anos, esse caráter complexo do financiamento do SUS é evidenciado e intensificado através de legislações acerca do seu orçamento. Para abarcar as três mudanças no cálculo do piso orçamentário mais significativas, ocorridas em 2012 — Lei Complementar 141 —, 2015 — Emenda Constitucional 86 — e 2016 — Emenda Constitucional 95 —, e suas consequências, a análise metodológica busca replicar o estudo de Rossi e David (2021), porém fazendo um recorte temporal que abrange o período entre 2010 e 2019, estudando, a nível federal, os gastos do Brasil com saúde pública.

A pergunta norteadora desta pesquisa é: em que medida ocorre um subfinanciamento do SUS e como este orçamento é agravado por mudanças em seu cálculo?. Portanto, seu objetivo geral é avaliar a situação e evolução do financiamento do Sistema Único de Saúde brasileiro. Como forma de alcançar o objetivo geral, são propostos dois objetivos específicos. O primeiro, é ponderar como as legislações que afetam o piso orçamentário para a saúde, no período entre 2010 e 2019, reagem a diferentes cenários econômicos, buscando demonstrar a tendência ao agravamento do orçamento da saúde através das mudanças legislativas. O segundo objetivo específico é realizar uma exposição das perspectivas de diferentes autores renomados sobre os desafios enfrentados pelo SUS, buscando ratificar a inadequação orçamentária do sistema, além de propor políticas públicas que auxiliem na contenção de seus problemas.

É importante destacar que existe um questionamento maior no que tange a saúde, acerca da desigualdade orçamentária entre o gasto em saúde e o gasto em saúde pública. Porém, esse não é o objetivo do estudo, que faz a análise da saúde pública brasileira com foco ainda mais específico na esfera federal do governo. Mas é importante destacar que um maior gasto em saúde não necessariamente significa uma melhoria no orçamento do setor público de saúde.

Sendo assim, no primeiro capítulo deste trabalho será apresentado um histórico do Estado de Bem-Estar Social no mundo e, em seguida, da proteção social no Brasil, que viabilizou a criação do Sistema Único de Saúde, assim como as instituições de saúde que o antecederam. Posteriormente, é explicitado o modelo de financiamento do SUS, esclarecendo suas fontes de recurso, e são descritas, de forma cronológica, as legislações do setor desde sua criação.

Buscando replicar o estudo feito pelo artigo de Rossi e David (2021), no segundo capítulo serão simulados valores mínimos federais direcionados à saúde, por todo o período de 2010 a 2019, de acordo com as principais leis que modificaram esse piso, visando entender como tais agem em diferentes conjunturas econômicas. Após a interpretação dos resultados encontrados, é apresentado o cenário político-econômico do período, como forma de esclarecer tendências observadas no intervalo.

Por fim, no último capítulo, agrupando autores de vertente heterodoxa na discussão quanto à saúde pública brasileira em três categorias de discussão, são apresentadas diferentes perspectivas quanto aos maiores obstáculos enfrentados para sustentar o SUS. Assim, são estruturadas medidas propostas por tais autores que podem ser tomadas visando mitigar os problemas enfrentados pela saúde pública no futuro.

## **1. A SEGURIDADE SOCIAL NO BRASIL: A CRIAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E UM APANHADO HISTÓRICO DO FINANCIAMENTO DO MODELO.**

### **1.1. COMO SE DEU A TENTATIVA DE INSTITUIR UM MODELO DE ESTADO DE BEM-ESTAR SOCIAL NO BRASIL**

A Proteção Social surgiu com objetivo de atenuar adversidades enfrentadas por indivíduos sujeitos à sociedade de mercado e eventos correlacionados a ela. Num cenário onde a população necessita de renda, adquirida através do trabalho, para prover para si e seus dependentes, é possível haver mão de obra disposta a trabalhar que exceda a quantidade de vagas de emprego disponíveis, que é definida através da disposição de agentes a investirem — de acordo com expectativas sobre o futuro —. Portanto, o emprego e a qualidade de vida são afetados por crises causadas por um sistema essencialmente instável e cíclico, e a proteção social permite o amparo de indivíduos em eventuais casos onde eles sejam prejudicados na busca por renda, como desemprego, velhice, invalidez, morte e doença (Keynes, 1936 apud Fagnani et al., 2018).

O modelo de Estado de Bem-Estar Social (*Welfare State*) tem três marcos importantes (Fagnani et al., 2018). Ele pode ser rastreado até o modelo político implantado por Otto Von Bismarck, na Prússia, entre 1862 e 1890, que contava com a legitimação de sindicatos, a instituição do primeiro sistema de previdência social contemporâneo e legislações favoráveis aos trabalhadores em caso de doenças, invalidez e acidente de trabalho (Fagnani et al., 2018).

Posteriormente, esse modelo volta a se destacar no período pós Primeira Guerra Mundial, notadamente entre 1930 e 1945, que, como forma de enfrentamento da crise social num cenário de Grande Depressão (Crise de 1929), desenvolve a política social como forma de potencializar a política econômica, especialmente nos Estados Unidos e na Suécia (Fagnani et al., 2018).

Por fim, o Welfare State fica em evidência num cenário pós Segunda Guerra Mundial, nos “Anos Gloriosos”, entre 1945 e 1975, que foi favorável a políticas econômicas keynesianas, num capitalismo regulado, em busca de amparar a população através do controle de demandas (Flora, 1986; Titmus, 1963; Pierson, 1991 apud Fagnani et al., 2018).

O Plano Beveridge, “Relatório sobre o Seguro Social e Serviços Afins” (Beveridge, 1942), foi um forte potencializador do modelo, defendendo, em detrimento do Seguro Social — onde só os cidadãos que contribuem têm direito aos serviços sociais —, o modelo de Seguridade Social — onde os direitos sociais são universais, garantidos através de impostos fiscais e geridos pelo Estado — (Marshall, 1967 apud Fagnani et al., 2018).

Com a adoção do *Welfare State* nos “Anos de Ouro”, os sistemas de impostos passaram a ter caráter progressivo, objetivando o financiamento do modelo paralelamente às políticas de desenvolvimento e, portanto, o alcance de um crescimento econômico onde interesses opostos, do capital e do trabalho, fossem mutuamente atendidos, de forma temporariamente equilibrada. O gasto social expande na maior parte dos países centrais, entre 1990 e 2015, enfrentando um cenário de globalização, com crescimento da ideologia neoliberal e suas práticas de políticas econômicas, e uma crise financeira internacional entre 2007 e 2008 (Pierson, 1991 apud Fagnani et al., 2018).

No Brasil, o passado escravocrata, a industrialização tardia e a democracia breve e descontinuada contribuem para a compreensão de seu Estado Social tardio e sua trajetória de formação da cidadania que divergiu das dos países centrais — desenvolvidas gradativamente ao longo dos séculos XVIII, XIX e XX — (Marshall, 1967 apud Fagnani; Rossi, 2018). Como apontado por Florestan Fernandes (1975), o capitalismo brasileiro é considerado dependente, dado que tal modelo é introduzido antes de ter se instaurado plenamente uma ordem social competitiva<sup>1</sup> no país, tendo, essa, que interagir com estruturas arcaicas,

---

<sup>1</sup> Florestan entende por ordem social, a forma na qual a sociedade organiza suas relações econômicas, políticas e culturais num certo período, como desenvolvido pelo sociólogo Max Weber. O Brasil adota, inicialmente, uma ordem social colonial, caracterizada pelo controle direto da coroa. Depois, uma ordem social neocolonial, entre o início do século XIX, com a independência, e a sexta década do século XIX, com a emergência da modernização capitalista. E, por fim, uma ordem social competitiva, com a expansão de um capitalismo dependente, marcado pela consolidação de uma economia urbano-industrial, interações de escala nacional e soberania metropolitana, vigente até os dias atuais. (Fernandes, 1976 [2010]: 42 apud León, 2019)

polarizando a economia e a sociedade. Nessas condições, o capitalismo possui um formato peculiar, que obstaculiza sua expansão. A Revolução Burguesa do capitalismo dependente no país é influenciada por uma ordem existente do sistema colonial, pela dicotomia histórica entre a política econômica interna e mundial, pela heterogeneidade e complementaridade entre setores arcaicos e modernos da economia e pela tomada de controle do governo por parte de uma elite classista, individualista e excludente. Tal burguesia teve por finalidade definir e perpetuar escassos ganhadores e diversos perdedores na sociedade, sem que houvesse uma extensiva mudança estrutural — que adviria de uma revolução nacional social-democrática, que cessasse a oligarquia e promovesse a integração nacional— (Oliveira; Vazquez, 2010). Portanto, o Brasil teve uma revolução burguesa dependente, em função de interesses econômicos europeus e americanos, mas sem buscar reproduzir transformações sociais, nacionais e democráticas adotadas por esses (Léon, 2019).

Os direitos sociais surgiram no Brasil nos anos 1930, e se consolidaram no Estado Novo varguista, entre 1937 e 1945, onde vigorou o Seguro Social, com a saúde pública voltada exclusivamente aos trabalhadores formais — excluindo a maioria das classes do campo e da cidade — e financiada com recursos de contribuições calculadas acerca de suas remunerações (Santos, 1979 apud Fagnani; Rossi, 2018; Marques; Mendes, 2012).

Num cenário pré-Sistema Único de Saúde, o Ministério da Saúde (MS), junto a estados e municípios, agia com caráter universal tão somente desenvolvendo ações de promoção de saúde e prevenção de doenças — através de campanhas de vacinação e conscientização para endemias — e assistência à saúde — através de poucos hospitais especializados em psiquiatria e tuberculose e da atuação regional da Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP) — (Souza, 2002).

Os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP) forneceram, a partir de 1933, assistência médico-hospitalar não universal, tendo como contrapartida a contribuição para a previdência. Controlados pelo Ministério do Trabalho e da Previdência Social, e administrados pelos representantes dos trabalhadores, empregadores e do Governo Federal, os trabalhadores foram agrupados em 6 ramos de atividade. Tais Institutos de Aposentadorias e Pensões foram o dos bancários (IAPB), dos industriários (IAPI), de marítimos e portuários

(IAPM), dos trabalhadores em transporte e cargas (IAPTEC), dos comerciários (IAPC) e dos servidores públicos (IPASE) (Rodrigues; Santos, 2009 apud Correia et al., 2010).

O cenário político do período aprofundou uma cisão entre a assistência médica, fornecida pelos institutos, e a saúde pública e medidas de saúde coletiva, responsabilidade do Ministério da Saúde e, em 1966, através da fusão entre os IAPS, surgiu o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Posteriormente, o INPS é desdobrado em Instituto de Administração da Previdência Social (IAPAS), Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) (Souza, 2002; Santos et al., 2010).

O INAMPS — autarquia do Ministério da Previdência e Assistência Social—, de 1977, só cobria trabalhadores formais, enquanto desempregados eram obrigados a buscar assistência do sistema privado ou dos poucos serviços municipais, estaduais e de instituições assistencialistas, como Santas Casas de Misericórdia e hospitais universitários. A assistência aos pobres e indigentes se limitava à caridade, e às organizações filantrópicas, que agiam independente do poder público. A arrecadação não era capaz de cobrir os gastos do INAMPS, que foi extinto com a criação do SUS, pela Lei nº 8689/1993, e suas funções, competências, atividades e atribuições foram absorvidas por este, que teve como objetivo corrigir falhas que o modelo anterior não foi capaz, com destaque à universalização do sistema de saúde (Souza, 2002).

É a Constituição Federal de 1988 que formula e sanciona a Seguridade Social, estendendo direitos a todos os cidadãos. Em seu Artigo 6º, entende como direitos sociais “a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados”. Ademais, o Artigo 194º determina que “A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”. Portanto, compete ao poder público, a partir dessa, organizar a seguridade social, garantindo universalidade de cobertura e atendimento, uniformidade e equivalência do serviço para populações urbanas e rurais, seletividade e distributividade na prestação de benefícios e serviços, irredutibilidade do valor dos benefícios,

equidade na forma de participação e custeio, diversidade na base de financiamento e caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa (Brasil, 1988).

O processo de elaboração da Constituição de 1988 tinha como objetivos, inicialmente, o desmonte da ordem ilegal vigente na ditadura militar, a aceleração do processo de transição à democracia e a investigação e pausa no pagamento da dívida externa. Porém, com um movimento de abandono do PMDB à transição democrática, esse processo se prolonga e a Assembléia Nacional Constituinte (ANC) é condicionada por forças conservadoras moderadas. Além disso, a dívida externa não é investigada e direciona as políticas econômicas do país, através de políticas como o arrocho salarial, no cenário de ascensão do neoliberalismo, causando a subserviência do governo ao capital estrangeiro, empresas multinacionais e grandes potências, como os Estados Unidos. Portanto, a fórmula de transição lenta, gradual e segura ganha força, em combate a ideais considerados radicais por conservadores, grupos do centro e demais partidos burgueses, tornando a ANC uma instituição chave da “nova” república, que defende a mudança de forma cautelosa, seletiva e equilibrada, produto da “evolução certa, no tempo certo”. (Fernandes, 2006)

Inspirada nos padrões do Estado de Bem-Estar Social, com o acesso definido pela necessidade e não pela capacidade de pagamento, a Seguridade Social no Brasil compreende um tripé de Seguro Social contributivo, Assistência Social direcionada pelo comprovação da necessidade, não contributiva, e Saúde universal, a qual a forma de financiamento é determinada no Artigo 195º da atual Constituição Federal. O Sistema de Pensão *Pay As You Go*<sup>2</sup> é dividido entre o Setor Privado (Regime Geral de Previdência Social) e o Setor Público (Regime Próprio de Previdência Social); A Assistência Social se dá através de um Benefício Regular Não-Contributivo (Benefício de Prestação Continuada); e o Sistema de Saúde, um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo, com financiamento em sua maior parte a

---

<sup>2</sup> O Regime Geral de Previdência Social (RGPS) é um sistema público contributivo no formato “pay as you go” (PAYG), caracterizado por um piso do benefício previdenciário equivalente a um salário mínimo, assim como pela existência de um teto para contribuições e benefícios, e por aposentadorias rurais que reconhecem não-contribuintes. O RGPS inclui também contribuições que dependem de condicionantes, como seguro-desemprego, auxílio-doença, e salário-maternidade, que cobrem trabalhadores urbanos e rurais. Paralelamente, o Regime Próprio de Previdência Social (RPPS) trata da previdência de servidores públicos (Lavinias; Gentil; Cobo, 2017).

nível federal e administração descentralizada e especializada, pelo Ministério da Saúde, é público, com universalidade, integralidade<sup>3</sup> e gratuidade como seus pilares (Brasil, 1988; Lavinias; Gentil; Cobo, 2017).

## 1.2. LIMITES E DESAFIOS PARA O FINANCIAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE BRASILEIRO.

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro é estimulada desde o final dos anos 1970, através do Movimento Sanitarista. Ele contava com atuantes de partidos políticos — como Movimento Democrático Brasileiro (MDB) e Partido Comunista Brasileiro (PCB) — e de profissionais da Saúde — como Fundação Oswaldo Cruz, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) —, que pleiteavam por participação popular, equidade, descentralização, universalidade e integralidade das ações de saúde (Costa, 2002 apud Marques; Mendes, 2012).

Portanto, a criação do SUS foi fortemente defendida e a garantia de sua aprovação no Congresso Nacional se deu mediante a aliança entre setores de centro e de esquerda — como o Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB) de José Serra, o Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB), o Partido dos Trabalhadores (PT), o Partido Democrático Trabalhista (PDT), o Partido Comunista Brasileiro (PCB) e o Partido Comunista do Brasil (PCdoB) —. Dentre os opositores constavam partidos mais conservadores — como segmentos do PMDB, do Partido Trabalhista Brasileiro (PTB), do Partido Democrático Social (PDS) e do Partido da Frente Liberal (PFL) — (Marques; Mendes, 2012).

---

<sup>3</sup> O princípio da integralidade pressupõe assistência terapêutica ao cidadão completa, através de um conjunto de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, cobrindo desde tratamentos básicos até procedimentos de alta complexidade, com uma rede regionalizada e hierarquizada (Brasil, 1990).

No contexto internacional, o país enfrentava uma dívida externa e inflação elevadas. Ainda, realizava-se o Consenso de Washington<sup>4</sup>, que visou a ampliação do ideário neoliberal nos países latino-americanos. Dessa forma, o SUS foi criado em um cenário de políticas macroeconômicas regidas pela austeridade fiscal neoliberal e dívida pública restrita, onde o governo tem como foco a garantia de superávits primários (Marques; Mendes, 2012).

Com a adoção de regras fiscais rígidas a partir da década de 1980, que inviabilizou a discricionariedade, o Brasil acaba assumindo um modelo fiscal institucional incongruente, com justaposições limitantes à atuação do Estado quanto ao amparo de direitos sociais. A proposta de construção de um Estado de Bem-Estar Social — modo de retificar a tendência à concentração de renda e riqueza anterior aos anos de 1980 — é restringida pela adoção de um modelo de finanças públicas neoliberal incompatível com a proposta. A chamada “Regra de Ouro”, sancionada no Artigo 167º da Constituição e vigente até os dias atuais, determina que o Estado só deve emitir dívida pública para o pagamento de despesas de capital, impondo o superávit primário, ao impedir que essas despesas correntes sejam executadas diretamente como endividamento, e que os títulos do Tesouro sejam adquiridos diretamente do Banco Central (Dweck; Moretti; Melo, 2021).

Desde sua origem, as regras fiscais são um grande obstáculo para o *Welfare State* brasileiro. Com impactos estruturais sobre a economia e a sociedade, o modelo fiscal considera exclusivamente os efeitos econômicos de despesas, sem ponderar potenciais impactos da concessão de direitos sociais sobre a dinâmica econômica, social e ambiental (Dweck; Moretti; Melo, 2021).

Os anos que seguem a Constituição, por conseguinte, foram marcados por um embate entre assegurar a universalidade de direitos sociais e a contenção de gastos, onde a saúde — mesmo tendo seu financiamento previsto na constituição e regulamentado pelas Leis

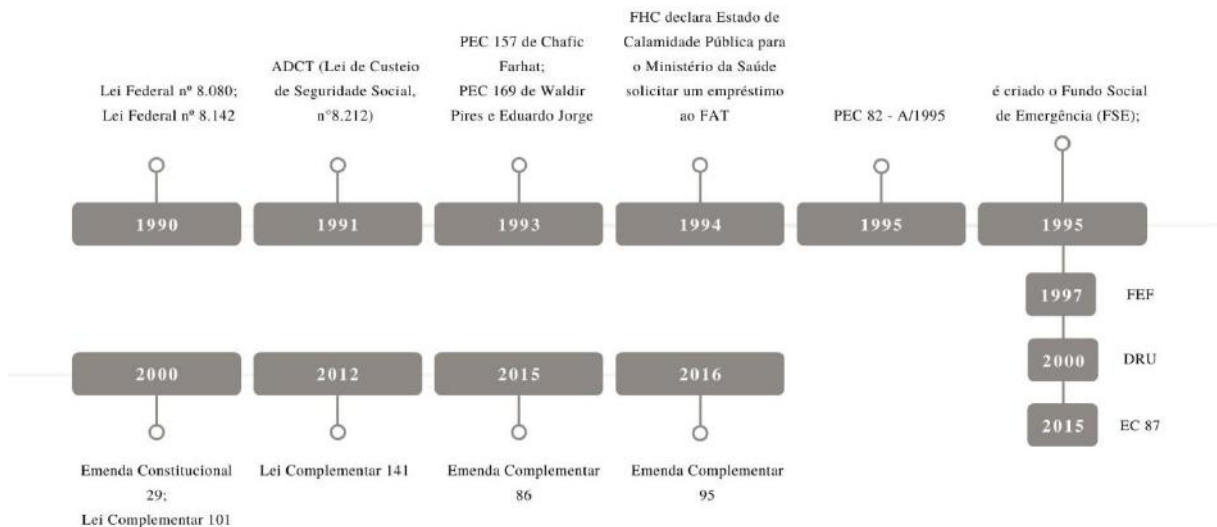
---

<sup>4</sup> Projeto de reformas econômicas promovido pelo Fundo Monetário Internacional, Banco Mundial e governo norte-americano, que propôs um conjunto de regras e condicionantes a diversos países e regiões do mundo para que eles se ajustassem à nova ordem capitalista mundial, como o ajuste fiscal, a desregulamentação de mercados, a redução da atuação do Estado e a privatização do setor público. A adesão dessas regras por um país o garantiria o apoio político e econômico de governos centrais e organismos internacionais (Fagnani, 2011).

Orgânicas da Saúde — tem a situação do seu custeio parcialmente negligenciada (Marques; Mendes, 2012).

O financiamento do SUS foi debatido de forma extensiva até que se chegasse a uma proposta difundida e adaptada, levando em consideração tudo que já tinha sido discutido. Portanto, a linha do tempo disponibilizada na Figura 1 visa facilitar a compreensão de como ocorreu a evolução das emendas e leis que serão apresentadas na extensão do capítulo, não necessariamente seguindo uma ordem temporal, dado que algumas delas são propostas como resposta a anteriores.

**Figura 1 - Linha do tempo referente ao financiamento do SUS**



Fonte: Elaboração própria (2022).

A Lei de Responsabilidade Fiscal, Lei Complementar nº 101/2000, ratifica esse caráter governamental controverso e pró-cíclico, ao impor regras rígidas de despesa com pessoal, controle de endividamento, metas de despesas primárias e outras regulações que

visavam o equilíbrio fiscal em detrimento da atuação do Estado, principalmente a nível subnacional. Esses entes subnacionais devem gerir diretamente as redes de saúde, porém, não dispõem de quaisquer instrumentos fiscais para administrar o financiamento de tais ações (Dweck; Moretti; Melo, 2021).

O equilíbrio federativo do SUS é um tópico de bastante debate entre estudiosos da área. Fruto de um cenário fiscal restritivo, estados e municípios enfrentaram, desde a criação do SUS, limitações à capacidade de arrecadação própria, sendo o Governo Federal beneficiado. Diante desse cenário, a disparidade na capacidade de financiamento da saúde de diferentes estados e municípios se intensificou. Portanto, essas unidades subnacionais frequentemente dependem de repasses da União que, como governo central, detém instrumentos essenciais para o aumento de suas despesas independentemente de sua capacidade de arrecadação, como a possibilidade de emissão de moeda nacional e de dívida pública de ampla aceitação (Dweck; Moretti; Melo, 2021).

A variação entre o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de diferentes regiões brasileiras também elucidada como o equilíbrio federativo afeta o financiamento da saúde em diferentes regiões, que demandam diferentes níveis de cuidado. Composto por esperança de vida ao nascer, média de anos de escolaridade e renda nacional bruta per capita, o IDH brasileiro — média nacional — é classificado como “elevado”, mas conta com 65% de municípios na faixa de IDH “baixo” ou “muito baixo”, evidenciando a extrema desigualdade e heterogeneidade do Brasil e reforçando a necessidade de políticas públicas específicas para amenizar tais disparidades (Fagnani et al., 2018).

Como definido no Artigo 195º, a Seguridade Social é financiada por empregadores — através de contribuições sobre folha de salários ou rendimentos do trabalho, sobre a receita ou faturamento, e sobre o lucro —, por empregados — não contabilizando contribuições sobre aposentadoria e pensão —, por receitas de concursos prognósticos, e pelo importador de bens ou serviços exteriores, sem vinculação de contribuições a ramos específicos dela (Brasil, 1988).

O Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), reafirmado pela Lei de Custeio de Seguridade Social, nº8.212, de 1991, dispõe sobre a organização da Seguridade e

seu plano de custeio anteriormente à regulamentação de seus repasses, definindo que 30% do total dos recursos arrecadados por ela deveriam ser destinados à saúde (Marques; Mendes, 2012). A Lei Federal nº8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre a promoção, proteção e recuperação da saúde, com foco nos planos municipais, além de organização, direção e gestão do modelo, além de complementar o Artigo 200º da Constituição Federal na definição do que se consideram Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) (Brasil, 1990). Já a Lei Federal nº8.142, de 28 de dezembro de 1990, define as condições para o direito aos recursos e as transferências intergovernamentais, assim como a participação da comunidade na gestão do modelo (Brasil, 1990).

O Orçamento da Seguridade Social (OSS) é responsável, junto aos tesouros federal, municipais e estaduais, pelo financiamento dos setores do SUS. Ele contempla contribuições sobre a folha de salários — do trabalhador e da empresa —, contribuições sobre lucro líquido (CSLL) e contribuições para o financiamento da seguridade social (COFINS) — que se dá sobre o faturamento —, assim como um tributo vinculado especificamente à saúde, a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), entre 1997 e 2007 (Ugá; Santos, 2006).

Compete aos estados e distrito federal o Imposto sobre Operações Relativas à Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços de Transporte Interestadual e de Comunicação (ICMS), o Imposto sobre Transmissão de “Causa Mortis” e Doação de Bens e Direitos (ITCMD), o Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores (IPVA) e 5% do Imposto de Renda (IR) incidente sobre renda capital. Além disso, eles recebem transferências de tributos federais através do Fundo de Participação dos Estados (FPE), que aumentou seu percentual de participação no IR e no Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) de 14% para o valor atual de 21,5%, que vigora desde 1993. São repassados 10% dos recursos do IPI, de maneira proporcional, aos estados que exportam produtos industrializados, e 3% do valor arrecadado de IPI e IR se destina aos beneficiários do Fundo Especial para Fomento às Regiões Pobres (Ugá; Santos, 2006).

Compete aos municípios o Imposto sobre a Propriedade Predial e Territorial Urbana (IPTU), o Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza (ISS), o Imposto sobre Venda de Combustíveis a Varejo (IVCV) e o Imposto sobre Transmissão Intervivos de Bens e

Direitos sobre Imóveis (ITBI). Além disso, eles recebem transferências de tributos federais e estaduais, através do Fundo de Participação dos Municípios (FPM), recolhendo 22,5% do IPI e do IR e 50% do ITR da União, e 25% do ICMS e 50% do IPVA dos estados (Ugá; Santos, 2006).

No início dos anos 1990, um acordo entre lideranças partidárias determina que a saúde teria prioridade sobre os recursos advindos do Fundo de Investimento Social (FINSOCIAL) e das Contribuições Sociais sobre o Lucro Líquido (CSLL) (Médici; Marques 1995 apud Marques; Mendes, 2012). Entretanto, em 1993, é descontinuado o repasse de 15,5% da contribuição de empregados e empregadores para a saúde, tendo como justificativa política a prevenção de um déficit expressivo no fim do ano. Em 1995, Fernando Henrique Cardoso declara Estado de Calamidade Pública, para possibilitar que o Ministério da Saúde solicite um empréstimo ao Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT) para financiar o SUS (Marques; Mendes, 2012).

Em 1994, é criado o Fundo Social de Emergência (FSE) — como forma de estabilizar a economia após o Plano Real<sup>5</sup> —, renomeado Fundo de Estabilização Fiscal (FEF) em 1997 e, em 2000, transformado em Desvinculação das Receitas da União (DRU), que permite ao governo federal usar livremente 20% de arrecadações vinculadas a fundos e despesas, como à Seguridade Social, buscando garantir o superávit primário. Tal desvinculação afeta, sobretudo a saúde, dado que recursos previdenciários são

---

<sup>5</sup> O Plano Real foi desenvolvido em 1993, num cenário de inflação alta, como forma de conter preços através de medidas econômicas. O modelo tem como base um tripé macroeconômico, com Política Fiscal rígida — Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) em 2000 —, Política Monetária contracionista — elevação da taxa de juros — e política de âncora cambial. O Programa de Ação Imediata (PAI) exerceu a austeridade fiscal, com corte de gastos públicos e a criação do Fundo Social de Emergência (FSE), que desvincula 20% das transferências constitucionais para estados, municípios, fundos regionais e algumas políticas sociais para pagamento de despesas com juros da dívida pública. Em 1º de março de 1994, entrou em vigor a medida provisória 434 — posteriormente reeditada, sob os números 457 e 482 —, que estabelece um novo indexador, a Unidade Real de Valor (URV). Numa terceira fase, foi introduzida uma nova moeda, o Real, junto à elevação das taxas de juros — para aumentar as reservas cambiais que a lastreiam —. A adoção da taxa de câmbio como âncora nominal no período ocasionou na dependência por parte da base monetária de reservas internacionais acumuladas e legislações que regulamentavam como se dá a relação entre estoque de reservas e criação de moeda, em detrimento do banco central. E em 1999 ocorre a substituição do câmbio fixo pelo flutuante e a instituição de metas de inflação. Tais processos não foram lineares, articulando-se a medidas de abertura comercial com fins anti-inflacionários e apoiando-se em e aprofundando medidas neoliberais ascendentes desde o governo Collor, e que são mantidas nos governos posteriores (Ianoni, 2009).

imprescindíveis, pois atendem a direitos individuais. Porém, simultaneamente à restrição de recursos federais, houve um aumento proporcional de recursos estaduais e, principalmente, municipais (Marques; Mendes, 2012).

Em 2015, a Proposta de Emenda Constitucional 87/2015, visando prorrogar até 2023 e modificar algumas normas da DRU foi sancionada. Ela propõe o aumento de 20% para 30% da alíquota de desvinculação sobre a receita de contribuições sociais e econômicas, Fundos Constitucionais de Financiamento do Norte (FNO), do Nordeste (FNE) e do Centro-Oeste (FCO), taxas e compensações financeiras oriundas da utilização de recursos hídricos e minerais, enquanto veta a desvinculação de impostos federais (IPI, IR) (Brasil, 2015).

Desde a criação do SUS, há uma extensa discussão sobre seu financiamento. Duas propostas de emendas constitucionais buscando solucionar a questão foram apresentadas. A Proposta de Emenda Constitucional 157 (PEC 157/1993) do deputado Chafic Farhat, do PPR de São Paulo, propõe que a União deve vincular no mínimo 18% do Tesouro Nacional na Saúde, correspondendo a 1,88% do PIB. Já a PEC 169, de 1993, dos deputados Waldir Pires e Eduardo Jorge, determina que 30% dos recursos da Seguridade e 10% da receita de impostos da União, do Distrito Federal, estaduais e municipais devem ser destinados a ela. O equivalente a 2,66% do PIB (Marques; Mendes, 2012).

O Conselho Nacional de Secretários da Saúde (Conass) defende a segunda proposta, complementando-a. Para o Conass, os 40% do PIS-Pasep destinados ao BNDES deveriam ser redirecionados à Seguridade, devendo a contribuição ser unificada ao Cofins (Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social); a CSLL deve ser aplicada às instituições financeiras; o Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT) deveria incluir a saúde aos seus objetivos; os produtos prejudiciais a saúde, como cigarro e bebidas alcoólicas, deveriam ser sobretaxados; as isenções de imposto a empresas que fornecessem planos de saúde privados a seus funcionários deveriam ser suspensas, assim como a dedução no imposto de pessoas físicas usuárias de planos de saúde e previdência privados; os gastos ocasionados por segurados privados junto ao SUS deveriam ser reembolsados; a União, com recursos próprios, deveria ser responsável por seus próprios encargos previdenciários; e estados e municípios deveriam aumentar sua participação na partilha da arrecadação de impostos, de 29% para 35%

e 17% para 14%, respectivamente, ficando a União responsável exclusivamente pela regulação e normalização a nível federal (Marques; Mendes, 2012).

Em 1994, José Pinotti, do Partido Socialista Brasileiro, propõe que seja destinado à Saúde o equivalente a 5% do PIB anterior, enquanto Carlos Mosconi, do PSDB, sugere que toda a arrecadação da Cofins e da CSLL de empresas seja vinculada ao setor. Na PEC 82 - A/1995, o deputado Urcisino Queiroz, remodela o segundo modelo, atribuindo uma vinculação progressiva dessas contribuições à Saúde que chegaria a cobrir até 64% delas, ao invés de sua integralidade, e anexa a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) — que entra em vigor em 1997, para substituir o Imposto Provisório sobre Movimentação Financeira (IPMF), de 1994 — (Marques; Mendes, 2012).

Em 1998, o Ministro da Saúde, José Serra, advoga pelo repasse de 30% dos recursos da Seguridade Social, excetuando o PIS/Pasep, para a saúde; pela continuidade da CPMF, devendo tal financiar a Seguridade como um todo; pela vinculação progressiva da Cofins e da CSLL — de 60% em 1999 a 70% em 2003 —, assim como da receita de impostos e transferências estaduais e municipais — de 8% em 1999 a 12% em 2003 e 11% em 1999 a 15% em 2003, respectivamente — (Marques; Mendes, 2012).

Unindo a proposta de José Serra à PEC 82 - A/1995, o Conselho Nacional de Saúde advoga pelo repasse de 30% dos recursos da Seguridade à Saúde, pela destinação integral de recursos da CPMF ao setor e pela progressividade na vinculação da Cofins e da CSLL — chegando a 80% em 2003 — e da receita de impostos e transferências estaduais e municipais — de 7% em 1999 a 13% em 2003, para ambos — (Marques; Mendes, 2012).

Em 2000, a proposta difundida e adaptada por múltiplos políticos é enviada ao Senado e aprovada, assumindo o nome de Emenda Constitucional 29 (EC 29). Marco histórico do financiamento da saúde, a EC 29 define a participação de cada esfera do governo nesse e determina um valor mínimo obrigatório vinculado a ser alocado no setor. Seu texto propõe que, num primeiro ano, estados e municípios destinem ao menos 7% de suas receitas de impostos e transferências constitucionais, e a União, 5% em relação ao orçamento empenhado no ano anterior. Já em 2004, a porcentagem de estados deve ser ampliada para

12%, e municípios, 15%, enquanto a União deve transferir o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação do PIB nominal (Marques; Mendes, 2012) (Brasil, 2000).

No entanto, a EC 29 não explicita a operacionalização dos recursos a nível federal, o que gera um extenso debate entre o Ministério da Fazenda e o Ministério da Saúde quanto à base para aplicação do adicional de 5%. O primeiro defende a base de cálculo fixa, com o ano-base 1999, e mudanças somente com as variações nominais do PIB ano a ano. Já o segundo, acredita que a base de cálculo deve ser móvel, tendo 2000 como ano-base e o valor apurado para os demais anos, sempre o do ano anterior. A Advocacia-Geral da União elege o modelo fazendário. Em 2005, por meio do Acórdão nº957/2005, o Tribunal de Contas da União (TCU) se utiliza do cálculo do Ministério da Saúde, porém, não tem sua decisão acatada pelo executivo federal, e na Lei de Diretrizes Orçamentárias de 2005 (LDO 2005) a “base fixa” volta a ser utilizada como critério, como na LDO 2003 (Ribeiro, Piola, Servo, 2007 apud Marques; Mendes, 2012).

Outro problema enfrentado na operacionalização da EC 29 é o descomprometimento de estados e municípios grandes quanto ao repasse mínimo de recursos adequados à saúde, contabilizando despesas como o pagamento de inativos nesse percentual, apesar de haver a Resolução nº316, de 4 de abril de 2002 — substituída posteriormente pela Resolução nº322, de 8 de maio de 2003 —, que determina parâmetros claros para a definição de despesas de ações e serviços da saúde (Marques; Mendes, 2012).

É o Decreto 7.508, de 2011, que regulamenta a lei 8.080 para dispor sobre a organização e articulação de diferentes partes do SUS. Nele, é estabelecido como se determinam as Regiões de Saúde, a responsabilidade dos entes federativos para assegurar o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde, a hierarquização desses serviços e como ocorre o acesso a eles. O Decreto também dispõe sobre a articulação interfederativa, instituindo Comissões Intergestoras a nível federal (Comissão Intergestora Tripartite - CIT), estadual (Comissão Intergestora Bipartite - CIB), e inter regional (CIR), representados pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e pelo Conselho Estadual de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS) (Brasil, 2011).

Em 2012, a Lei Complementar nº141/2012 regulamenta o texto do art. 198º da Constituição Federal, expressando a necessidade de criar uma metodologia de repasse de recursos da União para estados e municípios. Essa norma também determina as normas de vigilância das despesas incluídas em Ações e Serviços Públicos de Saúde — definidas pelo artigo 200º da Constituição Federal e pela Lei nº 8.080 —, sendo elas majoritariamente primárias e correntes, e busca capacitar os três níveis de gestão a declararem, obrigatoriamente, os recursos aplicados no setor, no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops) (Brasil, 2012). Essa regra não favorece a situação enfrentada pelo financiamento do SUS desde a sua criação, dado que a vinculação do gasto à variação do PIB é pró-cíclica. Sua proporção fixa em relação ao PIB é prejudicial em momentos de crise, podendo causar uma redução em termos reais no gasto mínimo destinado à saúde em um cenário econômico no qual a seguridade social se faz necessária (Rossi; David, 2021).

Além disso, classificadas como ASPS, emendas compõem os gastos mínimos necessários à Saúde, o que favorece a aplicação de indicações parlamentares, que tendem a contemplar regiões e setores da saúde específicos, em oposição a buscar a equidade regional e considerar suas diferentes necessidades (Dweck; Moretti; Melo, 2021).

Outro problema gerado pela adição de emendas ao cálculo do valor mínimo direcionado à saúde, é que tal orçamento é comprometido dada a crescente alocação de recursos por parlamentares, como forma de estabelecer uma relação com eleitores, através de emendas impositivas — individuais e de bancada — e não-impositivas — especialmente as de relator —, em detrimento de demandas legítimas do SUS (Dweck; Moretti; Melo, 2021).

A Emenda Constitucional 86, de 2015, reforça a situação crítica enfrentada pelo financiamento da saúde pública brasileira. Ela delibera que a União deve aplicar ao menos 13,2% de sua Receita Corrente Líquida (RCL) em saúde, em 2016, e essa porcentagem deve progredir até 15% após 5 anos. O piso determinado em 2016 gera um efeito redutivo, dado que o valor deflacionado despendido pela União é inferior ao do período anterior. Além disso, os royalties do petróleo são contabilizados como fonte para cumprimento do mínimo constitucional a ser direcionado ao setor. Movimentos e partidos em defesa do SUS entraram com a Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) nº 5.595/2016 e, em 2017, Ricardo

Lewandowski — ministro do Supremo Tribunal Federal (STF) — deferiu medida liminar suspendendo os artigos da EC 86 que tratavam do escalonamento e da inclusão de royalties no cálculo (David et al., 2020, p. 18 apud Rossi; David, 2021).

Essa legislação é favorável ao gasto com saúde em períodos de crescimento, dado que a vinculação à RCL permite que não apenas o crescimento econômico, mas também aumentos na base arrecadatória e tributária afetem o saldo redirecionado à saúde. Por outro lado, em momentos de desaceleração econômica, ocorrem quedas mais acentuadas nesse gasto obrigatório, dada a elasticidade da RCL ao PIB — métrica utilizada no modelo adotado pela EC 29 — maior que 1, e, políticas fiscais restritivas também o afetam negativamente. Desse modo, a EC 86/2015 configurou um caráter extremamente pró-cíclico ao orçamento da saúde (Rossi; David, 2021).

A Emenda Constitucional 95, de 2016, torna a situação do financiamento ainda mais crítica. Conhecida como “Teto de Gastos”, ordenou o congelamento de despesas primárias em termos reais, por 20 anos, variando apenas de acordo com a inflação do ano anterior. Portanto, o piso do gasto federal com saúde é desvinculado da RCL anual e congelado na despesa gasta em 2017, impondo a redução gradativa da atuação do Estado (Rossi; Dweck, 2016 apud Rossi; David, 2021).

Como reação à EC 95, no final de 2017, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº3.992 para dispor sobre o financiamento e a transferência de recursos federais para ASPS, visando flexibilizar a utilização de recursos financeiros por municípios, e, portanto, ampliar sua autonomia. A norma institui dois blocos de financiamento para transferências interfederativas: Bloco de Custeio das Ações e dos Serviços Públicos de Saúde e Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde. O primeiro contempla ações em atenção básica, atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, assistência farmacêutica, vigilância em saúde e gestão do SUS, enquanto o segundo engloba verbas para obras, reformas, ampliações e adequações de unidades existentes, além da aquisição de equipamentos e mobílias (Confederação Nacional de Municípios, 2018; Brasil, 2017).

A criação dos Blocos pela Portaria nº 3.992 teve como justificativa a flexibilização do fluxo financeiro, que permitiria a aplicação e gerência adequada dos recursos por parte dos

gestores, destacando a importância dos instrumentos de planejamento e orçamento. Com a entrada de recursos federais para variadas ações em uma única conta, a responsabilidade de contadores e gestores municipais é ampliada, tendo que remanejar esses recursos de maneira congruente ao Plano Municipal de Saúde e na Programação Anual de Saúde, além de comprovar a aplicação deles na classificação orçamentária, subfunção de empenho, liquidação e pagamento de despesas corretas (Confederação Nacional de Municípios, 2018; Brasil, 2017).

Através das portarias, decretos, emendas e leis supracitadas, é possível compreender, de forma sucinta, o problema histórico enfrentado para que se financie o Sistema Único de Saúde brasileiro e sua evolução. Estudos comparativos — estimando como as métricas precedentes gerariam receitas se mantidas, em comparação a atual — apontam como a arrecadação é afetada por essas medidas e exacerbam um movimento de desmonte do setor, como será apresentado no capítulo seguinte.

No Capítulo 2, portanto, são realizadas simulações do valor mínimo direcionado à Saúde por parte do Governo Federal, num cenário onde as três principais políticas de financiamento do setor seriam estendidas por todo o período de 2010 a 2019, utilizando como base o artigo de Rossi e David (2021). Inicialmente, é apresentada a metodologia utilizada para tais simulações, e, de forma subsequente, as simulações realizadas são apresentadas e interpretadas. Por fim, é feita uma análise político-econômica do período de 2010 a 2019, que permite compreender certas tendências observadas nessas simulações. O objetivo do capítulo é elucidar a queda no crescimento do gasto com saúde pela União, comparando regras anteriores à regra vigente.

## **2. AVALIAÇÃO DAS REGRAS FISCAIS DE GASTO COM A SAÚDE PÚBLICA PELA UNIÃO ENTRE 2010 E 2019**

Como já mencionado anteriormente, o cálculo do valor mínimo a ser direcionado à área da saúde, determinado pela Emenda Constitucional 29, de 2000, teve três grandes mudanças (Rossi; David, 2021).

Em 2012, a Lei Complementar 141 determina as normas de fiscalização do que são consideradas ASPS (Ações e Serviços Públicos de Saúde) — determinadas pelo Artigo 200º da Constituição Federal e pela Lei nº8.080 —, e estabelece o uso do montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB), como limiar para a aplicação na função Saúde pela União, enquanto estados devem investir 12% da receita de impostos e transferências constitucionais e, municípios, 15% dessa (Rossi; David, 2021).

Em 2015, a Emenda Constitucional 86 adota 15% da Receita Corrente Líquida (RCL) em saúde como mínimo a ser aplicado na função pela União, devendo essa porcentagem escalonar até o valor desejado, em 5 anos. No primeiro ano após a promulgação desta EC, o piso é de 13,2% da RCL; no segundo, 13,7%; no terceiro, 14,1%; no quarto, 14,5%; para que, enfim, no quinto ano, se alcance os 15% almejados pela RCL (Rossi; David, 2021).

Em 2016, a Emenda Constitucional 95 determina o congelamento de despesas primárias em termos reais, usando a despesa de 2017 como piso. O Piso da saúde, então, é desvinculado da RCL e associado a despesa de 2017 reajustada pela inflação (Rossi; David, 2021).

Tais mudanças fomentam uma queda no crescimento do gasto com saúde pela União, justificada por variações na arrecadação e também no crescimento econômico (Rossi; David, 2021).

Tendo como referência Rossi e David (2021), esse capítulo tem como objetivo apresentar uma simulação de como seria o valor mínimo direcionado à saúde, estendendo as três regras acima citadas para todo o intervalo estudado. Dessa forma, é possível ponderar benefícios e prejuízos provocados pela adoção de cada um dos modelos em determinado cenário. É abordado também como as mudanças no crescimento econômico afetam diferentes métodos de arrecadação de formas distintas (Rossi; David, 2021).

## 2.1. METODOLOGIA

A análise metodológica abrange o período entre 2010 e 2019, tendo como objetivo interpretar como as três grandes mudanças no cálculo do piso para gasto público com a saúde afetaram o setor. Conforme destacado por Rossi e David (2021), a pandemia de COVID-19 demandou um remanejamento de outras ações do próprio orçamento da saúde para o enfrentamento da ocorrência, mas não de novos recursos, logo, não será feita, neste capítulo, a análise de dados após 2019, ano anterior ao início do isolamento social no Brasil.

O Índice Nacional de Preço ao Consumidor Amplo (IPCA), índice de inflação publicado pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), foi o parâmetro para transformar preços correntes — expressos como na época em que foram registrados — em preços constantes — os quais abstraem índices de inflação ou deflação —. O procedimento de multiplicação dos preços analisados pelo deflator (IPCA) permite a comparação de séries de preços de diferentes períodos de forma adequada (Nunes; May, 2019).

Com o objetivo de cobrir cerca de 90% das famílias vivendo em áreas urbanas, o IPCA analisa um conjunto de produtos e serviços comercializados no varejo, por famílias cujo rendimento, qualquer que seja a origem desse, varia entre 1 e 40 salários mínimos. Através de dados de pesquisa não probabilística, o índice é divulgado mensalmente, estendendo-se do dia 01 ao 30 do mês de referência. A coleta de dados de estabelecimentos comerciais e de prestação de serviços, e concessionária de serviços públicos e internet é realizada nas regiões metropolitanas das cidades de Rio de Janeiro, Porto Alegre, Belo Horizonte, Recife, São

Paulo, Belém, Fortaleza, Salvador, Curitiba e Vitória, além dos municípios de Goiânia e Campo Grande e do Distrito Federal (Banco Central do Brasil, 2016; IBGE, 2015). A precificação dos itens pode ser feita através de preços livres, de acordo com oferta e demanda, ou de preços administrados, regulados a nível federal, estadual ou municipal. Para preços livres, calcula-se a média aritmética dos preços coletados em diferentes estabelecimentos comerciais para cada produto, tanto na Pesquisa de Locais de Compra (PLC) quanto em subitens extra-PLC, como domicílios alugados, empresas concessionárias responsáveis pela prestação de serviços, órgãos oficiais, certos profissionais autônomos, dada uma precificação diferenciada. Já os preços administrados compreendem 23 bens e serviços da cesta do IPCA, sendo eles categorizados em habitação — energia elétrica residencial, taxa de água e esgoto, gás de botijão, gás encanado —, saúde e cuidados pessoais —plano de saúde, produtos farmacêuticos—, serviços pessoais —jogos de azar—, transporte —ônibus urbano, ônibus intermunicipal, ônibus interestadual, trem, metrô, barco, táxi, multa, emplacamento e licença, pedágio, gasolina, óleo diesel, gás veicular— e comunicação — telefone fixo, telefone público, correio— (Banco Central do Brasil, 2016).

Portanto, dentre os indicadores de acompanhamento de preços que compreendem a variação real de um segmento da economia disponíveis, o IPCA foi escolhido devido a cesta de produtos e serviços que ele abrange, conforme supracitado, possibilitando uma melhor mensuração da variação monetária. Os preços correntes foram multiplicados pelo deflator, para se tornarem preços constantes ao mês de março de 2022, com auxílio da calculadora virtual do site Cálculo Exato, que permite a atualização de um preço entre duas datas pelo Índice Nacional de Preço ao Consumidor Amplo.

A nota de empenho é o primeiro estágio da despesa pública, gerada após o processo licitatório ser homologado, como forma de obrigação de pagamento. Nela, é mencionado o credor, a especificação da despesa, a classificação orçamentária e o valor do empenho, além de outras informações intercambiáveis. O empenho, portanto, abarca todo o montante reservado pela instituição para compromissos já programados, como garantia de crédito suficiente para liquidação e pagamento de tais serviços. Essa métrica é utilizada, deflacionada em IPCA, para a análise da despesa real com saúde pelo governo federal, com enfoque na execução e não no financiamento (Nunes; May, 2019). Porém é importante destacar que o

valor empenhado não é necessariamente todo executado, havendo uma disparidade entre os dois valores que deve ser considerada ao interpretar os dados obtidos.

Segundo a classificação de despesas do orçamento público brasileiro, a categoria “função” abarca a grande área de atuação governamental na qual determinada despesa será realizada, correspondendo basicamente ao seu respectivo Ministério — como Saúde e Educação —. É possível, assim, consolidar a nível nacional os gastos do setor público. A subfunção pode ser entendida como uma subpartição da função, que não restringe ações à área de atuação do órgão executor, permitindo a associação à área que foi de fato auxiliada. No código de classificação funcional, dos cinco algarismos, os 2 primeiros fazem referência a sua função e os 3 últimos a sua subfunção (Secretaria do Tesouro Nacional, 2022).

Como a análise a ser realizada busca uma abrangência do Ministério da Saúde como órgão executor, independente de programas, serão considerados todos os valores empenhados em Função Saúde, incluindo todas as suas subfunções, e os mesmos serão corrigidos em IPCA. Portanto, todos os códigos funcionais iniciados em 10 são considerados.

Os dados utilizados para propor uma regra similar a Emenda Constitucional 95 — que usa o valor empenhado em função saúde como parâmetro para o mínimo a ser despedido com saúde — foram obtidos através da plataforma SIGA Brasil<sup>6</sup>, no site do Senado Federal. A plataforma fornece a Evolução Anual da Despesa Empenhada em Função Saúde, de onde foram retirados os valores do período entre 2010 — primeiro ano disponível na plataforma — e 2019 — ano que antecede o período de pandemia de COVID-19 —, e atualizados a valores constantes em IPCA.

O Produto Interno Bruto (PIB) de um país contabiliza todos os bens e serviços finais — para não haver dupla contagem — produzidos em um ano, com o preço no qual tais chegaram ao consumidor, incluindo devidos impostos. Com abrangência nacional, o cálculo do PIB é realizado pelo IBGE, se utilizando de dados tanto internos — como índice Nacional

---

<sup>6</sup> O SIGA Brasil é um sistema de informações sobre orçamento público federal, que permite acesso amplo e facilitado aos dados do Sistema Integrado de Administração Financeira-SIAFI e a outras bases de dados sobre planos e orçamentos públicos.

de Preços ao Consumidor Amplo e Produção Agrícola Municipal — quanto externos — como Balanço de Pagamentos e índice de Preços ao Produtor Amplo —. Diferente do PIB nominal, que adota o valor dos produtos e serviços produzidos, o PIB real mede o volume físico produzido num período de tempo, não sendo afetado pela inflação e, portanto, não sendo necessário sua atualização monetária. Para esse trabalho, será traçada uma evolução do PIB real no tempo, ano a ano, iniciada em 2010 e encerrada em 2019. Tal método é utilizado dada a Lei Complementar 141, de 2012, que se baseia em cima do valor da variação anual do PIB real para cálculo do mínimo a ser investido no setor da saúde, já que esse é um dos principais indicadores de desempenho da economia nacional (Sebrae, 2022).

Os dados referentes à variação percentual anual do PIB real foram encontrados através do acesso ao Datasebrae, sistema do Sebrae, que contém informações fornecidas pelo IBGE.

A Receita Corrente Líquida (RCL) é incluída nos gráficos pois é sobre ela que se calcula o percentual de gasto mínimo a ser direcionado para a saúde a partir da Emenda Constitucional 86, de 2015. O inciso IV, artigo 2º da Lei de Responsabilidade Fiscal (Lei Complementar nº101, de 2000) enumera toda a composição bruta da RCL, contabilizando 12 meses de receita — o mês sendo analisado e os 11 meses que o antecedem, exceto duplicidades (§3º, art. 4º) — (Congresso Nacional, 2022).

A RCL é composta por receitas tributárias, de contribuição, patrimoniais, industriais, agropecuárias, de serviços, transferências correntes, entre outras receitas correntes — além de receitas do Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação (FUNDEB) e da Lei Kandir (LC nº87/1996) —. São deduzidos, na União: valores transferidos a Estados e Municípios, por determinação constitucional ou legal; as contribuições pagas pelo trabalhador e seu empregador; e as receitas destinadas ao PIS/PASEP. Nos Estados, são deduzidas as transferências aos Municípios por determinação constitucional. E nas três esferas do governo — união, estados e municípios —, a contribuição de servidores para o custeio de seu sistema de previdência e assistência social e receitas provenientes de compensação financeira (Silva, 2018; Congresso Nacional, 2022).

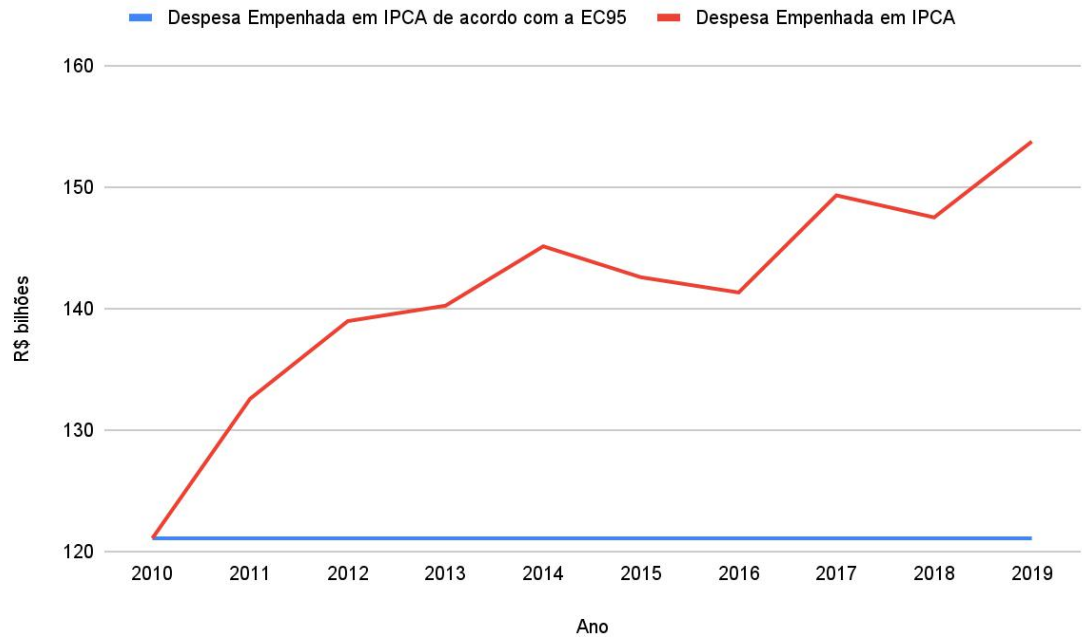
A série histórica da Receita Corrente Líquida foi obtida através do site do Tesouro Nacional Transparente, desde 2010 a 2019, e atualizada a valores constantes em IPCA. A atualização monetária foi feita para o mês de março de 2022. A seguir, foi calculado 15% da RCL, para simular o orçamento mínimo direcionado à saúde seguindo a metodologia da Emenda Constitucional 86.

## 2.2. ANÁLISE GRÁFICA

Inicialmente, as regras fiscais são comparadas, separadamente, ao valor efetivamente empenhado no setor de saúde pública pela União. De forma subsequente, assim como realizado por Rossi e David (2021) é simulada uma metodologia diferente de determinar o piso do gasto com o setor de saúde, comparando-a ao valor de fato empenhado. Então, é apresentada uma tabela com os valores encontrados em cada simulação, assim como um gráfico, para que a evolução do financiamento da saúde seja explorada de forma mais concreta. Por fim, são analisadas as diferentes mudanças políticas e econômicas que ocorreram durante o período de 2010 e 2019 e que permitem entender as diferentes reações dos métodos utilizados.

Para simular o cálculo do valor mínimo direcionado à saúde proposto pela Emenda Constitucional 95 (EC 95) entre 2010 e 2019, é utilizado o valor empenhado em 2010, reajustado apenas pela inflação (IPCA). Ou seja, se a EC 95 estivesse vigente em todo esse intervalo de tempo, o valor mínimo despendido com saúde pela União deveria ser, conforme apresentado na Tabela 1 abaixo, de R\$ 121,09 bilhões anualmente (Rossi; David, 2021).

**Figura 2 – Simulação do gasto empenhado com saúde seguindo uma regra similar a EC 95/2016**



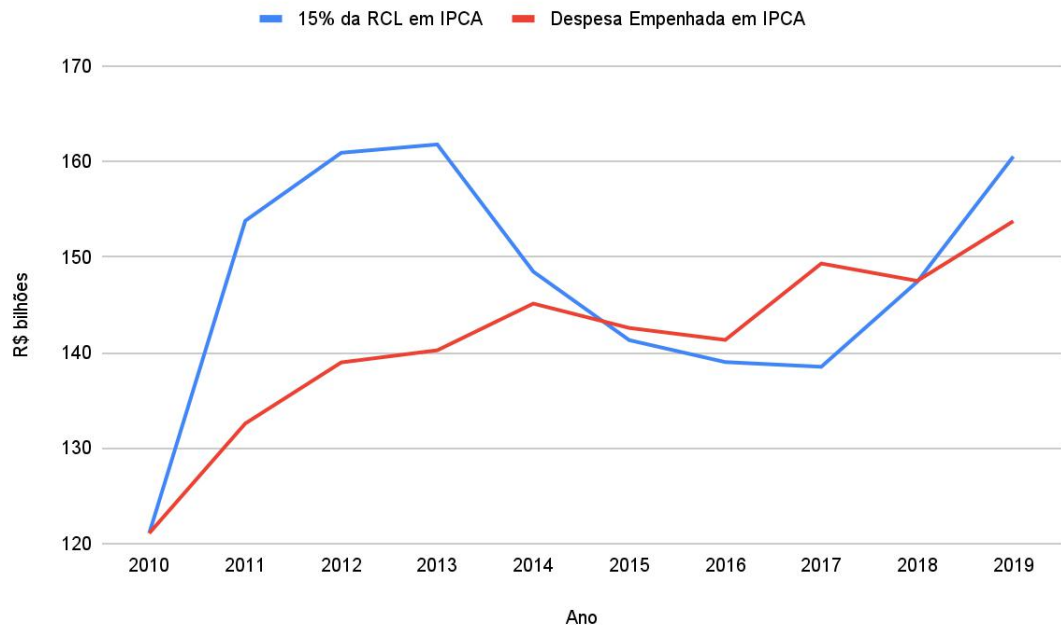
Fonte: Senado Federal (2022). Elaboração própria (2022).

Ao comparar esta demonstração com o valor efetivamente empenhado em saúde em cada ano, através da Figura 2, fica evidente que a aprovação dessa Emenda compromete o financiamento da saúde, contendo os gastos despendidos com o setor. Se a EC 95/2016 — que determina o congelamento de despesas primárias em termos reais — fosse vigente desde 2010, haveria uma redução significativa dos recursos direcionados à saúde ao longo dos anos, podendo a perda chegar a R\$ 32 bilhões em 2019 — subtraindo os valores disponibilizados na Tabela 1 —. Tal simulação, portanto, mostra a inadequação da legislação de 2016 para a necessidade de foco por parte do governo em gastos sociais, não somente em momentos de crise econômica, onde há a necessidade de foco na população que de forma expansiva necessita de Seguridade Social, mas em geral. Devido a Saúde ser um setor mais suscetível a cortes de gasto público, os reajustes de despesa retratados pela simulação da EC 95 impactariam significativamente o custeio e a manutenção do setor.

Num cenário de crise política e econômica, com déficit primário entre 2014 e 2016, o governo federal foca no tripé macroeconômico ortodoxo. A EC 95 é parte de uma remodelação do regime fiscal desenvolvido no período, que busca o superávit primário em detrimento do estrangulamento do financiamento dos gastos sociais. Portanto, sua adoção em qualquer período impactaria a estrutura do setor imediatamente, como é possível observar na simulação da Figura 2 (Justo; Mendes, 2021).

Através da Receita Corrente Líquida, divulgada pela Secretaria do Tesouro Transparente, e devidamente deflacionada em IPCA de março de 2022, é possível calcular 15% desta RCL que, de acordo com a Emenda Constitucional 86/2015, deve ser o parâmetro para o piso da saúde. Como o objetivo final da EC 86 é de 15% da RCL, são desconsideradas as porcentagens inferiores a esta — método de escalonamento para se alcançar o valor desejado de forma gradual —.

**Figura 3 – Simulação do gasto empenhado com saúde seguindo uma regra similar a EC 86/2015**



Fonte: Secretaria do Tesouro Transparente (2022); Senado Federal (2022). Elaboração própria (2022).

Como apresentado na Figura 3, a utilização desse método garantiria um maior orçamento para a Saúde nos anos precedentes à EC 86. Em 2011, o valor efetivamente empenhado com saúde foi equivalente a aproximadamente 12,9% da RCL do ano, em comparação aos 15% assegurados pela EC 86. Essa discrepância se dá pelo caráter mais elástico da receita a mudanças no crescimento econômico, além da dependência desta de políticas fiscais — como o programa de desonerações fiscais entre 2013 e 2014<sup>7</sup> —, de processos de formalização<sup>8</sup> que aumentam a base arrecadatória e de processos de aumento de carga tributária. A elasticidade da receita em relação ao PIB — a representação em números do desempenho da economia — é maior que 1. Portanto, em momentos de expansão econômica o uso de 15% da RCL como parâmetro garantiria mais fundos para a Saúde, enquanto, em momentos de contração econômica, utilizar esse método faria a crise ser mais sentida pelo setor do que outros métodos menos pró-cíclicos (Rossi; David, 2021). Tal caráter pró-cíclico da Receita Corrente Líquida é elucidado na Figura 3 pela queda no gasto empenhado em saúde simulado seguindo a EC 86 em favor da despesa de fato empenhada, a partir de 2015, período no qual o país buscava combater uma crise econômica, melhor explorada posteriormente neste capítulo.

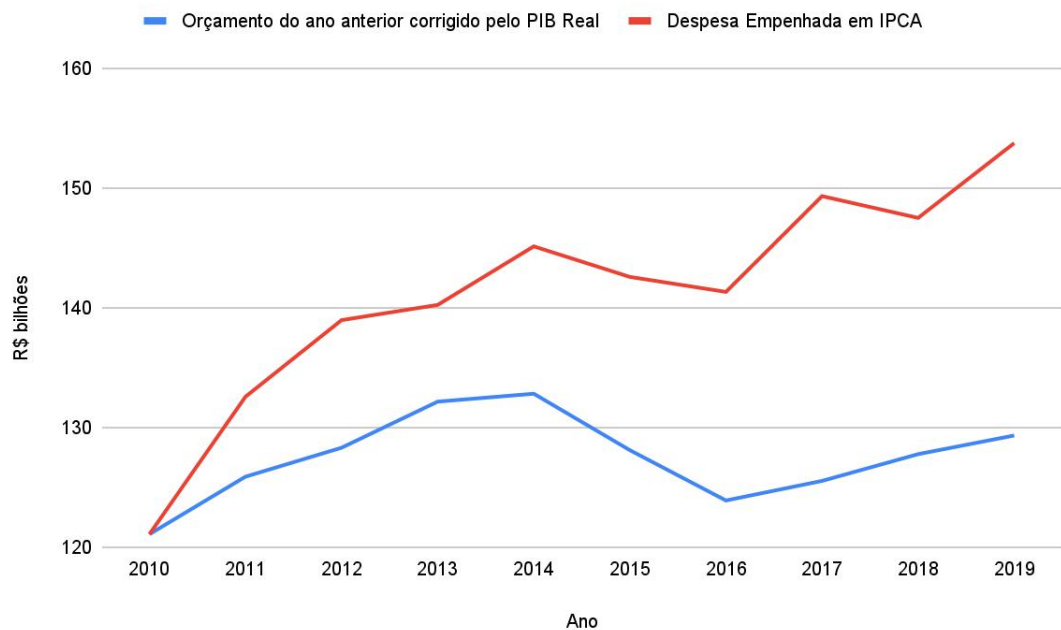
---

<sup>7</sup> Em 2011, o governo federal lançou o Plano Brasil Maior (PBM) para enfrentar a situação econômica desfavorável. Dado que a alta carga tributária é vista como um dos maiores percalços para a perda de competitividade nacional, que acaba afetando o nível de emprego e renda, o plano estipula 10 metas para serem alcançadas até 2014. E, para assegurar o alcance de tais objetivos, o PBM institui 3 medidas importantes de desoneração dos investimentos e exportações. A desoneração da folha de pagamento para setores de confecções, calçados, móveis e software, a redução do IPI sobre bens de investimento e a redução do prazo para devolução de créditos do PIS-PASEP e COFINS sobre bens de capital. Portanto, em 2014, os gastos tributários sofreram um aumento significativo, passando a equivaler 4,76% do PIB, o que comprometeria 23% da arrecadação tributária federal (Oliveira, 2016).

<sup>8</sup> Em contraste às políticas neoliberais dos anos 90, a partir de 2004 o mercado de trabalho brasileiro intensifica o processo de formalização das relações de trabalho, reduzindo significativamente o número de trabalhadores independentes, domésticos, sem remuneração e assalariados sem carteira assinada entre 2004 e 2009. O cenário de crescimento econômico acelerado, com taxas médias alcançando 3,5% no período 2003-2006 e 4,5% no período 2007-2010, foi favorável às reivindicações. Políticas públicas que objetivavam reduzir as repercussões da crise internacional de 2008, acarretando o crescimento do emprego, também auxiliaram no processo de formalização. Por parte das instituições públicas, a Justiça do Trabalho, o Ministério Público do Trabalho e o Ministério do Trabalho e Emprego viabilizaram tal processo através do combate a fraudes da ausência de emprego na carteira de trabalho, motivando a atuação legal de trabalhadores com seus contratantes. Já no âmbito da política econômica, a política fiscal vigente desde 1999 - que tinha como objetivo melhorar a arrecadação para enfrentar o crescimento da dívida estatal - auxiliava nesse processo. Com políticas de apoio às micro e pequenas empresas - legislação do SUPER SIMPLES - e aos trabalhadores autônomos - legislação do Microempreendedor Individual - e o aumento do emprego em empresas estatais e na administração direta, que se vincula a um aumento de arrecadação tributária e de projetos, obras e serviços públicos. (Krein; Santos, 2012)

Para simular a Lei Complementar 141/2012, é analisada a taxa de variação real do PIB nos anos explorados. Usando o valor empenhado em saúde em 2010, R\$ 121,09 bilhões — devidamente atualizado em IPCA de março de 2022 — como base para cálculo, o valor do piso, ilustrado na Figura 4, é encontrado através da soma da porcentagem da variação do PIB real ao orçamento do ano antecedente. Por exemplo, como de 2010 para 2011 a variação do PIB real foi de 3,97%, R\$ 4,8 bilhões — 3,97% do empenhado em saúde em 2010 — deverá ser acrescido ao valor despendido com o setor no ano anterior, chegando ao piso de R\$ 125,9 bilhões para 2011.

**Figura 4 – Simulação do gasto empenhado com saúde seguindo uma regra similar a LC 141/2012**



Fonte: Sebrae (2022); Senado Federal (2022). Elaboração própria (2022).

Dado que a variação do PIB é menor que a variação da Receita entre os anos, a característica pró-cíclica é mais sutil ao vincular o orçamento da Saúde ao PIB. A vinculação do gasto com saúde ao crescimento econômico do ano antecedente, corrigido pela variação do PIB, não é capaz de compreender a demanda por maior dispêndio de recursos pelo setor de saúde em relação à atividade econômica. Em vista disso, em um cenário onde há uma retração

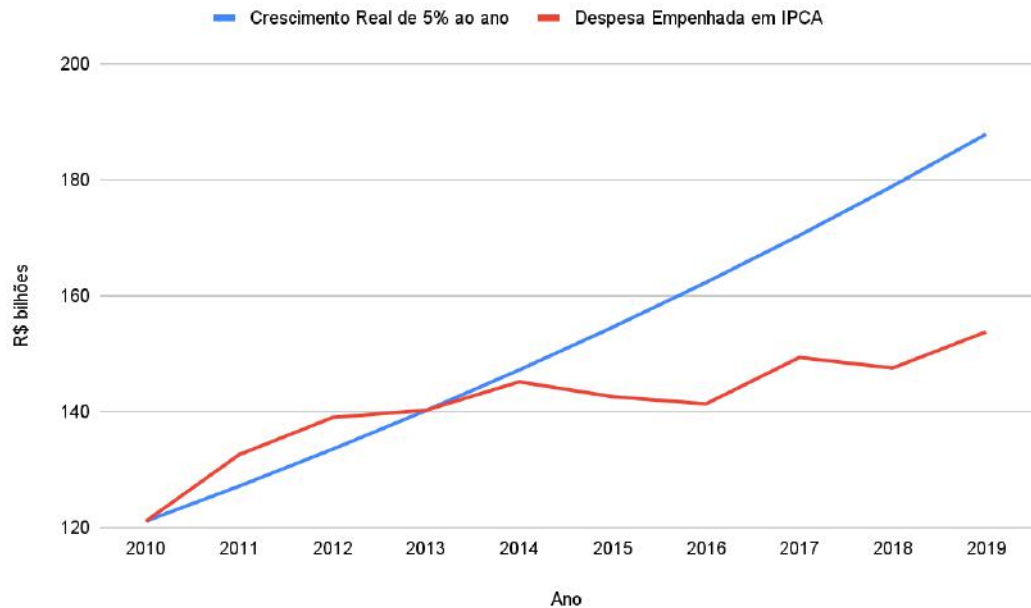
geral na atividade econômica — onde possivelmente a demanda por serviços de saúde pública aumentam junto à fragilidade dos cidadãos —, o método de cálculo de piso proposto pela LC 141 poderia causar uma queda, em termos reais, do orçamento destinado à saúde (Rossi; David, 2021).

Esse caráter pró-cíclico do PIB pode ser observado com a queda brusca no gasto empenhado com saúde simulado na Figura 4 após 2014, período de crise econômica e política no país. Como a LC 141 utiliza o PIB como medida para determinar o piso da saúde, o gasto desse setor mantém uma proporção fixa em relação ao PIB, não sendo capaz de atender maiores demandas pelo serviço e, conseqüentemente, orçamento do setor em cenários econômicos desfavoráveis (Rossi; David, 2021).

Tendo em vista que momentos de crise econômica são os que mais demandam um aumento de auxílio do Estado por parte da população, Rossi e David (2021) propõem o uso de uma métrica diferente das anteriormente citadas para o cálculo do orçamento direcionado à saúde.

Portanto, assim como realizado por Rossi e David (2021), é simulada, simplesmente para efeitos de comparação, uma regra linear de crescimento real do mínimo direcionado à saúde pública pela União de 5% ao ano, usando o gasto real empenhado com saúde de 2010, atualizado a valores de março de 2022 em IPCA, como base para o cálculo.

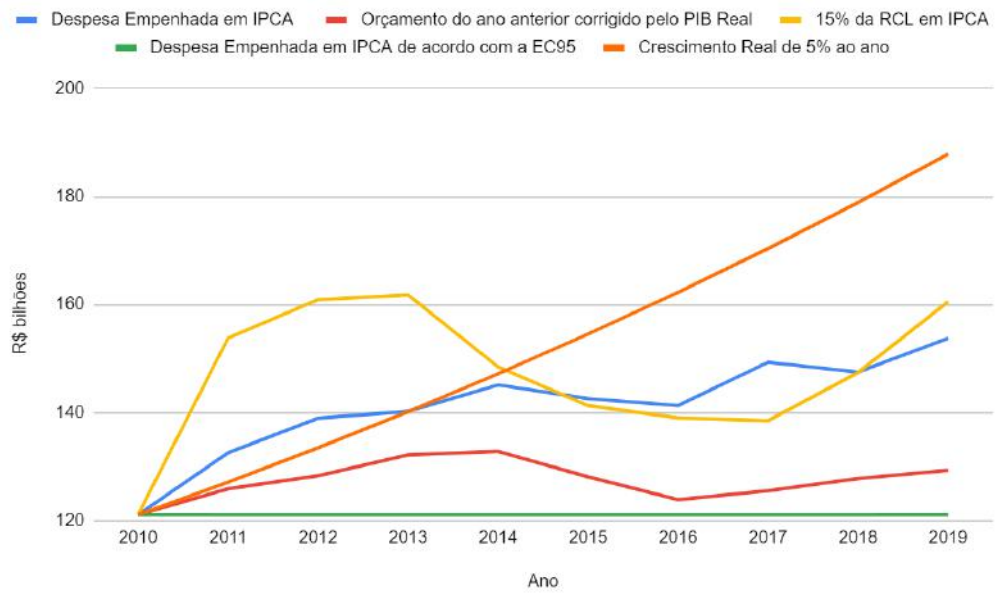
**Figura 5 - Simulação do gasto empenhado com saúde seguindo uma regra hipotética de crescimento real de 5% a.a.**



Fonte: Senado Federal (2022). Elaboração própria(2022).

Como explícito na Figura 5, até 2012 essa técnica teria um potencial de arrecadação inferior ao gasto efetivamente empenhado. Porém, caso essa tendência fosse prolongada, 2019 contaria com uma arrecadação — R\$187 bilhões — superior em R\$34 bilhões à efetivamente realizada no mesmo ano — R\$153 bilhões —. Essa regra daria um caráter escalonável para o almejado aumento do orçamento direcionado à saúde, além de não ser pró-cíclica, minimizando o risco de o avanço das melhorias à saúde pública ser afetado por eventos econômicos e políticos. A ausência do caráter pró-cíclico pode ocasionar um aumento no déficit fiscal em momentos de crise, o que é necessário do ponto de vista social — dado que com o inerente aumento da pobreza e da violência, há um aumento na demanda por saúde — porém criticado e evitado economicamente, tornando tal regra hipotética relativamente inviável de ser adotada (Rossi; David, 2021).

**Figura 6 – Gasto empenhado em saúde e simulação do gasto empenhado com saúde, a partir de 2011, seguindo diferentes regras**



Fonte: Sebrae (2022); Secretaria do Tesouro Transparente (2022); Senado Federal (2022). Elaboração própria (2022).

**Tabela 1 - Simulação de diferentes regras para cálculo do mínimo de recursos para a Saúde (em bilhões de reais)**

Ano	Despesa Empenhada deflacionada	Orçamento do ano anterior corrigido pelo PIB Real	15% da RCL deflacionada	Despesa Empenhada deflacionada de acordo com a EC95	Crescimento Real de 5% ao ano
2010	R\$ 121,09	R\$ 121,09	R\$ 121,09	R\$ 121,09	R\$ 121,09
2011	R\$ 132,57	R\$ 125,89	R\$ 153,80	R\$ 121,09	R\$ 127,14
2012	R\$ 138,97	R\$ 128,31	R\$ 160,92	R\$ 121,09	R\$ 133,50
2013	R\$ 140,24	R\$ 132,16	R\$ 161,79	R\$ 121,09	R\$ 140,17
2014	R\$ 145,13	R\$ 132,82	R\$ 148,48	R\$ 121,09	R\$ 147,18
2015	R\$ 142,58	R\$ 128,11	R\$ 141,30	R\$ 121,09	R\$ 154,54
2016	R\$ 141,33	R\$ 123,91	R\$ 139,00	R\$ 121,09	R\$ 162,27
2017	R\$ 149,32	R\$ 125,54	R\$ 138,51	R\$ 121,09	R\$ 170,38
2018	R\$ 147,51	R\$ 127,78	R\$ 147,42	R\$ 121,09	R\$ 178,90
2019	R\$ 153,75	R\$ 129,33	R\$ 160,53	R\$ 121,09	R\$ 187,84

Fonte: Sebrae (2022); Secretaria do Tesouro Transparente (2022); Senado Federal (2022). Elaboração própria (2022)

Examinando a Figura 6 e a Tabela 1, que unem todas as simulações de cálculo do valor mínimo direcionado à saúde pública, conclui-se que as três regras fiscais determinantes do piso para gasto público com saúde, de 2012, LC 141, de 2015, EC 86, e de 2016, EC 95, não são capazes de abarcar a necessidade de aumento de gastos com saúde associada ao aumento de demanda por serviços do setor em momentos de crise econômica.

A EC 95 — que utiliza o valor empenhado no ano anterior, reajustado apenas pela inflação como o piso da saúde — tem como objetivo a contenção de gastos e agrava ainda mais essa problemática, invariável independente do estado da economia. Ela prejudica enormemente a arrecadação para a saúde. De toda forma, as regras anteriores, similarmente, não são capazes de abarcar a demanda por aumento do orçamento para a saúde em prováveis cenários de crise econômica (Rossi; David, 2021).

Dois dos métodos são pró-cíclicos, em diferentes níveis. A EC 86/2015 — que utiliza 15% da Receita Corrente Líquida como referência para o piso da saúde — tem um caráter mais elástico a mudanças no crescimento econômico, sendo nociva para o processo de arrecadação orçamentária pela saúde em momentos de enfrentamento de crises econômicas, sentidas em maior grau pela receita. A LC 141 — que utiliza a taxa de variação real do PIB como referência para o piso da saúde — por manter uma proporção fixa em relação ao PIB, pode reduzir em termos reais o orçamento direcionado ao setor em momentos de crise, não conseguindo traduzir a importância do gasto social nestes períodos (Rossi; David, 2021).

Além das legislações que afetaram diretamente o financiamento da Seguridade Social supracitadas, é importante observar o que ocorria no cenário político-econômico do período estudado para a melhor compreensão dos movimentos contemplados nas figuras 2 a 6.

As Políticas de Seguridade Social têm um considerável ciclo expansivo a partir de 2004, acompanhando o significativo crescimento econômico entre 2004 e 2010 e, em menores níveis, entre 2011 e 2014 (Justo; Mendes, 2021).

A década de 2000, foi marcada pelo modelo social desenvolvimentista de política econômica e reprimarização da estrutura produtiva, porém, a continuidade de tal modelo de

crescimento foi inviabilizada na década que se seguiu, marcada por um cenário externo desfavorável e uma crise política no país (Gentil, 2016).

O período entre 2011 e 2015, de governo da Presidente Dilma Rousseff, é marcado por uma mudança na política macroeconômica e atuação do Estado. Num cenário de crise internacional iniciada em 2008 e ciclo econômico recessivo no país, o período foi caracterizado por políticas de repressão à demanda agregada, com taxas de crescimento médio anuais do PIB de 2,1% a.a. entre 2011 e 2014, com crescimento negativo de -3,8% a.a. em 2015 — em contraste as taxas de crescimento médio anual de 4,6% a.a. entre 2007 e 2010 —; taxas de crescimento médio anual do investimento agregado de 1,8% a.a. entre 2011 e 2014 e chegando ao valor de -14% a.a. em 2015 — em contraste com as taxas de crescimento médio anual do investimento agregado de 9,9% entre 2007 e 2010 —; e taxas de crescimento médio anual de consumo das famílias de 3,1% a.a. entre 2011 e 2014 e de -4% a.a. em 2015 — em contraste com as taxas de crescimento médio anuais de consumo das famílias de 5,8% entre 2007 e 2010 —. Além da queda no crescimento do PIB, do consumo das famílias e do investimento, a inflação salta para uma taxa média anual de 6% a.a. entre 2011 e 2014 e de 10,67% a.a. em 2015, e o gasto social reduz sua velocidade de expansão, o que acarreta na repressão da demanda agregada (Gentil, 2016).

Em um movimento de achatamento do Estado de Bem-Estar Social que busca ser legitimado no país, o investimento público federal sofreu uma significativa desaceleração, em oposição a uma política anticíclica de enfrentamento da crise externa. A taxa média de crescimento anual do investimento do governo federal passou de 35,5% entre 2007 e 2010 para 0,8% entre 2011 e 2014, e -12,2% em 2015. Tal queda tem como justificativa política, no curto prazo, a contenção fiscal para resolver problemas de desequilíbrio orçamentário e de inflação de demanda, mas gera também um movimento de ascensão de atuação de empresas privadas na esfera pública (Gentil, 2016).

Desde 2011 há um movimento de recuo por parte do Estado quanto ao seu papel de agente condutor do crescimento, evidenciado por políticas fiscais austeras de contenção de gastos, queda dos juros até 2013, desvalorização cambial, financeirização da oferta de serviços públicos e pelo pacote de desonerações tributárias (Gentil, 2016).

O governo executou um pacote de concessões de serviços públicos para a gestão de empresas privadas, incluindo o Pré-Sal e o sistema de transportes — através do Programa de Investimento em Logística (PIL), que compreendeu rodovias, aeroportos e portos — (Gentil, 2016).

Na educação, projetos como o financiamento estudantil (FIES) e o Programa Universidade para Todos (ProUni), que abarcam ajudas para custear o gasto com o ensino privado demonstram um aprofundamento na privatização do setor. Na saúde, essa tendência é observada através de isenções e renúncias fiscais fornecidas a empresas privadas do ramo (Gentil, 2016).

Com o argumento de cumprir metas fiscais anuais de superávit primário, as despesas com previdência e assistência social do período focaram em transferências de rendas monetárias em detrimento da provisão de serviços públicos universais não mercantilizados. Essa estratégia ocasionou uma financeirização da política social e, portanto, aumento do grau de endividamento de famílias (Gentil, 2016).

O governo do período focou em políticas pelo lado da oferta, com desonerações tributárias em grande escala. As desonerações foram expressivas em fontes de recursos da Seguridade Social — o IR retido na fonte, o COFINS, o IPI, o PIS-PASEP, o CSLL e as contribuições previdenciárias —, sem que houvesse uma exigência de políticas de proteção social que minimizassem esse impacto. A Seguridade Social tem uma queda da taxa de crescimento de suas receitas de -3,18% em 2014 para -10,19% em 2015 (Gentil, 2016).

Portanto, o período entre 2011 e 2015 foi marcado por um pacote recessivo, com austeridade fiscal. Como consequência à estratégia recessiva, concentradora de renda e privatizante, ocorre um afastamento da tentativa de instituição do Estado de Bem-Estar Social, com a financeirização na oferta de serviços públicos (Gentil, 2016). Justo e Mendes (2021) defendem que as políticas deste governo ocorreram, em grande medida, pela pressão de diversos agentes político-econômicos, com destaque do capital financeiro internacional.

A partir de 2015, há um aprofundamento da crise política. A recessão entre 2014 e 2016 afeta a demanda chinesa por commodities do país, há um encolhimento do PIB,

acompanhado do déficit fiscal e do aumento expressivo do desemprego (Justo e Mendes, 2021). O déficit primário manifestado pela primeira vez — desde 1999 — em 2014, fez com que o governo federal se comprometesse mais intensamente com o modelo de tripé macroeconômico ortodoxo — metas de inflação, superávit primário e câmbio flutuante — nos anos seguintes (Justo e Mendes, 2021).

Foi desenvolvido, então, uma reformulação do regime fiscal, que, dadas suas medidas austeras, tem como consequência o estrangulamento do financiamento dos gastos sociais. Em 2016, com a mudança de governo, além da EC 95/2016, também foi promulgada a Emenda Constitucional 93/2016, que altera, até 2023, a DRU de 20% para 30% das receitas do Orçamento da Seguridade Social, impactando diretamente a estrutura de financiamento do setor. Como apontado por Justo e Mendes (2021), de 2010 a 2019, houve uma ampliação de 20% dos valores desvinculados, saltando de R\$78,7 bi para R\$94 bi (Justo e Mendes, 2021).

Com a nova porcentagem da DRU, a partir de 2016 há um escape de recursos da Seguridade Social em favor do pagamento de juros e amortizações da dívida, para viabilizar metas de superávit primário, o que dificulta o financiamento principalmente da Assistência Social e da Saúde. Para Justo e Mendes (2021), isso é comprovado pelo fato de o “pagamento de juros e amortização da dívida” ser a maior parcela de gastos do orçamento público federal. Essa redução de gastos com políticas sociais a partir de 2015 foi manuseada dado o corte de diversos programas não vinculados constitucionalmente (Justo e Mendes, 2021).

Nessa perspectiva, a partir de 2016, a política econômica, marcada por cortes de despesa pública e reformas, e ainda maior austeridade fiscal, causa um estrangulamento no Orçamento Público, já frágil. Seu limite é alcançado ao se verificar a insuficiência de arrecadação tributária para financiamento de ações, como da Assistência Social em 2019. Portanto, a contínua crise econômica e fiscal até 2019 gera uma preocupação quanto a habilidade do Estado de financiar suas ações seguindo as regras constitucionais (Justo e Mendes, 2021).

A análise do cenário político-econômico do período estudado facilita a compreensão de que as políticas adotadas divergem da tentativa de atender a demandas sociais que a

Constituição de 1988 tenta propor buscando solucionar gargalos estruturais (Justo e Mendes, 2021).

Dessa forma, o capítulo 3 busca realizar uma compilação da literatura através de escritores que se destacam na discussão sobre o sistema de saúde pública brasileiro. O objetivo principal é apresentar, resumidamente, o que cada um dos autores acredita serem os maiores problemas enfrentados para proteger e investir no SUS, suas causas e consequências, e quais as medidas necessárias para que tais obstáculos sejam mitigados.

### **3. TRÊS DIFERENTES ENFOQUES DE POLÍTICAS PÚBLICAS QUE ATENDEM AO FINANCIAMENTO INADEQUADO DO SUS**

Conhecido o contexto político-econômico do período analisado, e compreendido o problema enfrentado por cada modelo de determinação do piso de gasto com saúde pública brasileira, este terceiro capítulo tem como objetivo realizar um diálogo entre diferentes autores de destaque que tratam a questão da saúde e seu financiamento, como forma de considerar diferentes perspectivas de um mesmo tema para diversificar a discussão, dividindo-os em três diferentes grupos que atendem o foco de suas discussões acerca do tema.

É relevante destacar que a bibliografia do tema não se restringe aos autores selecionados para compor o capítulo, porém, dada a abundante quantidade de escritores que se destacam no debate em questão, foi necessário fazer um recorte sintetizado e coerente à intenção expositiva de considerações relevantes para o futuro do SUS no texto.

Visando realizar uma exposição condensada da perspectiva de autores renomados sobre o SUS, tais autores são dispostos em três grupos, que realizam a discussão através de enfoques diferentes. É evidente que as análises dos autores não se restringem ao grupo no qual tais foram alocados, porém, dada a bibliografia priorizada, a divisão proposta visa abarcar três esferas diferentes, mas que se comunicam entre si, de forma a se complementarem.

A primeira frente, social, pondera sobre o emprego da população como instrumento para mudanças no SUS, defendendo a essencialidade de ações que tenham como propósito um impacto no apoio social. Estão incluídos neste grupo, Sérgio Francisco Piola, especialista em saúde pública, com artigos publicados sobre a política e o financiamento da saúde, e a economista Rosa Maria Marques, que contribui grandemente para discussões quanto à economia da saúde e seu financiamento.

O segundo grupo, o econômico, contempla como medidas econômicas, tais como mudanças no modelo tributário e fiscal do país, são capazes de melhorar o orçamento direcionado à saúde pública brasileira. Os autores que realizam uma análise mais focada nesse

aspecto são: Érika Aragão, economista e doutora em saúde coletiva, referência na discussão sobre programas e políticas da saúde, dissertando sobre o financiamento do sistema de saúde pública brasileiro e propondo ações que solucionassem dificuldades enfrentadas pelo setor; e Francisco Rózsa Funcia, economista e mestre em economia política, que possui significativa experiência em gestão e finanças públicas.

O terceiro e mais extenso grupo tem um viés político, analisando medidas políticas em ascensão, como a privatização e financeirização, suas consequências e possíveis soluções aos problemas trazidos por tais. Quatro autoras são responsáveis por esta análise com enfoque político. Ligia Bahia é doutora em saúde pública, com destaque por tratar da proteção social e saúde e comparar o sistema público e privado de saúde no Brasil. Denise Gentil, doutora em economia, leciona e pesquisa a área de setor público e financeirização, com análises político-econômicas que se destacam. Barbara Cobo é doutora em economia, especialista e professora da temática de políticas públicas. A economista Lena Lavinias, mestre e doutora em Estudos sobre a América Latina, é referência na discussão sobre Estados de Bem-Estar Social.

Por fim, Carlos Ocké-Reis transita, nos textos em debate, de forma orgânica entre os três grupos, sendo mais complexo inseri-lo em um dos grupos propostos, sendo preferível, portanto, compreendê-lo como parte integrante de todos eles. O autor, economista e doutor em saúde coletiva, tem um livro e diversos artigos publicados sobre o sistema de saúde pública.

Foram escolhidos textos específicos dos autores supracitados, dado que suas bibliografias quanto ao assunto são extensivas. Para a seleção, foram favorecidos artigos que tratam de perspectivas futuras para a saúde e o que os autores acreditam ser necessário para o enfrentamento dos problemas de financiamento do SUS. As publicações priorizadas apresentam reflexões sobre as perturbações enfrentadas pelo sistema de saúde pública já anteriormente citadas — como as dificuldades para seu financiamento, problemas gerenciais e a expansão do sistema privado através de incentivos fiscais — e indicações de medidas, dos autores, para mitigá-las, dado que impedem o fornecimento de serviço de saúde pública com universalidade e integralidade, como exigido constitucionalmente.

Na perspectiva econômica, Érika Aragão (2022) afirma que a austeridade fiscal — adotada pelo governo pós-2015 — é uma medida superficial que foca em reduzir a ação estatal, ou seja, tem uma atuação não propriamente financeira, mas política e cognitiva. A autora rejeita a falsa dicotomia entre o custeio do SUS e a habilidade de gerir o sistema como o maior problema enfrentado pela saúde, afirmando que é necessária a união das autoridades fiscal e monetária do Brasil para a elaboração de um novo padrão fiscal compatível com um modelo de crescimento inclusivo — contrastante com o modelo atual instituído pela EC 95/2016 —. Ela defende que um modelo fiscal que permita o enfoque em gastos sociais e investimentos públicos é capaz de aliviar efeitos sociais da crise, que, por consequência, garante a retomada da economia e um ciclo virtuoso, com o próprio PIB como estabilizador fiscal a médio e longo prazo. O foco principal do regime fiscal reestruturado, para Aragão (2022), deve ser a estabilidade orçamentária a longo prazo, amenizando o impacto de regras pró-cíclicas no financiamento da saúde pública. Para isso, é importante a adoção de um mínimo direcionado à saúde que tenha caráter acíclico — que não sofra com desacelerações econômicas — e a reforma do sistema tributário, para que ele se torne mais progressivo.

Portanto, Aragão (2022) defende uma mudança drástica quanto ao modelo orçamentário atual, no qual decisões fiscais são tomadas previamente, como a determinação do Teto de Gastos (EC 95) até 2036. Ela propõe, em seu lugar, um regime moderno e flexível, com o Estado como agente garantidor de um progresso inclusivo.

Aragão (2022) aponta que no período pós pandemia, enquanto diversos países tendem a expandir o gasto público, o Brasil segue o sentido oposto — desconsiderando créditos extraordinários que se fizeram necessários para o enfrentamento da pandemia<sup>9</sup> —, aprofundando as políticas fiscais austeras. É importante que o Brasil se equipare com a tendência internacional de flexibilização fiscal sustentável, associada a um aumento de gasto social bem articulado. Alguns instrumentos que auxiliaram nessa articulação segundo Orszag, Rubin e Stiglitz (2021 apud Aragão, 2022) são a expansão de estabilizadores já existentes — como a transferência de renda —, a criação de um novo estabilizador automático referente aos

---

<sup>9</sup> Além disso, como apontado por Ligia Bahia (2020), durante a pandemia, o governo anuncia que restringirá as respostas para a melhoria da saúde em oposição a aumentar recursos para a saúde.

investimentos em infraestrutura, e o ajuste automático do gasto a seus fatores condicionantes. A autora também desmistifica a ideia de escassez de recursos, tendo, o Tesouro Nacional, um expressivo saldo de recursos financeiros, além de existir a possibilidade de o governo poder emitir dívida soberana.

Bahia (2020) permite uma perspectiva diferente quanto a questão dos problemas enfrentados pelo SUS. Com estudos a respeito do setor de saúde privado, ela afirma que o subfinanciamento crônico do SUS pode ser conduzido para um “desfinanciamento” do governo federal.

Com um ponto de vista político, Bahia (2020) também concorda que a Emenda Constitucional 95, junto às reformas da previdência e trabalhista, é parte do tripé da austeridade política atual e defende que a sustentação e manutenção de políticas sociais é posta em risco com a entrada em vigor de tais políticas austeras. A extinção de uma proporção fixa de recursos direcionados para a saúde fomenta a deterioração do sistema de saúde pública, que tem como rival o setor privado — que se expande na década de 2010, idealizado pela população, enquanto os planos de saúde devem bilhões de reais aos cofres públicos —. A professora, no entanto, salienta que a atuação do SUS vai muito além do fornecimento de serviços médicos, também abarcando um sistema de pesquisa e produção de insumos, e, portanto, a privatização não é uma alternativa viável para o sistema de saúde pública brasileiro (Bahia, 2020).

Enquanto de um lado há a ameaça causada pelos planos de saúde, do outro, há um relativo descaso e desestímulo à formação de servidores públicos eficientes para atuarem no SUS, por parte do governo, agravando a situação do setor (Bahia, 2020).

Bahia (2020) pontua que o argumento para justificar a extinção da proporção fixa do piso orçamentário para a saúde na EC 95, de que existia a possibilidade de aumento desses recursos, é falso, comprovado pela transcorrência do contrário. Adotados como forma de resistir a ajustes fiscais e ao subfinanciamento do SUS, os pisos orçamentários são capazes de serem entendidos como tetos, dado a falta de dedicação por parte do governo a questões sociais.

Gentil (2016), assim como Bahia (2020), discute sobre a questão da privatização no setor de saúde pública com um foco político. Essa expansão é marcada por isenções e renúncias fiscais em favor de empresas de saúde privadas, fornecimento de planos privados a funcionários públicos e transferências do governo a instituições sem fins lucrativos. Gentil (2016) defende que os subsídios fornecidos a empresas privadas deveriam ser direcionados ao SUS, uma receita essencial no contexto de subfinanciamento enfrentado. Para ela, complementando a opinião de Lígia Bahia, o sucateamento do serviço público, causado por tais problemas de financiamento, impulsiona a busca pelo serviço privado estimulando o processo de financeirização e privatização da saúde.

Carlos Ocké-Reis (2012) concorda que as exonerações fornecidas pelo governo a empresas privadas destituem o SUS de recursos que seriam capazes de aprimorar a cobertura e qualidade de seus serviços. Ele adverte, ainda, que o sistema privado desfruta da prestação pública de serviços caros e sofisticados, além de transferir casos clínicos mais arriscados e raros ao SUS, sem nenhum ressarcimento. Para o economista, o governo financia a aquisição de planos privados pela população através das desonerações fiscais a um mercado que, em 2007, teve em torno de 40% a mais de receitas que as ações de assistência e serviço públicos de saúde (ASPS).

A questão da escassez de recursos, mencionada por Aragão (2022), é também apresentada por Gentil (2016). De acordo com a autora, após 2015, num cenário onde a dificuldade para financiar os gastos sociais é o pretexto encontrado para a austeridade fiscal, não é coerente o governo propor a retirada de recursos de onde há, supostamente, escassez. Além das receitas cobrirem gastos com saúde, assistência social e previdência, há recursos excedentes, evidenciados pela existência da Desvinculação das Receitas da União (DRU) sobre contribuições sociais (Gentil, 2016).

Ocké-Reis (2017), defende que o SUS sofre um subfinanciamento crônico. Com uma saúde livre à iniciativa privada, e planos privados contando com incentivos expansivos por parte do governo, há uma cisão desse setor do país, com o setor público atuando paralelamente ao SUS.

Em um cenário de austeridade fiscal e ascensão das privatizações em busca de amenizar a recessão, Ocké-Reis (2017) aponta que tais políticas têm um caráter ilógico, dado que agravam a desigualdade que, num ciclo vicioso, pressiona o sistema. Portanto, como dito por Stuckel e Basu (2014, apud Ocké-Reis, 2017), “a recessão fere, mas a austeridade mata”.

Numa análise econômica, Ocké-Reis (2017) afirma que boa parte dos problemas enfrentados pela gestão do SUS se dão em função do financiamento inadequado. O investimento no setor é considerável insuficiente através da comparação com outros países com modelo similares — no mínimo 6% do PIB, enquanto o Brasil investiu 3,9%, em 2015 — e da comparação entre o gasto privado per capita e a renda média populacional (Ocké-Reis, 2017).

Para que o subfinanciamento seja solucionado e haja a possibilidade de uma hegemonia por parte do SUS, Ocké-Reis (2017) argumenta que é necessário cessar com a política de austeridade fiscal. A mobilização de frentes populares junto à sociedade, em defesa dos direitos sociais e contra reformas neoliberais, pode auxiliar nessa tentativa de romper com a austeridade conservadora. Ele salienta que, só a melhoria da qualidade do gasto público em saúde não é suficiente, devendo o governo destinar mais recursos ao setor, inicialmente com a revogação da EC 95, que ameaça os princípios constitucionais do SUS. É importante adequar a tributação, desonerando classes baixas e médias — afetadas por impostos sobre o trabalho e a produção — e tributando classes altas — por meio de impostos sobre o patrimônio e a renda — para, junto à redução dos juros, fortalecer o financiamento público. Sobretudo, ele defende que uma maneira de enfrentar a crise e o déficit primário é reconstruir o Estado, buscando uma governança transparente (Ocké-Reis, 2017).

Portanto, assim como Aragão (2022), Ocké-Reis (2017) argumenta que “os maiores desafios [do SUS] são políticos, pois supõem a garantia do financiamento do subsistema público, a redefinição da articulação público-privada e a redução das desigualdades de renda, poder e saúde” (Paim, 2013 apud Ocké-Reis, 2017).

Na frente social, Marques, Piola e Ocké-Reis (2016) reiteram a questão do setor de saúde privado forte, paralelo e concorrente ao sistema público, com usuários que apelam ao SUS frente a restrições orçamentárias, de cobertura ou de acesso a serviços e medicamentos.

Os autores pressupõem 4 hipóteses para a falta de recursos crônica do SUS. A primeira, é a interação público/privado, instaurada desde antes da Constituição de 1988, com o sistema público buscando suprir brechas deixadas pelo setor privado, concentrado em centros populacionais e seus fluxos de renda. A segunda, trata da omissão de partidos políticos no apoio à construção e ao financiamento do sistema público de acesso universal, assim como de sindicatos trabalhistas, que lutam pela inclusão de planos de saúde para funcionários. Em terceiro, os autores acreditam que a inserção do Brasil no cenário econômico mundial afeta sua capacidade de agir de forma autônoma, dependendo de potenciais mundiais, o que é evidenciado com a desvinculação das receitas da união (DRU) para garantir um superávit primário. A quarta hipótese aponta a falta de apoio da população, que assume que serviços propiciados pelo Estado são precários e inferiores aos privados. Portanto, o desenvolvimento do SUS é, de certa forma, limitado por estas perspectivas (Marques; Piola; Ocké-Reis, 2016).

Marques, Piola e Ocké-Reis (2016) apontam que com o movimento de renúncia fiscal, uma parcela da população usufrui de dupla cobertura — pública e privada — subsidiada pelo governo, parcela essa que, com maior poder de pressionar o governo, é crucial para a batalha por melhorias na qualidade dos serviços públicos. Contudo, os autores não acreditam que tal segmentação será solucionada, visto que políticos e gestores não a veem como um problema.

Os autores do grupo social também reiteram que a insuficiência de recursos direcionados ao SUS afeta a capacidade de aprimorar e expandir seus serviços, o necessário para amenizar desigualdades regionais de acesso. Com a Lei de Responsabilidade Fiscal (Lei Complementar nº101, de 2000), a gestão da saúde pública é ainda mais dificultada, o que motiva a expansão de um processo de contratualização e, conseqüentemente, uma lacuna de monitoramento da execução e qualidade dos serviços prestados pela saúde pública. A insuficiência crônica de recursos, acompanhada de problemas de gestão, dificulta a adesão de profissionais e materiais adequados, num ciclo vicioso, que reflete no acesso dos cidadãos ao SUS, apesar de demandarem cada vez mais seus serviços — motivados pelo envelhecimento populacional e pelo perfil epidemiológico da população — (Marques; Piola; Ocké-Reis, 2016)

Marques, Piola e Ocké-Reis (2016) afirmam que “Fragilizar o SUS corresponde a fortalecer o sistema privado. E isso é preocupante, em um país com elevados níveis de

desigualdade de renda como o Brasil”. Para transformar a situação enfrentada pela saúde pública, tornando-a positiva, os autores defendem ser necessária a sua expansão quantitativa e qualitativa, com maior regulamentação do mercado privado — o que possibilitaria a captura de parte da clientela desse setor privado pelo público —. Portanto, os maiores enfoques do SUS no futuro devem ser a evolução de seu financiamento, de sua gestão e de sua adesão social, enquanto regula o mercado de planos de saúde (Marques; Piola; Ocké-Reis, 2016).

Com enfoque econômico, Francisco Funcia (2019) afirma que, dado o contexto de subfinanciamento do SUS — crônico e expandido pela homologação da EC 95/2016 —, é necessário conceder novas fontes de receita exclusivas, permanentes e não desvinculáveis ao setor. Assim como Carlos Ocké-Reis (2017), o autor defende a realização de transformações no modelo tributário, tributando grandes fortunas, heranças, grandes transações financeiras e dividendos, e criando alíquotas mais elevadas no imposto de renda para altos rendimentos e produtos considerados nocivos à saúde. Porém, ele também compreende que a proposição de tal mudança causaria um conflito político complexo. De acordo com Funcia (2019), outra forma de solucionar a questão do aumento de recursos ao SUS, mas sem enfrentar tais desafios políticos, é a efetivação da auditoria cidadã da dívida pública<sup>10</sup> e da auditoria da renúncia de receita<sup>11</sup>. Para o economista, a saúde pública brasileira e seu financiamento devem ser partes imprescindíveis da manutenção da seguridade social e do direito de cidadania apontados na Constituição Federal.

Retornando à análise política, como apontado por Lena Lavinas, Denise Gentil e Barbara Cobo (2017), o Brasil parece estar se afastando do modelo de Bem-Estar Social que buscava instaurar, que foi a meta objetivada pela Constituição de 1988. Com a transição para uma sociedade de consumo em massa sem que houvesse um fornecimento de serviços públicos que contemplassem um aumento real ao rendimento dos cidadãos, principalmente da classe trabalhadora, a população vê a necessidade de recorrer ao mercado. Na última década,

---

<sup>10</sup> Prevista no artigo 26 do Ato das Disposições Condicionais Transitórias, visa realizar a auditoria pública brasileira, interna e externa, federal, estaduais e municipais, de forma transparente, através da mobilização da sociedade para a cobrança.

<sup>11</sup> Visa realizar a auditoria das concessões, incentivos e benefícios legais fornecidos pela administração pública, de forma transparente.

o Estado brasileiro prioriza gastos monetários em detrimento de investimentos em políticas sociais e transformações estruturais necessárias, aderindo à lógica do capitalismo financeiro. Abdicando da luta em prol da equidade social, é observado um processo de comodificação das políticas sociais, que passam a ter a função de mitigar gargalos gerados pelo mercado (Lavinias; Gentil; Cobo, 2017).

Na atual conjuntura histórica, o desafio do bloco histórico democrático e popular é fazer com que a população entenda políticas de saúde não como simplesmente políticas públicas, mas como instrumento essencial de um projeto com um conjunto de reformas estruturais que a sociedade brasileira precisa enfrentar com objetivo de reduzir a desigualdade (Ocké-Reis, 2022).

Portanto, fazendo uma análise comparativa das opiniões dos autores supracitados, que manifestam diversas visões similares sobre quais as razões para que o sistema de saúde pública tenha se tornado o que é atualmente, foram elaboradas múltiplas medidas a serem tomadas para que, possivelmente, os problemas enfrentados pelo modelo sejam atenuados.

Como mencionado, inicialmente, para que tais mudanças sejam efetivamente viáveis, é importante que haja uma adesão populacional e de lideranças políticas à demanda por aumento de investimento no SUS, através da vitória desse sistema na batalha das ideias. Com a obtenção desse apoio, é mais tangível a obtenção de reivindicações. Para que seja viável romper com as reformas neoliberais em ascensão atualmente, Ocké-Reis (2017) destaca a importância dessa mobilização populacional. Porém, como apontado por Marques, Piola e Ocké-Reis (2016), parcela da população que garantiria um apoio político essencial é duplamente coberta pelo governo com a renúncia fiscal, o que dificulta a adesão desta ao movimento.

Ao reconhecer que, como destacado por Ligia Bahia (2020), a privatização não é um caminho viável para substituir o SUS, dados os extensivos serviços fornecidos pelo sistema público que não são capazes de serem providos pelo mercado privado, é necessário buscar uma solução para o problema de financiamento enfrentado pelo setor público. Com o subfinanciamento como maior responsável pelos problemas enfrentados pela gestão do SUS, de acordo com Ocké-Reis (2017), é importante compreender que somente melhorias na

qualidade do gasto com o setor não são o suficiente para solucionar os problemas enfrentados por tal.

Uma medida inicial importante, de acordo com Ocké-Reis (2012) e Denise Gentil (2016), é o fim de subsídios e exonerações fornecidas pelo governo a empresas privadas, e redirecionamento de tais recursos ao SUS, dado que essa transferência seria capaz de romper com um processo de ciclo vicioso observado entre o sucateamento da saúde pública e a busca pelo setor privado, dada a insatisfação com o primeiro, que, por não receber recursos adequados, não é capaz de atender às demandas gerenciais e orçamentárias para garantir sua atuação plena. Marques, Piola e Ocké-Reis (2016) também pontuam a importância de regulamentar o mercado privado, objetivando reduzir os gastos de trabalhadores, empregadores e famílias com bens e serviços privados de saúde.

Ocké-Reis (2017) afirma ser imprescindível interromper políticas de austeridade fiscal adotadas para controlar a recessão, dado que tais agravam a desigualdade social, com a revogação da EC 95 como primeira medida a ser tomada nessa direção. Em vista disso, uma outra forma de controle da recessão que pode substituir a austeridade fiscal, de acordo com o autor, seria o fomento ao uso de reservas internacionais, o que permite — num Estado transparente e reconstruído — a ascensão de direitos sociais junto ao crescimento econômico.

Outra medida a ser tomada, de acordo com os especialistas, é a reforma tributária, como forma de fortalecer o financiamento público. De acordo com Ocké-Reis (2017), classes mais baixas devem ser exoneradas e as mais altas, tributadas. Enquanto Funcia (2019) defende a tributação de grandes fortunas, heranças, grandes transações financeiras e dividendos, e a criação de alíquotas mais elevadas no imposto de renda de altos rendimentos e produtos considerados nocivos à saúde.

Por fim, uma deliberação defendida por Francisco Funcia (2019), é a concessão de recursos provenientes de fontes exclusivas, estáveis e que não possam ser desvinculadas do SUS, além da realização da auditoria cidadã da dívida pública e da auditoria da renúncia de receita, as quais garantiriam maior segurança ao financiamento do sistema de saúde pública brasileiro.

Diante do exposto, portanto, compreende-se que especialistas da área de saúde acreditam que os problemas enfrentados pelo Sistema Único de Saúde desde sua criação, e que vêm se aprofundando nos últimos anos, podem ser amenizados através de transformações políticas e econômicas. Para a aceitação e consolidação de certas mudanças é possível que se encontrem dificuldades, porém, como num ciclo virtuoso, quanto maior e mais adequado o investimento no setor, melhor seu desempenho, maior a adesão populacional aos seus serviços, maior apoio na batalha das ideias para reivindicações e, portanto, maior capacidade de negociação do SUS.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse trabalho pretendeu entender o subfinanciamento do Sistema Único de Saúde brasileiro, assunto relevante dado que grande parte da população se utiliza de serviços do setor como forma exclusiva de acesso à saúde (Estatísticas Sociais, 2020), como ficou evidenciado durante a pandemia, além da atuação do SUS ir muito além do fornecimento de serviços médicos, não podendo ser sanada pela oferta destes pelo setor privado (Bahia, 2020).

Para se atingir uma compreensão quanto à percepção de inadequação do orçamento direcionado ao SUS, a metodologia utilizada foi, inicialmente, realizar uma contextualização do Estado de Bem-Estar Social e da Seguridade Social no mundo e no Brasil. Em seguida, foi elaborada uma síntese cronológica da legislação quanto ao assunto, com foco no modelo de financiamento da saúde pública brasileira e nas mudanças no cálculo do mínimo orçamentário direcionado ao setor pelo governo federal. Desta forma, foi possível apresentar uma evolução dos recursos direcionados à saúde.

No segundo capítulo, instrumentos de coleta de dados permitem a realização de estudos comparativos que ilustram como a arrecadação do SUS é afetada por mudanças na métrica do cálculo do piso para gasto público com saúde. Dentre os instrumentos utilizados, estão dados obtidos através do sistema do Senado Federal (2022) SIGA Brasil — que disponibiliza o valor empenhado em função saúde —, do Tesouro Nacional Transparente (2022) — que disponibiliza a Receita Corrente Líquida — e do DataSebrae (2022) — que disponibiliza a variação do PIB Real —. Os valores correntes obtidos foram atualizados para constantes, em IPCA de março de 2022. Utilizando como referência o artigo de Rossi e David (2021), foi realizada uma simulação de um cenário onde as três principais métricas de cálculo do mínimo direcionado à saúde seriam estendidas por todo o período de 2010 a 2019. A simulação atendeu ao primeiro objetivo específico de ponderar como tais legislações reagem a diferentes cenários econômicos, mostrando que as três regras fiscais de cálculo do piso — LC 141/2012, EC 86/2015 e EC 95/2016 — não são adequadas para responder de forma apropriada a aumentos na demanda por serviços da saúde pública, e conseqüente necessidade de aumento dos gastos com o setor, em momentos de crise econômica, não conseguindo

compreender a importância do gasto social. A Emenda Constitucional 95, de 2016, que busca conter gastos, determina um orçamento para a saúde invariável, independente dos cenários econômico e político, prejudicando a arrecadação para o setor de forma evidente, porém, os outros dois métodos de cálculo analisados são, em diferentes níveis, pró-cíclicos. A Emenda Constitucional 86, de 2015, ao utilizar a receita — caráter mais elástico a mudanças econômicas — como referência para o piso da saúde e a Lei Complementar 141, de 2012, ao utilizar o PIB — mantendo uma proporção fixa —, podem causar uma queda em termos reais do orçamento da saúde pública brasileira (Rossi; David, 2021).

A parte final do segundo capítulo contextualiza o cenário político-econômico entre 2010 e 2019, anos analisados, como forma de interpretar mudanças significativas no valor empenhado em saúde. É observado um ciclo expansivo, com modelo social desenvolvimentista, a partir de 2004, porém a continuidade desse é inviabilizada como consequência da crise internacional iniciada em 2008. Num ciclo econômico recessivo, o período é caracterizado por políticas fiscais austeras, pela financeirização da oferta de serviços públicos e pelo pacote de desonerações tributárias. Com um regime fiscal reformulado, o governo se compromete com um tripé macroeconômico ortodoxo — metas de inflação, superávit primário e câmbio flutuante. Portanto, num momento de crise, no qual políticas sociais e econômicas anticíclicas se fazem necessárias, há um achatamento do Estado de Bem-Estar Social, com o Estado reduzindo sua atuação como agente condutor do crescimento (Gentil, 2016) e focando em políticas sociais de transferências de rendas monetárias em oposição à provisão de serviços públicos universais não mercantilizados.

O terceiro capítulo busca atender ao segundo objetivo específico, de expor diferentes perspectivas quanto aos desafios enfrentados pelo SUS, de forma a embasar a tese da dificuldade para destinar subsídios ao setor, através da análise condensada dividida em três enfoques diferentes: social, econômico e político.

Foram apontadas diferentes ações propostas pelos autores que podem ser capazes de atenuar os problemas enfrentados pelo SUS. Dentre essas, a mobilização populacional para a reivindicação de melhorias no setor, melhorias na qualidade do gasto com o setor, fim de subsídios e exonerações do governo a empresas privadas, com o redirecionamento destes recursos à saúde pública e regulamentação do mercado privado. Além disso, é essencial

descontinuar políticas de austeridade fiscal, realizar uma reforma tributária e, sobretudo, a concessão de recursos exclusivos, estáveis e não-desvinculáveis.

Diante do exposto, a pesquisa buscou ampliar a compreensão sobre o uso do termo “subfinanciamento” para tratar o movimento do orçamento direcionado à saúde. Esse êxito foi permitido através do alcance dos dois objetivos específicos propostos. No segundo capítulo foi possível mensurar a diferença entre as medidas de cálculo do mínimo para saúde, corroborando para a visão de exacerbamento dos problemas de financiamento enfrentados. E o terceiro capítulo realizou um parecer condensado de autores heterodoxos quanto à motivação da dificuldade enfrentada pelo SUS para se manter e propostas futuras para preservar e melhorar o modelo. Dentre as motivações que acarretam para a forma na qual o SUS se encontra, o financiamento inadequado é um consenso. Portanto, além de corroborar o uso do termo “subfinanciamento”, expande a compreensão sobre maneiras de solucionar tais questões.

Posto isso, em pesquisas futuras, pode-se focar na viabilidade para a execução das políticas futuras propostas no terceiro capítulo, que visam auxiliar o SUS, e as dificuldades encontradas para a realização de tais. Além disso, dado que um maior gasto em saúde não necessariamente signifique uma melhora na saúde pública, é importante compreender que não há um parâmetro do valor adequado a se gastar com o setor e, portanto, também seria interessante realizar um exercício de comparação entre o gasto em saúde, gasto em saúde pública e desempenho da saúde pública em diferentes países com modelos similares ao SUS brasileiro. E, principalmente, pesquisas futuras podem se focar na disparidade de gastos entre a saúde pública e a saúde privada no Brasil.

## REFERÊNCIAS

- ARAGÃO, E. Novo modelo de financiamento do SUS: Concepção e diretrizes. **ABRASCO**, Brasil, mar. 2022. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/opinia/novo-modelo-de-financiamento-do-sus-concepcao-e-diretrizes-artigo-de-erika-aragao/65527/>. Acesso em: 1 jun. 2022.
- BAHIA, L. Fim do piso para a saúde é o divórcio definitivo entre a economia e os problemas sociais. **CEE Fiocruz**, Brasil, fev. 2020. Disponível em: <https://cee.fiocruz.br/?q=node/1123>. Acesso em: 25 maio 2022.
- BANCO CENTRAL DO BRASIL. **Preços Administrados** (com informações até março de 2016). In: Série Perguntas Mais Frequentes, 2016. Disponível em: [https://www.bcb.gov.br/content/cidadaniafinanceira/Documents/publicacoes/serie\\_pmf/FAQ%2005-Pre%C3%A7os%20Administrados.pdf](https://www.bcb.gov.br/content/cidadaniafinanceira/Documents/publicacoes/serie_pmf/FAQ%2005-Pre%C3%A7os%20Administrados.pdf). Acesso em: 27 abril 2022.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF.: Presidência da República, 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 19 jan. 2022.
- BRASIL. **Decreto nº7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 2011. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm). Acesso em: 19 jan. 2022.
- BRASIL. **Emenda Constitucional nº29, de 13 de setembro de 2000**. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Brasília: Presidência da República, 2000. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm). Acesso em: 19 jan. 2022.
- BRASIL. **Emenda Constitucional nº87, de 16 de abril de 2015**. Altera o § 2º do art. 155 da Constituição Federal e inclui o art. 99 no Ato das Disposições Constitucionais Transitórias[...]. Brasília: Presidência da República, 2015. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc87.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc87.htm). Acesso em: 19 jan. 2022.
- BRASIL. **Lei Complementar nº141, de 13 de janeiro de 2012**. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados [...]. Brasília: 2012. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/lcp/lcp141.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm). Acesso em: 19 jan. 2022.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 19 jan. 2022.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm). Acesso em: 19 jan. 2022.

BRASIL. **Portaria nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017.** Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2017. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3992\\_28\\_12\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3992_28_12_2017.html). Acesso em: 19 jan. 2022.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS. **Mudanças no Financiamento da Saúde.** Brasília: CNM, 2018. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2018/08/Mudan%C3%A7as-no-Financiamento-da-Sa%C3%BAde.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2021.

CONGRESSO NACIONAL. **Glossário de Termos Orçamentários.** Disponível em: <https://www.congressonacional.leg.br/legislacao-e-publicacoes/glossario-orcamentario>. Acesso em: 27 abr. 2022.

CORREIA, A. D. da M. S. et al. **Políticas públicas de saúde e processo de trabalho em saúde da família.** In: POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE DA FAMÍLIA. Campo Grande, MS: Ed. UFMS, 2010. v. 2, p. 33–48. E-book. Disponível em: [https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/164/1/Pol%C3%adticas\\_P%C3%ablicas\\_de\\_Sa%C3%bade\\_Vol\\_2.pdf](https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/164/1/Pol%C3%adticas_P%C3%ablicas_de_Sa%C3%bade_Vol_2.pdf). Acesso em: 19 jan. 2022.

DWECK, E.; MORETTI, B.; MELO, M. F. G. C. Pandemia e desafios estruturais do CEIS: financiamento do SUS, federalismo da saúde e as relações público-privadas. **Cadernos de Desenvolvimento**, Rio de Janeiro, abr. 2021, v. 16, n. 28, p. 239–265.

ESTATÍSTICAS SOCIAIS. **PNS 2019:** sete em cada dez pessoas que procuram o mesmo serviço de saúde vão à rede pública. Brasil, 2020. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/28793-pns-2019-sete-em-cada-dez-pessoas-que-procuram-o-mesmo-servico-de-saude-vao-a-rede-publica>. Acesso em: 27 abr. 2022.

FAGNANI, E. et al. Reforma Tributária e Financiamento da Política Social. In: **A Reforma Tributária Necessária: Diagnóstico e Premissas.** Brasil, Plataforma Política Social, 2018. p. 173–212.

FAGNANI, E. Seguridade Social: a experiência brasileira e o debate internacional. Análises e propostas, **Fundação Friedrich Ebert**, v. 24, 2011. Disponível em: <https://library.fes.de/pdf-files/bueros/brasilien/09533.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2022.

FAGNANI, E.; ROSSI, P. Desenvolvimento, Desigualdade e Reforma Tributária no Brasil. In: **A Reforma Tributária Necessária: Diagnóstico e Premissas**. Brasil, Plataforma Política Social, 2018. p. 141–161.

FERNANDES, F. A constituição da transição democrática. Pensamento e ação: o PT e os rumos do socialismo. **Rede Globo**, Rio de Janeiro, n. 2, p. 60–65, 2006.

FUNÇÃO e subfunção. **Portal da Transparência**, 2022. Disponível em: <https://www.portaltransparencia.gov.br/pagina-interna/603317-funcao-e-subfuncao>. Acesso em: 27 de abril de 2022.

FUNCIA, F. R. Subfinanciamento e orçamento federal do SUS: referências preliminares para a alocação adicional de recursos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 12, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25892019>. Acesso em: 15 jun. 2022.

GENTIL, D. L. Recessão econômica, privatização e desmantelamento da proteção social: a opção conservadora do governo Dilma Rousseff (2011-2015). **XXI Encontro Nacional de Economia Política**, Brasil, 2016. Disponível em: <https://docero.com.br/doc/ccx1evx>. Acesso em: 20 maio 2022.

IANONI, M. Políticas públicas e estado: o plano real. Lua Nova, São Paulo, v. 78, p. 143–183, 2009.

IBGE. Sistema Nacional de índices de Preços ao Consumidor IPCA INPC. **Indicadores IBGE**, Brasil, 2015. Disponível em: [https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/236/inpc\\_ipca\\_2015\\_maio.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/236/inpc_ipca_2015_maio.pdf). Acesso em: 10 fev. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. COORDENAÇÃO DE ÍNDICES DE PREÇOS. Os Métodos Para o Trabalho de Campo do Sistema Nacional de Índices de Preços – SNIPC – Manual de Entrevista. **IBGE**, 2015. Disponível em: [https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/instrumentos\\_de\\_coleta/doc5540.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/instrumentos_de_coleta/doc5540.pdf). Acesso em: 27 de abril de 2022.

JUSTO, R.; MENDES, Á. Impactos do ajuste fiscal pós-2015 sobre o financiamento da política de assistência social no Brasil. **Sociedade em Debate**, Pelotas, v. 27, n. 3, p. 26–44, 2021. Disponível em: [https://www.researchgate.net/profile/Rafael-Justo/publication/357714577\\_IMPACTS\\_OF\\_THE\\_POST-2015\\_FISCAL\\_ADJUSTMENT/links/61dc5afe5c0a257a6fdbf98c/IMPACTS-OF-THE-POST-2015-FISCAL-ADJUSTMENT.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Rafael-Justo/publication/357714577_IMPACTS_OF_THE_POST-2015_FISCAL_ADJUSTMENT/links/61dc5afe5c0a257a6fdbf98c/IMPACTS-OF-THE-POST-2015-FISCAL-ADJUSTMENT.pdf). Acesso em: 01 jun. 2022.

KREIN, J. D.; SANTOS, A. L. dos. A formalização do trabalho: crescimento econômico e efeitos da política laboral no Brasil. Revista Nueva Sociedad. **Crescimento e efeitos da política laboral no Brasil**, 2012. Disponível em: <https://nuso.org/articulo/a-formalizacao-do>

trabalho-crescimento-economico-e-efeitos-da-politica-laboral-no-brasil/. Acesso em: 02 de maio de 2022.

LAVINAS, L.; GENTIL, D.; COBO, B. **The Controversial Brazilian Welfare Regime. UNRISD project New Directions in Social Policy: Alternatives from and for the Global South**, Suíça, v. 10, p. 38, 2017. Disponível em: <https://www.econstor.eu/bitstream/10419/186094/1/1010305034.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2022.

LEÓN, J. E. W. H. **Resistência às mudanças sociais: uma visão crítica da democracia brasileira**. Tese (doutorado em economia) - Instituto de Economia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <https://www.ie.ufrj.br/images/IE/PPGE/teses/2019/Jaime%20Ernesto%20Winter%20Hughes%20Le%20C3%B3n.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2022.

MARQUES, R. M.; MENDES, Á. A problemática do financiamento da saúde pública brasileira: de 1985 a 2008. **Economia e Sociedade**, v. 21, n. 2, p. 345–362, ago. 2012.

MARQUES, R. M.; PIOLA, S. F.; OCKÉ-REIS, C. O. Desafios e perspectivas futuras no financiamento do SUS. Em: ROA, A. C.; PIOLA, S. F.; MARQUES, R. M. **Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento**. 1. ed. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Economia da Saúde, 2016. p. 247–258. Disponível em: [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/sistema\\_saude\\_brasil\\_organizacao\\_financiamento.pdf](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude_brasil_organizacao_financiamento.pdf). Acesso em: 18 jun. 2022.

MATTOS, M. B. **A classe trabalhadora: de Marx ao nosso tempo**. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2019. Acesso em: 8 ago. 2022.

NUNES, N. L. de A.; MAY, P. Análise da Alocação Federal de Recursos para a Política Nacional da Biodiversidade: **GT-5 – Sustentabilidade, Territórios e Mudança Institucional**. UFRJ, 2019. Acesso em: 20 maio 2022.

OCKÉ-REIS, C. AULA 1 - SUS: REFORMA OU REVOLUÇÃO, COM CARLOS OCKÉ. Brasil: ELAHP, 2022. 1 vídeo (1 hr 58 min 09 seg). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=boA38FwdJ1w>. Acesso em: 20 jun. 2022.

OCKÉ-REIS, C. **SUS: o desafio de ser único**. Brasil: FIOCRUZ, 2012. p. 24–27. E-book. Disponível em: Acesso em: 2 jul. 2022.

OCKÉ-REIS, C.O. Resistência democrática e direitos sociais: o papel da reserva internacional para financiar o SUS. **CEE-Fiocruz**, Brasil, jun. 2017. Disponível em: [http://www.cee.fiocruz.br/sites/default/files/Artigo\\_ock%20A9-reis\\_reserva-internacional-sus.pdf](http://www.cee.fiocruz.br/sites/default/files/Artigo_ock%20A9-reis_reserva-internacional-sus.pdf). Acesso em: 10 jun. 2022.

OLIVEIRA, G. C.; VAZQUEZ, D. A. Florestan Fernandes e o capitalismo dependente: elementos para a interpretação do Brasil. **Revista Oikos**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 137–160, 2010.

OLIVEIRA, K. M. **Política de desoneração tributária durante o primeiro governo Dilma Rousseff**. 2016. Monografia de Bacharelado - Instituto de Economia, UFRJ, Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <https://pantheon.ufrj.br/bitstream/11422/1319/1/KMOliveira.pdf>. Acesso em: 27 abr. 2022.

ROSSI, P.; DAVID, G. Execução orçamentária na pandemia e o futuro do financiamento público da saúde. **Cadernos de Desenvolvimento**, v. 16, n. 28, p. 267–280, abr. 2021.

SAAD-FILHO, A.; MORAIS, L. **Brasil: Neoliberalismo versus democracia**. 1. ed. Brasília: Boitempo, 2018. Acesso em: 8 ago. 2022.

SEBRAE. **DataSebrae**. Brasil, 2022. Disponível em: <https://datasebrae.com.br/pib/?pagina=evolucao-do-pib&ano=2010>. Acesso em: 27 abr. 2022.

SECRETARIA DO TESOURO TRANSPARENTE. **Série Histórica da Receita Corrente Líquida (RCL)**. Brasil, 2022. Disponível em: <https://www.tesourotransparente.gov.br/publicacoes/serie-historica-da-receita-corrente-liquida-rcl/2019/11>. Acesso em: 22 abr. 2022.

SENADO FEDERAL. **SIGA Brasil**. Painel Especialista. Brasil, 2022 Disponível em: <https://www9.senado.leg.br/QvAJAXZfc/opendoc.htm?document=Senado%2FSigaBrasilPainelEspecialista.qvw&host=QVS%40www9&anonymous=true&select=LB137,2019>. Acesso em: 26 abr. 2022.

SILVA, W. **Receita Corrente Líquida (RCL): Composição e Apuração**. 2018. Disponível em: <https://contabilidadepublica.com/receita-corrente-liquida-rcl/>. Acesso em: 27 abr. 2022.

SOUZA, R. R. de. **O sistema público de saúde brasileiro**. Seminário Internacional Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas, Brasília - DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema\\_saude.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude.pdf). Acesso em: 19 jan. 2022.

UGÁ, M.A.D.; SANTOS, I.S. Uma análise da progressividade do financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cadernos de Saúde Pública**, 2006, v. 22, n. 8, pp. 1597-1609. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000800008>. Acesso em: 20 nov. 2021.