



# 6º Encontro Internacional de Política Social 13º Encontro Nacional de Política Social

Tema: Duzentos anos depois: a atualidade de Karl  
Marx para pensar a crise do capitalismo  
Vitória (ES, Brasil), 4 a 7 de junho de 2018

---

Eixo: Análise, avaliação e financiamento das políticas públicas.

## ÓBICES À EFETIVAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: PADRÃO DE FINANCIAMENTO

Letícia Batista da Silva<sup>1</sup>  
Tarcila Freitas de Sousa<sup>2</sup>  
Luanda Café Santana dos Santos<sup>3</sup>

**Resumo:** Desenvolve-se uma reflexão sobre o padrão de financiamento da política de saúde no Brasil, para a compreensão das condições objetivas e materiais ao trabalho em saúde. Neste texto, apontamos como caminho analítico o subfinanciamento estrutural do sistema de saúde brasileiro, em que se observa a finalidade da arrecadação atrelada à diminuição do gasto público com as políticas de seguridade social. Com isso, o gasto em saúde é extremamente menor em comparação a outros países de sistema de saúde universal. Identifica-se o baixo investimento em saúde no confronto aos indicadores de outros países da América Latina. Desta forma, reitera-se que a política de renúncia fiscal adotada no país impede ações para a efetivação de uma política pública universal e o investimento no trabalho em saúde.

**Palavras-chave:** Financiamento; Política de saúde; Trabalho em saúde.

## OBSTACLES FOR THE IMPLEMENTATION OF THE UNIFIED HEALTH SYSTEM: STANDARD OF FINANCING

**Abstract:** A reflection on the standards financing of health policy in Brazil is developed to understand the objective and material conditions for health work. In this text, we point as an analytical path the structural underfinancing of the Brazilian health system, in which the purpose of the collection is linked with the reduction of public spending on social security policies. As a result, health spending is extremely low if compared to other countries with a universal health system. The low investment in health is identified confronting with the indicators of other Latin American countries. Thus, it is reiterated that the fiscal waiver policy adopted in the country presents obstacles to make effective the actions for the universal public policy and the investments for health work.

**Keywords:** Financing; Health policy; Health work.

---

<sup>1</sup> Doutora em Serviço Social pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ). Docente e pesquisadora em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Fiocruz – RJ. E-mail: <leticiabatistas@gmail.com>.

<sup>2</sup> Mestranda em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Fiocruz- RJ. E-mail: <tarcilafreitass@gmail.com>.

<sup>3</sup> Mestranda em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. E-mail: <luandacafe@hotmail.com>.

## **Introdução**

A política de saúde ainda que tenha se constituído como universal, tem no seu interior desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), uma disputa entre interesses públicos e privados e essa relação traz repercussões para o trabalho desenvolvido na saúde. Para tratarmos desta afirmação elegemos como caminho analítico a questão do padrão de financiamento da política de saúde e alguns de seus desdobramentos concretos.

As características do financiamento do SUS são elementos-chave para a compreensão do apequenamento do SUS em sua dimensão pública e universal, em razão de que um financiamento adequado e estável é uma condição inegociável para que a política de saúde possa cumprir sua finalidade, ou seja, atender as necessidades de saúde da população brasileira.

O trabalho e a formação em saúde exigem uma série de meios para sua realização, sejam recursos humanos qualificados, meios físicos, materiais de consumo, tempo, mobilidade etc. Em se tratando de políticas sociais públicas, aqui particularmente tratada a perspectiva “trabalho em saúde”, é importante destacar que a dimensão econômica concretizada no perfil de financiamento, cria, dificulta ou impossibilita as condições objetivas e necessárias para a prática cotidiana desse tipo de trabalho.

## **Desenvolvimento**

Uma das questões centrais para a discussão do financiamento da saúde é a finalidade da arrecadação. Em 1994 há a criação do Fundo Social de Emergência<sup>4</sup> (FSE), um marco para o processo de desvinculação de receita pública, criado como uma das medidas de estabilização do Plano Real. Com a Ementa Constitucional 27/2000, acontece a criação da Desvinculação das Receitas da União (DRU).

---

<sup>4</sup>Conforme a Emenda Constitucional de Revisão 1/1994, o FSE tinha por objetivo “sanear financeiramente a Fazenda Pública Federal e manter a estabilidade econômica”, possibilitando, dentre outras ações propostas, o custeio da saúde e educação; a liquidação do passivo previdenciário; o custeio de programas de relevante interesse social e econômico. O FSE foi sucedido pelo Fundo de Estabilização Fiscal (FEF), através da Emenda Constitucional nº 10/1996 e da Emenda Constitucional 17/1997.

Objetivamente a DRU possibilita que o governo use 20% de recursos advindos de impostos e contribuições sociais em despesas que considerar supostamente prioritárias, como o pagamento da dívida pública. Em julho de 2015 o governo federal enviou ao Congresso Nacional a Proposta de Emenda Constitucional nº 87/2015, nesta proposta há o aumento de 20% para 30% na alíquota de desvinculação sobre a receita de contribuições sociais e econômicas, fundos constitucionais e compensações financeiras pela utilização de recursos hídricos para geração de energia elétrica e de outros recursos minerais.

A DRU fere princípios constitucionais ao desvincular parcelas da receita arrecadada de finalidades fundamentais ao desenvolvimento do país no âmbito dos direitos sociais (SCAFF, 2004). Ou seja, a DRU desvia recursos que havia sido destinado à saúde, educação, assistência social e previdência. Diferente dos processos de desvinculação que a precederam, a DRU nem sequer refere quais seriam essas finalidades fundamentais de interesse social.

Conforme Salvador (2010), os recursos da DRU têm sido utilizados, num processo de ajuste estrutural, para a composição do superávit primário<sup>5</sup>, promovendo a diminuição do gasto público referente às políticas de seguridade social e educação em favor do pagamento de juros da dívida externa brasileira.

Analisando os efeitos da DRU, Scaff observa:

[...] entendo que o procedimento que vem sendo adotado pelo Governo Federal para tratar desta matéria malfez a Constituição e a coloca em um patamar idêntico ao de uma norma inoportuna, que impede a gestão financeira saudável do Brasil. É a tese da ingovernabilidade que paira como ameaça à concretização constitucional desde sua promulgação. A classe dirigente brasileira se comporta como se a Constituição pudesse, e devesse, ser afastada para a concretização de seus objetivos de governo, e não que o exercício do governo devesse estar subsumido às normas constitucionais. A ideia de Supremacia da Constituição não encontra guarida na cultura técnico-burocrática brasileira (SCAFF, 2004, p. 49-50).

Em suma, a DRU fere a lógica de direitos sociais impressa na Constituição Federal (CF) de 1988 ao transferir recursos destinados à seguridade social e educação para o pagamento dos juros da dívida brasileira.

---

<sup>5</sup> O superávit se refere às contas do governo: há superávit quando o gasto do governo é inferior à arrecadação. No caso brasileiro, esse “valor que sobra” é resultado, em grande parte, do desfinanciamento das políticas sociais públicas e é utilizado para o pagamento de juros da dívida.

O que observamos desde a implementação do SUS, é que o financiamento da saúde é incompatível com um sistema universal, sobretudo num país de dimensões continentais, com grandes diferenças locais e regionais, e níveis dramáticos de desigualdades sociais e de concentração de renda.

A publicação *Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014*<sup>6</sup>, da Organização Mundial da Saúde (OMS), apresenta inúmeros dados sanitários mundiais, dentre eles os gastos em saúde comparando os anos de 2000 e 2011. Destacamos na tabela 1 os achados referentes aos gastos governamentais em saúde do Brasil, Canadá, Cuba e França.

**Tabela 1 – Gastos governamentais em saúde *per capita* em dólares**

	Ano 2000 (US\$ per capita)	Ano 2011 (US\$ per capita)
<b>Brasil</b>	203	474
<b>Canadá</b>	1.773	3.197
<b>Cuba</b>	134	406
<b>França</b>	2.027	3.169

Fonte: OMS. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014.

Conforme demonstram os dados, à exceção de Cuba, comparando o gasto governamental *per capita* de países com sistemas de saúde de acesso universal, o Brasil tem um gasto e uma evolução de gasto *per capita* expressivamente menor. Se compararmos o percentual praticado pelo Brasil e pelo Canadá nos anos 2000 e 2011, o gasto do governo brasileiro em 2000 correspondeu a 11% do gasto canadense *per capita* e a 14% dos gastos em 2011. Se observarmos a comparação percentual entre o gasto governamental francês e o gasto brasileiro, encontramos o seguinte: em 2000 o gasto brasileiro *per capita* correspondeu a 10% do francês; e em 2011 correspondeu a 14%.

No arquipélago cubano a política de saúde é de responsabilidade estatal desde a Revolução Cubana, em 1959. Com um gasto público relativamente baixo, Cuba é um país de referência no desempenho no campo da saúde, fato demonstrado através de seus indicadores sanitários e característica epidemiológica. Dentre outros avanços, com o desenvolvimento integrado e foco na atenção básica, os cubanos erradicaram a poliomielite, a malária, a tuberculose infantil, a difteria, o tétano, a febre amarela, a varíola, a rubéola, a caxumba, a meningite encefálica e o sarampo, bem como desenvolveram um parque com cerca de 2.220 laboratórios de análise e a produção de

<sup>6</sup> *Estadísticas Sanitarias Mundiales* é o relatório publicado pela OMS que contém os dados e indicadores sanitários referentes aos 194 países membros.

medicamentos/insumos (GANEV, 2013). Estes dados explicitam com elementos de realidade os resultados da interpretação da saúde como política pública estatal.

Ainda que consideremos as dimensões do território cubano<sup>7</sup> em comparação com o Brasil<sup>8</sup>, com relação à proposta de saúde pública e universal, os resultados sanitários e epidemiológicos alcançados pela experiência cubana demonstram a consolidação da saúde como direito social, ou seja, um direito absorvido e desenvolvido no cotidiano seja na sua dimensão jurídico-legal, na organização do sistema e dos serviços e, sobretudo, na vida social da população.

Realizando a comparação entre diferentes indicadores de gasto com saúde no Brasil e em outros países latino-americanos como Argentina, Chile e México, encontramos as seguintes proporções, conforme tabela 2.

**Tabela 2– Indicadores de gasto em saúde referentes ao ano de 2011\***

	% do PIB de gasto total em saúde	% do gasto em saúde em relação ao gasto governamental total	Valor em US\$ <i>per capita</i>
<b>Argentina</b>	7,9	21,7	927
<b>Brasil</b>	8,9	8,7	474
<b>Chile</b>	7,1	14,8	716
<b>México</b>	6,0	15,1	505

Fonte: OMS. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014.

\* No relatório da OMS os dados de gasto em saúde se referem ao ano de 2011.

A tabela 2 demonstra que, no que se refere à participação do gasto em saúde em relação ao PIB, o Brasil apresenta percentual superior à Argentina, Chile e México. Entretanto, quando se refere à comparação entre o gasto público total e o gasto público em saúde, o percentual brasileiro não só é o menor, mas também muito aquém do praticado nesses países. Com relação ao gasto *per capita*, o gasto brasileiro continua figurando como o menor.

Em termos de gastos *per capita*, o Brasil gastou como já apontado, US\$ 203 no ano de 2000 e US\$ 474 em 2011 referentes aos gastos públicos. No entanto, se observarmos os gastos totais *per capita*, ou seja, incluindo o montante dos gastos privados, o gasto foi de US\$ 265 em 2000 e de US\$ 1.119 no ano de 2011. Esses dados informam que enquanto o gasto público *per capita* cresceu 233% em 10 (dez) anos no Brasil, o gasto total – que inclui os gastos privados – aumentou 422% em 10 (dez) anos.

<sup>7</sup> Conforme dados oficiais, Cuba tem uma extensão territorial de 109.884,01 km<sup>2</sup>. Disponível em: <<http://www.one.cu/>>. Acesso em: 15 mar. 2016.

<sup>8</sup> Extensão territorial do Brasil: 8.515.767,049 km<sup>2</sup>, segundo informação publicada no DOU nº 234 de 08/12/2015, conforme Resolução Nº 07, de 4 de dezembro de 2015.

Chamamos atenção ao fato de que o gasto público *per capita* no Brasil continua sendo inferior aos gastos praticados em sistemas de saúde universais.

Os dados estatísticos sobre os perfis de gasto governamental em saúde apresentados pela OMS corroboram com as análises sobre os efeitos do subfinanciamento do SUS (SANTOS et al., 2008; OCKÉ-REIS; SOPHIA, 2009; MENDES, 2012; SANTOS, 2013) e da DRU (SCAFF, 2004; SALVADOR, 2010).

Apontando nuances das disputas em torno do projeto de saúde para o país, no ano 2000, seis meses após a instituição da DRU, é criada a Emenda Constitucional 29/2000<sup>9</sup>. Esta emenda foi criada para regulamentar o financiamento, estipulando o volume de recursos a serem empregados na saúde por cada esfera, ou seja, a vinculação de recursos de diferentes níveis de governo para a saúde. Tal Emenda Constitucional se apresentava como forma de garantir estabilidade para o financiamento da saúde. No âmbito político significou o reconhecimento dos desequilíbrios e descompassos de financiamento praticados desde a instituição do SUS. Entretanto, embora criada, a Emenda Constitucional 29/2000 foi regulamentada somente quase 12 (doze) anos depois com a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012<sup>10</sup>.

Com a Lei Complementar 141/2012 ficou definido que os recursos advindos da União corresponderiam ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do PIB ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual. Os recursos dos Estados corresponderiam à contribuição mínima de 12% da arrecadação dos impostos (deduzidas as parcelas transferidas aos respectivos municípios). E aos municípios e ao Distrito Federal corresponderia a aplicação em ações e serviços públicos de saúde de no mínimo 15% da arrecadação anual de impostos.

---

<sup>9</sup> A Emenda Complementar 29/2000 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.

<sup>10</sup> Regulamenta o § 3º do Art. 198 da Constituição Federal, dispondo 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 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.

**Tabela 3 – Despesas executadas pela União na função Saúde de 2012-2015**

FUNÇÃO SAÚDE	Despesa Executada		Inscritas em RP não processados	
	Despesa Liquidada			
	Valor Nominal	Valor Atualizado*	Valor Nominal	Valor Atualizado*
<b>2012</b>	70.310.514.534,70	84.052.672.780,89	8.276.653.600,81	9.894.321.801,42
<b>2013</b>	75.814.489.467,36	85.384.222.464,64	7.996.307.431,93	9.005.646.512,43
<b>2014</b>	85.130.901.081,79	90.993.351.324,33	7.385.037.041,40	7.893.599.873,98
<b>2015</b>	92.154.111.989,26	Não informado	7.446.839.176,58	Não informado

**Fonte:** Tesouro Nacional, série histórica, despesas da União por função.

\* Valores atualizados com base no IGP-DI – O IGP é o Índice Geral de Preços, o IGPI-DI (IGP-Disponibilidade Interna) é o indexador das dívidas dos Estados com a União.

Na vigência da Lei Complementar 141/2012 o governo federal vem utilizando como recurso orçamentário de Restos a Pagar<sup>11</sup> (RP) não processados para justificar o não cumprimento das despesas com saúde. Na tabela 3 observamos o valor total da despesa líquida com saúde e o valor dos RP não processados desde a vigência da Lei Complementar 141/2012.

Observando as perdas nos períodos de 2012 a 2015<sup>12</sup> encontramos R\$ 34, 240 bilhões em RP não processados (cancelados), ou seja, quase 10% do orçamento do período. As configurações finais das peças orçamentárias apontam o lugar do direito à saúde na interpretação histórica dos governos brasileiros. Mesmo estando vinculadas às despesas com a existência do controle social e democrático via Conselho Nacional de Saúde (CNS), ao final do exercício anual essas despesas não são processadas conforme os ditames constitucionais e legais. Lembrando ainda que o cômputo total dessas despesas anuais, como já dito, é incoerente com um sistema de saúde universal.

Daí a importância de comparações entre os gastos com saúde no Brasil e os gastos em outros países com sistemas universais. No caso brasileiro a interpretação de direitos sociais impressa na CF 1988 e as leis advindas dessa lógica tendem a ser subvertidas pela política econômica e na execução do próprio orçamento público<sup>13</sup>. Mesmo após a conquista de direitos sociais, a execução do orçamento aponta traços presentes na pré-CF 1988. Conforme Silva:

<sup>11</sup> Conforme a Lei nº 4320/1964, Art. 36, consideram-se restos a pagar as despesas empenhadas mas não pagas até o dia 31 de dezembro, distinguindo-se as processadas das não processadas.

<sup>12</sup> Os dados de 2015 encontram-se ainda sob atualização do IGP-DI, o que, historicamente, significa que as perdas serão maiores do que consta no valor nominal.

<sup>13</sup> O conceito de orçamento público surgiu na Inglaterra no começo do século XIX (GIACOMONI, 1997). O processo de orçamento tinha como principal função facilitar o controle do Legislativo sobre as ações do Executivo. Esse instrumento, instituído inicialmente como aparato legal para a cobrança de impostos, a partir do aumento progressivo e significativo das despesas do Estado, passou a ser utilizado como importante instrumento de administração pública (NASCIMENTO, 1986).

Em linhas gerais pode-se dizer que a construção do planejamento/orçamento como ação governamental até a transição para democracia nos anos 80 teve como principais características: a subordinação do planejamento ao reducionismo de ferramentas de organização estatal e regulação e/ou subsídios de mercados privados; a não-participação e a ausência de controle social, alimentada pela cultura do autoritarismo. Tal cenário contribuiu para a produção de um aparelho estatal fragmentado e um hiato que separa a ação civil da ação política (SILVA, 2004b, p. 41).

Retomando uma lógica de autoritarismo com justificativas tecnicistas, surge a Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015. Esta emenda torna obrigatória a execução da programação orçamentária da saúde, entretanto estabelece um novo critério de cálculo que substitui o afirmado na Lei Complementar 141/2012. Com esta Emenda a base de cálculo passa a ser a receita corrente líquida<sup>14</sup> da União e não a variação do PIB, e dessa forma tendencialmente haverá uma perda no valor nominal do orçamento da saúde. Outra questão que se coloca com a Emenda Constitucional 86/2015: a nova definição constitucional prevê que a execução orçamentária de emendas parlamentares individuais – as emendas impositivas<sup>15</sup> –, correspondendo a 0,6% das receitas correntes líquidas.

Santos (2013) aponta o subfinanciamento federal como um dos obstáculos históricos ao pleno desenvolvimento do SUS como direito social. Segundo Santos, o subfinanciamento tem como consequências: o desinvestimento em equipamentos diagnóstico e terapêutico, especialmente na atenção básica e média complexidade; esse subfinanciamento federal atinge os níveis de atenção de forma desigual, sendo os repasses a municípios e Estados fragmentados e numa lógica de programas e projetos e não com base na real necessidade de saúde; há limitação<sup>16</sup> na quantidade de trabalhadores na saúde, bem como uma gestão do trabalho, pois esta se caracteriza pela precarização do trabalho em saúde via terceirização.

---

<sup>14</sup> Conforme Glossário do Tesouro Nacional (acessível em <http://www.tesouro.gov.br/-/glossario>), as receitas correntes se esgotam dentro do período anual. A receita corrente líquida é o somatório das receitas tributárias de um Governo, referentes a contribuições, patrimoniais, industriais, agropecuárias e de serviços, deduzidos os valores das transferências constitucionais ou legais aos Estados e municípios, no caso da União.

<sup>15</sup> Conforme a Emenda Constitucional 86/2015, artigo 166 § 9º, as emendas individuais ao projeto de lei orçamentária serão aprovadas no limite de 1,2% (um inteiro e dois décimos por cento) da receita corrente líquida prevista no projeto encaminhado pelo Poder Executivo, sendo que a metade deste percentual será destinada a ações e serviços públicos de saúde.

<sup>16</sup> Limitação imposta pela Lei de Responsabilidade Fiscal (Lei Complementar nº 101, de 04/05/2000).



Dado o exposto acerca do componente subfinanciamento da política de saúde como exemplo de disputas entre interesses públicos e privados na saúde, é possível inferirmos, dentre outras questões, que o subfinanciamento histórico do SUS tendeu a induzir ações no campo da saúde limitadas a disponibilidade dos serviços – a oferta –, assim como esvaziou condições objetivas para a prática do trabalho em saúde. Esta é uma conjuntura de restrição fiscal incongruente com uma política de saúde pautada em necessidades de saúde.

Nosso objetivo ao considerar o padrão de financiamento como um componente para a discussão do trabalho em saúde é o de afirmar que questões postas no âmbito da política em sua manifestação mais ampla influenciam, atuam e determinam suas possibilidades, impedimentos e desafios que, embora possam não ser imediatamente vistos ou analisados no cotidiano das instituições e serviços de saúde, estão lá presentes. Entendemos ainda que a desconsideração dos aspectos econômicos que atuam sobre a política e sobre o SUS é altamente funcional à lógica de valorização do capital no campo da saúde.

Um exemplo desse processo de valorização em curso é a renúncia fiscal na saúde, especialmente a renúncia destinada aos planos<sup>17</sup> e seguros privados de saúde. Essa renúncia fiscal se inscreve num debate mais amplo acerca da relação entre público e privado<sup>18</sup>.

Netto (1996) aponta eixos que tangenciam o sentido do público e privado no capitalismo em sua fase imperialista, nos apresenta direções que podem ser tomadas como fundamentais na observação na política de saúde. Segundo o autor,

A mercantilização universal das relações sociais [...] num primeiro instante monetariza as interações humanas e redundante, com a consolidação da ordem monopólica, na medida delas pelas instituições que plasmas os serviços – e estes se organizam crescentemente segundo a estrutura do monopólio (NETTO, 1996, p. 35).

Andreazzi (2012) esclarece a dinâmica entre público e privado no SUS como inscrita numa relação que se estabelece entre o Estado e o mercado. Conforme a autora,

---

<sup>17</sup> Os planos de saúde no Brasil surgiram no final da década de 1950, no período governo de Juscelino Kubitschek (CORDEIRO, 1984).

<sup>18</sup> Netto, ao analisar as características da fase monopolista do capitalismo e sua relação com o Estado, adverte que: “[...] ocorre como que uma redefinição do público e do privado na idade do imperialismo, que atende tanto à invasão de todas as instâncias sociais pela lógica monopólica quanto à orbita individual [...]” (NETTO, 1996, p. 32).

Trata-se de um frágil, fugaz e mutante ponto arbitrário de corte temporal e geográfico de unidade de luta de contrários, pois mercado e Estado se complementam e disputam ao mesmo tempo. Processo que decorre da dinâmica de cooperação ou extração de excedente a partir dos diversos bens e serviços necessários à produção do cuidado em saúde e da competição entre seus respectivos agentes. E da dinâmica de reprodução da ordem através desse instrumento privilegiado que é o Estado, a partir da luta de classes existente em uma determinada formação social (ANDREAZZI, 2012, p. 31).

Nesse sentido, na política de saúde brasileira, vem se produzindo um movimento objetivo de financiamento público da iniciativa privada e, ao mesmo tempo, de incentivo à mercantilização da saúde. Ou seja, não se trata apenas da existência da oferta de serviços privados suplementares, mas do financiamento desses serviços via renúncia fiscal.

É importante destacar que no Brasil esse “financiamento público do privado” acontece numa dinâmica orçamentária que reforça as desigualdades sociais. Como esclarecido por Salvador, no Brasil<sup>19</sup> “o orçamento é financiado pelos pobres via impostos sobre o salário e por meio de tributos indiretos, sendo apropriado pelos mais ricos, via transferência de recursos para o mercado financeiro e acumulação de capital” (SALVADOR, 2012, p. 10).

O tema renúncia fiscal vem sendo analisado por autores como Dain et al. (2002), Sayd (2003), Ocké-Reis e Sophia (2009), Ocké-Reis e Santos (2011), Ocké-Reis (2013, 2014), Mendes e Weiller (2015). De forma geral, destacamos que esses autores apresentam elementos que apontam a renúncia fiscal aos planos e seguros privados de saúde como fomentadora de iniquidades no campo da saúde.

Os autores apontam, também, a necessidade de detalhamento acerca das informações da renúncia fiscal no Brasil, assim como a urgência de que esses dados de gasto tributário sejam integrados aos gastos públicos, dando visibilidade à questão. Esta questão apresentada pelos autores reitera a interpretação de que na dinâmica da sociedade brasileira, historicamente, há um obscurecimento dos critérios do gasto público, característico de uma sociedade com limitada participação social no que se refere à definição de prioridades de gasto público.

---

<sup>19</sup> Salvador (2012, p. 10) aponta que “[...] uma das marcas da elevada concentração de renda e das desigualdades sociais no Brasil é o caráter regressivo da carga tributária. O sistema tributário brasileiro tem sido um instrumento a favor da concentração de renda, agravando o ônus fiscal dos mais pobres e aliviando o das classes mais ricas”.

A renúncia fiscal na saúde acontece através da dedução de gastos no Imposto de Renda (IR). São deduções individuais no modelo completo de Imposto de Renda Pessoa Física<sup>20</sup> (IRPF) referentes à contratação de planos de saúde e/ou despesas médicas/laboratoriais/hospitalares, e são dedutíveis do Imposto de Renda Pessoa Jurídica<sup>21</sup> (IRPJ), os gastos das empresas com os planos de saúde coletivos. A renúncia fiscal se dá, também, através de concessões fiscais às entidades privadas sem fins lucrativos (dentre tantos outros, Hospital Israelita Albert Einstein, Sociedade Beneficente de Senhoras, Hospital Sirio-Libanês, Hospital Moinhos de Vento, Hospital do Coração e as Santas Casas de Misericórdia) e à indústria químico-farmacêutica.

Dain et al. (2002) informa que o conceito de renúncia fiscal (ou renúncia de arrecadação) não é consenso entre os países, contudo,

[...] a renúncia de arrecadação só se justifica, com vistas a se alcançar um objetivo preciso. Da perspectiva da mensuração, uma base de tributação ampla permite estabelecer um padrão, ou normas claras, para a quantificação da renúncia. Finalmente, é preciso que o recurso à renúncia, como instrumento de indução, não seja neutralizado pela ação, simultânea, de outros instrumentos (DAIN et al., 2002, p. 216-217).

Dain et al. falam da definição de objetivos e finalidades, isto é, a importância da “qualificação da renúncia fiscal”. Entendemos que essa é a pergunta-chave para a discussão desse processo de renúncia fiscal. A quem a renúncia fiscal concedida aos planos e seguros privados favorece? Quais os interesses e objetivos expressos nessa renúncia?

A população brasileira em 2016, segundo dados de projeção do IBGE<sup>22</sup>, é de cerca de 205.550.000 pessoas, todas com direito garantido de acesso ao SUS. Segundo dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) publicados<sup>23</sup> no ano corrente, referentes a dezembro de 2015, o mercado de planos de saúde privados tem 49.730.40 milhões de beneficiários. Nesse mercado, 33,1 milhões de pessoas estão em planos do tipo coletivo empresarial; 9,6 milhões na modalidade individual/familiar; e 6,6 milhões de pessoas em coletivos por adesão. Com relação às operadoras, 1.340 tem registro ativo na ANS.

<sup>20</sup> Lei nº 9250 de 26 de dezembro de 1995.

<sup>21</sup> Lei nº 9430 de 27 de dezembro de 1996.

<sup>22</sup> <http://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>. Acesso em 27 de fevereiro de 2016.

<sup>23</sup> Números publicados em 07/03/2016 e disponíveis em: <<http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/numeros-do-setor/3229-ans-disponibiliza-dados-do-ultimo-trimestre-de-2015>>. Acesso em: 15 mar. 2016.

Em 2015, os planos de saúde privados que ofertam serviços aos brasileiros constituíram uma “cartela de clientes” – um mercado – com um contingente populacional superior à população de cada um dos 11 (onze) países que, excetuando o Brasil, compõem a América Latina<sup>24</sup>. Trata-se, obviamente, de um grande mercado que se constituiu e prosperou (OCKÉ-REIS et al., 2006) em um país com um sistema de saúde público e universal.

Ocké-Reis (2014) entende que uma das contradições postas ao relacionar o padrão de financiamento do SUS com a renúncia fiscal aos planos de saúde reside no fato de que os gastos com os planos diminuem os gastos de estratos superiores de renda e, pela mesma via, concedem recursos a uma atividade econômica lucrativa, e esse movimento se dá com prejuízo às ações do SUS que deveriam receber esses recursos públicos.

Segundo Ocké-Reis (2014, p. 263), com a renúncia fiscal no ano de 2012 a União deixou de arrecadar R\$ 18,3 bilhões, valor que representou 23% dos R\$ 80 bilhões aplicados pelo Ministério da Saúde naquele ano. A mercantilização da saúde acontece pela via da oferta de serviços privados e, ao mesmo tempo, com a existência da renúncia fiscal, através do impulsionamento da demanda por serviços privados de saúde. Trata-se da financeirização de recursos públicos e a apropriação do fundo público<sup>25</sup> pelo capital, num contínuo movimento de reprodução do capital. Como advertem Bravo e Menezes,

O preceito constitucional da saúde como direito é ferido, ao ser substituído por uma abordagem da saúde como mercadoria a ser mais amplamente consumida, especialmente para as chamadas classes C e D, para impulsionar o atual modelo de desenvolvimento. Essa medida pode ser a formalização final para a instituição de um seguro saúde e para a criação de um Sistema Nacional de Saúde integrado com o setor privado, tendo como consequência acabar com o SUS ou torná-lo um sistema focalizado, consagrando o processo de universalização excludente, que vem ocorrendo desde os anos 1990 com a saída dos trabalhadores mais bem remunerados, que foram impulsionados à compra de serviços no mercado privado devido ao sucateamento do SUS (BRAVO; MENEZES, 2013, p. 38-39).

Nesse sentido, a resposta ao questionamento acerca dos interesses expressos na renúncia fiscal e a quem estes favorecem aponta, também, o campo da saúde como

---

<sup>24</sup> Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Equador, Guiana, Paraguai, Peru, Suriname, Uruguai e Venezuela.

<sup>25</sup> Segundo Francisco de Oliveira, “[...] o fundo público, em suas diversas formas, passou a ser o pressuposto do financiamento da reprodução da força de trabalho, atingindo globalmente toda a população por meio dos gastos sociais” (OLIVEIRA, 1998, p. 19-20).

espaço de refração do processo mais amplo de valorização do capital via Estado brasileiro. Essa compreensão é corroborada pela análise de Mészáros (2007) sobre o papel do Estado na reestruturação da acumulação capitalista contemporânea.

## **Conclusão**

Na discussão que travamos acerca do padrão de financiamento identificamos, no âmbito da política de saúde no Brasil, questões que materializam a tendência geral apontada por Mészáros (2007) sendo realizada num sistema público e universal de saúde. O que temos apresentado reitera a contradição posta: no Brasil, constitucionalmente, cabe ao Estado garantir o acesso universal e público às ações e serviços em todos os níveis de atenção à saúde. Ou seja, a saúde é um direito e uma conquista social e não um produto oferecido no mercado; contudo, a saúde é, também, um campo onde o Estado atua como “salvaguarda” capitalista em sua atual fase de desenvolvimento histórico.

Em nossa compreensão é impossível pensar a realização do trabalho em saúde desconsiderando as dimensões econômicas e políticas presentes nas disputas em torno da saúde no Brasil. Nosso objetivo ao considerar o padrão de financiamento da política de saúde, bem como alguns de seus desdobramentos, como um componente para a discussão do trabalho em saúde foi o de tentar demonstrar que questões postas no âmbito da política influenciam, atuam e determinam parâmetros nas práticas de saúde nas instituições e serviços de saúde. Entendemos que o padrão de financiamento, dentre outras questões, aponta pistas para analisarmos os sentidos assumidos pela política de saúde na sua relação com a sociedade e com o mercado; e determina condições objetivas e materiais para a realização do cotidiano do trabalho em saúde e formação para o SUS (recursos humanos, recursos de infraestrutura, insumos etc.). Em nossa percepção, uma análise do trabalho e da formação em saúde que desconsidera os aspectos econômicos que atuam sobre a política de saúde, e que aparecem de forma mediata nas instituições e serviços, é altamente funcional à lógica de valorização do capital.

## Referências

ANDREAZZI, M. F. S. O público e o privado na atenção à saúde: notas para uma caracterização de trajetórias e desafios no Brasil. In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. (Org.). **Saúde, Serviço Social, movimentos sociais e conselhos**. São Paulo: Cortez, 2012.

BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. A Política De Saúde Na Atual Conjuntura: algumas reflexões sobre os governos Lula e Dilma. In: SILVA, L. B.; RAMOS, A. **Serviço social, saúde e questões contemporâneas**. São Paulo: Papel Social, 2013.

CORDEIRO, H. **As empresas médicas**: as transformações capitalistas da prática médica. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

DAIN, S.; QUADROS, W. L.; CAVALCANTI, C. E. G. Renúncia fiscal e assistência médica suplementar. In: AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Regulação e saúde**: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica Suplementar. Rio de Janeiro, 2002.

GANEV, E. Políticas Sociais na perspectiva socialista, a partir da experiência cubana. **Praia Vermelha**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 491-522, 2013.

GIACOMONI, J. **Orçamento público**. São Paulo: Atlas, 1997.

MENDES, A. **Tempos turbulentos da saúde pública brasileira**: os impasses do financiamento no capitalismo financeirizado. São Paulo: Hucitec, 2012.

MENDES, A.; WEILLER, J. A. B. Renúncia fiscal (gasto tributário) em saúde: repercussões sobre o financiamento do SUS. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 491-505, abr./jun. 2015.

MÉSZÁROS, I. **O desafio e o fardo do tempo histórico**: o socialismo no século XXI. São Paulo: Boitempo, 2007.

NASCIMENTO, J. O. **O orçamento público**: aspectos relevantes. Caxias do Sul: Prefeitura Municipal de Caxias do Sul, 1986.

NETTO, J. P. **Capitalismo monopolista e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1996.

OCKÉ-REIS, C. O. Renúncia de arrecadação fiscal em saúde no Brasil: eliminar, reduzir ou focalizar? In: BRASIL em desenvolvimento 2014: estado, planejamento e políticas públicas. Brasília (DF): Ipea, 2014.

OCKÉ-REIS, C. O. **Mensuração dos gastos tributários**: o caso dos planos de saúde: 2003-2011. Brasília (DF): Ipea, 2013.

OCKÉ-REIS, C. O.; ANDREAZZI, M. F. S.; SILVEIRA, F. G. O mercado de planos de saúde no Brasil: uma criação do estado? **Economia Contemporânea**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 157-185, jan./abr. 2006.

OCKÉ-REIS, C. O.; SANTOS, F. P. **Mensuração dos Gastos Tributários em saúde: 2003-2006**. Brasília (DF): Ipea, 2011.

OCKÉ-REIS, C. O.; SOPHIA, D. C. Uma crítica à privatização do sistema de saúde brasileiro: pela constituição de um modelo de proteção social público de atenção à saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 72-79, jan./abr. 2009.

OLIVEIRA, F. **Os direitos do antivalor: a economia política da hegemonia imperfeita**. Petrópolis: Vozes, 1998.

OLIVEIRA, F. A. **Economia e política das finanças públicas no Brasil: um guia de leitura**. São Paulo: Hucitec, 2009.

SALVADOR, E. Fundo Público e o financiamento das Políticas Sociais no Brasil. **Serviço Social em Revista**, Londrina, v. 14, n. 2, p. 04-22, jan./jun. 2012.

SALVADOR, E. **Fundo Público e Seguridade Social no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2010.

SANTOS, N. R. SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 273-280, 2013.

SAYD, P. D. **Renúncia fiscal e equidade na distribuição de recursos para a saúde**. 2003. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)-Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

SCAFF, F. F. Direitos Humanos e a Desvinculação das Receitas da União – DRU. **Revista de Direito Administrativo**, Rio de Janeiro, v. 236, p. 33-50, abr./jun. 2004.

SILVA, L. B. **Democracia e Participação Popular: orçamento participativo no Estado do Rio Grande do Sul**. 2004. Dissertação (Mestrado em Serviço Social)-Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.