

**A FINANCEIRIZAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL: UMA ANÁLISE DO  
SUBFINANCIAMENTO DA ÁREA DA SAÚDE E DA PRIORIZAÇÃO DO CAMPO  
PRIVADO NA SAÚDE BRASILEIRA**

**THE FINANCIALIZATION OF PUBLIC HEALTH IN BRAZIL: AN ANALYSIS OF  
THE UNDERFUNDING OF HEALTH AND THE PRIORITIZATION OF THE  
PRIVATE FIELD IN THE BRAZILIAN HEALTH**

**Williams Silva de Paiva**

Mestrando em Políticas Públicas/Universidade Federal do Piauí

E-mail: [williams\\_paiva@hotmail.com](mailto:williams_paiva@hotmail.com)

Teresina, Piauí, Brasil

**Antônia Jesuíta de Lima\***

Doutora em Ciências Sociais/Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

Professora da Universidade Federal do Piauí

Bolsista de Produtividade do CNPq – Nível 1D

E-mail: [a.je.l@uol.com.br](mailto:a.je.l@uol.com.br)

Teresina, Piauí, Brasil

---

\*Endereço: Antônia Jesuíta de Lima

Universidade Federal do Piauí, Centro de Ciências Humanas e Letras, Departamento de Serviço Social, Campus  
Universitário da Ininga - Ininga, Teresina, Piauí, Brasil, CEP: 64049-550.

**Editora-chefe: Dra. Marlene Araújo de Carvalho/Faculdade Santo Agostinho**

**Artigo recebido em 19/02/2014. Última versão recebida em 17/03/2014. Aprovado em 18/03/2014.**

**Avaliado pelo sistema Triple Review: a) Desk Review pela Editora-Chefe; e b) Double Blind Review (avaliação cega por dois avaliadores da área).**

## RESUMO

O presente artigo apresenta reflexões sobre o financiamento da saúde pública após a Constituição Federal de 1988, com base em dados orçamentários da União e nos gastos com a saúde pública e privada. Objetiva estudar a crise da saúde pública em curso no país, desde a promulgação da Carta Constitucional, descrevendo as consequências da política de priorização da economia em detrimento da política de saúde. Parte-se do entendimento de que os recursos destinados pelo governo brasileiro ao setor estão, comparativamente, aquém da garantia constitucional de uma saúde universal e irrestrita, uma vez que o seu financiamento tem sido feito com escassez relativa e essa insuficiência implica uma crise na qualidade do Sistema Único de Saúde (SUS).

**Palavras-chave:** Sistema único de saúde. Orçamento público. Prioridade governamental.

## ABSTRACT

This paper presents reflections on public health funding after the 1988 Brazilian Federal Constitution, focusing on the Union budget data and, public and private health expenditure. We aim to study the public health crisis underway in our country since the promulgation of the Constitutional Charter, describing the consequences of economic policy at the expense of prioritizing health policy. We started from the understanding that allocated resources to this sector by the Brazilian government are less than required by the constitutional guarantee to an unqualified and universal health system, since your financing has been done with relative scarcity and this failure implies a crisis in quality of this Unified Health System (SUS).

**Keywords:** Unified health system. Public budget. Government priority.

## 1 INTRODUÇÃO

Há, desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, uma crise no financiamento da saúde pública no Brasil (SALVADOR, 2010). Na contramão do cenário internacional de liberalização na economia e de estancamento do Estado-Providência, foi gestada no país, no final dos anos 80, a previsão normativa de uma saúde universal e integral. Contudo, após a promulgação da Constituição cidadã, ainda na década de 1990, iniciou-se um movimento contrário à pactuação constitucional originária, especialmente evidenciado, atualmente, na parcela do Fundo Público destinado à manutenção do SUS (BEHRING; BOSCHETTI, 2007).

A saúde pública brasileira, com previsão normativa de um modelo coletivista padece, no momento atual, em decorrência da sintonia do país com o cenário internacional globalizado, de relativa escassez de recursos para o seu financiamento. Não se discute que, estando a saúde pública prevista na Constituição Federal de 1988, como um direito prestacional universal e integral, sempre haverá essa limitação, já que as demandas por ações multidimensionais no tratamento da saúde sempre serão ilimitadas, ao passo que as finanças públicas são finitas. Essa, no entanto, é uma “escassez absoluta” (não comparativa), devendo a análise do polêmico financiamento da saúde pública sempre se focar em um parâmetro de comparação, para que se evidencie uma “escassez relativa” de recursos para o seu custeio. Assim, para a constatação do subfinanciamento atual da saúde pública no Brasil, impõe-se um olhar pautado em padrões de comparação. Carvalho (2010, p. 48), corroborando essa tese, afirma que

os recursos hoje destinados à saúde são insuficientes para a tarefa de se executar um sistema universal de saúde. A comprovação dessa verdade será apresentada comparando-se o gasto *per capita* com Saúde Pública no Brasil ao de outros países do mundo, em moeda pareada segundo o poder de compra.

O subfinanciamento da saúde pública gera uma crise entre a facticidade e o direito, o que consubstancia um paradoxo normativo: as disposições constitucionais definem um padrão próximo do europeu ocidental, mas, na prática, no momento atual, a composição observada aproxima-se da configuração liberal norte-americana (BUSS; LABRA, 1995). Nesse sentido,

nosso sistema de saúde, constitucionalmente definido como de acesso universal e integral, exhibe estrutura de gastos que em nada se assemelha à dos sistemas nacionais de saúde de cunho welfariano, mas se aproxima do padrão estadunidense,

tido como sistema típico do modelo liberal de sistemas de saúde.” (UGÁ; PORTO, 2008, p. 483).

Nesse contexto, este artigo traz uma reflexão teórica, a partir de dados construídos em órgãos estatais, acerca do financiamento da saúde pública no Brasil, focalizando a crise nela instalada e que está evidenciada na parcela do Fundo Público destinada para seus gastos. Fundamenta-se a análise em estudiosos como Bahia (2010), Behring e Boschetti (2007), Burity (2005), Carvalho (2010), Draibe (1990), Escorel (2008), Hayek (1990), Melo (1993), Noronha, Lima e Machado (2008), O’Donnel, (1986), Pereira (2002), Rosanvallon (1981), Salvador (2010), Soares (2000) e Ugá e Porto (2008).

## **2 DA CRIAÇÃO DO SUS ATÉ A ATUALIDADE: CONTEXTO HISTÓRICO INTERNO E INTERNACIONAL**

A análise do financiamento do SUS não pode dispor da contextualização interna e externa da época em que foi gestada constitucionalmente a política de saúde brasileira. Para tanto, é fundamental entender que, durante a primeira metade da década de 1980, a orientação seguida pelos países do capitalismo central (da América do Norte e da Europa ocidental) era de contingenciamento dos direitos sociais. O Estado-Providência, como modelo adotado no mundo desenvolvido desde o final da Segunda Guerra Mundial, apresentou sinais de esgotamento no início dos anos de 1970, dando causa à crise do Estado de Bem-Estar Social (ROSANVALLON, 1981). A partir de então, os países do capitalismo central passaram a empreender ajustes estruturais, com programas de austeridade de natureza deflacionista e focados na garantia do mercado livre.

Desde a década de 1970, esses países, sob a influência das ideias de Hayek (1990) acerca de um Estado mínimo garantidor da liberdade do mercado e não provedor das necessidades humanas, entraram em movimento oposto à manutenção do Estado-Providência. Todavia, no início dos anos de 1980, ainda sob a égide da burocracia autoritária, que se instaurou no governo desde 1964, ocorreram no Brasil, na contramão dos acontecimentos internacionais, vários movimentos pelo reconhecimento de direitos de cidadania, incluídos os sociais. Entre esses movimentos, destaca-se o da Reforma Sanitária, pautado em uma teoria social da medicina, que encabeçou, com outros setores da sociedade, uma campanha por uma saúde pública como amplo direito social de cidadania (MELO, 1993). Segundo Escorel (2008), o Movimento Sanitarista se compõe de profissionais da saúde e de pessoas ligadas ao setor, pautado na abordagem dos problemas da saúde, pelo referencial médico-social e por

meio de práticas políticas, ideológicas e teóricas que visam à melhoria das condições de saúde e de atenção à saúde da população brasileira, na consecução do direito de cidadania.

Os fatos históricos, ocorridos do fim da Segunda Guerra Mundial até os anos de 1980 nos países ditos periféricos, não coincidem com a descrição do que houve nos países centrais. A América Latina, por exemplo, não passou por uma construção de Estados Sociais, já que muitos de seus países, incluindo o Brasil, viviam sob o jugo de governos burocráticos autoritários (O'DONNELL, 1986).

Durante a década de 1980, ocorreu, no caso do Brasil, um “curto-circuito histórico”, refletido no anseio pela instalação imediata de um Estado de Direito, do regime democrático e de amplas políticas sociais (SANTOS; MARQUES; PEDROSO, 1996). Por outro lado e ao mesmo tempo, a economia interna atingia índices absolutamente desfavoráveis à concretude dessa última aspiração (promoção de direitos sociais), pois persistia uma inflação descontrolada e imperava a necessidade de investimentos estrangeiros, notadamente do capital privado.

Por força das aspirações políticas e dos movimentos sociais, ruiu, em 1985, a burocracia autoritária instalada no governo brasileiro desde 1964. O anseio do Movimento Sanitarista de uma saúde como direito social de cidadania viu-se normatizado na Constituição Federal de 1988, pois a saúde passou a ser direito de todos e dever do Estado, consagrado no texto constitucional. O direito à saúde, previsto na Constituição de Federal é, ainda, irrestrito e universal, de inspiração *beveridgiana*, e tornou-se norma constitucional com a instituição do SUS (DRAIBE, 1990).

Na configuração normativa do SUS, a saúde pública deve ser ofertada universalmente e de modo irrestrito, mas não exclusivo, já que pode ser suplementada por serviços prestados por operadoras de seguros privados, para seus beneficiários, e pelos serviços pagos por desembolso direto. A regra constitucional é a disposição de um serviço público e gratuito de saúde, sem prejuízo de que se busque a saúde privada, diretamente ou por meio de contrato de seguro de saúde (sistema misto).

Regulamentando a Constituição Federal de 1988, foi editada em 1990 a Lei Orgânica da Saúde - LOS (Lei 8.080/90) (BRASIL, 1990), que cristalizou normativamente as diretrizes de uma política sanitária substanciada no SUS, que tem como princípios doutrinários a universalidade, a integralidade e a equidade. A universalidade consiste no acesso de qualquer pessoa a todo serviço de saúde, público ou contratado pelo poder público; a integralidade implica que as unidades constitutivas do sistema configuram um todo indivisível capaz de prestar assistência integral, e a equidade assegura que qualquer cidadão é igual perante o SUS

e será atendido conforme suas necessidades, independentemente de sua condição social, gênero, raça etc. (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008)

A despeito dos avanços normativos de 1988, ainda na década de 1990, a expansão da lógica econômica globalizada, em marcha em todo o mundo, passou a (re)alinhar ao cenário internacional de restrição aos direitos sociais a posição inicialmente prevista na recém promulgada Constituição Federal (PEREIRA, 2002), que confere prioridade ao direito e à política de saúde pública (SOARES, 2000). Somada à centralidade mundial do sistema financeiro, a realidade econômica interna, simbolizada pela inflação, que chegou a 217,9% em 1985, e pela dependência do capital estrangeiro, implicou a pouca concretização da previsão sanitária *beveridgiana* constitucional de 1988 (BEHRING; BOSCHETTI, 2007).

A insuficiente destinação orçamentária para custeio da saúde, que constitucionalmente se pretende universal e irrestrita, é emblemática disso. Mesmo na data atual, com a estabilidade econômica conquistada, o governo brasileiro não prioriza a realização da política de saúde, constitucionalmente determinada em 1988.

### **3 O SUBFINANCIAMENTO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL E A CONSEQUENTE CRISE NA QUALIDADE DA SAÚDE PÚBLICA**

A saúde pública é, para os padrões pactuados na Constituição Federal, subfinanciada. Comparativamente; são destinados, pelo governo brasileiro, recursos públicos para o alcance de suas metas financeiras de crescimento econômico em percentual que demonstra a não prioridade da realização do direito à saúde, mesmo na perspectiva da “reserva do possível”. Ademais, ao sistema de saúde pública são destinadas menos receitas, em valores orçamentários, do que se fatura no sistema suplementar privado de saúde no Brasil, ainda que aquela se volte ao atendimento de toda a população brasileira (BAHIA, 2008). Esse cenário propicia o avanço da saúde privada como modelo principal, levando a saúde pública para um segundo plano como política fragmentada, de má qualidade e destinada exclusivamente aos pobres. A referida má qualidade do sistema público de saúde, em grande parte causada pela “escassez relativa” de recursos para seu financiamento, cria horizontes generosos para novas alternativas mercadológicas do fornecimento de ações e serviços na área, seja no alargamento do mercado de planos de seguros de saúde, especialmente pela abertura do setor aos investimentos estrangeiros, seja na gestão da política pública de saúde pelo terceiro setor.

O subfinanciamento da saúde pública está evidenciado nos dados estatísticos relativos aos gastos públicos com saúde. Os gastos federais, apesar do crescimento nominal, em

comparação com o Produto Interno Bruto (PIB) nacional, conforme dados do DATASUS (BRASIL, 2013), tiveram diminuição de 2000 a 2010. Nesses dez anos, a receita da União efetivamente gasta com saúde passou de 1,73% para 1,64% do PIB nacional. Por outro lado, as despesas efetuadas pelos Estados e Municípios, se comparadas ao PIB brasileiro no mesmo período, aumentaram. Por essa razão, a despesa pública total com saúde, no Brasil, passou de 2,95% do PIB em 2000 para 3,67% em 2010. Esse percentual, apesar do sistema universal e irrestrito da política de saúde brasileira, está ainda muito aquém do percentual médio do gasto público com saúde no mundo, o qual, segundo a Organização Mundial da Saúde - OMS (2013), é de 5,5% do PIB.

Enquanto Estados e Municípios aumentaram seus gastos com saúde, a União, grande detentora da arrecadação tributária brasileira, manteve-se em uma zona de acomodação e até diminuiu, em comparação com o PIB, o volume real de seus recursos desde a edição da Emenda Constitucional 29 de 2000 (UGÁ; PORTO, 2008). Com efeito, após onze anos de atraso, somente em 2012 foi regulamentada a EC 29, por meio da Lei Complementar 141/2012 (BRASIL, 2012), pela qual o Congresso Nacional ratificou o art. 77 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias – ADCT (BRASIL, 1988). A União, por força de LC, tem que destinar à saúde pública o valor empenhado do orçamento da saúde no exercício financeiro anterior, apurado nos termos da mesma LC, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do PIB, ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual, vedada a diminuição, em caso de variação negativa. Não obstante, diversamente do previsto para Estados e Municípios, que permanecem obrigados a ter que aplicar, respectivamente, pelo menos 12% e 15% de seus impostos em saúde, não foi fixado na LC 141/2012 nenhum percentual nominal mínimo relativo ao orçamento da União ou mesmo ao PIB nacional, como queriam alguns setores da esquerda (mínimo de 10% da Receita Corrente Bruta da União, a teor do que previa, originariamente, o Projeto de LC federal 127/2001 do Senado, que, após alterações, culminou na LC 141/2012). Em um ponto, entretanto, a LC 141/2012 se mostra dotada de potencial para aumento dos gastos com saúde pública, já que tipificou taxativamente os gastos que podem ser considerados despesas com ações e serviços de saúde, o que, apesar de implícito no texto constitucional desde a EC 29, vinha sendo, deliberadamente, descumprido pelos gestores da saúde, sob o argumento da não especificação expressa na Constituição Federal do que se podia ter como gastos com saúde.

### 3.1 Os gastos públicos com saúde entre 2010 e 2012, os gastos privados, e os constrangimentos ao acesso universal à saúde no Brasil

Como demonstração da “escassez relativa” de recursos para custeio da saúde pública no Brasil, vê-se, da leitura da Lei nº 12.595, de 19 de janeiro de 2012 (BRASIL, 2012a), que apenas, aproximadamente, 3,98% (R\$ 91,7 bilhões) do Fundo Público Federal foram previstos em 2012 para cumprir a promessa constitucional de saúde universal e irrestrita. Por outro lado, o governo fixou, na previsão orçamentária do mesmo ano, para o pagamento de juros, amortização da dívida pública e formação de *superávit* primário, 47,19% da sua previsão de gastos. Ainda que o valor estabelecido para a renegociação da dívida (R\$ 653,3 bilhões) seja, conforme a Nota Técnica n.º 08/2011 da Comissão Mista do Orçamento do Congresso Nacional, apenas uma previsão de despesas, o pagamento de juros reais, não computada a amortização da dívida, nem a formação de *superávit* primário, chega a 4,4% do orçamento federal. Ou seja, apenas o pagamento dos juros da dívida pública teve, em 2012, investimentos superiores aos da saúde pública.

Fica, pois, notório o alinhamento do governo brasileiro com a expansão empresarial da globalização. Para atrair investimentos do capital privado, o governo reforça o seu *superávit* primário e honra compromissos financeiros com juros e amortização de dívidas, reservando, para tanto, quase a metade do seu Fundo Público. Com robustas reservas financeiras internacionais e priorização ao mercado, o Estado brasileiro, ofertando garantia aos investidores privados, mantém certa previsibilidade nos índices de crescimento da economia e não altera a sua ordem de prioridades: a saúde pública aparece em segundo plano subfinanciada e em constante crise de qualidade, já que as prioridades do governo são um mercado competitivo e o crescimento econômico, ainda que em detrimento do direito social à saúde previsto na Constituição Federal de 1988. Nesse mesmo sentido:

Está-se diante, portanto, de uma noção de público que contraria os pressupostos da Constituição e do SUS e abre consideráveis flancos para a expansão da iniciativa privada, especialmente daquela guiada pela lógica mercantil. Não é por acaso, pois, que, o seguimento privado lucrativo venha, nos últimos anos, apresentando grande versatilidade de ação, ‘entre elas a de oferta de vários tipos de planos com preços diferenciados segundo as condições de acomodação hospitalares e da abrangência da cobertura de procedimentos e das patologias’ (Elias, 1997, p. 208). E tudo isso sem uma eficiente regulamentação e controle público. (PEREIRA, 2002, p. 51).

O sistema de saúde brasileiro é misto, composto pelo SUS e pelo privado suplementar. A regra, como dito, é a existência de um sistema público universal e irrestrito, sendo o



privado meramente suplementar; disso se depreendendo que há, normativamente, um sistema principal, o SUS, e um acessório, o privado. Por essa análise, a evidência da crise na saúde pública brasileira não decorre apenas do descumprimento da norma constitucional, o que, por si só, já seria grave. É bem verdade que o subfinanciamento da saúde pública acarreta uma crise normativa, já que o direito subjetivo constitucional à saúde não se realiza, mas não é só.

A dotação orçamentária, relativamente insuficiente, destinada ao setor saúde, somada a outros fatores, tem como consequência o insucesso do sistema público. Em face disso, o SUS torna-se estigmatizado, o que influencia o interesse geral dos brasileiros por planos privados de seguros de saúde. Conforme dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS, 2013), havia, em setembro de 2012, 48.660.705 de beneficiários de planos privados de seguro de saúde, o que representa 25,1% da população brasileira. Ademais, esse percentual tem crescido nos últimos anos, confirmando o interesse dos brasileiros de contratarem planos privados de seguro de saúde: de dezembro de 2003 a setembro de 2012, o número de beneficiários de planos de saúde privados aumentou 34,08%, passando, em menos de dez anos, de 17,9% para 25,1% da população. Além disso, as operadoras de planos de saúde faturaram em 2011, segundo a ANS (2013), R\$ 82,4 bilhões, valor que supera o orçamento público federal destinado à saúde no mesmo ano, fixado, inicialmente, como previsão de despesa na Lei nº 12.381, de 9 de fevereiro de 2011, em R\$ 71,36 bilhões (BRASIL, 2011).

Considerando que, em dezembro de 2010, consoante dados da ANS (2013), as operadoras de planos privados de saúde faturaram R\$ 72,9 bilhões e que 46.005.582 brasileiros eram seus beneficiários, chega-se a um orçamento *per capita* com saúde privada suplementar, excluída a saúde privada por desembolso direto, de pelo menos R\$ 1.584,59, em 2010. Por outro lado, partindo-se de dados do DATASUS (BRASIL, 2013), o orçamento *per capita*, para a saúde pública no Brasil (de todos os entes federativos), em 2010, foi de R\$ 725,91, o que dá uma diferença de R\$ 858,68 do gasto anual de um brasileiro com plano de saúde privado para um brasileiro com o SUS.

Ora, como, segundo o IBGE (2013), havia no Brasil, em 2010, uma população de 190.732.694 habitantes, se acaso a saúde pública contasse com o mesmo dinheiro que financia os planos privados, deveria ela ter recebido um complemento de R\$ 163,77 bilhões, sem levar em conta os gastos com saúde privada via desembolso direto e os com compras de medicamentos.

O mercado que se abre com os insucessos do SUS lança grandes oportunidades de negócios. Hoje, 25,1% da população brasileira é segurada por planos privados de saúde, número que cresce ano após ano. Não por acaso, em 2008, a ANS (2013) reconheceu a

possibilidade jurídica de empresa estrangeira participar diretamente do atendimento à saúde privada suplementar, com arrimo na manifestação da Advocacia Geral da União, intitulada Informação 02/2008 PROGE/GECOS, que deu “interpretação conforme” ao art. 1º, § 3º, da Lei 9656/1998, tendo como parâmetro o art. 199, § 3º, da Constituição Federal de 1988. Com base nisso, em 2012, a ANS (2013) aprovou a transferência do controle societário das operadoras de planos de saúde controladas pela Amil Participações S/A (a maior do Brasil) para a maior dos Estados Unidos, a UnitedHealthcare, numa transação que custou à empresa estadunidense R\$ 6,49 bilhões, e lhe entregou uma carteira de 5,9 milhões de segurados brasileiros.

### **3.2 As manobras orçamentárias e contábeis que comprometem ainda mais o financiamento da saúde pública no Brasil.**

Não bastasse a insuficiência de recursos para custeio de uma saúde pública, como política social *beveridgiana*, há ainda, no Brasil, arranjos orçamentários e contábeis que comprometem ainda mais a realização da política de saúde brasileira nos moldes da previsão constitucional (SALVADOR, 2010).

O orçamento público brasileiro é composto por três grandes divisões: o Orçamento Fiscal, o Orçamento de Investimentos das Empresas Estatais Federais e o Orçamento da Seguridade Social, estando inserido neste o Orçamento da Saúde. As despesas com saúde pública, assim como com a seguridade social no Brasil, são custeadas por receitas dos orçamentos de todos os entes da federação e por contribuições sociais elencadas no art. 195 da Constituição Federal (do trabalhador, do empregador, de concursos de prognóstico e do importador).

Para agravar a “escassez relativa” de recursos para o atendimento a uma saúde universal e irrestrita, em 20 de dezembro de 2011 o Congresso Nacional, seguindo orientação do Executivo federal, prorrogou até 2015 a vigência do instituto da *Desvinculação das Receitas da União* (DRU) – art. 76, do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) – pelo qual o governo federal está autorizado, para atingir metas de *superávit* primário, a reservar até 20% das contribuições sociais destinadas à saúde e à assistência social para o orçamento fiscal. Com efeito, conforme dados do Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal - SIAFI (2013), o governo dispôs, em 2012, de até R\$ 58,4 bilhões, a título de DRU, valor orçamentário que pode ser retirado da saúde e da assistência social para o orçamento fiscal, para alcançar metas de *superávit* primário. Com isso,

demonstra-se, mais ainda, que o governo federal brasileiro frequentemente opta pelo equilíbrio financeiro do mercado livre, como maneira de atingir o crescimento econômico, mesmo que ao custo de direitos sociais, como a assistência social e a saúde pública. A meta de *superávit* primário, como medida liberalizante da economia, tem, assim, primazia sobre a saúde pública.

Analisando-se a divulgação dos dados da execução orçamentária feita pelo governo federal, (art. 52 da LRF) (BRASIL, 2000), constata-se, tendo por base 2011, que, naquele ano, o orçamento da saúde executado e divulgado pelo governo (SIAFI, 2013) foi de 96,89% da previsão orçamentária, atualizada em dezembro de 2011. Contudo, essa divulgação pela União tem-se utilizado de arranjos contábeis publicados nos Relatórios Resumidos de Execução Orçamentária (RREO), contrariando a Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964 (BRASIL, 1964), uma vez que apresentam “restos a pagar não processados”, como “despesas liquidadas”, padecendo de credibilidade a afirmação posta no RREO, atinente ao percentual do orçamento federal “liquidado” de despesas com saúde pública. A leitura desse Relatório é, no mínimo, controvertida, já que consta dele que 11,09% (R\$ 8,2 bilhões) do orçamento da saúde, tidos pelo governo federal como “despesas liquidadas”, figuram como “restos a pagar não processados”, o que não garante que essa parcela significativa de recursos tenha sido, efetivamente, gasta com saúde pública.

### **3.3 Alternativas de gestão da saúde pública seguidas pelo governo brasileiro: o Estado Gerencial.**

Desde a década de 1990, que, divergindo da previsão originária da Constituição Federal de 1988, o Estado brasileiro tem passado por reformas tendentes à instalação de um Estado Gerencial. Nesse sentido foi promulgada, em 1998, a Emenda Constitucional 19, que incorporou à Constituição Federal de 1988 o princípio da eficiência na Administração pública.

Essas alterações legislativas seguem a transição, ocorrida a partir da década de 1990, das identidades dos entes da sociedade civil organizada. Há uma inclusão de novos atores na formulação e implementação das políticas públicas, institucionalizando-se sua participação e legitimando-se, parcialmente, suas demandas em um cenário, em que o fazer passou a ser de iniciativa da sociedade, que não pode mais esperar pelo Estado, de sorte que, quem não faz é um crítico estéril, um imobilista, um atrasado. Se, nos anos de 1980, a sociedade civil, tendo como inimigo comum o autoritarismo, agiu em oposição e confronto ao Estado, passou, na

década seguinte, a uma bandeira de participação, atuação conjunta, negociação e colaboração (BURITY, 2005).

Seguindo essa orientação, foi editada, ainda em 1998, a Lei federal 9.637 (BRASIL, 1998), pela qual entidades da sociedade civil organizada, intituladas Organizações Sociais (OS), após firmarem contrato de gestão (fixando metas) com o poder público federal, passam a gerir políticas sociais. Trata-se de pessoas jurídicas não estatais, às quais a Administração delega à gestão de políticas públicas sociais.

Vários Estados da federação, adotando o modelo federal, passaram a regulamentar, em seu âmbito, a delegação da gestão de políticas sociais às OS. Nesse cenário, ganha destaque, em vários Estados brasileiros, a delegação da gestão de unidades de saúde para Organizações Sociais, especialmente em São Paulo, Rio de Janeiro, Espírito Santo, Santa Catarina e Bahia (ABRUCIO; SANO, 2008).

Ora, a relativa escassez de dinheiro destinado à saúde pública no Brasil tem reforçado a tese de ineficiência do setor público. Descrentes na viabilidade do modelo de saúde desenhado pelo SUS, os cidadãos “consumidores” da saúde tendem a buscar a medicina privada, especialmente por meio dos seus planos. Além disso, se o SUS é tido como ineficiente, facilmente são instituídas pelos governos, mediante atos legislativos infraconstitucionais, alternativas, no campo privado gerencial, para a gestão da saúde pública.

A delegação da gestão das unidades de saúde a entes do terceiro setor aproxima o modelo de saúde brasileira, com criação normativa de um sistema público, universal e irrestrito, do modelo liberal, deixando a sua gestão a cargo da solidariedade social, o que implica prejuízo para o controle social (*accountability*).

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O problema do subfinanciamento da saúde pública no Brasil não é recente e, apesar de sua evidente constatação, mesmo nos dias atuais, sendo o Brasil, segundo a agência britânica *Economist Intelligence Unit* – EIU (2013), a sétima potência econômica do mundo, persiste a carência de recursos para a concretude do direito fundamental prestacional à saúde. A relativa escassez de recursos para a política sanitária implica a má qualidade da saúde estatal, e a insuficiência orçamentária para essa política abre alternativas advindas do campo privado.

Como a saúde pública deixa de ser a regra e passa a ser a opção dada aos pobres, a população brasileira busca, cada vez mais, a medicina privada. Os governos, desde a

promulgação da Constituição Federal de 1988, priorizam o crescimento econômico e permanecem em um campo de acomodação em face do subfinanciamento da saúde pública.

Nesse contexto, o mercado apresenta-se como sucedâneo da saúde pública. Os planos privados de seguros de saúde tendem a atingir, ano após ano, uma parcela cada vez maior da população brasileira e, mesmo a oferta do direito à saúde, custeada com recursos públicos, ganha, num Estado Gerencial, nova roupagem.

Assim, o terceiro setor, consubstanciado em entidades públicas não estatais, passa, em cooperação com o Estado, a gerir unidades de saúde nos mais diversos Estados brasileiros, por meio da solidariedade social cooperativa.

Nesse cenário, os contramovimentos em defesa da saúde pública são pouco exitosos. A aprovação pelo Congresso Nacional, em 2012, da regulamentação da Emenda Constitucional n. 29/2000, criou a garantia da vedação do retrocesso no financiamento da saúde pública, mas não fixou garantias de aumento significativo na parcela do Fundo Público a ela destinado. Assim, os mecanismos de instalação de uma medicina privada, como sistema principal e não suplementar, se robustecem, fortalecendo a crise na saúde pública brasileira, iniciada no pós-Constituição de 1988, como um contrassenso normativo, pois, se de um lado um sistema legal promete uma saúde universal e irrestrita, de outro, a realidade de pouca concretude do direito de cidadania à saúde no Brasil fica evidenciada no seu subfinanciamento.

## REFERÊNCIAS

ABRUCIO, F. L.; SANO, H. *Promessas e resultados da Nova Gestão Pública no Brasil: o caso das organizações sociais de saúde em São Paulo*. Revista de Administração de Empresas. São Paulo, v. 48, n. 3, p. 64-80, jul./set. 2008.

ANS-AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. *Banco de dados*. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/materiais-para-pesquisas/perfil-do-setor/dados-gerais>>. Acesso em: 24 abr. 2013.

BAHIA, L. A privatização no sistema de saúde brasileiro nos anos 2000: tendências e justificção. In: SANTOS, N. R. dos; AMARANTE, P. D. C. *Gestão pública e parceria público privado na saúde*. Rio de Janeiro: CEBES, 2010. p. 115-128.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. *Política Social: fundamentos e história*. 2. ed.. São Paulo: Cortez, 2007. v. 2.

BURITY, J. *Identidades coletivas em transição e a ativação de uma esfera pública não estatal*. In: LUBAMBO, C; COELHO, D. B.; MELO, M. A (Orgs.). Petrópolis, RJ: Vozes, 2005.

BUSS, P. M.; LABRA, M. E. (Orgs.). *Sistemas de saúde: continuidades e mudanças* [online]. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1995. p. 245-260.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: editora do Senado, 1988.

\_\_\_\_\_. *Lei 4.320*, de 17 de março de 1964. Estatui normas gerais do Direito financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l4320.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l4320.htm)>. Acesso em: 24 abr. 2013.

\_\_\_\_\_. *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. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)>. Acesso em: 24 abr. 2013.

\_\_\_\_\_. *Lei nº 9.637*, de 15 de maio de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. Disponível em: <<http://www2.planalto.gov.br/>>. Acesso em: 22 abr. 2013.

\_\_\_\_\_. *Lei Complementar nº 101*, de 04 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/lcp/lcp101.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp101.htm)>. Acesso em: 24 abr. 2013.

\_\_\_\_\_. *Lei nº 12.381*, de 9 de fevereiro de 2011. Estima a receita e fixa a despesa da União para o exercício financeiro de 2011. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2011/Lei/L12381.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12381.htm)>. Acesso em: 22 abr. 2013.

\_\_\_\_\_. *Lei Complementar nº 141*, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. 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: 24 abr. 2013.

\_\_\_\_\_. *Lei nº 12.595*, de 19 de janeiro de 2012a. Estima a receita e fixa a despesa da União para o exercício financeiro de 2012. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2012/Lei/L12595.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2012/Lei/L12595.htm)>. Acesso em: 22 abr. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. DATASUS. *Informações de Saúde*. Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/VisGastosP%FAblicosSa%FAde.pdf>>. Acesso em: 24 abr. 2013.

CARVALHO, G. Avaliação do atual modelo da gestão pública do SUS quanto ao financiamento público na saúde. In: SANTOS, N. R. dos; AMARANTE, P. D. C. *Gestão pública e relação público privado na saúde*. Rio de Janeiro: CEBES, 2010. p. 48-67.

DRAIBE, S. *As políticas sociais brasileiras: diagnósticos e perspectivas para a década de 90*. In: IPEA. Brasília, DF: IPEA, 1990. p. 214-258.

ECONOMIST INTELLIGENCE UNIT (EIU). Banco de dados. Disponível em: <<http://www.eiu.com/>>. Acesso em: 22 abr. 2013.

ESCOREL, S. *História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária*. In: Giovanella, L. et al (Orgs.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. p. 385-434.

HAYEK, F. A. v. *O caminho da servidão*. 5. ed. Rio de Janeiro: Instituto Liberal, 1990.

IBGE-INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Banco de dados*. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/index.php>>. Acesso em: 23 abr. 2013.

MELO, M. A. A anatomia do fracasso: intermediação de interesses e a reforma das políticas sociais na Nova República. *Revista de Ciências Sociais*, v. 36, n. 1, 1993. p. 119-163.

NORONHA, J. C. de; LIMA, L. D. de; MACHADO, C. V. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: GIOVANELLA, L. et al (Orgs.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 435-471.

O'DONNELL, G. *Autoritarismo e democratização: contrapontos*. São Paulo: editora, 1986.

OMS-ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Banco de dados de saúde*. Disponível em: <<http://www.who.int/en/>>. Acesso em: 24 abr. 2013.

PEREIRA, P. A. P. *A saúde no sistema de seguridade social brasileiro*. Ser Social (UnB), Brasília, v. 10, p. 33-53, 2002.

ROSANVALLON, P. *A crise do Estado-Providência*. Lisboa: Ed. Inquérito, 1981.

SALVADOR, E. *Fundo público e seguridade social no Brasil*. São Paulo: Cortez, 2010.

SANTOS, B. de S.; MARQUES, M. M. L.; PEDROSO, J. Os tribunais nas sociedades contemporâneas. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 11, n. 30, 1996. Disponível em: <[http://www.anpocs.org.br/portal/publicacoes/rbcs\\_00\\_30/rbcs30\\_07.htm](http://www.anpocs.org.br/portal/publicacoes/rbcs_00_30/rbcs30_07.htm)>. Acesso em: 22 maio 2013.

SISTEMA INTEGRADO DE ADMINISTRAÇÃO FINANCEIRA DO GOVERNO FEDERAL (SIAFI). Banco de Dados. Disponível em: <<https://www.tesouro.fazenda.gov.br/pt/siafi>>. Acesso em: 24 abr. 2013.

SOARES, L. T. *Os custos sociais do ajuste neoliberal na América Latina*. São Paulo: Cortez, 2000 (Coleção Questões da Nossa Época).

UGÁ, M. A. D.; PORTO, S. M . Financiamento e alocação de recursos em saúde no brasil. In: GIOVANELLA, L. et al (Orgs.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. p. 473-505.