



ELITES,
CAPTURA DO ESTADO
E DESIGUALDADE.

Elites econômicas, Estado e o Sistema Único de Saúde: **FRAGILIDADES NAS POLÍTICAS SOCIAIS E NA DEMOCRACIA BRASILEIRA.**

*Paulo Henrique de Almeida Rodrigues,
Mariana Cavalcanti, Flávia Souza*



CLACSO

Con el auspicio de:



OXFAM



Elites econômicas, Estado e o Sistema Único de Saúde: **FRAGILIDADES NAS POLÍTICAS SOCIAIS E NA DEMOCRACIA BRASILEIRA.**

*Paulo Henrique de Almeida Rodrigues,
Mariana Cavalcanti, Flávia Souza*



Con el auspicio de:



Créditos

Autores desse estudo: Paulo Henrique de Almeida Rodrigues / Mariana Cavalcanti / Flávia Souza.

Esse documento faz parte da série Elites, políticas públicas e desigualdade, que reúne publicações resultantes das bolsas de pesquisa “Elites, políticas fiscais e privilégios na América Latina e no Caribe”, organizadas pelo Conselho Latino-americano de Ciências Sociais (CLACSO) e pela Oxfam.

Para mais informações sobre as bolsas de estudo, visite: https://www.clacso.org.ar/concursos_convocatorias/

Coordenação do concurso de bolsas de estudo e da série editorial

Pablo Vommaro - Diretor de Grupos de Trabalho, Pesquisa e Comunicação do CLACSO

Rosa Cañete - Coordenadora Regional do Programa de Combate à Desigualdade e Captura do Estado da Oxfam na América Latina e no Caribe

Tutores desse estudo: Rafael Georges (OXFAM)

Design e diagramação: Juan Rosales

Equipe de comunicação e publicação da série editorial: Luis Bonilla, Leonardo Baez

Foto de capa: Solange Brito Santos em Arataca, Sur de Bahía

Crédito: Marizilda Cruppe/Oxfam

Coleção de Bolsas de Pesquisa de Pesquisa CLACSO

CLACSO – Secretaria Executiva

Pablo Gentili – Secretário Executivo

Pablo Vommaro - Diretor de Grupos de Trabalho, Pesquisa e Comunicação

Nicolás Arata - Diretor de Treinamento e Produção Editorial

Núcleo de produção de editores e biblioteca virtual

Lucas Sablich - Coordenador Editorial

Núcleo de design e produção web

Marcelo Giardino - Coordenador de Arte

Sebastián Higa - Coordenador de Programação Digital

Jimena Zazas - Assistente de Arte

Equipe Grupos de Trabalho, Pesquisa e Comunicação

Rodolfo Gómez, Giovanni Daza, Alessandro Lotti, Teresa Arteaga y Ángel Dávila

Primeira edição

Elites econômicas, Estado e o Sistema Único de Saúde: fragilidades nas políticas sociais e na democracia brasileira. (Buenos Aires: CLACSO, novembro de 2018)

ISBN 978-987-722-392-7

© Conselho Latino-americano de Ciências Sociais | Realizado o depósito estabelecido pela Lei 11723

Acreditamos que o conhecimento é um bem público e comum. Por esse motivo, os livros CLACSO estão disponíveis em acesso aberto e gratuito. Se você quiser comprar cópias de nossas publicações impressas, poderá fazê-lo em nossa Livraria Latino-Americana de Ciências Sociais.

Biblioteca Virtual do CLACSO www.biblioteca.clacso.edu.ar

Biblioteca Latino-Americana de Ciências Sociais www.clacso.org.ar/libreria-latinoamericana

CONHECIMENTO ABERTO, CONHECIMENTO LIVRE.

Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales - Conselho Latino-americano de Ciências Sociais

Estados Unidos 1168 | C1023AAB Cidade de Buenos Aires | Argentina

Tel [54 11] 4304 9145 | Fax [54 11] 4305 0875 | <clacso@clacsoinst.edu.ar> | <www.clacso.org>

Não são permitidos a reprodução total ou parcial deste livro, seu armazenamento em um sistema de computador, sua transmissão em qualquer forma ou por qualquer meio eletrônico, mecânico, fotocópia ou outros métodos, sem permissão prévia do editor.

A responsabilidade pelas opiniões expressas nos livros, artigos, estudos e outras colaborações cabe exclusivamente aos autores signatários, e suas publicações não refletem necessariamente as opiniões da Oxfam ou da Secretaria Executiva da CLACSO.

Apresentação⁴

Elites econômicas, Estado e o Sistema Único de Saúde: fragilidades nas políticas sociais e na democracia brasileira

Paulo Henrique de Almeida Rodrigues¹, Mariana Cavalcanti², Flávia Souza³

Nos anos de 1960, quando o Brasil era um país rural, as desigualdades de renda e de oferta de serviços e infraestrutura eram pequenas. A característica da época era a relativa igualdade na pobreza, na qual pesa a condição da baixa renda e na homogênea ausência dos serviços públicos essenciais no território nacional. Nesse período, mais da metade da população era funcionalmente analfabeta e as universidades mantinham acesso restrito a homens brancos originários da classe mais abastada da sociedade. A pouca oferta de profissionais qualificados no mercado garantia vantagens aos trabalhadores formais que estavam inseridos no mercado de trabalho, pois o sistema de proteção social da época estava diretamente vinculado ao emprego formal, logo, o direito à previdência e à saúde produzia uma importante desigualdade social no país. (Arretche, 2015).

1 Doutor em Saúde Coletiva pela UERJ (2003). Professor adjunto do Departamento de Políticas, Planejamento e Administração do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e do Mestrado em Saúde da Família da Universidade Estácio de Sá, diretor adjunto do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES)

2 Doutora em Antropologia pela Universidade de Chicago, Professora do Departamento de Estudos Sociais do Instituto de Estudos Sociais e Políticos da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IESP/UERJ)

3 Doutoranda em Saúde Coletiva no departamento de Planejamento, Políticas e Administração em Saúde pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ). É Mestre em Saúde Coletiva pelo IMS/UERJ. Sanitarista pela ENSP/Fiocruz.

4 Os autores agradecem às pesquisadoras Michele Souza e Souza, Doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, Rachel Guimarães Vieira Pitthan, Mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social/UERJ e Thaís de Andrade Vidaurre Franco, doutoranda em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social/UERJ pelas leituras e discussões realizadas que contribuíram para o aprimoramento e realização do trabalho.

Desde 1988, o Brasil conta com um sistema de Seguridade Social -formado pela Assistência Social, Previdência Social e Saúde- que visa, entre outros fins, diminuir o abismo das desigualdades sociais e combater a pobreza. Entretanto, a dinâmica de implantação das políticas sociais, historicamente, tem se dado em um ambiente de intensas disputas políticas e da imersão em valores da sociedade e do capital que se opõem ao que foi estabelecido na carta de direitos proclamada em 1988.

Este trabalho tem como objetivo geral analisar os principais mecanismos utilizados pelas elites políticas e econômicas para tirar vantagens em benefício próprio das políticas sociais, particularmente da política de saúde. Busca destacar os mecanismos que permitem esse aproveitamento das políticas sociais de cunho político partidário e econômico. São múltiplos os mecanismos e arranjos que as elites utilizam para tirar benefícios das políticas sociais. Neste sentido, o estudo buscou examinar quatro mecanismos de apropriação pelas elites da política pública de saúde no Brasil: 1) As renúncias fiscais em benefício do mercado privado de saúde; 2) A forma pela qual a chamada saúde suplementar no Brasil beneficia duplamente seus segurados; 3) A apropriação de recursos públicos pelos prestadores privados de saúde para o Sistema Único de Saúde (SUS); e, 4) A forma pela qual as emendas parlamentares ao orçamento beneficiam interesses políticos de caráter privado.

O estudo adotou dois eixos principais de análise: 1) A contextualização histórica da apropriação da política de saúde pelas elites econômicas e políticas e; 2) As estratégias utilizadas por estas para operacionalizar em a apropriação de forma a assegurar a manutenção de sua influência política e oportunidades de lucro. A análise procura mostrar o caráter ambíguo das instituições e da legislação brasileiras, que simultaneamente promovem políticas públicas de caráter universal e mantém privilégios e facilidades que permitem a manutenção de barganhas corporativas e políticas que beneficiam, sobretudo, as elites (Raposo, 2008).

1. **Metodologia.**

O estudo se debruça sobre os diferentes mecanismos que as elites econômicas e políticas têm utilizado para capturar as políticas de saúde no Brasil, tendo como perspectiva o papel do Estado brasileiro (e sua legislação) como facilitador dessa expropriação. Isto posto, parte-se da hipótese que a apropriação das políticas públicas de saúde -mais especificamente do Sistema Único de Saúde (SUS)- por grupos sociais pertencentes a elite brasileira aprofunda a desigualdade social e econômica brasileira.

No Brasil, as relações estabelecidas no campo da saúde e nas diferentes dimensões do sistema de saúde, envolvem inúmeros interesses e mobilizam diversos atores e instituições. Atualmente, o debate sobre as relações entre o Estado e o Mercado, que ocorre no campo da saúde no Brasil, emerge sob diferentes perspectivas e abarca aspectos como a contratação de serviços privados pelo setor público; a assistência médico-hospitalar privada (Bahia, 2014); efeitos dos seguros privados em sistemas de saúde universais (Santos, 2011); isenções fiscais para planos privados de saúde; recursos da saúde utilizados sob critérios políticos particulares e não por fatores técnicos e demandas sócio sanitárias.

Com o objetivo de investigar os diferentes fatores que vêm facilitando a captura das políticas de saúde pelas elites -em detrimento do fortalecimento do SUS- o estudo envolverá recursos metodológicos tal como a revisão bibliográfica e a análise de dados secundários.

A revisão bibliográfica compreendeu o levantamento e a análise de estudos sobre: conformação das elites políticas e econômicas no Brasil; o sistema político brasileiro; o papel do Estado na conformação das políticas sociais; a atuação da iniciativa privada no setor da saúde no Brasil.

Por sua vez, na análise de dados secundários explorou-se a participação do setor privado no setor da saúde por região entre 2007 e 2017. O exame desse período teve como intuito compreender de que forma “a preservação de arranjos político- institucionais e financeiros de suporte público aos serviços privados e empresas de planos de saúde” (Bahia, 2006, 1) está competindo com a implementação do direito universal à saúde. Para tal, foram condensadas informações referentes à atuação de

seguros de saúde privados no Brasil (cobertura e isenções fiscais dadas aos gastos em saúde, gasto público em saúde).

2. **Desenvolvimento.**

Nesta seção discutiremos os quatro mecanismos identificados como os mais relevantes para a análise da estrutura estatal em que tem se delineado políticas legislativas e econômicas, privilegiando os empresários. Vale destacar que esse sistema de cooptação configura uma relação virtuosa em que, tanto a elite política utiliza instrumentos de captura das elites econômicas, quanto fazem uso de instrumentos para obter vantagens por meio de ligações com políticos.

Ademais, para fins de análise do presente estudo, o conceito de elite utilizado é baseado na definição do sociólogo Charles Wright Mills em que afirma que tal conceito está diretamente ligado à tomada de decisões envolvendo grandes consequências. O autor segue a lógica de que a elite seria conformada por uma minoria no poder -denominada pelo autor como homens que transcendem o ambiente comum- e que ocupam postos de comando estratégico na estrutura social concentrando poder e riqueza. Para o autor:

“A elite do poder é composta de homens cuja posição lhes permite transcender o ambiente comum dos homens comuns e tomar decisões de grandes consequências. Se tomam ou não tais decisões é menos importante do que o fato de ocuparem postos tão fundamentais: se deixam de agir, de decidir, isso em si constitui frequentemente um ato de maiores consequências do que as decisões que tomam. Pois comandam as principais hierarquias e organizações da sociedade moderna. Governam as grandes companhias. Governam a máquina do Estado e reivindicam suas prerrogativas. Dirigem a organização militar. Ocupam os postos de comando estratégico da estrutura social, no qual centralizam atualmente os meios efetivos do poder e a riqueza e a celebridade que proporcionam” (Mills, 1962, 14).

Entretanto, é importante assinalar que a captura dos bens e recursos públicos pelas elites não se restringe à saúde, é uma característica

histórica e estrutural do Brasil. A forte expressão do patrimonialismo no Estado brasileiro imprime uma maneira peculiar de administrar o país, Raymundo Faoro conceitua:

“O patrimonialismo, organização política básica, fecha-se sobre si próprio com o estamento, de caráter marcadamente burocrático. Burocracia não no sentido moderno, como aparelhamento racional, mas de apropriação do cargo – o cargo carregado de poder próprio, articulado com o príncipe, sem a anulação da esfera própria de competência. O Estado ainda não é uma pirâmide autoritária, mas um feixe de cargos, reunidos por coordenação com respeito à aristocracia dos subordinados” (Faoro, 2001, 102-103).

Portanto, é possível identificar fortes características patrimonialistas na cultura política brasileira, principalmente no que concerne à condução das políticas sociais no país. Identificamos a seguir quatro mecanismos que têm sido utilizados nessas relações de mútuo beneficiamento entre a classe política e a classe econômica e que, conseqüentemente, discutiremos suas implicações e desdobramentos nos itens subseqüentes.

2.1. Entre o econômico e o político: As renúncias fiscais no setor saúde

A análise dos mecanismos de cooptação em que elites políticas se utilizam da burocracia estatal para privilegiar determinados grupos econômicos no setor saúde (ou vice e versa), chama a atenção dos eixos centrais da pesquisa, anteriormente destacado.

O primeiro eixo de análise é o modelo econômico, historicamente imposto ao Brasil na divisão internacional do trabalho capitalista, como fator determinante para a adoção e efetivação de um sistema de proteção social mais abrangente e o peso dado à decisão política dentro dessa lógica. O segundo eixo está ligado às relações estabelecidas entre capitalismo e o Estado, ou o modelo de Estado adotado pelos governos brasileiros, principalmente a partir do marco da cidadania, com a promulgação da Constituição de 1988.

Francisco de Oliveira (2013) em seu livro *Crítica à razão dualista* caracteriza a situação de subdesenvolvimento econômico do Brasil e dos

países da América Latina, não como uma etapa anterior ao processo de desenvolvimento ou nas palavras do autor: “[não é] como se estivesse inscrita numa cadeia de evolução que começava no mundo primitivo até alcançar, por meio de estágios sucessivos, o pleno desenvolvimento”. Destarte, o autor descreve o subdesenvolvimento brasileiro e latinoamericano como uma ‘singularidade histórica’, ou seja, nas palavras de Oliveira (2017, 127):

“[...] antes tratou-se de uma singularidade histórica, a forma do desenvolvimento capitalista nas ex-colônias transformadas em periferias, cuja função histórica era fornecer elementos para a acumulação de capital no centro. Essa relação, que permaneceu apesar de intensas transformações, impediu-a precisamente de ‘evoluir’ para estágios superiores da acumulação capitalista; vale dizer, para igualar-se ao centro dinâmico, conquanto lhe injetou reiteradamente elementos de atualização”.

Nessa perspectiva existe uma articulação entre a economia subdesenvolvida e a política, e esta última, no contexto brasileiro, desempenha um papel estruturante. O autor cita como um exemplo da imbricação entre o político e o econômico em nossa história, o ocorrido na crise de superprodução do café no ano de 1930. Na ocasião, diante de uma grande oferta e baixa procura do produto, o governo de Getúlio Vargas implementou uma série de medidas que visavam conter a crise, uma delas foi a emblemática compra efetuada pelo governo federal, durante toda a década de 1930, do excedente produzido pelos cafeicultores brasileiros. O governo comprou o excedente do produto e queimou-o como tentativa de reduzir a crise gerada pela superprodução. Assim, essa passagem da história nos indica a existência do imbricamento entre a política e a economia no Brasil, e, neste caso, a política interferindo diretamente na economia (Oliveira, 2017, 135).

Este imbricamento entre o político e econômico fica muito evidente quando o Estado brasileiro adota um modelo econômico de privilegiamento do mercado financeiro. Machado (2017, 33) argumenta que foi a partir do ano de 1999 que se adotou no Brasil uma política macroeconômica apoiada no tripé: superávit primário, metas de inflação e câmbio flutuante. Isto é, foram medidas adotadas para privilegiar o mercado financeiro, mas que já vinha em processo de expansão desde o início da década.

Assim, o efeito de uma decisão política determina se a economia será direcionada para os interesses do mercado, o que certamente fragiliza a destinação de recursos para compor o fundo público de financiamento das políticas sociais e, conseqüentemente, fortalecem mecanismos de mercantilização, por exemplo, do Sistema Único de Saúde (SUS). Nas palavras de Machado (2017, 15):

“[...] os processos de acumulação de riqueza no capitalismo contemporâneo, ligados ao capital portador de juros, promovem a intensificação da atividade rentista/especulativa sob a forma de fundos de pensão, fundos coletivos de aplicação, as sociedades de seguro, os fundos *hedge* e outros; que tendem a influenciar a maneira em que o Estado articula as políticas fiscais, monetárias e cambiais”.

Vale destacar que o SUS é financiado por meio do pagamento de impostos e contribuições sociais e o que se observa com frequência no Brasil é que, por conta da adoção de uma política econômica de privilegiamento do mercado, o Estado se apropria dos recursos da Seguridade Social e o direciona para outras áreas que julga prioritária.

Em suma, um dos fatores que promove o desfinanciamento das políticas sociais de modo geral, inclusive do Sistema Único de Saúde, está ligado à política econômica adotada pelo Estado. Salvador (2017, 17) faz uma ponderação importante a esse respeito. O autor afirma que o fundo público tem sido utilizado como fonte de recursos de investimento, subsídios, desonerações tributárias e a redução da base tributária de renda, com a finalidade de reprodução do capital. E, um dos mecanismos importantes dentro dessa lógica econômica diz respeito à DRU⁵ (Desvinculação

⁵ Em 1994, no governo de Itamar Franco, foi criado o chamado Fundo Social de Emergência (FSE), e foi por meio desse mecanismo que o governo brasileiro cumpriu a determinação de organismos internacionais como o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial de implementar ajustes fiscais com o intuito de gerar superávit primário. Cabe assinalar que no governo de Fernando Henrique Cardoso no ano 2000 o FSE passa a ser chamado de Desvinculação das Receitas da União (DRU). Assim como nos dois governos de Fernando Henrique Cardoso, os governos de Lula e Dilma também se utilizaram desse mecanismo e o renovaram sucessivamente. Em 2016, já no governo de Michel Temer, a DRU foi renovada mais uma vez, porém com algumas mudanças importantes. Cabe destacar que ficou determinado pela proposta de emenda constitucional (PEC 31/2016) que a DRU valerá até o ano de 2023 e seu percentual foi ampliado para 30%. Salvador (2017, 17) faz uma ponderação importante com relação a DRU. O autor afirma que o fundo público tem sido utilizado como fonte de recursos de investimento, subsídios, desonerações tributárias e para redução da base tributária de renda, com a finalidade de reprodução do capital.

das Receitas da União). A DRU permite a desvinculação de recursos de qualquer fundo público (mesmo os provenientes das contribuições sociais) para qualquer área ou setor econômico do país. Na análise de Machado (2017, 18):

“[...] sob a égide do capital portador de juros, os recursos desvinculados têm arcado com o ônus da dívida pública brasileira. Nessa perspectiva, pode-se presumir que as políticas econômicas brasileiras, no capitalismo contemporâneo, desempenham um papel político que garantem a reprodução do capital”.

Na lógica econômica de privilegiamento do mercado financeiro, que vem sendo adotada de forma geral pelos governos no Brasil, fica evidente os mecanismos que beneficiam diretamente a elite econômica. Da mesma maneira que a DRU é um instrumento utilizado pela elite política dirigente do país para atender as demandas do mercado, o sistema tributário brasileiro está estruturado para privilegiar os mais ricos em detrimento aos mais pobres.

Prova disso aparece no relatório divulgado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) no ano corrente (2017) que coloca o Brasil como o 10º país com maior desigualdade de renda do planeta, ficando atrás da Albânia, Geórgia e Azerbaijão (PNUD, 2016).

O sistema tributário brasileiro, com a sua característica regressiva, é um dos principais condicionantes da desigualdade social do país (Piketty, 2017). Logo, tal sistema não é capaz de promover a redistribuição de renda, mas, ao contrário, age como mecanismo concentrador de riqueza. Em um estudo realizado por Vasconcelos (2002) o autor detalha e expõe os efeitos da estrutura tributária brasileira em relação ao seu potencial de aumentar a desigualdade.

“Essa posição de destaque [o Brasil como um dos 10 países mais desiguais do mundo] deve-se principalmente a uma política tributária voltada única e exclusivamente para incrementar o “caixa” governamental, sem qualquer atenção para a função precípua do tributo de promover a distribuição da renda nacional. Desta forma, os impostos regressivos - menor custo de administração - assumiram desmedida significância, onerando todas as pessoas -

pobres e de forma equânime, em detrimento dos impostos mais justos, chamados progressivos - como o Imposto de Renda - que oneram mais do que proporcionalmente os ricos” (Vasconcelos, 2002, 68).

O fato da estrutura tributária no Brasil ser regressiva - os impostos impactarem mais sobre a renda dos mais pobres - porque a maior carga tributária está sobre o consumo- faz com que a desigualdade social no país se acentue progressivamente. Segundo Vasconcelos (2002, 17): “Entende-se que existe [no Brasil] uma correlação de forças políticas que se manifestam na determinação dos impostos diretos e indiretos”.

Dessa forma, apesar de termos uma estrutura de Imposto de Renda (IR) que segue uma lógica de justiça fiscal, pois, existem alíquotas estratificadas por faixas de renda, o IR não tem uma significância desejada na estrutura tributária nacional. Para Vasconcelos (2002, 18), a reforma tributária ideal deveria contemplar o aumento da participação do imposto de renda com relação ao montante da carga tributária no país de modo a promover uma maior justiça fiscal.

Ainda dentro da lógica de tributação, no Brasil -que existe no país desde o Código tributário de 1966- foi adotado o esquema de renúncia fiscal ou gasto tributário como mecanismo de financiamento indireto do setor privado de saúde. De acordo com Ocké-Reis e Gama (2016, 6):

“[...] tal renúncia de arrecadação fiscal pode ser definida enquanto uma transferência de recursos públicos realizada mediante a redução da obrigação tributária dos contribuintes. Assegurados na legislação, tais gastos dão um tratamento favorável a uma determinada atividade ou para determinados contribuintes. Ao reduzir a carga tributária direta ou indiretamente, acaba se criando uma brecha no sistema tributário de referência com a finalidade de alcançar certos objetivos de política econômica ou social”.

Entretanto, tem-se discutido a eficiência desse mecanismo em relação à garantia do acesso a saúde e medicamentos para a população. Ao compararmos o montante entre gasto público e privado percebemos

que o último ainda é muito elevado no país. De acordo com o estudo de Machado (2017, 62) em 2014 os gastos privados em saúde foram de 53,96%, enquanto que os gastos públicos representaram 46,04%. Logo, para o autor, a problemática expressa por esse resultado é a falta de prioridade política dos governos (desde a criação do SUS) em garantir o seu financiamento efetivo. Machado (2017, 47) argumenta ainda que:

“[...] a exploração do trabalho, aliada à ‘exploração tributária’, gera uma dupla exploração dos cidadãos brasileiros à saúde. Esta dupla (ou até tripla) prestação ocorre via impostos, contribuições sociais e desembolso direto (*out-of-pocket*) para acessar os serviços de saúde”.

Ao detalharmos os gastos privados em saúde detectamos que o dispêndio para o consumo de remédios e a compra de seguros de saúde é responsável por 80% dos gastos do orçamento familiar. Esse dado nos indica que a ‘exploração tributária’ posta em marcha pelo Estado brasileiro gera um peso muito maior na renda dos trabalhadores e das famílias de baixa renda, que muitas vezes não são capazes de usufruir da renúncia fiscal na saúde, cujo objetivo seria reduzir o ônus financeiro gerado pelos gastos privados em serviços e bens de saúde. (Miotto *et al*, 2017, 62).

Mas, afinal, qual a soma do gasto tributário em saúde investido pelo Estado brasileiro? Será que de fato este mecanismo tem tido efeitos satisfatórios no que tange a ampliação do acesso aos serviços de saúde ou o seu efeito tem sido maior no sentido de beneficiar determinados setores empresariais?

Ocké-Reis e Gama (2016) realizaram um estudo intitulado *Radiografia do Gasto Tributário em Saúde* entre 2003 e 2013 pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) em que nos mostra o quanto o Estado brasileiro tem deixado de arrecadar por meio de isenções, desonerações e deduções tributárias. O estudo ilumina os efeitos da adoção de um mecanismo legal no qual o Estado vem se utilizando e aponta o quanto o mesmo tem deixado de investir os recursos diretamente no setor saúde.

Assim sendo, o gasto tributário em saúde pode ser distribuído em seis componentes:

Quadro 1: Gastos tributários com saúde no Brasil (IRPF e IRPJ), 2017.

Imposto	Lei	Objetivo	Despesas privadas com
1) Imposto de Renda das Pessoas Físicas (IRPF).	9.250/95, art. 8°.	Redução da base de cálculo do imposto devido. Assim, apura-se um imposto menor a pagar.	Planos de saúde, hospitais, clínicas, exames laboratoriais, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, isioterapeutas, psicólogos, dentistas e médicas.
2) Imposto de Renda das Pessoas Jurídicas (IRPJ).	9.249/95, art. 13, V.	Redução da base de cálculo do imposto devido. Assim, apura-se um imposto menor a pagar.	Assistência médica, odontológica e farmacêutica fornecida aos trabalhadores.

Fonte: Machado (2017, 26).

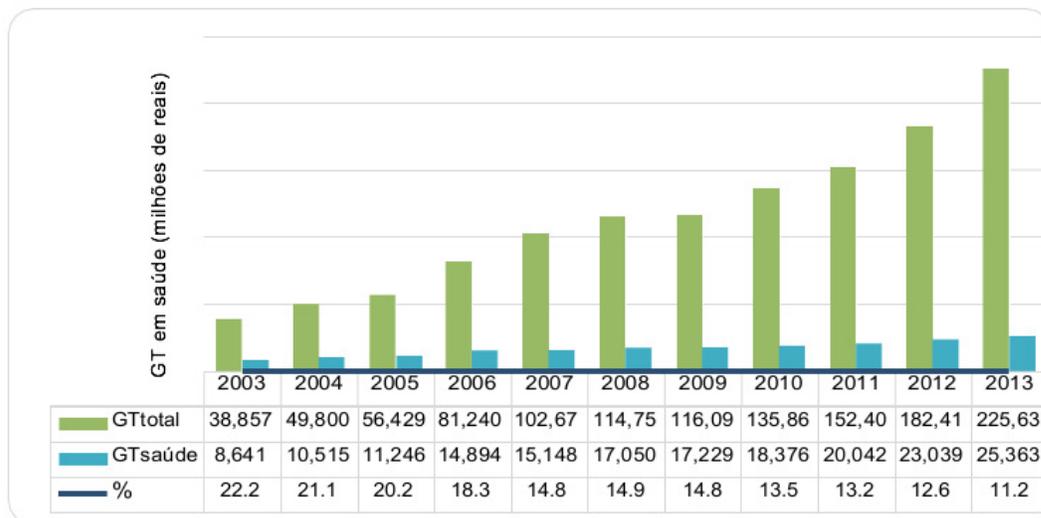
Quadro 2: Gastos tributários com saúde no Brasil (desoneração, isenção e alíquota zero), 2017.

Desoneração ¹ , alíquota Zero ² e isenção ³	Lei	Objetivo
3) ¹ Contribuição dos Programas de Integração Social (PIS/Pasep) e Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social-Cofins para a produção de medicamentos.	Lei de 10.147/00.	Diminuir a tributação sobre a produção, comercialização de medicamentos, importação, industrialização e venda e varejo nas farmácias.
4) Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica-Pronon / Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência, Pronas-PCD.	Lei 12.715/12, art. 1º ao 14º; Lei 12.844/13, art. 28º.	Dedução de até 1% do imposto devido de pessoas físicas ou jurídicas que fizeram doações ou patrocínios em favor de projetos de atenção oncológica e de atenção aos deficientes.
5) ² PIS/Cofins para produtos farmacêuticos e produtos químicos intermediários de síntese.	Lei 10.637/02, art. 2º, § 3º; Lei 10.833/03, art. 2º, § 3º; Lei 10.865/04, art. 8º, § 11; Decreto 6.426/08).	Diminuir a tributação sobre a importação ou receita de vendas dos produtos farmacêuticos e produtos químicos intermediários de sínteses, listados em regulamento.
6) ³ IRPJ / CSLL- Contribuição Social sobre o Lucro Líquido, Cofins e Contribuição Previdenciária Patronal (CPP) para os hospitais filantrópicos.	Art. 150, VI, “c” e art. 195º, § 7º; Lei 9.532/97, art. 12 e art. 15º; MP 2.158-35/01, art. 14, X; Lei 12.101/09; Decreto 8.242/14.	Diminuir a tributação dos hospitais filantrópicos. Para fazer jus, devem ofertar 60% de prestação de serviços aos SUS.

Fonte: Elaboração própria a partir de Machado (2017, 28).

Inicialmente Ocké-Reis e Gama (2016, 21) especificam o percentual destinado à saúde dentro do montante total do gasto tributário no período compreendido entre 2003 e 2013. Na tabela 01 é possível perceber que ao longo do período houve um decréscimo quanto à participação do gasto em saúde, que em 2003 respondia por 22,2% e no final do período analisado respondia por 11,2%. Porém, os autores explicam que essa diminuição é devido ao aumento das desonerações fiscais e previdenciárias promovidos pelo governo federal a partir de 2006.

Gráfico 1: Participação percentual do gasto tributário total e gasto tributário em saúde de 2003 a 2013, em milhões.



Fonte: Elaboração própria a partir de Ocké-Reis e Gama (2016).

A proporção do total de gasto em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) dentro do montante de gastos tributários se manteve estável durante o período analisado. Entretanto, em 2006 esse percentual atingiu 36,6%. Os autores destacam que tal número foi puxado pela magnitude da renúncia de medicamentos e produtos químicos. Outro ponto a ser destacado é que o valor da renúncia caiu, no período entre 2009 e 2012 por causa do aumento do gasto direto em saúde. Os autores afirmam que o gasto tributário no período analisado (de 2003 a 2013) foi elevado, o total subsidiado pelo governo, a preços médios, foi de 230 bilhões de reais.

A tabela 3 nos traz a informação de que o gasto do Ministério da Saúde cresceu, em relação ao PIB, de 1,33% em 2003 para 1,61% em 2013. A mesma tendência de crescimento, mas em menor proporção, também pode ser observada com relação ao gasto tributário, de 0,42% para 0,49% do PIB no período compreendido entre 2003 e 2013. Entretanto Ocké-Reis e Gama destacam a descontinuidade nessa trajetória de crescimento no ano de 2013, ou seja, o PIB cresceu, mas em contrapartida, o montante de subsídio permaneceu estável, enquanto despesas com ASPS diminuiu em relação ao PIB. Os autores afirmam que essa constatação é preocupante, pois, apesar de o governo ter aplicado direta e indiretamente 104,4 bilhões de reais na saúde, houve essa diminuição nas despesas com ASPS.

Gráfico 1: Participação percentual do gasto tributário total e gasto tributário em saúde de 2003 a 2013, em milhões.

Ano	PIB ²	Ministério da Saúde (MS) ³	MS/ PIB	GT em Saúde	GT/PIB	GFT ⁴ em Saúde	GFT/ PIB
	R\$ milhões	R\$ milhões		R\$ milhões		R\$ milhões	
2003	3.505.393	46.469	1,33%	14.772	0,42%	61.241	1,75%
2004	3.703.824	52.449	1,42%	16.864	0,46%	69.313	1,87%
2005	3.820.452	55.449	1,46%	17.147	0,45%	72.892	1,91%
2006	3.973.246	58.698	1,48%	21.545	0,54%	80.153	2,02%
2007	4.211.871	61.576	1,46%	21.054	0,50%	82.629	1,96%
2008	4.423.277	64.009	1,45%	22.243	0,51%	86.432	1,95%
2009	4.412.837	73.063	1,66%	21.603	0,49%	94.666	2,15%
2010	4.476.986	73.969	1,56%	21.936	0,46%	95.505	2,02%
2011	4.932.889	80.971	1,64%	22.436	0,45%	103.447	2,10%
2012	5.019.838	85.030	1,69%	22.448	0,49%	109.449	2,18%
2013	5.157.569	85.053	1,61%	25.363	0,49%	108.416	2,10%

Fonte: Elaboração própria, a partir de Ocké-Reis e Gama (2016) com base no IBGE, MS e RFB/Ceat
Elaboração: Diest/lpeaNotas:

¹Deflacionados pelo IPCA médio – Índice Nacional de Preços do Consumidor, do IBGE

² PIB (deflator implícito), do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)

³ Despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde, em conformidade com a Lei Complementar nº 141, que argumentou a Emenda Constitucional

Gasto total: soma dos gastos diretos (Ministério da Saúde) e indiretos (Gasto tributário em Saúde) em saúde.

Ocké-Reis e Gama (2016, 24) destacam ainda para o fato de que as famílias foram as mais favorecidas na distribuição do gasto tributário em saúde. Houve uma diminuição em sua participação ao longo do período analisado, mas se beneficiaram com mais de 1/3 do gasto em 2013 (37,8%). No que tange à oferta de serviços de saúde, os hospitais filantrópicos foram os mais privilegiados. Em 2003 receberam 30,2% dos subsídios, embora esse percentual tenha caído e oscilado durante todo o período analisado, voltando a crescer nos últimos anos, alcançando um patamar de 29%. Os medicamentos e os produtos químicos também apresentaram uma participação muito significativa, de 18,1%, em média do período, atingindo 26,6% em 2006. E, por fim, a menor participação percentual (13,6%), são as pessoas jurídicas, porém, os autores ressaltam que houve um crescimento expressivo.

No interior dos gastos tributários em saúde, os subsídios cresceram 50% para as pessoas físicas, e alcançou 9,5 bilhões em 2013. Os autores destacam que os empregadores (IRPJ) passaram a renunciar mais do que o dobro de recursos da saúde, passando de R\$ 1,1 bilhões em 2003 para R\$ 4 bilhões em 2013. O maior crescimento do gasto tributário ficou com a indústria de medicamentos e produtos químicos que aumentou quase uma vez e meia chegando a R\$ 4,3 bilhões em 2013. O dado que também merece destaque é o que se refere ao montante da renúncia fiscal e previdenciária dos hospitais filantrópicos, que subiu de R\$ 2,6 bilhões em 2003 para R\$ 7,4 bilhões em 2013.

Os resultados apresentados pela pesquisa de Ocké-Reis e Gama (2016) nos revelam o total de recursos que o Estado tem deixado de arrecadar por conta do mecanismo de renúncia fiscal que, por sinal, tem ganhado cada vez mais importância dentre outros meios de se financiar a saúde, como o gasto direto por exemplo. Destaca-se ainda que os instrumentos legais que legitimam o desfinanciamento de políticas sociais (a DRU), em especial, o SUS são apresentados como um perverso mecanismo de privilegiamento do mercado financeiro, o que impede um investimento maior no setor saúde, pois capta recursos dos fundos públicos para o pagamento dos juros da dívida.

Alguns autores, em prol da saúde pública, (Paim 2013, 1993; Ocké- Reis, 2016, 2) afirmam que “os maiores desafios do SUS são políticos, pois supõem a garantia do financiamento do subsistema público, a redefinição da articulação público-privada e a redução das desigualdades de renda, poder e saúde”.

Assim, retoma-se a questão de debate inicial desta seção: a imbricação entre o político e o econômico. O setor saúde no Brasil tem funcionado como espaço de barganha entre elites políticas e elites econômicas o que vem à tona quando se verifica o montante de recursos disponibilizados por grandes operadoras de seguro saúde para o financiamento de campanhas eleitorais, assunto que discutiremos na próxima seção.

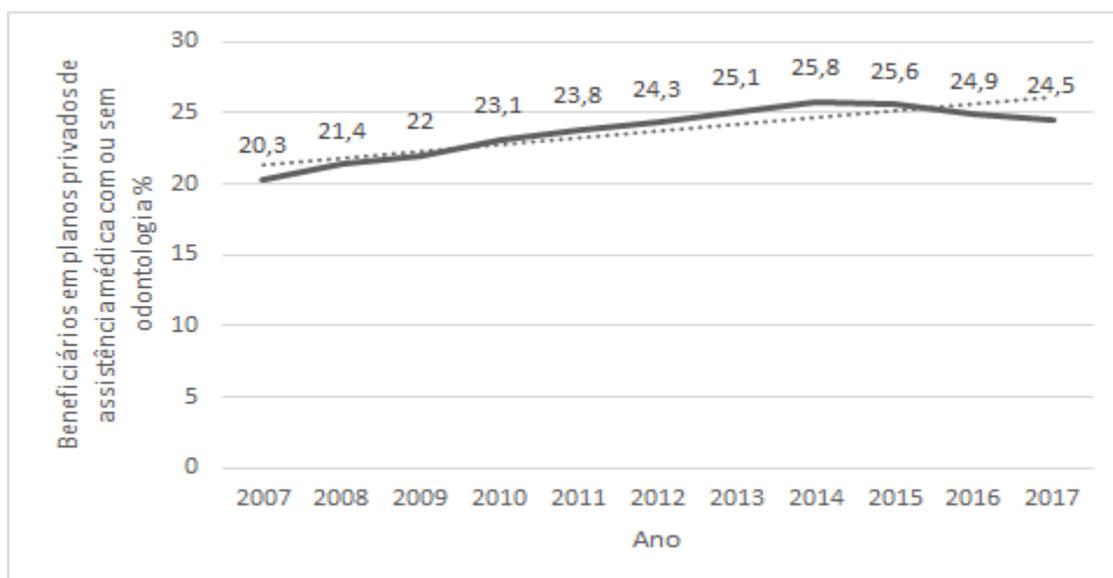
2.2. A saúde suplementar no Brasil

A mesma Constituição que reconheceu o direito universal à saúde e instituiu o SUS como um sistema universal e gratuito, financiado por impostos gerais, ofereceu à iniciativa privada a livre atuação na assistência, de forma complementar e suplementar ao SUS mediante

contratação ou convênio. Ainda que a Constituição tenha representado um avanço significativo no reconhecimento e na institucionalização da saúde como direito no Brasil, ela foi determinante para a formação de um sistema de saúde segmentado entre usuários do SUS e aqueles que também são cobertos pelo seguros privados de saúde, muitas vezes vinculados à inserção do cidadão no mercado de trabalho. De acordo com Menicucci (2007, 233), a “consolidação de um modelo [de saúde] dual, revela a face de continuidade que caracteriza o padrão de assistência vigente, expressão da própria trajetória da política de saúde” no Brasil.

A assistência médica privada no Brasil, segundo classificação de Mendes (2001), é composta por dois subsistemas: 1) O de desembolso direto, caracterizado pelo pagamento por indivíduos e famílias diretamente aos serviços de saúde; e, 2) A assistência supletiva, que, de acordo com Menicucci (2007, 107), por sua vez, é composta por “medicina de grupo; seguro-saúde; cooperativas médicas; sistemas próprios de empresas (os sistemas de autogestão); e planos de administração”.

Gráfico 2: Beneficiários de planos privados de assistência médica. Brasil, 2007 a 2017.



Fonte: Elaboração própria. ANS (2017).

Segundo dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), em março de 2017, 24,5% da população brasileira era coberta por alguma modalidade de seguros privados de saúde (ANS, 2017). E, a despeito da existência de um sistema público universal, a maior parte do gasto em saúde no Brasil é privada. Se considerarmos o gasto tributário decorrente

da dedução fiscal pelos gastos privados com saúde (descritos no Quadro 1), as despesas com seguros privados de saúde além contribuírem para a ampliação do mercado de seguros de saúde no Brasil ao incentivar o processo de mercantilização da saúde e acarretam na redução da arrecadação pública.

Além da isenção fiscal com gastos em saúde, outra característica do sistema é a existência da cobertura duplicada que configura um ponto de agravamento das desigualdades de acesso aos serviços de saúde. A análise da utilização de serviços do SUS realizada por Santos *et al* (2008) demonstrou que, entre os pacientes internados no ano de 2003 pelo SUS, 6,7% possuíam planos de saúde privados. A utilização desses serviços por pacientes com seguro de saúde era ainda maior no que se refere aos procedimentos de alto custo/complexidade, chegando a 11,6% do total dos procedimentos SUS.

Para Menicucci (2007, 235) é preciso considerar “a dimensão política” da expansão e consolidação do setor privado de saúde no Brasil, uma vez que “a ação dos atores previamente constituídos no decorrer do desenvolvimento da assistência à saúde privada a partir dos anos de 1960 foi determinante para o estabelecimento do padrão de assistência vigente”. E, também, para manutenção e aprofundamento dos interesses e ganhos dos setores empresariais da saúde, mesmo após a criação do SUS. De acordo com a autora (2007, 317), “os segmentos empresariais da saúde constituíram organizações de interesses e conseguiram concentrar recursos políticos que lhes permitiram obter significativa influência nos processos decisórios subseqüentes”.

Atualmente, uma estratégia utilizada pelos seguros privados de saúde para influenciar a agenda da elite política é o financiamento de campanha de candidatos a cargos eletivos no país. Em uma pesquisa que avaliou o apoio financeiro de seguradoras de saúde no ano de 2010, Scheffer e Bahia (2010, 2) identificaram que durante as eleições os planos de saúde contribuíram para eleger “38 Deputados federais, 26 Deputados estaduais, além de cinco governadores e a presidente da República”. De acordo com os autores, é possível sugerir que esses Deputados eleitos, financiados em parte por empresas de seguros de saúde, comporiam, a princípio, “a bancada da saúde suplementar”. Ainda que não seja possível estabelecer uma relação direta entre o financiamento de campanha e a atuação no Legislativo ou no Executivo, os autores apontam que é possível intuir que a doação pode ter relação com troca de favores ou compromissos

anteriores dos candidatos favorecidos com as pautas do setor, que podem incluir apresentação de projetos de lei em defesa dos planos ou contrários ao endurecimento da regulação, votação no que se refere a aspectos tributários; ações de desvalorização e enfraquecimento do SUS e influência na contratação, pelo serviço público, da saúde suplementar (Scheffer e Bahia, 2010, 23).

A constatação de doações de empresas do setor privado aos candidatos e o seu crescimento nos últimos anos, também evidenciados nesta pesquisa, por si só, já apresenta indícios da influência econômica na definição das políticas de saúde. Scheffer e Bahia (2010) ressaltam ainda a necessidade de estudos que identifiquem a interferência de interesses privados nos cargos políticos e de outras análises acerca dos mecanismos utilizados nesse processo, tais como o financiamento de campanha e o lobby realizado pelas empresas do setor que, potencialmente, segue no sentido contrário aos interesses sociais.

2.3. A atuação do setor privado de saúde no Sistema Único de Saúde

Outro aspecto da apropriação privada de bens e recursos de saúde e que também é consequência da construção de um sistema nacional de saúde estruturado com elementos “de uma base fortemente privatizada” (Santos *et al*, 2008, 1433), é a dependência do SUS da compra de serviços de prestadores privados para a oferta pública da assistência de média e alta complexidade. Essa face da “imbricação” entre o público e o privado aprofunda as desigualdades na oferta e no acesso aos serviços de saúde no Brasil.

Atualmente, a maior parte dos leitos de internação e serviços de média e alta complexidade, sobretudo os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, que prestam serviços ao SUS são de prestadores privados (Rodrigues, 2014). De acordo com última pesquisa de Assistência Médico-Sanitária do IBGE, de 2009, 59% dos estabelecimentos com internação, 65% dos leitos do país e 90,8% dos serviços de Serviços de Apoio à Diagnose e Terapia são privados. E, dos 314.970 leitos disponíveis para SUS, também em 2009, 53% (16.793) eram em estabelecimentos privados de saúde. Ou seja, o serviço privado não exerce um papel complementar na oferta de serviços de saúde do sistema público tal como preconizado pela Constituição Federal, mas desempenha um papel

central na atenção à saúde. Ainda de acordo com a pesquisa em 2009, 90,6% dos estabelecimentos privados de saúde tinham fins lucrativos, sendo que o SUS representava a fonte de financiamento mais frequente entre os estabelecimentos de saúde no Brasil (IBGE, 2009, 27).

Estudo publicado por Santos *et al* (2008), identificou que a oferta de leitos e de equipamentos de média e alta complexidade, excetuando hemodiálises, disponível para a população coberta por seguros de saúde era significativamente maior do que a ofertada pelo SUS. O predomínio dos prestadores privados representa um importante fluxo financeiro da esfera pública para a privada. A esse quadro soma-se a um padrão de alocação de recursos que atua como um forte incentivo para a manutenção de determinados padrões de acesso e assistência, caracterizado por uma distribuição desigual dos serviços no território. O modelo de alocação de recursos adotado inicialmente pelo SUS, de acordo com Ugá *et al* (2003), favoreceu a manutenção dos padrões de distribuição dos serviços de diagnóstico e hospitalares no território, uma vez que o financiamento ocorria de acordo com a capacidade instalada (alocação por procedimento). Nas cidades consideradas médias -com mais de 100 mil habitantes- e nos grandes centros urbanos, maior parte do acesso à capacidade instalada é composta pela iniciativa privada. Isso sugere que tal modelo de repasse financeiro contribui para que esses locais concentrem maior oferta de serviços privados e oferta de seguros de saúde, inclusive.

A distribuição dos recursos físicos e humanos de saúde no território acaba, então, por seguir um padrão vinculado ao mercado e às possibilidades de maior rendimento e não a critérios sanitários. A manutenção das iniquidades regionais também fica evidente na pesquisa do IBGE de 2009. Nesse ano, as regiões mais desprovidas de leitos por habitante eram as Regiões Norte (com 1,8 leitos por 1.000 habitantes) e Nordeste (com 2,0 leitos por 1.000 habitantes).

Figura 1: Taxa de cobertura dos planos privados no território brasileiro, 2016.



Fonte: ANS, 2017.

Cabe destacar que a constituição de uma ampla rede de serviços de saúde privados no Brasil tem origens anteriores à instituição do SUS. Na segunda metade da década de 60 houve a unificação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP), que foram estruturas criadas durante o primeiro governo Vargas (1930) com a finalidade de garantir as aposentadorias e pensões de cada categoria profissional e a prestação de serviços médicos. A união ocorreu através do decreto de lei 200 de 1967, e, deu origem ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Essa medida ocasionou na ampliação da cobertura de saúde aos trabalhadores urbanos com carteira assinada não assistida pelos antigos institutos gerando um aumento significativo na demanda por assistência médica.

Para Ocké-Reis, Adreazzi e Silveira (2006), este decreto sedimentou o início da institucionalização da participação privada na execução de programas e projetos sob responsabilidade do Estado. A opção política dos governos para atender a ampliação de cobertura da atenção médica previdenciária não foi por uma expansão da rede pública correspondente ao processo de inclusão de novos grupos sociais, mas sim, comprá-los da rede privada (Menicucci, 2007). Nesse sentido, a política pública voltada para a saúde incentivou o desenvolvimento do mercado privado de saúde, favorecendo o surgimento dos “grandes hospitais, com tecnologias modernas, a assistência torna-se mais cara, e o hospital, o principal ponto de referência para a busca de um atendimento em saúde” (Baptista, 2007, 38). Esse processo teve como efeito colateral uma progressiva e rápida expansão de convênios, empresas desenvolvidas com a justificativa de dar conta das lacunas deixadas pelo Estado, que não conseguiam suprir a necessidade de mais serviços e ações de saúde.

Essa reforma administrativa, implementada através do Decreto Lei nº 200/1967, introduziu uma série de medidas que visaram privilegiar a expansão do setor privado de prestação de serviços públicos de saúde (Luz, 1979, 58; Cordeiro, 1984, 56; Oliveira e Teixeira, 1986, 211). Ao longo do tempo, a estrutura do INPS foi modificada e em 1978 foi criado o Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), órgão que funcionou como intermediador dos repasses para a iniciativa privada.

Para Farias *et al* (2011), a manutenção de características do modelo de assistência à saúde desse período, no qual a oferta de serviços de saúde era garantida aos contribuintes do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) pela compra de serviços privados contratados e credenciados pagos combinado a um modelo de regulação centrado nos gastos, direcionou a assistência para uma lógica de produção de procedimentos de maior custo, favorecendo a criação de um parque hospitalar concentrado nos grandes centros, configurando um padrão de assistência “mercantil produtivista”. Ainda de acordo com os autores, esta lógica, foi de certa forma, transferida para o SUS e inclusive, em um primeiro momento, estendida a rede estatal (Farias *et al*, 2011, 1051).

A universalização do acesso à saúde significou um aumento expressivo da demanda por serviços de saúde ao incluir diversos segmentos populacionais, que não foi acompanhada por um aumento na capacidade

de regulação da ação do setor privado. Ainda de acordo com Farias *et al*, esse quadro sugere ocorreu um processo de “captura” da política de saúde por grupos de interesse, já que:

“Em quase vinte anos de história do SUS, o setor conveniado desenvolveu-se em um extraordinário contexto institucional de incipiente regulação, com incentivos fiscais e ausência de barreiras para o credenciamento. Grande parte desse setor foi incorporada automaticamente pelos compromissos assumidos e herdados dos grupos de interesses históricos que povoaram o INAMPS e a medicina previdenciária. Esse nítido descompasso não parece fruto dos efeitos não antecipados, mas sim da correlação de forças presentes na arena do setor saúde - espaço democrático - com participação plural e legitimada pelos preceitos constitucionais” (Farias *et al*, 2011, 1052).

Outro elemento, apontado pela literatura que contribui para essa baixa capacidade de regulação dos serviços privados pelo SUS, para a permanência de desigualdades e distorções no acesso aos serviços de saúde e que favorece a captura da política de saúde por elites econômicas e políticas locais é a adoção, na década de 1990, do processo de descentralização com base na municipalização como política para a implantação do SUS; a regionalização tardia e incompleta da assistência à saúde (Coelho, 2013; Rodrigues, 2014).

De acordo com Rodrigues (2014, 39), a municipalização da gestão dos serviços de saúde, “está associada às características de nosso sistema político-eleitoral, cujas origens remontam às câmaras locais da colônia, que asseguravam o controle do poder público local ao setor privado” e teve como principal consequência para a saúde, à dificuldade para organizar a rede de serviços em moldes regionais. A maioria dos municípios brasileiros é muito pequena em termos populacionais. De acordo com dados do IBGE de 2013, 69,2% dos municípios brasileiros têm menos de 20 mil habitantes. Esses municípios não possuem demanda suficiente e, tão pouco, viabilidade econômica para manter todos os níveis de atenção à saúde dentro de seus limites geográficos (Rodrigues, 2014).

A forte ingerência do poder político eleitoral, a competição entre as autoridades locais, e elementos históricos do sistema de poder

nos municípios brasileiros como o coronelismo, o mandonismo e o apadrinhamento (Baptista *et al*, 2012; Rodrigues, 2014; Santos e Rodrigues, 2014). Esses aspectos interferem nas decisões sobre a alocação de recursos, no planejamento regional e impedem o planejamento cooperativo entre os municípios.

Às características da distribuição dos serviços de saúde no território, somam-se ao domínio dos poderes políticos econômicos locais. Estudo sobre o encaminhamento de pacientes de pequenos municípios para serviços de saúde de Média ou Alta Complexidade, realizado por Santos e Rodrigues (2014), identificou que as elites políticas regionais interferem no encaminhamento e no acesso dos moradores de pequenos municípios para esses serviços condicionando o acesso aos serviços de média e alta complexidade às lógicas do mandonismo, clientelismo e patrimonialismo, em detrimento a universalidade do direito à saúde.

A gestão do acesso se dá por critérios políticos eleitorais e não por critérios clínicos, epidemiológicos e sociais, ou seja, de forma diretamente contrária ao princípio da equidade. Os autores afirmam que se trata do predomínio de uma gramática clientelista, que sobrepõe os interesses oligárquicos e privados aos interesses públicos.

2.4. Emendas parlamentares e captação pelas elites

Outra forma de captura das políticas de saúde pelas elites políticas é a transferência intergovernamental de recursos orçamentários via emendas parlamentares.

A Emenda Parlamentar (EP) é um instrumento que os parlamentares utilizam para poder participar da elaboração do orçamento anual da União. A partir de solicitações, transferências intergovernamentais são feitas a parlamentares, bancadas ou comissões para que estes possam atender as demandas das comunidades que representam. De acordo com Sodré e Alves (2010), “trata-se de despesas federais: (i) não-vinculadas, ou seja, de finalidade não previamente determinada; (ii) extraordinárias, ou seja, que não constituem um fluxo contínuo e; (iii) voluntárias ou negociáveis, discricionárias”.

Até 2015, os parlamentares propunham as emendas, mas a decisão de liberar ou não os recursos eram exclusivos do governo federal. Contudo, a partir da Emenda Constitucional 86 (PEC do Orçamento Impositivo)

tornou-se obrigatória a vinculação e execução das emendas ao orçamento federal (cerca de 1,2% da receita corrente líquida do ano anterior). Cada parlamentar pode fazer até vinte e cinco (25) emendas individuais diferentes. Há também regras específicas sobre a apresentação de tais emendas, como por exemplo, identificar entidade beneficiária que receberá os recursos, assim como as metas que essa entidade deverá cumprir, demonstrando sua compatibilidade com o valor da verba fixada na emenda⁶.

Desenvolvida no âmbito da Constituição Federal de 1988, a institucionalização das emendas visa, pelo menos no plano legal, aprimorar o direcionamento dos recursos, que seriam feitas -através dos parlamentares- de acordo com as demandas sociais locais. O acesso a esses recursos orçamentários passa a ter um papel expressivo na atuação e trajetória eleitoral dos Deputados (Baptista *et al*, 2012).

Todavia, estudos denotam a permissividade e perenidade desse mecanismo à troca de favores entre os poderes Executivos e Legislativos federais em detrimento do interesse público, atrelada a vieses econômicos e manipulados por fraudes e políticas clientelistas. Para Mesquita *et al* (2014, 85), as emendas “possibilitariam aos candidatos/ parlamentares a implementação de políticas distributivistas, beneficiando seu eleitorado que, em troca, lhe concederia o voto, promovendo a manutenção e obtenção de cargos políticos”. Sobre o clientelismo este se caracteriza por ser:

“[...] um sistema de controle do fluxo de recursos materiais e de intermediação de interesses, no qual não há número fixo ou organizado de unidades constitutivas. As unidades constitutivas do clientelismo são agrupamentos, pirâmides ou redes baseadas em relações pessoais que repousam em troca generalizada. As unidades clientelistas disputam frequentemente o controle do fluxo de recursos dentro de um determinado território. A participação em redes clientelistas não está codificada em nenhum tipo de regulamento formal; os arranjos hierárquicos no interior das redes estão baseados em consentimento individual e não gozam de respaldo jurídico” (Nunes, 2010, 63).

⁶ Para mais informações ver: <https://www12.senado.leg.br/noticias/glossario-legislativo/emendas-ao-orcamento>. Acesso em 21/12/2017

Para as políticas de saúde as emendas têm tido um papel estratégico. De acordo com Batista *et al* (2012), a área já se destacava entre os anos de 2004 e 2007 como a que mais apresentou emendas, ultrapassando as demais políticas públicas como habitação e assistência social (certa de 20% do recurso total de emendas)⁷.

É importante ressaltar que a Carta Magna de 1988 estabeleceu que a Saúde (assim como as outras áreas da Seguridade Social-Previdência e Assistência Social) deveria ser financiada com recursos oriundos de fontes distintas: esquema tripartite de financiamento (orçamentos da União, estados, do Distrito Federal e municípios) e as chamadas contribuições sociais, que são tributos que incidem, principalmente, sobre a folha de pagamento das empresas, o lucro, o faturamento ou a receita. Todavia, é possível perceber dificuldades para estabelecer o que foi preconizado, pois mesmo diante da adoção de diversas iniciativas normativas visando maior estabilidade financeira a área, do percentual total do PIB que o governo federal direcionou, no ano de 2015, para gastos sociais, apenas 2,1% foram investidos na área da Saúde (Secretaria do Tesouro Nacional, 2016).

Esse panorama inexpressivo de investimento no SUS, a ausência de um planejamento nacional de investimentos em saúde de médio e longo prazo, além das limitações do Governo Federal e do Ministério da Saúde na realização de investimentos para redução das desigualdades na oferta de ações e serviços de saúde (Baptista *et al*, 2012; Machado, 2006) acabam por fortalecer o papel das emendas como instrumentos que viabilizam o acesso a saúde em vazios sanitários e socioassistenciais, sobretudo em locais com demandas reprimidas e invisibilizadas, o que contribui para atrair os interesses dos parlamentares.

Entretanto, a visão das emendas como parte legítima de um sistema de representação democrática (com fortalecimento do Legislativo conforme previsto na Constituição) e capilarizadoras de recursos para estados e municípios, têm esbarrado nas características e lógica de funcionamento do próprio sistema político brasileiro, ou seja, no arranjo institucional que favorece o comportamento individualista dos parlamentares (Baptista *et al*, 2012; Mesquita *et al*, 2014; Sodr e e Alves, 2010).

⁷ A partir da PEC do Orçamento Impositivo, metade dos valores das emendas passa a ser obrigatoriamente destinada a área da Saúde.

Estudos demonstram (Baptista *et al*, 2012; Jesus, 2014; Mesquita *et al*, 2014) a correlação entre emendas parlamentares e barganha política, na medida em que os parlamentares, de forma geral, tendem a distribuir os recursos entre aquelas localidades com maior número de eleitores, o que aumentaria sua possibilidade de votos. Segundo Jesus (2014, 48), “os 56 municípios que constituem os maiores colégios eleitorais apresentaram uma razão de 160,1 emendas por mil eleitores, acima da média de 15,8 e muito além de 5,7 emendas por mil eleitores dos 50% dos municípios que têm menos eleitores”.

Outro fator que sugere que a distribuição das emendas não segue uma lógica sanitária que leve em consideração as necessidades de saúde das regiões/localidades é que os municípios que receberam o maior quantitativo de recursos foram aqueles que apresentaram os melhores índices de Desenvolvimento Humano (IDH). Sabe-se a relação direta entre vulnerabilidade (econômica, social, de saúde) e o Desenvolvimento Humano. Percebe-se assim que os parlamentares não têm levado em consideração as lacunas de cuidado e assistência da população mais frágil econômica e socialmente, ampliando as desigualdades sociais e regionais.

Batista *et al* (2012), afirma que diante da escassez de recursos de investimento no orçamento global e regionalizado, as emendas representam mais da metade desses recursos e têm ocupado um lugar importante na negociação intergovernamental e parlamentar para a obtenção de novas fontes de receita de capital, denotando interesses de alocação que não seguem a lógica redistributiva de ações e serviços de saúde pelo território.

Destaque-se também o peso das emendas no que se refere a incentivos a atenção básica, com volume de recurso investido em algumas regiões do país chegando a marca dos 60%, superando assim os recursos/incentivos de programas oficiais e estratégicos do Ministério da Saúde, o que sugere uma inversão na lógica de planejamento e organização do sistema de saúde. Ademais, análises de séries históricas desenvolvidas (Baptista *et al*, 2012; Jesus, 2014) demonstram que as emendas têm um papel fundamental em momentos onde o financiamento federal da saúde está mais irregular ou restrito, assumindo importância na captação e distribuição de investimentos.

Partindo do pressuposto de que os parlamentares constituem grupos minoritários que centralizam o poder de decisão no Congresso Nacional, isto é: a “capacidade de tomar e impor decisões válidas a todos os membros da instituição concentra-se num círculo restrito de pessoas” (Messenberg, 2007, 311), e que estes são os responsáveis pelas alocações dos recursos em saúde pelas localidades através das emendas, o uso desses instrumentos tem sido guiado por interesses particularistas de uma elite política e também de barganha política entre o executivo e os Congressistas/Parlamentares.

As verbas públicas têm sido direcionadas levando em consideração questões exclusivamente políticas, sem observar critérios sociais e econômicos mais específicos. No caso da saúde, os recursos têm sido dispensados sem correspondência com as demandas de saúde das populações mais necessitadas, ou seja, sem definir a eficácia e urgência de ações e serviços de saúde no território nacional, sendo orientado mais pelo propósito da governabilidade do que da equidade, podendo levar a ampliação da desigualdade econômica e social.

Isto posto, é preciso romper a legitimação dessas elites a partir dessas práticas institucionalizadas através da ampliação da transparência e do controle sobre as aprovações e execução de emendas parlamentares em todos os entes federados, sob pena de corroborar e perpetuar o direcionamento de verbas públicas. É preciso que se (re) estabeleça as emendas como um instrumento de fortalecimento do direito à saúde, como um “mecanismo redistributivo e redutor das desigualdades na capacidade de financiamento dos governos subnacionais que não [têm sido] compensadas pelas transferências regulares e automáticas previstas no sistema de partilha fiscal brasileiro” (Baptista *et al*, 2012, 2276).

3.

Conclusão.

O Estado brasileiro avançou ao desenvolver um sistema de proteção social redistributivo, equânime e abrangente (materializado na Seguridade Social) após a constituição de 1988, representando uma etapa importante na viabilização de reformas progressistas e a tentativa de reduzir desigualdades e/ ou injustiças sociais.

A partir dos achados desse estudo constatamos uma relação entre o político e o econômico no Brasil que, com base numa agenda liberal, na personalização e na individualização vem fortalecendo o caráter clientelista das ações políticas, contribuindo para o abismo da desigualdade social. Cabe destacar que essa relação tão nociva a conformação de um Estado democrático pode ser explicada tanto por fatores endógenos a constituição e trajetória do Estado brasileiro, como também por um tensionamento entre a imposição ao Brasil de um modelo econômico subordinado e o modelo de Estado adotado pelos governos, mesmo sob a égide de uma Constituição marcadamente voltada para os direitos de cidadania.

No caso das políticas de saúde, o estudo buscou privilegiar a descrição dos mecanismos que as elites têm utilizado, com permissão e até incentivo do Estado brasileiro. Estes mecanismos garantem a permanência de determinados grupos no controle da lógica econômica estabelecida e das estruturas de poder já enraizadas na origem do Estado brasileiro.

Então, o mecanismo que se refere às renúncias fiscais (ou gastos tributários), foi nos últimos anos utilizados como instrumento de incentivo social e econômico em vários setores do Estado. A análise aqui realizada ratifica a tendência do Brasil em financiar o setor privado de saúde, pois em termos de renúncia fiscal, ficou evidente a existência do incentivo estatal ao consumo privado de saúde, dado que pessoas físicas e jurídicas podem deduzir gastos com seguros saúde no imposto de renda.

Na análise dos estudos apresentados, foram observadas ainda questões relevantes e que merecem destaque para outros estudos mais aprofundados sobre o aumento das deduções, isenções e alíquota zero para à indústria farmacêutica. Além disso, os dados apresentados sugerem desinteresse político quanto ao financiamento da seguridade social no Brasil por conta da diminuição de arrecadação fiscal de imposto destinado ao financiamento do setor (Machado, 2017, 72).

Outra conclusão importante diz respeito às deduções e isenções fiscais aos hospitais filantrópicos que apresentaram um aumento expressivo entre 2003 e 2013. Os impostos não arrecadados pelo Estado em benefício desses hospitais incrementam os lucros dessas instituições, privilegiando esse setor. Logo, de acordo com Machado (2017, 75):

“O Estado brasileiro prioriza o consumo de bens e serviços privados de assistência à saúde, visto que os gastos privados em saúde superam aos públicos em relação ao gasto total. Nesta perspectiva, evidencia-se que a expansão do mercado privado na saúde tende a prejudicar o financiamento do SUS e, conseqüentemente, desvincula a obrigação do Estado em arcar com os ônus de incorporar recursos (efetivos) à saúde”.

Além disso, dois mecanismos identificados ao longo da pesquisa estão relacionados com a consolidação de um modelo dual de saúde no Brasil, caracterizado pela forte presença do setor privado no país. Se por um lado, a isenção fiscal aos gastos privados com saúde e a existência de uma cobertura duplicada aprofunda a desigualdade no que se refere ao acesso à saúde no Brasil, por outro a dependência da compra de serviços privados pelo SUS também dificulta a consolidação do direito à saúde. Pois, a lógica de serviços está submetida à lógica mercantil e não a critérios públicos, e o acesso à capacidade de compra individual ou aos poderes locais.

A segmentação do sistema de saúde brasileiro e o privilégio dos segmentos empresariais da saúde, em detrimento ao direito à saúde têm origens históricas. Sendo em parte consequência da manutenção de elementos da trajetória da política de saúde no país e consequência da atuação desses segmentos empresariais para influenciar a política de saúde. O financiamento de campanha de candidatos a cargos eletivos no país por seguradoras de saúde é uma das estratégias utilizadas para garantir influência nos processos decisórios relacionados à saúde.

As emendas parlamentares também foram apresentadas como um mecanismo de captação das políticas de saúde pelas elites. O Poder Legislativo ganhou relevância, sobretudo com o poder de apresentar emendas ao projeto orçamentário federal. Tal instrumento deveria atender de forma mais eficiente e objetiva as necessidades da população,

mais destacadamente de localidades onde parlamentares teriam maior representatividade, o que possibilitaria a realização de ações de cunho social.

No caso da saúde, esses recursos possuem grande importância nas ofertas de ações e serviços para o bem-estar da população. Porém, o que se constatou é que as emendas não têm sido utilizadas como um mecanismo que auxilia no investimento na saúde e capilarização das ações pelo território brasileiro. Mas, tem sido utilizada para reforçar práticas clientelistas fundadas na barganha político-eleitoral em benefício dos próprios parlamentares, em detrimento dos interesses sociais.

É possível constatar, portanto, que há um processo antigo, contínuo e progressivo de captura das políticas de saúde pelas elites brasileiras. Esse processo de intervenção pode ser analisado vide a estrutura e características do Estado brasileiro. Ademais, percebe-se uma trajetória de privilegiamento desses grupos de poder pelo próprio Estado através da institucionalização de leis, decretos e políticas e ações diversas. Sendo assim, temos uma elite que atende a interesses de cunho patrimonialista e próprios e que ao mesmo tempo são legitimados pelos governos brasileiros.

A América Latina e em especial o Brasil -devido as suas gigantescas proporções territoriais, à natureza peculiar da formação do Estado nacional, da fragilidade das condições do sistema de proteção social- tem nas desigualdades sociais uma das principais características da região. Por conta disso é imprescindível que se faça um debate mais crítico e intersetorial a respeito das condições necessárias para que as oportunidades sejam de fato viabilizadas e que haja o rompimento das relações espúrias entre grupos de poder e o Estado.

Referências bibliográficas

Arretche, M. (Org.) (2015). *Trajetórias das Desigualdades: como o Brasil mudou nos últimos 50 anos*. São Paulo, Brasil: UNESP.

Agencia Nacional de Saúde Suplementar, ANS. (2017). *Datos gerais*. Recuperado de <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>

Andreazzi, M. e Ocké-Reis, C. (2007). “Renúncia de arrecadação fiscal: subsídios para discussão e formulação de uma política pública”. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, vol. 3, n° 17, 521-544.

Bahia, L. (2006). “Avanços e percalços do SUS: a regulação das relações entre o público e o privado”. *Trab. educ. saúde*, vol. 4, n° 1, 159-170.

Bahia, L. (2014). “Financeirização da Assistência Médico-Hospitalar no Governo Lula”. En Machado, C. e Baptista, T. e Lima, L. (Org.), *Políticas de saúde no Brasil: continuidades e mudanças*. Rio de Janeiro, Brasil: Fiocruz.

Baptista, T. *et al.* (2012). “As emendas parlamentares no orçamento federal da saúde”. *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 28, n° 12, 2267–2279.

Secretaria do Tesouro Nacional. (2016). *Gasto Social do Governo Central 2002 a 2015*. Brasília, Brasil: STN.

Coelho, I. (2013). *Os hospitais na reforma sanitária brasileira*. (Tese Doutorado). Campinas, Brasil: Universidade Estadual de Campinas.

Cordeiro, H. A. (1984). *As Empresas Médicas: as transformações capitalistas da prática médica*. Rio de Janeiro, Brasil: Graal.

Faoro, R. (2001). *Os donos do poder: formação do patronato político brasileiro*. São Paulo, Brasil: Ed. Globo.

Farias, S. F. *et al.* (2011). “A regulação no setor público de saúde no Brasil: os (des) caminhos da assistência médico-hospitalar”. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 16, 1043-1053.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, IBGE. (2009). *Estatísticas da Saúde-Assistência Médico-Sanitária 2009*. Rio de Janeiro, Brasil: IBGE.

Jesus, A. (2014). *Avaliação da influência das emendas parlamentares ao orçamento federal sobre o investimento na atenção primária em saúde*. Brasil: Universidade Estácio de Sá.

Luz, M. (1979). *As Instituições Médicas no Brasil*. Rio de Janeiro, Brasil: Graal.

Machado, C. V. (2006). “Prioridades de saúde no Brasil nos anos 1990: três políticas, muitas lições”. *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol 20, n° 1, 44-49.

Machado, F. (2017). *Renúncia de Arrecadação Fiscal em Saúde no Estado Brasileiro: forma política jurídica no capitalismo contemporâneo*. Dissertação Saúde Pública. São Paulo, Brasil: Universidade de São Paulo

Mendes, E. V. (2001). *Os grandes dilemas do SUS*. Salvador, Brasil: Casa da Qualidade Editora.

Menicucci, T. (2007). *Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória*. Rio de Janeiro, Brasil: Fiocruz.

Mesquita, L. et al. (2014). “Emendas individuais e concentração de votos: uma análise exploratória”. *Teoria e Pesquisa*, vol. 23, n° 2, 82-106.

Messenberg, D. A. (2007). “Elite parlamentar brasileira (1989-2004)”. *Sociedade e Estado*, vol. 22, n° 2, 309-370.

Mills, C. W. (1962). *A Elite do Poder*. Rio de Janeiro, Brasil: Zahar.

Ocké-Reis, C. O. e Gama, F. N. (2016). “Radiografia do Gasto Tributário em Saúde 2003- 2013”. *Ipea*, vol. 1, °. 19, 6-35.

Ocké-Reis, C. O., Andreazzi, M. F. S. e Silveira, F.G. (2006). “O Mercado de Planos de

Saúde no Brasil: Uma criação do Estado?”. *Rev. Ec. Contemporânea*, vol. 10, n° 1. 157-185.

Oliveira, F. (2013). *Crítica à razão dualista, o Ornitorrinco*. São Paulo, Brasil: Boitempo.

Oliveira, J. A. A. e Teixeira, S. M. F.(1986). *(Im)Previdência social: 60 anos de história da Previdência no Brasil*. Petrópolis/Rio de Janeiro, Brasil: Vozes/ABRASCO.

Piola, S. F. *et al.* (2013). “Estruturas de financiamento e gasto do sistema público de saúde”. Em Gadelha, P. (Coor.), *A saúde no Brasil em 2030. Prospecção Estratégica do Sistema de Saúde Brasileiro*. Rio de Janeiro, Brasil: Fiocruz.

PNUD. (2017). “Human Development Report 2016”. *Pnud*, vol 1, n° 2, 1-189.

Raposo, E. (2008). “O Leviatã-ibérico: modernidade, corporativismo e desigualdade na formação institucional brasileira”. *Desigualdade & Diversidade*, vol. 1, n° 2, 59-77.

Rodrigues, P. (2014). “Desafios políticos para a consolidação do Sistema Único de Saúde: uma abordagem histórica”. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, vol. 21, n° 1, 37-60.

Santos, D. L., e Rodrigues, P. H. A. (2014). “Política, atenção primária e acesso a serviços de média e alta complexidade em pequenos municípios”. *Saúde em Debate*, 38(103), 744-755.

Santos, I S., Ugá, M. A. D. e Porto, S. M. “O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde”. *Ciênc. saúde coletiva*, vol. 13, n° 5, 1431-1440.

Sodré, A. e Alves, M. F. C. (2010). “Relação entre emendas parlamentares e corrupção municipal no Brasil: estudo dos relatórios do programa de fiscalização da Controladoria-Geral da União”. *RAC-Revista de Administração Contemporânea*, vol. 14, n° 3.

Scheffer, M. e Bahia, L. (2011). “Representação política e interesses particulares na saúde: o caso do financiamento de campanhas eleitorais pelas empresas de planos de saúde privados no Brasil”. *Interface (Botucatu)*, vol. 15, n° 38, 947-956.

Ugá, M. A. *et al.* (2003). “Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)”. *Ciênc. saúde coletiva*, vol. 8, n° 2, 417-437.

Vasconcelos, R. (2002). “O Sistema Tributário Brasileiro e suas perspectivas face à iminente Reforma Tributária”. (Dissertação Administração Pública). Fundação Getúlio Vargas-Caxias do Sul.



Con el auspicio de:

