NOTAS EXPLORATÓRIAS SOBRE AS RAZÕES DO SUBFINANCIAMENTO ESTRUTURAL DO SUS

Rosa Maria Marques[1]

Pesquisadores e analistas, ao compararem a saúde pública brasileira a sistemas similares, sempre salientaram seu subfinanciamento e seu consequente baixo nível *per capita*. Na maioria das vezes, as análises não foram muito além de denunciar que, em vários momentos, houve perda de recursos. É na tentativa de buscar as razões que condicionaram o subfinanciamento estrutural do Sistema Único de Saúde (SUS) que se coloca este artigo. Primeiramente, são resgatados os principais momentos de sua trajetória do ponto de vista do financiamento e salientado que a visão dos constituintes com relação à definição do orçamento da seguridade social estava fadada a fracassar, dado que suas políticas estão fundadas em princípios diferentes, tornando inevitável a disputa de recursos em seu interior na primeira dificuldade. Em seguida, são apresentadas três razões que podem explicar o subfinanciamento do SUS, na esfera ideológica, política e econômica. Conclui-se que a superação do subfinanciamento requer, antes de tudo, mudanças no plano da aceitação do SUS junto à sociedade.

Palavras-chave: subfinanciamento; Sistema Único de Saúde (SUS); Brasil.

EXPLORATORY NOTES ON THE REASONS FOR SUS STRUCTURAL UNDERFINANCING

Comparing Brazilian public health with similar systems, researchers and analysts have always emphasized its underfunding and its consequent low level per capita. Most of times, analysis don't go beyond denouncing that, at various moments, there were losses of resources. This paper is an attempt to seek the reasons that conditioned the structural underfunding of the Unified Health System (SUS). First of all, the main moments of the funding trajectory are highlighted and it is emphasized that the constituents' view regarding the definition of the Social Security budget was bound to fail, since its policies are based on different principles, making the dispute over the budget inevitable in periods of economic difficulties. In the second part, three reasons are presented as possible explanations of the underfunding of the SUS, in the ideological, political and economic spheres. It is concluded that overcoming underfunding requires, first and foremost, changes in the plan for SUS's acceptance by the society.

Keywords: underfunding; Sistema Único de Saúde (SUS); Brazil.

1. Professora titular do Departamento de Economia e do Programa de Estudos Pós-Graduados em Economia Política da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Doutora em economia pela Fundação Getulio Vargas (FGV). Pós-doutora pela Facultée de Sciences Economiques de l' Université Pierre Mendes France de Grenoble (França) e pela Universidad de Buenos Aires. Ex-presidente da Sociedade Brasileira de Economia Política (SEP) e da Associação Brasileira da Economia da Saúde (Abres). *E-mail*: <rosamkmarques@gmail.com>.

NOTAS EXPLORATORIAS SOBRE LAS RAZONES DE LA SUBFINANCIACIÓN ESTRUCTURAL DEL SUS

Investigadores y analistas, al comparar la salud pública brasileña con otros sistemas similares, siempre recalcan su financiación insuficiente y el consecuente bajo nivel per cápita. En la mayoría de las oportunidades, los análisis no van mucho más allá de denunciar que, en varios momentos, se registró una pérdida de recursos. Es con la intención de buscar las razones que condicionaron la insuficiente financiación estructural del SUS (Sistema Único de Salud) en las que se quiere colocar este artículo. En primer lugar, son rescatados los momentos más relevantes de su trayectoria desde el punto de vista de la financiación, resaltando que la mirada de los constitucionalistas en relación a la definición del presupuesto de la SS estaba destinado a fracasar, dado que sus políticas están ancladas en principios diferentes, volviendo inevitable la disputa de recursos a su interior como primera dificultad. En segundo lugar, se presentan tres razones que pueden explicar la financiación insuficiente del SUS tanto en la esfera ideológica, como política y económica. Se concluye que la superación de una financiación insuficiente requiere, en primer lugar, cambios en el plano en el que la sociedad acepta el Sistema Único de Salud.

Palabras clave: financiación insuficiente; Sistema Único de Salud (SUS); Brasil.

NOTES EXPLORATOIRES SUR LES RAISONS DU SOUS-FINANCEMENT STRUCTUREL DU SUS

Les chercheurs et les analystes qui comparerent la santé publique brésilienne aux systèmes similaires, ont toujours insisté sur le sous-financement et, par conséquence, son faible niveau par habitant. La plupart du temps, les analyses seulement dénoncent que, à plusieurs reprises, il y a eu une perte de ressources. Il est une tentative de trouver les raisons qui ont conditionné la structure du sous-financement du SUS qui met cet article. D'abord, nous avons récupérés les moments clés de sa carrière du point de vue du financement et nous avons souligné que le point de vue des députés qui ont participé de la discussion de la Constitution de 1988, en ce qui concerne la définition du budget SS, était vouée à l'échec, parce que ses politiques sont fondées sur des principes différents, ce qui rend inévitable le conflit pour ressources à son intérieur à la première difficulté. Dans dans la deuxième partie, ils présentent trois raisons qui peuvent expliquer le sous-financement du SUS : dans la sphère idéologique, politique et économique. Il est conclu que, pour surmonter le sous-financement exige, tout d'abord, les changements dans l'acceptation SUS dans la société.

Mots-clés: sous-financement; Système de Santé; Brésil.

JEL: I0; I1.

1 INTRODUÇÃO

Durante toda a existência do Sistema Único de Saúde (SUS), desde sua inscrição no corpo da Constituição brasileira, inúmeros pesquisadores denunciaram sistematicamente sua situação de subfinanciamento,[2] acompanhando de maneira ativa, ao longo de seus 29 anos, como era definido seu financiamento. Da mesma forma,

2. O subfinanciamento do SUS é definido a partir de dois indicadores: gasto público com a saúde pública, como percentual do produto interno bruto (PIB) e como *per capita*, um e outro comparado a países com sistemas públicos de saúde semelhantes. Na comparação, o baixo nível registrado no país, para os dois indicadores, configuraria o subfinanciamento do SUS (ver Barros e Piola, 2016).

diversos pesquisadores analisaram o lugar do SUS no interior da seguridade social, apontando sua relativa fragilidade financeira na partilha de recursos perante direitos individualizados que resultam, em especial, dos benefícios previdenciários. Na produção realizada nesse período, nota-se, contudo, que há uma quase ausência de literatura que busque explicitar os porquês desse subfinanciamento.

Foi esse subfinanciamento que, ao impedir a consolidação do SUS como uma política universal (que fosse reconhecida como tal pelo conjunto da população em sua prática cotidiana de busca por ações e serviços de saúde), o fragilizou, de modo que iniciativas que o desestruturam ou promovam seu desmonte não encontram (encontraram) resistências maiores junto à sociedade brasileira. Entender as razões desse subfinanciamento é essencial para o entendimento da experiência vivida no país pela construção de uma saúde pública, integral e universal. É no sentido de contribuir para esse entendimento que se insere este artigo. Seu objetivo é colocar em evidência motivos que levaram ao não reconhecimento, do ponto de vista financeiro, da prioridade da construção do SUS, o que resultou em seu subfinanciamento estrutural. O artigo não é exaustivo, contentando-se em apontar pistas para um futuro aprofundamento. Dada a interdisciplinaridade dos temas aqui abrangidos, seria necessário um esforço de pesquisa integrada para o desenvolvimento dos nexos entre os motivos e a concretude dos recursos aportados na saúde pública.

O artigo está dividido em quatro seções. Na segunda, faz-se uma breve apresentação dos principais momentos da discussão/definição dos recursos para a saúde pública, destacando-se as implicações da trajetória assumida. O distanciamento permitido pelo tempo passado pode dar-nos elementos do que estava em jogo e das mudanças ocorridas nos princípios que fundamentavam a inserção do SUS na seguridade social. Na terceira, são destacados motivos que impediram o pleno financiamento do SUS, cujo conhecimento das circunstâncias que os sustentaram (sustentam) pode auxiliar na compreensão de sua superação. Por fim, na quarta seção constam as considerações finais.

2 BREVE HISTÓRIA DA SITUAÇÃO DO FINANCIAMENTO DO SUS

2.1 Da perspectiva holística à especialização da proteção social

O fato de os constituintes terem inscrito o SUS no interior da seguridade social expressava seu entendimento com relação à proteção social: no lugar de um somatório de políticas que visavam à cobertura de determinados riscos, independentemente um dos outros, um conjunto harmonioso de políticas que buscavam atender, de forma integrada, aos principais riscos sociais. Com base nessa compreensão, não havia lugar para os cuidados derivados da saúde pública sem a garantida de adequada renda de substituição (previdenciária), sem o suporte da assistência e sem os demais meios

de manutenção e reprodução dos trabalhadores, tais como emprego e salário. A visão de proteção que animava os constituintes era, portanto, holística, que via o trabalhador e/ou o indivíduo como uma totalidade.

Desse entendimento decorria que os diferentes ramos da seguridade social não se posicionariam hierarquicamente, devendo ser tratados como iguais, pois cada um deles subsumia-se no todo, de modo que esse todo não existiria ou mudaria de caráter caso uma das partes fosse tratada como secundária ou pouco importante. Ainda coerente com essa visão de proteção social, os constituintes definiram recursos para o conjunto da seguridade social, e não para cada um de seus ramos.[3] Dessa forma, as contribuições decorrentes das bases folha de salários, faturamento e lucro, bem como a receita de concursos e prognósticos, destinavam-se à seguridade social, e não apresentavam vinculação a algum ramo. Contudo, para plena implantação do entendimento subjacente a isso – que a pessoa deveria ser vista como uma totalidade – havia uma dificuldade: aquela derivada do fato de coexistirem princípios diferentes na definição do acesso; na previdência e na assistência, o da meritocracia; e na saúde, o da cidadania. O primeiro gera direitos individuais, facilmente defendidos no plano da justiça comum; o segundo coletivo, cuja defesa de sua aplicação é bem mais difícil, envolvendo várias instituições do Estado e atores da sociedade.

No caso específico da saúde, dado que o SUS seria imediatamente regido pela universalidade, os constituintes ainda tiveram outro cuidado: garantir recursos para seu funcionamento enquanto sua lei orgânica não fosse aprovada. Para isso, nas disposições transitórias, foi definida a destinação de pelo menos 30% dos recursos da seguridade social para a saúde pública.

Nos anos seguintes, apesar do entendimento dos constituintes, pode-se dizer que houve uma especialização informal das contribuições, isto é, com uma clara destinação das contribuições sobre a folha de salários para a Previdência Social, do faturamento para a saúde e do lucro para a assistência. Esse processo fica evidente quando se acompanha a destinação para a saúde da arrecadação da contribuição sobre a folha: em 1991, 31,1%; em 1992, 20,9%; em 1993, previsão de 15,5%.

Nesse último ano, a partir de junho, cessou a transferência de receita de contribuição sobre a folha de salários para a área da saúde (Marques, 1999). A especialização que estava informalmente se instalando, faz-se a regra. Esse fato, por si só, constitui uma ruptura com relação ao pensado pelos constituintes, que viam a proteção social concedida pela seguridade social como uma totalidade

3. Com exceção do seguro-desemprego, cujo financiamento é fundado na arrecadação do Programa de Integração Social/Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público (PIS/Pasep). A rigor, o Artigo 194 da Constituição de 1988 não menciona o seguro-desemprego como um direito contemplado pela seguridade social, mas o explicita no interior da Previdência Social. Como sabido, este nunca foi tratado como um benefício previdenciário. Sua organização deu-se à parte, via Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT).

indivisível. A interrupção da transferência de receita de contribuições sobre a folha para a saúde, menos de quatro anos depois da promulgação da Constituição de 1988, decretou o fim da seguridade social e abriu o período de disputa por recursos entre seus ramos. Apesar dos esforços de inúmeros pesquisadores e gestores na defesa da seguridade social, na prática, sua ideia foi sepultada no ano de 1993. A distribuição de seus recursos, priorizando um ramo em relação a outro, é a expressão mais acabada desse fato. Como sabido, as dificuldades que a Previdência Social estava enfrentando para implantar os novos direitos introduzidos pela Constituição, que levaram à cessação da transferência dos recursos de contribuição sobre a folha para a saúde, não foram apresentadas como sendo da seguridade social, e sim da previdência, que, para resolvê-las, deixou a saúde a descoberto, obrigando-a a tomar empréstimo junto ao Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT).[4] É claro que essa tomada de posição foi de responsabilidade do governo federal, e não do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS).

2.2 A busca por novos recursos e pela definição da participação dos entes federados e os embates com a equipe econômica

Diante da impossibilidade de parte do gasto com o SUS continuar a ser financiado mediante empréstimos junto ao FAT, o Conselho Nacional de Saúde e a Comissão de Seguridade Social da Câmara buscaram soluções para o financiamento, o que se concretizou via aprovação da Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF), que passou a vigorar em 1997. Apesar de criada com a finalidade explícita de auxiliar no financiamento do SUS, parte de sua arrecadação foi destinada para outras áreas e houve, ao mesmo tempo, diminuição da alocação da receita oriunda da Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins) e da Contribuição sobre o Lucro Líquido (CSLL), que foi direcionada para a Previdência Social. Dessa forma, a situação a que foi colocada a área da saúde, no momento da cessação da transferência de recursos oriundos da contribuição sobre a folha de salários, determinou que a busca por novos recursos fosse encaminhada de maneira isolada, isto é, como uma solução para o SUS, e não para a seguridade social.

Assim, apesar da CMPF, mantiveram-se os problemas financeiros da área da saúde, levando a que fossem buscadas soluções mais definitivas, todas elas visando resolver a questão do financiamento do ponto de vista de um ramo da seguridade social, e não de sua totalidade. O rumo tomado foi o de definir a participação das três esferas de governo no financiamento do SUS. Como sabido, a construção de um consenso no âmbito da vinculação de recursos, que havia começado já em 1993, levou sete anos, até que finalmente o Congresso aprovou

4. Foram realizados três empréstimos junto ao FAT, no início dos anos 1990, antes da aprovação da Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF), em 1996.

a Emenda Constitucional (EC) nº 29, em agosto de 2000.[5] Mas, conforme escrevemos anteriormente:

> após a aprovação da EC 29, a disputa por recursos foi alçada a outro patamar, aparecendo como um dos atores principais o representante da equipe econômica do governo federal. Exemplo disso foi a discussão acirrada ocorrida entre os Ministérios da Saúde e da Fazenda sobre a interpretação do próprio texto da emenda. Segundo o MS, o ano-base para efeito da aplicação do adicional de 5% seria o de 2000, e o valor apurado para os demais anos seria sempre o do ano anterior, ou seja, calculado ano a ano. Já para o Ministério da Fazenda, o ano-base seria o de 1999, somente acrescido das variações nominais do PIB ano a ano. Essa diferença de interpretação reduziu em R$ 1,2 bilhões a disponibilidade de recursos para o MS em 2001, o que permitiria dobrar, por exemplo, os recursos do Programa Agentes Comunitários em relação ao ano anterior. Na época, a Advocacia Geral da União (AGU) considerou o cálculo do Ministério da Fazenda (Marques e Mendes, 2005, p. 44).

Além desse problema de interpretação, surgiram, nos anos seguintes, várias leituras do que seriam as ações e os serviços no âmbito do SUS, resultando em desvirtuamento do que seria o gasto SUS. Como exemplo, destaca-se o fato de a equipe econômica do governo federal introduzir, na proposta de orçamento do próprio Ministério da Saúde (MS), pagamento de juros e aposentadoria de seus ex-servidores como se fosse gasto SUS. Diante disso, para assegurar o cumprimento da EC 29 e respeitar o consenso que havia sido construído, nos anos anteriores, entre o Conselho Nacional de Saúde, o MS, os Tribunais de Contas e diversas entidades ligadas à área da saúde no tocante à definição de ações e serviços de saúde contemplados pelo SUS, foi elaborada a proposta de regulamentação da EC 29 (Projeto de Lei Completar nº 01/2003), que começou a tramitar na Câmara Federal em 2004. Apesar disso, a regulamentação da EC 29 ficou pendente por quase oito anos no Congresso Nacional, sendo sancionada pela então presidente Dilma Rousseff em janeiro de 2012 (Lei nº 141/2012). Esta lei reafirmou o disposto com relação à participação dos estados e municípios, manteve a base de cálculo para a participação da União, isto é, o valor apurado do ano anterior corrigido pela variação do produto interno bruto (PIB) nominal, e definiu o que seriam ações e serviços de saúde do SUS.

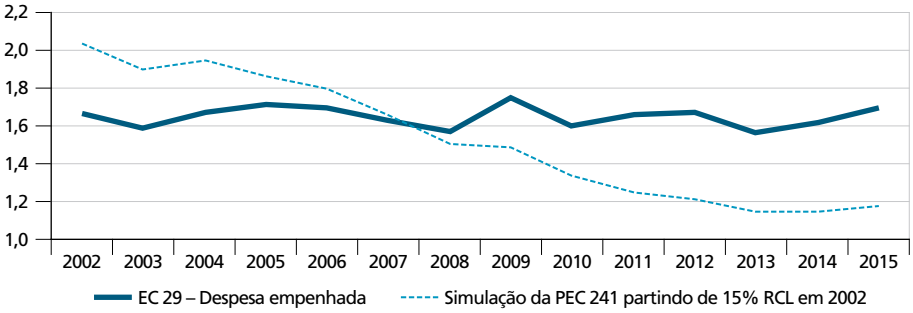
A demora na regulamentação da EC 29 em parte pode ser explicada pela existência de uma permanente tensão entre a área econômica do governo federal e as sociais: a primeira objetivando realizar *superavit* primários e a segunda

5. Estados e municípios teriam que destinar, no primeiro ano, pelo menos 7% dessas receitas para a saúde, aumentado anualmente até atingir, em 2004, 12%, no mínimo, para os estados, e, para os municípios, 15% no mínimo. Em relação à União, no primeiro ano, deveriam ser aplicados pelo menos 5% em relação ao orçamento empenhado do período anterior; para os seguintes, o valor apurado no ano anterior seria corrigido pela variação do PIB nominal. A EC 29 não explicitou a origem dos recursos alocados pela União, sendo omissa em relação à seguridade social, e, portando, não considerando a disputa por recursos entre seus ramos, explícita em 1993.

preocupada em atender às demandas sociais e ampliar sua cobertura. Essa tensão iria se aprofundar nos anos seguintes, principalmente quando a economia brasileira começava a mostrar um esgotamento em sua capacidade de crescimento.

É assim que, em 2015, mediante a EC nº 86/2015, foi definido que a participação do governo federal na saúde seria calculada com base na receita corrente líquida (RCL): 13,2%, em 2016; 13,7%, em 2017; 14,1%, em 2018; 14,5%, em 2019; e 15%, a partir de 2020.[6] Segundo Funcia (2015), ao comparar o novo cálculo à metodologia anterior, o SUS perderia cerca de R$ 9,2 bilhões já no primeiro ano de sua implantação. Pouco mais de um ano depois, foi publicada a EC nº 95/2016, que alterou o regime fiscal e congelou o nível de gasto do governo federal por vinte anos. Como sabido, no caso da saúde, o percentual da RCL previsto para 2020, de 15%, foi aplicado em 2017, o que não impediu que perdas de recursos expressivas fossem estimadas ao longo dos anos de sua vigência (Funcia, 2016), o que pode ser visto no gráfico 1, no qual são aplicados retroativamente os 15% sobre a RCL, de modo a comparar com a despesa empenhada, tal como previsto na EC 29.

GRÁFICO 1
Estimativa da redução de recursos federais para o SUS (2003-2015)
(Em % do PIB)



Fonte: Funcia (2016).

As últimas definições em relação à participação do governo federal no financiamento do SUS reforçaram o entendimento derivado da demora em regulamentar a EC 29: tratava-se de uma disputa por recursos no âmbito do orçamento geral, isto é, de destinações que não as sociais. Assim, a partir da trajetória da breve história do financiamento do SUS, viu-se que a disputa por recursos, que antes havia se manifestado no interior da seguridade social, foi deslocada para uma concorrência entre o orçamento geral e o desta última,

6. A constatação de que a regulamentação da EC 29 não tinha alterado a participação do nível federal no financiamento do SUS resultou na proposta popular de 10% sobre a receita corrente bruta (RCB), mas essa demanda foi desconsiderada pelo governo.

com perda para a área da saúde, já que os benefícios previdenciários e o Benefício de Prestação Continuada (BPC) – assistencial – não podem sofrer redução, dado que estão vinculados a direitos individuais.

3 HIPÓTESES OU RAZÕES EXPLICATIVAS DESSA TRAJETÓRIA DO FINANCIAMENTO DO SUS

No momento em que foi escrito, na Constituição de 1988, que o acesso a serviços de saúde seria universal e público, o Brasil equiparou-se a países desenvolvidos em matéria da cobertura do risco doença, constituindo-se em uma referência na América Latina. Ao longo de sua existência, a presença do SUS contribuiu para tornar o país menos excludente, pois milhões de brasileiros que antes não tinham nenhum tipo de acesso aos cuidados com saúde hoje o têm: segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2015), 72% da população do país tem apenas o SUS como forma de acesso aos serviços médicos hospitalares. Contudo, sua cobertura não foi acompanhada de um nível adequado de recursos, pois o gasto das três esferas de governo representa apenas 3,9% do PIB (2014), enquanto em países com sistema similar, esse percentual, em média, é de 8%. O reduzido aporte de recursos traduz-se em um *per capita* bastante baixo, de R$ 984,91, para o mesmo ano, especialmente se comparado ao gasto do segmento de planos de saúde (Barros e Piola, 2016).

Como sabido, ao lado do SUS, mantém-se e floresce um setor privado de saúde bastante forte e concorrente ao setor público. Em dezembro de 2016, o chamado setor de saúde suplementar era composto por 1.095 operadoras, sendo 789 médico-hospitalares e 306 exclusivamente odontológicas, cobrindo 25,4% e 10,9%, respectivamente, da população brasileira. Vale lembrar que, dez anos antes, esses percentuais eram, respectivamente, de 19,2% e 3,4% (ANS, 2017). Junto ao setor de saúde suplementar, desenvolve-se também um expressivo segmento privado financiado diretamente por seus usuários no momento do consumo dos cuidados.[7] Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2014), no Brasil, em 2011, o gasto realizado via setor privado correspondeu a 54,3% do total do gasto em saúde, sendo que, destes, 57,8% foram imputados aos gastos diretos efetivados pelas famílias.

Passados tantos anos da criação do SUS e revisitada sua trajetória de luta por ampliação de recursos, cabe indagar as razões de seu subfinanciamento constituir uma de suas características estruturais, dado que a situação de subfinanciamento é uma constante ao longo de sua história. Como todo resultado de um processo

7. Muito embora, "como sabido, os usuários das modalidades da assistência saúde privada recorrem ao SUS sempre que necessário, seja por restrição orçamentária, seja pela restrição derivada da cobertura propiciada por seu plano. Recorrem também para ter acesso a alguns tipos de transplantes e medicamentos de alto custo que são encontrados unicamente no SUS" (Marques, Piola e Ocké-Reis, 2016, p. 247).

histórico, a realidade em que convive o SUS, do ponto de vista do financiamento, é resultado de múltiplos fatores: de ordem política, econômica e social. Aqui serão explorados alguns desses fatores, a título de hipóteses, para que possamos avançar na compreensão das dificuldades enfrentadas (e que se tem a enfrentar) para a implantação de um sistema de saúde público e universal no Brasil. Os fatores são aqui tratados sem obedecer a uma ordem de importância.

3.1 A simbiose público/privado

O primeiro fator ou razão que contribuiu para que o SUS trilhasse a trajetória que seguiu tem a ver com a simbiose público/privado. Esta, existente desde os primórdios da atenção médica previdenciária – Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), 1967 – e reforçada com a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (Inamps, 1974), nunca foi rompida. A implantação dos equipamentos públicos em saúde foi realizada considerando o investimento privado existente, o que definiu e condicionou os investimentos que se seguiram, fossem eles públicos ou privados. O resultado disso foi que a presença do investimento público na área da saúde manteve-se baixa e que o investimento privado concentrou-se nos grandes centros populacionais do país e em regiões de maior nível de renda, em que ocorre e reproduz-se a acumulação do capital privado em geral. É interessante lembrar que parte expressiva da expansão da rede privada, quando da criação do INPS, foi financiada com recursos públicos, do então Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS).[8] Pode-se dizer, então, que, na época, houve a opção por manter e aprofundar a simbiose público/privado, isto é, de garantir que parte da realização das ações e serviços de saúde ocorresse mediante a utilização de equipamentos privados. Médici (1992) chama o "modelo" aplicado nessa época de estatal – privatista, ou seja, a expansão do privado pela mão do Estado para garantir a oferta necessária para fazer frente à ampliação da demanda decorrente da incorporação de todos os trabalhadores formais e dos autônomos e empregadores, que previamente contribuíssem para o INPS.

A opção realizada ao final dos anos 1960 e reforçada nos anos 1970 e seguintes determinou o perfil da oferta do SUS após a Constituição de 1988. Ao contrário do que ocorreu na Inglaterra do pós-Segunda Guerra Mundial (Lobato, 2012), quando da criação de um sistema público universal, a estruturação da saúde pública no Brasil nunca cogitou a estatização dos hospitais privados, por exemplo, e a expansão da rede pública como única alternativa para garantir a oferta dos serviços. Isso se constata tanto na fase de expansão da saúde pública para todos os trabalhadores formais (INPS e Inamps), ainda organizada

8. Foi criado em 1974. Seus recursos tinham como origem receitas de concursos e prognósticos e saldos operacionais da Caixa Econômica Federal. Esse fundo financiava, também, projetos na área da educação, saneamento, trabalho, assistência social, entre outros programas sociais. Os recursos eram a fundo perdido quando destinados ao setor publico e a juros subsidiados quando para o setor privado.

com base no critério da meritocracia, quanto no momento da criação do SUS, quando o princípio norteador passa a ser o da cidadania. Embora essa questão possa ser polêmica, principalmente a partir dos anos 1990, quando a eficiência do Estado passou a ser largamente questionada com o advento e o fortalecimento do pensamento neoliberal, a opção por ampliar preferencialmente os equipamentos de saúde do setor privado, e não de garantir a oferta de serviços mediante equipamentos próprios, implicou a adoção de uma estratégia de não oposição ou enfrentamento com os interesses do setor privado e a desconstrução da ideia de que o bem público, fosse ele da natureza que fosse, deveria somente ser produto da ação direta do Estado.

3.2 A defesa limitada da saúde pública e a perda da "batalha das ideias"

A segunda hipótese que explica o subfinanciamento do SUS é o fato de ele nunca ter sido, de fato, abraçado por nenhum partido, tal como aconteceu em países europeus durante o longo período influenciado pela social democracia, e principalmente pelo ambiente que se configurou no imediato pós-Segunda Guerra Mundial (Judt, 2008). Neles, o sistema nacional de saúde era parte integrante de um projeto político, de um projeto de sociedade, no qual a saúde e a educação eram consideradas bens públicos e eram vistas como um dos principais instrumentos da diminuição da desigualdade social. Essa compreensão é brilhantemente captada por Ken Loach, em seu filme *O Espírito de 45*, para o caso da Inglaterra.

Concebida como parte constitutiva de um projeto de sociedade que visava promover a melhoria das condições de vida e de reprodução da população, principalmente de seus trabalhadores, a saúde pública, ao ser implantada, passou a ser reconhecida como um direito social derivado das lutas por melhores condições de vida, sendo defendida por diferentes segmentos da população, independentemente de seu nível de renda e inserção social. Prova disso é que, apesar das tentativas realizadas, o sistema de saúde público universal persiste mesmo onde as chamadas políticas neoliberais são a norma. Mais uma vez, o exemplo emblemático é o da Inglaterra, com seu National Health Service. Isso é verdadeiro mesmo quando líderes da social democracia passaram a defender os princípios da racionalidade do pensamento neoliberal. Nessa situação, a saúde pública foi tratada como inegociável, de forma que propostas no sentido de sua privatização não tiveram lugar.[9]

O contexto em que a saúde pública foi implantada, no Brasil, foi bem diferente daquele observado nos países europeus. Na sua fase meritocrática,

9. É bem verdade que, paralelo à manutenção do National Health Service, cada vez mais sua gestão é organizada a partir de princípios nascidos nas grandes corporações, processo que é chamado por alguns de mercantilização da saúde pública (Jansen-Ferreira, 2016). A interiorização no aparelho do Estado da "racionalidade administrativa" é exaustivamente discutida por Dardot e Laval (2016), em seu livro *A Nova Razão do Mundo*.

a construção da saúde pública foi realizada por iniciativa do governo militar, sem participação e apoio popular e contra os setores mais organizados de trabalhadores, que eram contrários à unificação dos institutos que antes administravam, por categoria e de forma independente uns dos outros, a cobertura dos riscos saúde, velhice, entre outros. Na sua fase cidadã, da Constituição de 1988, foi fruto do embate das forças que se expressaram na Constituinte. Esta, embora por si só fosse resultado do amplo movimento de redemocratização do país, abrigava, em seu interior, representantes de diversos segmentos da sociedade brasileira, que muitas vezes defendiam interesses contrários, no todo ou em parte, a uma presença maior do Estado na esfera social. Dessa forma, o resultado alcançado foi o possível, considerando a relação de forças existente no Congresso Nacional. Não por acaso que, na Constituição, em seu Artigo 192, é explicitamente dito que a "assistência à saúde é livre à iniciativa privada" e que "as instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde (...)" (Brasil, 1988).

Na Constituinte, a defesa da saúde pública universal estava apoiada em um amplo movimento, que compreendia deputados de vários partidos, gestores e trabalhadores da saúde das três esferas de governo, pesquisadores da saúde, entre outros. Como sabido, esse movimento, de nome Movimento da Reforma Sanitária, construiu sua defesa pela saúde pública e universal ao longo de muitos anos, sendo sua trajetória confundida com o da luta contra a ditadura militar. Não por acaso, vários de seus expoentes eram vinculados ao então Partido Comunista do Brasil (PCB). Vários foram os momentos em que a saúde pública foi objeto de intensas discussões. Isso garantiu que o setor saúde chegasse à Assembleia Nacional Constituinte com uma proposta discutida e legitimada. Vale lembrar que foi na VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, que a estatização imediata do novo "Sistema Nacional de Saúde" foi rejeitada,[10] antes, então, das discussões da Constituinte.

Apesar desse amplo apoio com que contava a saúde pública entre os profissionais ligados ao setor público de saúde, o mesmo não ocorria junto aos trabalhadores mais organizados, muito embora as centrais sindicais contemplassem em suas teses e resoluções (e contemplam) a defesa da saúde pública. Ocorre que, desde a década de 1970, os sindicatos incluíram os planos de saúde em suas pautas de negociação. Como sabido, não é pelo fato de os trabalhadores formais terem planos de saúde que eles deixam de utilizar o SUS; o fazem tanto com relação à média e à alta complexidade, quando a atenção médica supletiva não os cobre de forma total ou parcial, como utilizam, mais recentemente, a Farmácia Popular para compra de medicamentos.[11]

10. Para um resumo da história do Movimento da Reforma Sanitária, ver reportagem na revista Radis (Fiocruz, 2008).
11. Segundo Pina *et al.* (2006), 65% dos usuários da Farmácia Popular são pacientes de convênios ou particulares.

Contudo, apesar de a defesa do SUS estar inscrita nas teses das centrais sindicais e de seus trabalhadores usarem seus serviços em algum momento quando necessitam de cuidados com a saúde, não é prática das centrais chamarem os trabalhadores para se manifestarem publicamente pela defesa do SUS. Talvez porque esses não sejam mobilizáveis para isso, pois a vinculação a um tipo de plano de saúde não lhes permite sentir-se dependentes do SUS, de vê-lo como o instrumento de acesso aos cuidados com a saúde. E isso ocorre mesmo quando as mensalidades pagas aos planos de saúde são relativamente baixas, de forma que os serviços garantidos são bastante restritos e limitados no uso (ver tabela 1).

Dessa forma, para os sindicalizados e demais trabalhadores com planos de saúde, o acesso aos cuidados passa por um direito individual decorrente de um acordo realizado entre sindicato e empresa, e não é compreendido como um direito coletivo, fruto do entendimento de que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, tal como inscrito na Constituição de 1988. Entre as explicações que se pode encontrar para esse tipo de compreensão, há aquela que se situa no plano ideológico, quando o pensamento dominante na sociedade atribui ao privado a qualidade em seus serviços prestados, posto que testado pelo mercado, e ao público baixa qualidade na prestação dos serviços.

TABELA 1
Brasil e grandes regiões: distribuição das pessoas com plano de saúde, segundo faixa de valor da mensalidade do plano (2013)
(Em milhões de pessoas e %)

Brasil e grandes regiões	Menos de R$ 50	De R$ 50 a menos de R$ 100	De R$ 100 a menos de R$ 200	De R$ 200 a menos de R$ 300
		Milhões de pessoas		
Norte	16,4	20	22,5	12,8
Nordeste	21,4	17,7	21,4	11,7
Sudeste	17,7	20,2	18,1	11,8
Sul	25,0	15,5	19,4	13,3
Centro-Oeste	20,7	17,4	16,5	14,2
Brasil	**19,7**	**18,7**	**18,9**	**12,3**
		(%)		
Norte	16,0	10,1	2,2	100
Nordeste	12,1	11,5	4,2	100
Sudeste	12,8	12,3	7,1	100
Sul	13,8	10,1	2,9	100
Centro-Oeste	13,9	12,4	4,9	100
Brasil	**13,1**	**11,7**	**5,6**	**100**

Fonte: PNS/IBGE.

A situação não fica melhor quando se analisa o posicionamento dos partidos, sejam eles mais ou menos progressistas. Com exceção do programa do Partido dos Trabalhadores (PT) para as eleições presidenciais de 1989, os partidos são omissos

quanto ao financiamento público das ações e dos serviços de saúde privados, que resultam em renúncia fiscal, tal como se pode ver na tabela 2 (Ocké-Reis, 2013). Essa omissão, principalmente com relação à renúncia fiscal presente no Imposto de Renda da Pessoa Física (IRPF) e da Jurídica (IRPJ), certamente está relacionada ao receio de perder apoio político junto à chamada classe média.

Os valores implicados na renúncia não são capazes de resolver o problema de subfinanciamento do SUS – embora daí não decorra que eles sejam desprezíveis –, a permanência da possibilidade de os contribuintes deduzirem os gastos diretos com saúde e os gastos com planos de saúde da base de cálculo sobre o qual incide a alíquota do Imposto de Renda (IR) reforça a ideia de que os serviços de saúde prestados pelo setor privado são melhores do que os concedidos pelo público, e que o único obstáculo ao acesso dos serviços privados é a renda das famílias. Essa situação, além de corroborar o pensamento de que o setor público fornece serviços de baixa qualidade, é plasmada na "crença" de que o SUS é para pobre. E aí se imbrica outra questão de ordem ideológica: mesmo as pessoas de mais baixa renda não consideram positiva sua caracterização como pobre, quanto mais as que se consideram da chamada classe média. Em um país tão desigual como o Brasil, esse tipo de atitude é bastante presente e foi exaustivamente vivenciado, recentemente, quando setores de mais baixa renda passaram a consumir serviços antes inacessíveis, tal como, por exemplo, passagens aéreas. A reação negativa de pessoas consideradas de classe média à presença de passageiros de baixa renda, que viajavam pela primeira vez de avião, denota o quão importante é a questão de identidade social em nosso país (Ladeia, 2013).

TABELA 2
Brasil: renúncia fiscal na área da saúde, em valores absolutos e relativos, segundo a incidência (2003-2011)
(Em R$ 1.000,00 correntes)

Ano	IRPF[1]	(%)	IRPJ[2]	(%)	Medicamentos[3]	(%)	Filantrópicos[4]	(%)	**Total**	**(%)**
2003	3.745	52,2	1.162	16,2	1.121	15,6	1.144	16,0	**7.172**	**100,0**
2004	4.559	51,7	1.309	14,8	1.477	16,7	1.474	16,7	**8.819**	**100,0**
2005	4.975	52,0	1.503	15,7	1.732	18,1	1.353	14,1	**9.563**	**100,0**
2006	5.776	46,4	1.721	13,8	3.433	27,6	1.523	12,2	**12.453**	**100,0**
2007	6.507	53,4	2.102	17,3	2.117	17,4	1.459	12,0	**12.185**	**100,0**
2008	7.521	54,6	2.181	15,8	2.304	16,7	1.763	12,8	**13.769**	**100,0**
2009	6.794	50,0	2.277	16,7	2.673	19,7	1.851	13,6	**13.595**	**100,0**
2010	6.813	47,2	2.657	18,4	2.844	19,7	2.109	14,6	**14.423**	**100,0**
2011	7.716	48,8	2.937	18,6	2.896	18,3	2.258	14,3	**15.807**	**100,0**

Fonte: Ocké-Reis (2013).
Elaboração: Diest/Ipea.
Notas: [1] Despesas médicas.
[2] Assistência médica, odontológica e farmacêutica a empregados.
[3] PIS/Cofins.
[4] IRPJ, CSLL, Cofins.

Assim, ao contrário do observado em outros países, quando da criação dos sistemas públicos de saúde, no Brasil, a saúde pública não foi adotada por nenhuma classe ou partido, não tendo a possibilidade, portanto, de ser assumida pelo conjunto de sua população na medida em que fosse implantada, pois essa ausência de base de apoio enfraqueceu sua capacidade de luta por recursos adequados à universalidade pretendida. Isso, evidentemente, não implica desconsiderar a importância do movimento suprapartidário e de diferentes origens de classe que foi o Movimento pela Reforma Sanitária, bem como a luta que entidades como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e a Associação Brasileira de Economia da Saúde (Abres), entre outras, levam na defesa do SUS. Ocorre que tanto o movimento quanto as entidades atuam no âmbito da saúde, não podendo articular, de maneira coerente, suas visões de construção da saúde pública com um projeto de país. Essa é uma tarefa a ser desenvolvida por partidos.

Na ausência de uma base de apoio efetiva, com capacidade de se fazer ouvir no conjunto da sociedade brasileira, pode-se dizer que o SUS perdeu a "batalha das ideias" junto à população brasileira. Auxiliada pela grande mídia, consolidou-se, nas últimas duas décadas, junto aos setores da chamada classe média e junto aos setores de renda média alta, a ideia de que ações e serviços propiciados pelo setor público são de má qualidade, neles incluídos os da saúde, e que aqueles realizados pelo setor privado são, pelo contrário, o que de melhor se pode obter. Talvez o único segmento populacional que tem uma avaliação positiva sobre o SUS seja seu usuário (Conass, 2003).

É claro que essa derrota junto à opinião pública tinha como pano de fundo o ambiente ou as circunstâncias que passaram a dominar o cenário mundial e brasileiro a partir dos anos 1990. A condução do neoliberalismo à posição de pensamento único implicou a desconstrução das políticas públicas na área social (e não só nelas) e a defesa do mercado como "lócus" ideal para a obtenção de resultados ótimos. Para fazer frente ao desmonte das políticas públicas que se apresentavam, era necessário contar com uma resistência forte. Nos países em que essa resistência foi possível, mesmo que de forma parcial, a saúde pública tinha tido tempo de se constituir em um bem reconhecido pelo conjunto da população. No caso brasileiro, quando o SUS foi criado, esse tempo já havia praticamente se esgotado.

3.3 A inserção dependente do país em um mundo financeirizado e globalizado

A terceira razão ou hipótese explicativa do subfinanciamento do SUS concentra-se nas restrições ou nos condicionamentos impostos ao orçamento estatal, particularmente do governo federal, decorrentes do tipo de inserção dependente que o país tem na economia mundial. Embora até pouco tempo o Brasil fosse

considerado um emergente[12] e sua economia seja complexa, mais avançada e diferenciada do que países da América Latina, ele continua sendo um país periférico, situado economicamente longe dos centros dinâmicos do capitalismo e é por eles constrangido (Santos, 2011).

Essa dependência torna-se ainda mais complexa no capitalismo contemporâneo, cujas características principais são a mundialização do capital e a presença exacerbada do capital que não guarda nenhuma relação com a produção de bens e serviços. Esse capital, chamado de fictício pelos marxistas, formado pelos títulos de todos os tipos, as ações e os derivativos, compreende um patrimônio equivalente a dez vezes o volume do PIB mundial. Vários autores já trataram da centralidade desse capital no mundo contemporâneo, de como ele se imiscui no interior das empresas, definindo suas estratégias, e de como ele torna refém Estados com relação a seus interesses (Plihon, 2009; Dardot e Laval, 2016).

No caso do Brasil, além de ele estar exposto ao movimento do fluxo de capitais estrangeiros que entra e sai do país via conta de capitais do balanço de pagamentos, impondo valorização predatória do real na maioria das vezes, mas o desvalorizando bruscamente quando de "mudança de humor", sua situação dependente lhe exige o cumprimento estrito de suas obrigações, em especial no tocante ao pagamento dos juros da dívida. Essa situação, que se concretiza na definição de um *superavit* primário como um dos pilares de sua política macroeconômica, atua como uma restrição à expansão do gasto social, particularmente sobre a saúde pública, dado que não há direitos individuais a ela associada, tal como ocorre com a Previdência Social e o BPC da área da assistência.

Não é por outro motivo que parte importante das contribuições sociais,[13] que financiam a seguridade social, foi desvinculada com a introdução da Desvinculação das Receitas da União (DRU). De acordo com cálculos da Associação Nacional dos Auditores Fiscais da Receita Federal do Brasil (Anfip, 1995-2015), entre 1995 e 2015, a seguridade social perdeu cerca de R$ 768 bilhões por conta da DRU, uma das principais fontes geradoras do *superavit* primário. Como sabido, a perseguição do *superavit* primário tem como objetivo o pagamento do serviço da dívida. O *superavit* primário foi de 3,11% do PIB, em 2011; 2,39%, em 2012; 1,9%, em 2013; e -0,63%, em 2014 (Bacen, 1996-2015). Instalada a crise na economia brasileira, a prioridade imposta pela necessidade de realizar *superavit* primários de modo a honrar o serviço da dívida levou à discussão e à aprovação da EC que alterou o regime fiscal do país (EC nº 95/2016), congelando o nível de

12. Mesmo quando o PIB apresentava um crescimento muito baixo ou baixo.

13. Desde 2000, por decisão da Comissão Mista de Orçamento do Congresso Nacional, a DRU não atinge as contribuições previdenciárias.

gastos do governo federal por vinte anos. Essa medida terá impactado todas as políticas sociais, especialmente aquelas que não se fundamentam em direitos individuais. Mesmo essas estão sendo objeto de intensa discussão – vide o projeto encaminhado pelo Executivo que altera substancialmente os valores das aposentadorias, pensões e do BPC e suas condições de acesso (PEC 287). A projeção do impacto dessa alteração nos recursos federais do SUS foi apresentada anteriormente.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ideia mestre que animou a argumentação deste artigo é de que o subfinanciamento do SUS não pode ser explicado por ele mesmo, isto é, que não basta se demonstrar que os recursos são insuficientes para o propósito que ele foi criado: de ser um sistema público e universal, que garanta os cuidados integrais relativos à saúde. Depois de tantos anos de sua criação, é mais do que hora de buscarmos as razões de isso ter acontecido, de o subfinanciamento ser uma constante na trajetória do SUS.

Na medida em que o subfinanciamento não é algo de hoje, e sim constitui um traço estrutural do SUS, fica reforçada a compreensão de que seus determinantes devem ser buscados, em primeiro lugar, na ausência de base de apoio para sua implantação. Embora a maioria da população brasileira tenha somente o SUS como forma de acesso à saúde (72%, segundo o IBGE), e que parcela significativa dos usuários de planos de saúde também dele façam uso, o SUS nunca se constituiu em uma "bandeira" da população brasileira, para o qual ela se mobilizou no momento de sua construção ou quando da disputa de recursos, seja com a seguridade social, seja com a esfera econômica do governo federal. Por mais que aqueles que lutaram para que a saúde fosse inscrita, na Constituição de 1988, como um direito de todos e um dever do Estado, fossem representativos de seus segmentos, isso não foi suficiente para dar ao SUS o real suporte à sua plena implantação. O relativo isolamento dos defensores do SUS (antes e atualmente) é ainda mais evidente quando é lembrado que os trabalhadores há muito incluem em suas pautas de reivindicação os planos de saúde, e quando partidos ditos progressistas ficam temerosos de perder o apoio da classe média ou defenderem que o Estado não deve financiar parte do gasto das famílias com a saúde privada.

Diante da ausência desse apoio maciço e de classe, tornou-se difícil fazer frente às determinações decorrentes da nova ordem que estava sendo construída no mundo e no país nos anos 1990, quando o pensamento neoliberal foi conduzido à política de governo na maioria dos países. A isso ainda se soma a fragilidade do país decorrente de sua condição de dependente da dinâmica da economia dos países centrais. De forma complementar, portanto, mas não desimportante,

a fragilização da economia perante o fluxo de capitais estrangeiros e a primazia assumida pela geração de *superavit* primários para honrar o serviço da dívida só vieram agravar (e em muito) a situação que já estava presente na área da saúde. Um dos aspectos explorados no artigo é de que a saúde, no corpo da seguridade social, desde seu início, teve um poder de barganha menor na luta por alocação de recursos, dado que os benefícios previdenciários e assistenciais respaldavam-se em direitos individuais. Dessa forma, por mais que os constituintes defendessem a proteção social concedida pela seguridade social em um sentido holístico, não havia base "material" para sua execução. No primeiro embate, como visto, a hierarquia de direitos impôs-se, tal como aconteceu em 1993.

REFERÊNCIAS

ANFIP – Associação Nacional dos Auditores Fiscais da Receita Federal do Brasil. **Análise da seguridade social**. Brasília: Anfip, 1995-2015.

ANS – AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Dados gerais**. Brasília: ANS, 2017. Disponível em: <https://goo.gl/oiWXAG>. Acesso em: 29 mar. 2017.

BACEN – BANCO CENTRAL DO BRASIL. **Relatório anual**. Brasília: Bacen, 1996-2015. Disponível em: <https://goo.gl/HSmwbo>. Acesso em: 5 mar. 2017.

BARROS, Maria Elizabeth Diniz; PIOLA, Sérgio Francisco. O financiamento dos serviços de saúde no Brasil. *In:* MARQUES, Rosa Maria; PIOLA, Sérgio Francisco; CARRILO ROA, Alejandra (Orgs.). **Sistemas de saúde no Brasil**: organização e financiamento. Brasília: Abres; MS; Opas/OMS, 2016.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

CONASS – CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **A saúde na opinião dos brasileiros**. Brasília: Conass, 2003.

DARDOT, Pierre; LAVAL, Christian. **A nova razão do mundo**. São Paulo: Boitempo, 2016.

FIOCRUZ – FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde em construção. **Radis**, n. 72, p. 10-12, 2008. Disponível em: <https://goo.gl/BCe1em>. Acesso em: 10 mar. 2017.

FUNCIA, Francisco. **Nota de esclarecimento a respeito do cálculo das perdas decorrentes do início da vigência da nova regra da Emenda Constitucional nº 86/2015 para calcular a aplicação mínima da União em ações e serviços**

públicos de saúde. São Paulo: Idisa, 2015. (Domingueira da Saúde, n. 4). Disponível em: <https://goo.gl/wPf5qB>. Acesso em: 8 jun. 2015.

_____. **As "pegadinhas" da PEC 55 (antiga PEC 241) que escondem os prejuízos para o SUS**. São Paulo: Idisa, 2016. (Domingueira da Saúde, n. 35). Disponível em: <https://goo.gl/oFVRA6>. Acesso em: 10 mar. 2017.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013**: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências – Brasil, grandes regiões e Unidades da Federação. Rio de Janeiro: IBGE, 2015.

JANSEN-FERREIRA, Mariana Ribeiro. **Tendências e contratendências de mercantilização**: as reformas dos sistemas de saúde alemão, francês e britânico. 2016. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

JUDT, Tony. **Pós-guerra**: uma história da Europa desde 1945. Rio de Janeiro: Objetiva, 2008.

LADEIA, Bárbara. Ricos perdem exclusividade e reclamam da classe emergente. **Brasil Econômico**, 16 set. 2013. Disponível em: <https://goo.gl/zTL3Qy>. Acesso em: 29 mar. 2017.

LOBATO, Lenaura de Vaconcelos Costa; GIOVANELLA, Lígia. Sistemas de saúde: origens, componentes e dinâmica. *In:* GIOVANELLA, Lígia *et al.* (Orgs.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

MARQUES, Rosa Maria. **O financiamento do sistema público de saúde brasileiro**. Santiago: Cepal, 1999. (Série Financiamento del Desarollo, n. 82).

MARQUES, Rosa Maria; MENDES, Áquilas. SUS e seguridade social: em busca do elo perdido. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 39-49, 2005.

MARQUES, Rosa Maria; PIOLA, Sérgio Francisco; OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. Desafios e perspectivas futuras no financiamento do SUS. *In:* MARQUES, Rosa Maria; PIOLA, Sérgio Francisco; CARRILO ROA, Alejandra (Orgs.). **Sistemas de saúde no Brasil**: organização e financiamento. Brasília: Abres; MS; Opas/OMS, 2016.

MÉDICI, André Cezar. Incentivos governamentais ao setor privado de saúde no Brasil. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 79-115, 1992.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. **Mensuração dos gastos tributários**: o caso dos planos de saúde – 2003-2011. Brasília: Ipea, 2013. (Nota Técnica, n. 5).

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Estadísticas sanitarias mundiales**. Genebra: OMS, 2014. Disponível em: <https://goo.gl/GUe6Ux>. Acesso em: 29 mar. 2017.

PINA, José Augusto; CASTRO, Hermano A.; ANDREAZZI, Maria de Fátima A. Sindicalismo, SUS e planos de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, 2006.

PLIHON, Dominique. As grandes empresas fragilizadas pela finança. *In*: CHESNAIS, François. (Org.) **A finança mundializada, raízes sociais e políticas, configuração, consequências**. São Paulo: Boitempo, 2009.

SANTOS, Theotônio. **Imperialismo y dependência**. Caracas: Fundación Biblioteca Ayacucho, 2011.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

BRASIL. Proposta de Emenda à Constituição nº 287/2016. Altera os Artigos 37, 40, 42, 149, 167, 195, 201 e 203 da Constituição, para dispor sobre a seguridade social, estabelece regras de transição e dá outras providências. Brasília: Senado Federal, 2016. Disponível em: <https://goo.gl/5do8AI>. Acesso em: 29 mar. 2017.

Data da submissão: 05/04/2017
Aprovação final em: 20/07/2017
Aprovação direta, sem necessidade de correções.