



A FINANCEIRIZAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA: uma análise do subfinanciamento da saúde pública e da priorização do campo privado na saúde brasileira

Williams Silva de Paiva¹
Antônia Jesuíta de Lima²

RESUMO

O presente artigo apresenta reflexões sobre o financiamento da saúde pública e privada no Brasil após a Constituição Federal de 1988 (CF/88). Objetiva estudar a crise no financiamento da saúde pública em curso no país desde a promulgação da CF/88, descrevendo as consequências da política de priorização da economia em detrimento da política sanitária. Parte-se do entendimento de que o financiamento da saúde pública no Brasil tem sido feito com “escassez relativa” de recursos, o que implica uma crise na qualidade do Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde. Orçamento público. Prioridade governamental.

ABSTRACT

This article presents reflections on the financing of public and private healthcare in Brazil after the 1988 Federal Constitution (CF/88). Aims to study the crisis in public health financing underway in the country since the enactment of CF/88, describing the consequences of the policy of prioritizing the economy over health policy. This is on the understanding that the funding of public health in Brazil has been done with "relative scarcity" of resources, which implies a crisis in the quality of the Unified Health System

Keywords: Unified Health System. Budget public. Government priority.

¹ Estudante de Pós-Graduação. Universidade Federal do Piauí (UFPI). E-mail: williams_paiva@hotmail.com

² Doutora. Universidade Federal do Piauí (UFPI). E-mail: a.je.l@uol.com.br



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 final dos anos 80, no Brasil, a previsão normativa de uma saúde universal e irrestrita. Contudo, após a promulgação da constituição cidadã, ainda na década de 90, iniciou-se um movimento contrário à pactuação constitucional originária, que, na atualidade, é especialmente evidenciado na parcela do fundo público destinado à manutenção do SUS (BEHRING; BOSCHETTI, 2007).

Não se discute que, sendo a saúde pública prevista na CF/88 um direito prestacional universal e irrestrito, sempre haverá escassez de recursos para o seu custeio. Essa escassez inevitável, no entanto, é uma “escassez absoluta”. A análise do financiamento da saúde pública deve, portanto, ser focada em comparações, ou seja, na “escassez relativa”.

Nesse contexto, este artigo traz uma reflexão teórica, a partir de dados construídos em órgãos estatais, acerca do polêmico financiamento da saúde pública no Brasil, focalizando a crise instalada na saúde pública nacional, que está evidenciada na parcela do Fundo Público destinada para seus gastos. Fundamenta-se a análise em estudiosos como Behring e Boschetti (2007), Draibe (1990), Melo (1993), O’Donnel, (1986), Rosanvallon (1981) e Salvador (2010).

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

A análise do financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) não pode dispor da contextualização interna e externa da época em que foi gestada constitucionalmente a política sanitária brasileira. Para tanto, é fundamental entender que, durante a primeira



metade da década de 1980, a orientação seguida pelos países do capitalismo central era de contingenciamento dos direitos sociais. O Estado-providência, como modelo de Estado adotado no mundo desenvolvido desde o final da segunda guerra mundial, apresentou sinais de esgotamento no início da década de 1970, dando causa à crise do Estado de Bem Estar Social (ROSANVALLON, 1981).

Todavia, no início dos anos 80, 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 (MELO, 1993). Os fatos históricos ocorridos, desde o fim da segunda guerra mundial até os anos 80, nos países tidos como periféricos, a exemplo do Brasil, não coincidem com a descrição do que ocorreu nos países centrais (O'DONNELL, 1986). Durante a década de 1980, no caso do Brasil, ocorreu um “curto-circuito histórico” refletido no anseio pela instalação imediata de um Estado de Direito, do regime democrático e de amplas políticas sociais, o que culminou no fim da burocracia autoritária instalada no governo brasileiro desde 1964. O anseio do movimento sanitário de uma saúde como direito social de cidadania foi normatizado na Constituição Federal de 1988 (CF/88). A saúde passou a ser direito de todos e dever do Estado consagrado no texto constitucional (DRAIBE, 1990).

Malgrado, 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 Constituição Federal de 1988 (CF/88) de prioridade do direito e da política de saúde pública. Somada ao cenário internacional de prioridade do sistema financeiro, a realidade econômica interna, simbolizada na inflação, que chegou a 217,9% em 1985, e na dependência do capital estrangeiro, implicou a pouca realização prática da previsão sanitária *beveridgiana* constitucional de 1988 (BEHRING; BOSCHETTI, 2007).

3. O SUBFINANCIAMENTO DA POLÍTICA SANITÁRIA NO BRASIL E A CONSEQUENTE CRISE NA QUALIDADE DA SAÚDE PÚBLICA



A saúde pública no Brasil é subfinanciada para os padrões pactuados na Constituição cidadã (SALVADOR, 2010). 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”. Esse cenário propicia o avanço da saúde privada como modelo principal, levando a saúde pública para um segundo plano, como política fragmentada e de má qualidade, destinada aos pobres.

Os gastos federais com saúde pública, apesar do crescimento nominal, em comparação com o Produto Interno Bruto (PIB) nacional, conforme dados constantes do DATASUS (2012), tiveram diminuição do ano 2000 até o ano de 2010. Em 10 (dez) anos, a contar de 2000, 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 esta razão, a despesa pública total com saúde, no Brasil, passou de 2,95% em 2000 para 3,67% do PIB em 2010. Este percentual, contudo, está ainda muito aquém do percentual médio do gasto público com saúde no mundo que, segundo a Organização Mundial da Saúde - OMS (2012), é de 5,5% do PIB.

Com efeito, após 11 anos de atraso, somente neste ano de 2012, foi regulamentada a EC 29/00, por meio da Lei Complementar número 141/2012, pela qual, entre outras imposições, a União passa a ter 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 do PIB.

Não obstante, diversamente do previsto para Estados e Municípios, que passam 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 demonstração da “escassez relativa” de recursos para custeio da saúde pública no Brasil, vê-se da leitura da Lei Orçamentária Anual de 2012, que, para custear a promessa constitucional de saúde universal e irrestrita, apenas aproximadamente 3,98%



(R\$ 91,7 bilhões) do Fundo Público federal foram previstos em 2012 para despesas com a política sanitária brasileira. Por outro lado, o governo fixou a previsão orçamentária no mesmo ano para o pagamento de juros, amortização da dívida pública e formação de *superávit* primário no percentual de 47,19% do orçamento federal (SIAFI, 2012).

Com robustas reservas financeiras internacionais e priorização do 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, coloca a saúde pública em segundo plano, mantendo-a subfinanciada e em constante crise de qualidade, já que as suas prioridades são um mercado competitivo e o crescimento econômico, ainda que em detrimento do direito social à saúde, previsto na CF/88. Assim, a crise no financiamento público da saúde no Brasil consubstancia um paradoxo normativo: as disposições constitucionais definiram um padrão próximo ao europeu ocidental, no entanto, na prática, a composição observada aproxima-se da configuração liberal norte-americana.

O sistema de saúde brasileiro é um sistema misto, composto pelo SUS e pelo sistema privado suplementar. Entretanto, o sistema suplementar tem assumido cada vez mais o papel central no fornecimento de ações e serviços sanitários, o que evidencia uma crise na saúde pública brasileira. A dotação orçamentária relativamente insuficiente destinada ao setor saúde, somada a outros fatores, tem como consequência o insucesso do sistema público. Em face disto, o SUS torna-se estigmatizado, o que implica o interesse geral de os brasileiros contratarem planos privados de seguros de saúde. O percentual de beneficiários de planos privados de saúde tem crescido nos últimos anos: de dezembro de 2003 a setembro de 2012, o número de beneficiários de planos de saúde privados aumentou 34,08%, ou seja, passou de 17,9% para 25,1% da população brasileira em menos de 10 anos (ANS, 2012). Além disso, as operadoras de planos de saúde faturaram em 2011, R\$ 82,4 bilhões, valor que supera o orçamento público federal destinado à saúde no mesmo ano: R\$ 71,36 bilhões.

No ano de 2010, as operadoras de planos privados de saúde tiveram um faturamento *per capita* de R\$ 1.584,59, excluída a saúde privada por desembolso direto (ANS, 2012). Por outro lado, o orçamento *per capita* para a saúde pública no Brasil (de todos os entes federativos), em 2010, foi de R\$ 725,91 (DATASUS, 2012), o que dá uma diferença de R\$ 858,68 do gasto anual de um brasileiro com plano de saúde para um



brasileiro com o SUS, ou seja, caso a saúde pública contasse com a mesma quantidade de dinheiro que financia os planos privados de saúde, aquela deveria ter recebido um complemento, em 2010, em sua receita de R\$ 163,77 bilhões.

O mercado que se abre com os insucessos do SUS lança grandes oportunidades de negócios. Hoje, 25,1% da população brasileira são segurados por planos privados de saúde. Esse número cresce ano após ano. Não por acaso, em 2008, a ANS 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 número 02/2008 PROGE/GECOS, que deu “interpretação conforme” ao art. 1º, § 3º, da Lei 9656/1998, tendo como parâmetro o art. 199, § 3º, da CF/88 (ANS, 2012).

Com base nisso, em 2012, a ANS aprovou a transferência do controle societário das operadoras de planos de saúde controladas pela Amil Participações S/A (maior operadora de planos de saúde brasileira) para a maior operadora de planos privados de saúde dos Estados Unidos, a norte-americana UnitedHealthcare (ANS, 2012).

Desde a década de 90, divergindo da previsão originária na CF/88, o Estado brasileiro tem passado por reformas tendentes à instalação de um Estado Gerencial. No bojo dessas reformas, em 1998 foi promulgada a EC número 19, que, entre outras coisas, incorporou à CF/88, o princípio da eficiência na Administração pública.

Seguindo esta mesma orientação, ainda em 1998, foi editada a Lei federal número 9.637, pela qual entidades da sociedade civil organizada, intituladas Organizações Sociais (OS), após firmarem contrato de gestão (fixando metas) com o poder público federal, puderam passar a gerir políticas sociais. Em decorrência disso, vários Estados da federação, adotando o modelo federal, passaram a regulamentar, em âmbito estadual, a delegação da gestão de políticas sociais às OS. Nesse cenário, ganha destaque a delegação da gestão de unidades de saúde para Organizações Sociais, em vários Estados do Brasil, em especial no Estado de São Paulo, mas também, no Rio de Janeiro, Espírito Santo, Santa Catarina, Bahia, entre outros (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, como dito, tendem a



buscar a medicina privada, especialmente, por meio dos planos de saúde. Além disso, se o sistema público é tido como ineficiente, facilmente são instituídas pelos governos 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 de saúde não público, sob críticas de que deixar a gestão da saúde, custeada pelo erário público, a cargo da solidariedade social possa implicar prejuízo para o controle social (*accountability*).

4. CONCLUSÃO

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 a sétima potência econômica do mundo (EIU, 2012), persiste a carência de recursos para concretude do direito fundamental prestacional à saúde. A relativa escassez de recursos para a política sanitária implica a má qualidade da saúde estatal.

Diante da insuficiência orçamentária, a política sanitária se abre a alternativas advindas do campo privado. 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 CF/88, priorizam o crescimento econômico e permanecem em um campo de acomodação frente ao 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 nova roupagem no Estado Gerencial. O terceiro setor, consubstanciado em entidades públicas não estatais, em cooperação com o Estado, passa a gerir unidades de saúde nos mais diversos Estados brasileiros, por meio da solidariedade social cooperativa.

No cenário descrito neste artigo, os contramovimentos em defesa da saúde pública são pouco exitosos. A aprovação pelo Congresso Nacional da regulamentação da



EC 29/00, editada em 2012, criou a garantia da vedação do retrocesso no financiamento da saúde pública no Brasil, contudo não fixou garantias de aumento significativo na parcela do Fundo Público a ser destinado ao setor saúde. Por outro lado, os mecanismos de instalação de uma medicina privada como sistema principal e não suplementar se robustecem. Nesse entendimento, essa análise descreve a crise na saúde pública brasileira iniciada no pós-Constituição de 1988 como um paradoxo: de um lado um sistema legal promitente de uma saúde universal e irrestrita; de outro, a realidade de pouca concretude do direito de cidadania à saúde no Brasil, evidenciada no subfinanciamento da saúde pública.

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, jul./set. 2008.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Banco de dados**. Disponível em: <http://www.ans.gov.br>. Acesso em: 11 nov. 2012.

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

_____. 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://www2.planalto.gov.br/>. Acesso em: 24 dez. 2012.

_____. 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: 24 dez. 2012.



_____. 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://www2.planalto.gov.br/>>. Acesso em: 24 dez. 2012.

_____. Lei nº 12.595, de 19 de janeiro de 2012. Estima a receita e fixa a despesa da União para o exercício financeiro de 2012. Disponível em: <<http://www2.planalto.gov.br/>>. Acesso em: 24 dez. 2012.

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

ECONOMIST INTELLIGENCE UNIT (EIU). **Banco de dados.** Disponível em: <<http://www.eiu.com/>>. Acesso em: 26 dez. 2012.

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

MINISTÉRIO DA SAÚDE. DATASUS. Informações de Saúde. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 26 dez. 2012.

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

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Banco de dados de saúde.** Disponível em: <<http://www.who.int/en/>>. Acesso em: 26 dez. 2012.

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

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

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 dez. 2012.