

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Rogério Pinheiro Nunes

**Mudanças Políticas, Legais e Fiscais e o Financiamento da Saúde no Brasil: Um Estudo
Descritivo e Exploratório do Período 2016-2022**

Juiz de Fora
2023

Rogério Pinheiro Nunes

**Mudanças Políticas, Legais e Fiscais e o Financiamento da Saúde no Brasil: Um Estudo
Descritivo e Exploratório do Período 2016-2022**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva. Área de concentração: Saúde Coletiva.

Orientador: Dr. Alfredo Chaoubah

Juiz de Fora

2023

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Nunes, Rogério Pinheiro.

Mudanças Políticas, Legais e Fiscais e o Financiamento da Saúde no Brasil: Um Estudo Descritivo e Exploratório do Período 2016-2022 / Rogério Pinheiro Nunes. -- 2023.
93 f. : il.

Orientador: Alfredo Chaoubah

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2023.

1. Política de saúde. 2. Financiamento da assistência à saúde. 3. Institucionalismo histórico. I. Chaoubah, Alfredo, orient. II. Título.

Rogério Pinheiro Nunes

Mudanças políticas, legais e fiscais e o financiamento da saúde no Brasil: um estudo descritivo e exploratório do período 2016-2022

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva. Área de concentração: Saúde Coletiva.

Aprovada em 27 de outubro de 2023.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Alfredo Chaoubah - Orientador

Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof.^a Dra. Rita de Cássia Gabrielli Souza Lima

Universidade do Vale do Itajaí

Prof.^a Dra. Adelyne Maria Mendes Pereira

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - Fundação Oswaldo Cruz

Prof.^a Dra. Danielle Teles Da Cruz

Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof. Dr. Lourival Batista de Oliveira Júnior

Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof. Dr. Fernando Antônio Basile Colugnati

Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof. Dr. Luiz Cláudio Ribeiro

Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof.ª Dra. Graziela Liebel

Universidade do Vale do Itajaí

Prof.ª Dra. Fernanda Vieira Nicolato

Prefeitura Municipal de Juiz de Fora

Juiz de Fora, 14/12/2023.



Documento assinado eletronicamente por **Graziela Liebel, Usuário Externo**, em 14/12/2023, às 08:54, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Alfredo Chaoubah, Professor(a)**, em 15/12/2023, às 17:30, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Adelyne Maria Mendes Pereira, Usuário Externo**, em 17/12/2023, às 23:45, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Danielle Teles da Cruz, Professor(a)**, em 19/12/2023, às 10:25, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Lourival Batista de Oliveira Junior, Professor(a)**, em 19/12/2023, às 13:23, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal do SEI-Ufjf (www2.ufjf.br/SEI) através do ícone Conferência de Documentos, informando o código verificador **1627703** e o código CRC **79D43B6D**.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, pelos exemplos de luta e de valores.

À Nanda e Davi, meus portos seguros.

RESUMO

O estudo teve o objetivo de identificar mudanças políticas, legais e fiscais ocorridas no período 2016-2022 que podem ter influenciado na dinâmica do financiamento da saúde no Brasil. O sistema de saúde brasileiro foi considerado como um modelo híbrido, em suas vertentes ou segmentos público e privado. Tratou de uma pesquisa descritiva e exploratória inspirada em elementos do institucionalismo histórico. Teve sua revisão de literatura em trabalhos e autores dos campos da Saúde Coletiva e das ciências sociais, políticas e econômica, além de atos normativos e legais, em acervo bibliográfico sugerido e acumulado durante a realização do estudo. Teve como matriz de análise a tipologia adotada por Mahoney e Thelen (2010) para as mudanças institucionais. O estudo mapeou os principais acontecimentos (ou os mais representativos) que pudessem representar o processo de mudança. Observou-se, contudo, que nem todas as propostas de fato se materializaram. Atores trabalharam na arena política não só a favor das mudanças, mas também para impedi-las, de acordo com seus interesses. Na assimetria de poderes, os agentes políticos exerceram seu poder institucional, atraindo e sendo são atraídos por diferentes atores, em especial pelos empresários da Saúde Suplementar que demonstraram grande potencial organizativo em suas associações e representações. Entidades e associações de defesa social e do SUS, ao contrário, não lograram uma efetiva participação política que pudesse promover mudanças contrárias à condução política e fiscal do país. Entidades profissionais de saúde também se movimentaram pelas instituições pelo interesse de suas categorias. Ao final foram identificadas cinco mudanças de influência no financiamento da saúde no período: a regra fiscal do teto de gastos; a suspensão do teto de gastos de forma emergencial; a retirada pelas operadoras de planos privados de saúde de parte de valores investidos em uma reserva técnica; a aprovação do rol taxativo dos procedimentos dos planos privados de saúde; e o piso nacional da enfermagem. À exceção desta última, cuja mudança foi identificada com uma conversão à regra, todas se deram por desvio da regra. Concluiu-se que o processo de mudança no interior do sistema de saúde brasileiro é gradual e enfrenta desafios estruturais em um cenário histórico moldado por uma disputa antagônica entre os projetos privatista e universalista em seu interior.

Palavras-chave: Política de saúde. Financiamento da assistência à saúde. Institucionalismo histórico.

ABSTRACT

The study aimed to identify political, legal and fiscal changes that occurred in the period 2016-2022 that may have influenced the dynamics of health financing in Brazil. The Brazilian health system was considered a hybrid model, in its public and private aspects or segments. It was a descriptive and exploratory research inspired by elements of historical institutionalism. There was a literature review of works and authors in the fields of Public Health and social, political and economic sciences, in addition to normative and legal acts, in a bibliographic collection suggested and accumulated during the study. The analysis matrix was based on the typology adopted by Mahoney and Thelen (2010) for institutional changes. The study mapped the main events (or the most representative ones) that could represent the change process. It was observed, however, that not all proposals actually materialized. Actors worked in the political arena not only in favor of changes, but also to prevent them, according to their interests. In the asymmetry of powers, political agents exercised their institutional power, attracting and being attracted by different actors, especially by Supplementary Health entrepreneurs who demonstrated great organizational potential in their associations and representations. In the asymmetry of powers, political agents exercised their institutional power, attracting and being attracted by different actors, especially by Supplementary Health entrepreneurs who demonstrated great organizational potential in their associations and representations. Social defense and SUS entities and associations, on the contrary, did not achieve effective political participation that could promote changes contrary to the country's political and fiscal conduct. Professional health entities also moved through institutions in the interests of their categories. In the end, five changes in influence on health financing in the period were identified: the spending ceiling fiscal rule; the suspension of the spending cap on an emergency basis; the withdrawal by private health plan operators of part of the amounts invested in a technical reserve; the approval of the exhaustive list of procedures for private health plans; and the national financial floor for nursing. With the exception of the latter, whose change was identified as a conversion to the rule, all occurred due to a drift from the rule. It was concluded that the process of change within the Brazilian health system is gradual and faces structural challenges in a historical scenario shaped by an antagonistic dispute between the privatist and universalist projects within it.

Keywords: Health Policy. Healthcare Financing. Historical institutionalism.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	Principais marcos históricos da organização da assistência à saúde no Brasil	21
Quadro 2	Lei Complementar 141/2012. Ações de saúde e regulamentação como gasto ou despesa em saúde	27
Quadro 3	Cronologia de evolução fiscal e normativo-organizacional do SUS	29
Quadro 4	Cronologia de evolução fiscal e normativo-organizacional da Saúde Suplementar	31
Quadro 5	Modalidades empresariais de atuação no mercado da Saúde Suplementar	32
Quadro 6	Planos privados de assistência à saúde por tipo de cobertura	33
Quadro 7	Planos privados de assistência à saúde por forma de comercialização	33
Quadro 8	Cronologia da renúncia fiscal e vantagens ao setor privado de saúde no Brasil. 1988-2015	37
Quadro 9	Tipologia das mudanças institucionais propostas por Mahoney e Thelen	53
Quadro 10	Propostas, dinâmica e mudanças influentes no financiamento da saúde no Brasil no período 2016-2022	56
Quadro 11	Grupos de atores e seus principais representantes e interesses na dinâmica das mudanças no período 2016-2022	57
Gráfico 1	Salário médio da força de trabalho em saúde empregada no Brasil em 2020	39
Gráfico 2	Distribuição das escolas de graduação em medicina por natureza jurídica no Brasil em 2020	42
Gráfico 3	Orçamento federal para ações e serviços públicos de saúde no Brasil e participação das emendas parlamentares em seu cômputo entre 2014 e 2022	59
Gráfico 4	Evolução percentual dos gastos público e privado em saúde no Brasil em relação ao gasto total entre 2015 e 2019	60
Gráfico 5	Projeção do impacto da EC/95 sobre o gasto federal com saúde em comparação com a regra da EC/86, se vigente, em % do PIB	61
Gráfico 6	Evolução da participação percentual no gasto público em ações e serviços de saúde no Brasil pelas esferas de governo entre 2000 e 2019	62
Gráfico 7	Valores ressarcidos ao SUS pelas operadoras de planos privados de saúde no Brasil entre 2018 e 2022	64
Gráfico 8	Consumidores de planos privados de assistência à saúde no Brasil por cobertura assistencial entre 2002 e 2022	68
Gráfico 9	Relação entre o reajuste anual dos planos privados de assistência à saúde no Brasil e o índice de inflação (IPCA) entre 2000 e 2022	70

Figura 1 Etapas de apuração para ressarcimento ao SUS pelas Operadoras de planos privados de assistência à saúde no Brasil

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Empregabilidade da FTS nos segmentos público e privado da saúde no Brasil no ano de 2020	39
Tabela 2	Salário médio mensal da força de trabalho em saúde no Brasil e equivalência ao salário-mínimo em 2020	40
Tabela 3	Força de trabalho em saúde empregada no Brasil em 2020 por categoria, salário médio, carga horária e valor da hora de trabalho	40
Tabela 4	Distribuição da enfermagem de acordo com sua organização profissional no Brasil em 2022	43
Tabela 5	Orçamento federal para ações e serviços públicos de saúde no Brasil e participação das emendas parlamentares em seu cômputo entre 2014 e 2022	59
Tabela 6	Gasto público <i>per capita</i> total e por esfera de governo em ações e serviços de saúde no Brasil entre 2008 e 2019	63
Tabela 7	Evolução da participação percentual do gasto total, público e privado em saúde no Brasil em relação ao PIB entre 2015 e 2020	64
Tabela 8	Comparativo entre a participação do ressarcimento ao SUS pelas operadoras de planos privados de saúde e das emendas parlamentares no orçamento federal em saúde no Brasil entre 2018 e 2022	65
Tabela 9	Comparativo entre o crescimento da população brasileira e de consumidores de planos privados de saúde no Brasil entre 2000 e 2022	68

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABI	Aviso de Beneficiário Identificado
Abrasco	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ABrES	Associação Brasileira de Economia da Saúde
ACP	Ação Civil Pública
Adaps	Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde
ADI	Ação Direta de Inconstitucionalidade
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
APS	Atenção Primária à Saúde
BCB	Banco Central do Brasil
BEM	Benefício Emergencial de Preservação do Emprego
CDC	Código de Defesa do Consumidor
Cebes	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEF	Caixa Econômica Federal
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CF/67	Constituição Federal de 1967
CF/88	Constituição Federal de 1988
CFM	Conselho Federal de Medicina
CIB	Comissão Intergestora Bipartite
CIT	Comissão Intergestora Tripartite
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNPJ	Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNSaúde	Confederação Nacional de Saúde, Hospitais e Estabelecimentos de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira
Cremsp	Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
CRM	Conselho Regional de Medicina
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DEMOCRATAS	Partido Democratas
EC/29	Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000
EC/86	Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015

EC/95	Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016
EC/127	Emenda Constitucional nº 127, de 22 de dezembro de 2022
EC/109	Emenda Constitucional nº 109, de 15 de março de 2021
eSF	equipes de Saúde da Família
FAT	Fundo de Amparo ao Trabalhador
FEDERASSANTAS	Federação das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos
FenaSaúde	Federação Nacional da Saúde Suplementar
FGTS	Fundo de Garantia do Tempo de Serviço
FHC	Fernando Henrique Cardoso
FNS	Fundo Nacional de Saúde
FSE	Fundo Social de Emergência
FTS	Força de trabalho em saúde
GM	Gabinete do Ministro
GRU	Guia de Recolhimento da União
IAP	Institutos de Aposentadoria e Pensão
Iapas	Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social
Icos	Instituto Coalização Saúde
IDEC	Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor
IEPS	Instituto de Estudos para Políticas de Saúde
IN	Instrução Normativa
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (MPS)
INSS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPCA	Índice de Preços ao Consumidor Amplo
IRPF	Imposto de Renda de Pessoas Físicas
IRV	Índice de Valoração do Ressarcimento
LC	Lei Complementar
MPF	Ministério Público Federal
MS	Ministério da Saúde
MSB	Movimento Sanitário Brasileiro
MTE	Ministério do Trabalho e Emprego
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica

OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAB	Piso de Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCdoB	Partido Comunista do Brasil
PDI	Plano Diretor de Investimento
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PEC	Proposta de Emenda à Constituição
Piass	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
Pisus	Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde
Pits	Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde
PL	Partido Liberal
PMDB	Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PP	Partido Progressista
PPI	Programação Pactuada Integrada
PROS	Partido Republicano da Ordem Social
Provab	Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica
PSB	Partido Socialista Brasileiro
PSDB	Partido da Social Democracia Brasileira
PSF	Programa Saúde da Família
PSL	Partido Social Liberal
PT	Partido dos Trabalhadores
RAIS	Relação Anual de Informações Sociais
RCB	Receita Corrente Bruta
REDE	Rede Colaborativa para estudos estratégicos da força de trabalho em saúde
RFB	Receita Federal do Brasil
RGPS	Regime Geral de Previdência Social
RN	Resolução Normativa
RPPS	Regime Próprio de Previdência Social
SIA/SUS	Sistema de Informação Ambulatorial do SUS
SIH/SUS	Sistema de Informação Hospitalar do SUS
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social

STF	Supremo Tribunal Federal
SUSEP	Superintendência de Seguros Privados
TSE	Tribunal Superior Eleitoral
UBS	Unidade Básica de Saúde
UCA	Unidade de Cobertura Universal
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
Unb	Universidade de Brasília
UNIÃO	Partido União Brasil

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
2	REVISÃO DA LITERATURA	18
2.1	O Sistema de Saúde Brasileiro.....	18
2.1.1	Sistema Único de Saúde (SUS): o segmento público.....	22
2.1.2	Saúde suplementar: o segmento privado	30
2.1.3	A relação público-privada	34
2.1.4	A força de trabalho em saúde (FTS).....	38
2.2	O Contexto Político 2016-2022.....	44
3	OBJETIVOS	51
3.1	Objetivo Geral.....	51
3.2	Objetivos Específicos	51
4	MÉTODO	52
5	RESULTADO	54
6	DISCUSSÃO	58
6.1	As Mudanças Políticas, Legais e Fiscais	58
6.2	Os Atores na Dinâmica das Mudanças	72
7	CONCLUSÃO.....	79
	REFERÊNCIAS	81

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho se utiliza de elementos do institucionalismo histórico para buscar identificar mudanças políticas, legais e fiscais ocorridas no período 2016-2022 que podem ter influenciado a dinâmica do financiamento da saúde no Brasil, entendido o sistema de saúde brasileiro como um modelo híbrido, em suas vertentes ou segmentos público e privado. O recorte temporal escolhido por si só já representa uma mudança política na condução do país após quase uma década e meia. O período é marcado por regras que orientam o ajuste fiscal e o corte de gastos públicos. Intensificam-se propostas de desregulamentação e flexibilização das regras do setor de planos privados de saúde a fim de expansão do mercado. Por outro lado, desmontes das políticas públicas.

Importante destacar o recorte contemporâneo do estudo, passível ainda de mudança em sua trajetória, o que trouxe consigo certo cuidado na interpretação dos acontecimentos que ainda poderão ser influenciados pela própria dinâmica da mudança. Contudo, espera-se que este trabalho possa contribuir para o estudo da Saúde Coletiva em uma vertente institucionalista histórica, assim como despertar um olhar crítico sobre os limites e desafios que conformam o sistema de saúde brasileiro.

O estudo encontra-se estruturado em sete capítulos, sendo este o Capítulo 1, com o propósito apenas de apresentar o trabalho e orientar sua leitura.

O Capítulo 2 trata da revisão da literatura e se divide em dois subcapítulos. O subcapítulo 2.1 – O Sistema de Saúde Brasileiro – percorre os antecedentes históricos que marcaram sua trajetória, desde as Santas Casas de Misericórdia no século XVI, passando pelas diferentes formas de organização do modelo-previdenciário, até a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e do reconhecimento da Saúde Suplementar nos anos 1990. O subcapítulo se divide ainda em quatro tópicos. O 2.1.1 – SUS: o segmento público – discorre sobre seu processo de construção com foco em uma revisão no campo do financiamento; o 2.1.2 – Saúde Suplementar: o segmento privado – busca apresentar a organização do setor e do mercado dos planos privados de assistência à saúde; o 2.1.3 – A relação público-privada – tem o objetivo de apresentar a complexa relação entre os setores público e privado no interior do sistema de saúde; e o 2.1.4 – A Força de Trabalho em Saúde (FTS) – teve sua especial atenção por constituírem os profissionais de saúde peça fundamental no desenvolvimento das ações e dos serviços, em ambos os setores, público e privado. O Subcapítulo 2.2 – O contexto político 2016-2022 – traz um importante retrato da conjuntura política do período, visto que representa uma nova

condução política e fiscal no país. De modo geral, contextos políticos podem interferir na dinâmica das mudanças.

O Capítulo 3 apresenta os objetivos do trabalho, que são o de identificar e mapear as mudanças políticas, legais e fiscais e seus atores no processo de mudança que podem interferir no financiamento da saúde.

O Capítulo 4 trata do método. O estudo é descritivo e exploratório e se utiliza de elementos do institucionalismo histórico para buscar identificar possíveis explicações para os processos de mudança. Tem como matriz de análise a tipologia proposta por Mahoney e Thelen (2010) para tipificar as mudanças institucionais.

O Capítulo 5 – Resultado – apresenta os resultados encontrados, tomando as mudanças mapeadas e as tipificando de acordo com a matriz de análise explorada. Apresenta ainda os grupos de atores envolvidos nesta dinâmica, considerando seus principais representantes e interesses na mudança institucional.

O Capítulo 6 traz uma discussão estruturada em dois subcapítulos. O Subcapítulo 6.1 – As mudanças políticas, legais e fiscais – percorre os acontecimentos e eventos mapeados no estudo e passíveis de mudança; e o Subcapítulo 6.2. – Os atores na dinâmica das mudanças – identifica e discute o papel dos diferentes atores na dinâmica das mudanças.

Por fim, o Capítulo 7 – Conclusão –, em que é feita uma breve análise do trabalho.

2 REVISÃO DA LITERATURA

A revisão da literatura deste estudo encontra-se estruturada em dois subcapítulos: o subcapítulo 2.1) O Sistema de Saúde Brasileiro, que se divide em: 2.1.1) SUS: o segmento público; 2.1.2) Saúde Suplementar: o segmento privado; 2.1.3) A relação público-privada; o subcapítulo; e 2.1.4) A Força de Trabalho em Saúde (FTS); e o subcapítulo 2.2) O Contexto Político Brasileiro 2016-2022.

2.1 O Sistema de Saúde Brasileiro

Para melhor compreender a organização do sistema de saúde brasileiro, tornou-se importante percorrer seus antecedentes históricos, cujo marco assistencial médico-hospitalar se deu com a presença de hospitais pertencentes à Igreja Católica, as Santas Casas de Misericórdia, datado de meados do século XVI, quando da criação da Santa Casa de Santos, em 1543. O modelo assistencial exclusivamente curativo destas instituições perduraria até o início do século XX, quando ações sanitárias ganharam destaque na agenda da saúde pública brasileira, com as campanhas de combate às doenças infectocontagiosas. No entanto, tratava-se de ações de caráter impositivo, não representando ainda uma organização do setor. Somente no início da segunda década do século passado é que de fato se formam as primeiras organizações de assistência médica no Brasil, ainda que vinculadas ao sistema previdenciário que se estruturava. Tratava-se das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAP), criadas no ano de 1923. O benefício, como o nome mesmo diz, contemplava as aposentadorias e pensões, mas oferecia também assistência médica a seus beneficiários e dependentes. Cada categoria organizava e administrava sua CAP, e o benefício à saúde possuía vantagens e restrições que variavam entre as organizações. Eram custeadas por empregados, empregadores e pelo governo federal. Em 1930, o Estado Brasileiro assume a gestão das CAP, reunindo-as em autarquias federais denominadas Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP), que passaram a integrar o recém-criado Ministério do Trabalho, permanecendo a organização por categorias profissionais. É também neste ano que o setor da saúde passa a compor a estrutura administrativa do Estado Brasileiro, ainda que de forma não exclusiva, já que Saúde e Educação dividiam a pasta como um órgão estatal único. Mas em 1953 a Saúde ganha sua estrutura própria, com a criação do Ministério da Saúde (MS) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006; ESCOREL, 1999; 2012; ESCOREL; TEIXEIRA, 2012).

A criação do MS é um marco importante nesta trajetória. É a partir de sua criação que as ações de saúde governamentais ou de Estado passam a se desvincular do sistema previdenciário, embora essa segregação tivesse ocorrido apenas no campo coletivo, das campanhas de prevenção e de combate a endemias e epidemias. As ações curativas ou médico-assistenciais continuavam restritas aos trabalhadores através dos IAP, mantendo o modelo assistencial vinculado à contribuição salarial. Por outro lado, a industrialização do país proporcionaria, ao mesmo tempo, a oferta privada de assistência à saúde pelas empresas aos seus empregados, sem a participação do Estado ou do trabalhador em seu financiamento. Seria o marco da medicina de grupo ou do atual modelo de assistência privada à saúde no Brasil pelas operadoras de planos de saúde. No lado governamental, os IAP são unificados em 1967 no então criado Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que foi a consolidação do sistema previdenciário brasileiro em um único órgão. Como os IAP eram organizados por (e pelas) categorias profissionais, havia, como já dito, distinção entre eles, como o número de beneficiários, financiamento e oferta de serviços de saúde. Mas, com a unificação dos institutos pelo governo brasileiro, os benefícios para as diferentes categorias profissionais também foram equiparados, sendo também incorporada ao sistema previdenciário a população rural, grupo até então não coberto pelos benefícios, que atendiam somente à classe trabalhadora urbana. Em 1977, ocorre uma nova reestruturação no setor previdenciário brasileiro. O INPS é extinto. Criam-se o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), com função de reguladora na concessão de benefícios, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), responsável pela assistência médica aos segurados, e o Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (Iapas), a quem foi atribuída toda a atividade financeira do sistema (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006; ESCOREL, 1999; 2012; ESCOREL; TEIXEIRA, 2012).

Nos anos 1980, após duas décadas de período militar, o país viveu sua redemocratização. No campo da saúde, este período foi marcado pelo Movimento Sanitário Brasileiro (MSB), de liderança intelectual acadêmica e de profissionais de saúde, que mobilizou segmentos da sociedade brasileira na luta pela universalização do acesso à saúde. Suas propostas conduziram a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, e motivaram a criação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), em 1987. Dá-se então o início do processo de descentralização de recursos federais para saúde aos Estados e Municípios. Também sob influência do MSB, a Constituição Federal de 1988 (CF/88) incorpora o texto da VIII Conferência Nacional e a saúde passa a ser direito de todos, garantida pelo Estado por meio de um sistema único e descentralizado, com direção única em suas esferas

de governo, de atendimento integral e com participação da comunidade. Dessa forma, o INAMPS foi o último capítulo de uma assistência à saúde vinculada à contribuição salarial e previdenciária no Brasil. A criação do SUS, em 1990, é o marco histórico da organização de um sistema nacional de saúde no Brasil, público, gratuito e universal, cuja administração dos recursos financeiros passa a ser feito por fundos públicos de saúde em cada esfera de governo. O INAMPS ainda se manteria na administração dos serviços de saúde até 1993, quando foi extinto por lei, fazendo valer, de fato, a direção única do SUS em nível federal pelo MS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006; ESCOREL, 1999; 2012; ESCOREL; TEIXEIRA, 2012; TEIXEIRA; PAIVA, 2018). Porém, ainda que a sociedade brasileira tenha conquistado o direito à saúde, materializado em um sistema nacional de natureza universal, pública e gratuita, convive no interior do sistema de saúde brasileiro o segmento privado, fortemente organizado na oferta assistencial, principalmente através do mercado de planos de assistência à saúde. Sua regulamentação se inicia em 1998, quando se reconheceu, entre outras disposições, a relação de consumo na contratação legal dos planos de saúde regida pelo Código de Defesa do Consumidor (CDC) (BRASIL, 1998; GREGORI, 2019). Em 2000, o mercado de planos privados de saúde passa a ser regulado por uma agência reguladora, com a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) (BRASIL, 2000b). Faz-se então reconhecer institucionalmente o hibridismo do sistema de saúde brasileiro, misto em sua organização pública e privada.

O Quadro 1 busca sintetizar a trajetória aqui apresentada.

Quadro 1 – Principais marcos históricos da organização da assistência à saúde no Brasil

ANO/PERÍODO	MARCO	O QUE REPRESENTOU
Século XVI a início do séc. XX	Assistência à saúde, geralmente hospitalar, pelas instituições religiosas católicas	Ações assistenciais coletivas por caridade
Início do séc. XX	Combate às doenças infectocontagiosas, de caráter impositivo, não representando ainda uma organização do setor	Embora não representem a organização do setor da saúde, as ações sanitaristas ganham destaque na agenda da saúde pública brasileira
1923	Implantação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) – Lei Eloy Mendes	Foram as primeiras organizações de assistência à saúde no Brasil, ainda que vinculadas ao sistema previdenciário que se estruturava
1930	As CAPs são extintas e reunidas em um só instituto, os Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs)	O Estado Brasileiro assume a gestão dos fundos previdenciários e de saúde, integrando-os ao recém-criado Ministério do Trabalho
1953	Criação do Ministério da Saúde	As ações institucionais de saúde passam a se desvincular do sistema previdenciário, ainda que somente no campo das campanhas de prevenção e de combate a endemias e epidemias
Anos 1950/1960	Crescimento industrial brasileiro	Concomitantemente às ações governamentais de assistência à saúde, as empresas passam a oferecer assistência privada a seus empregados. É o marco da medicina de grupo ou privada de saúde no país
1967	Os IAPs são extintos e reunidos em um único instituto, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS)	Representa a consolidação do sistema previdenciário brasileiro num único órgão, sem distinção entre as categorias profissionais
1977	O INPS é extinto e criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS)	O INAMPS foi o órgão responsável pela assistência médica aos segurados
1986	O Movimento pela Reforma Sanitária e a VIII Conferência da Saúde	Suas propostas auxiliariam na elaboração do texto constitucional
1987	Criação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS)	Início do processo de descentralização de recursos federais para saúde aos Estados e Municípios
1988	Constituição Federal	A saúde passa a ser direito universal e dever do Estado
1990	Criação do Sistema Único de Saúde (SUS)	A assistência à saúde passa a ser financiada por toda a sociedade, através de impostos, e não mais através contribuições salariais. A administração dos recursos passa a ser feito por fundos públicos de saúde
1993	Extinção do INAMPS	No princípio do comando único do SUS, materializa-se o MS na direção única da esfera federal
1998	Dispôs-se sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde	As pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde passam a ser regidas, entre outras, pelo CDC
2000	É criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Regulação do mercado privado de planos de saúde

Fonte: Elaborado pelo autor

2.1.1 Sistema Único de Saúde (SUS): o segmento público

O SUS é o modelo de saúde instituído no Brasil que simboliza a ruptura de um antigo sistema contributivo e excludente de acesso à saúde. É um modelo público e universal da atenção que foi materializado pelo Estado para a garantia do direito fundamental trazido pela CF/88. No entanto, enfrenta desafios e limites no campo do financiamento desde sua criação. A contribuição sobre a folha de salários, até então a principal contribuição social em termos de volume de arrecadação do modelo médico-previdenciário, passou a ser de uso exclusivo da Previdência Social. A Saúde passava a ser financiada por tributos pagos pela sociedade. No entanto, a destinação prevista de 30% do orçamento da Seguridade Social exclusivamente para a Saúde, nunca ocorreu (BRASIL, 1988b). Houve, inclusive, a criação do Fundo Social de Emergência (FSE), uma desvinculação das receitas da Seguridade Social para que o governo federal pudesse utilizar parte de toda a arrecadação de impostos e contribuições federais para o equilíbrio das contas públicas, o que na prática representou menos recursos destinados à saúde. Em crise e sem recurso para garantir até mesmo o pagamento dos prestadores privados contratados, o MS toma empréstimos junto ao Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT) (REIS *et al.*, 2016). A solução encontrada naquele momento para enfrentamento da falta de recurso para financiamento do SUS foi a criação da Contribuição Provisória sobre Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira (CPMF), pela Lei nº 9.311/1996, uma tributação que incidiu sobre a movimentação financeira de pessoas físicas e jurídicas a fim de arrecadar recursos para o sistema público de saúde. Vigorou entre 1997 e 2007, quando foi extinta (BRASIL, 1996a). No entanto, no decorrer de sua existência, a tributação passou a financiar também outras pastas, e não somente a saúde, contrário à sua proposição quando de sua criação. Beneficiaram-se também com a alteração da regra a Previdência Social, no pagamento de pensões e aposentadorias, e, Assistência Social, nas políticas de combate à pobreza (UGÁ; PORTO; PIOLA, 2012; VIANA; SILVA, 2012).

No campo organizacional, apesar de representar uma ruptura imediata do modelo contributivo anterior, como já dito, o processo de implantação do SUS foi (e é) gradual, ordenado através de muitos dispositivos legais e normativos. Seu reconhecimento infraconstitucional se deu em 1990 com as leis orgânicas 8.080 e 8.142. A Lei nº 8.080 dita que as ações de saúde no SUS seguem os princípios da universalidade, igualdade e integralidade, em uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços, com descentralização político-administrativa do sistema (BRASIL, 1990a). A universalidade assegura, na perspectiva da assistência à saúde, o direito a todos os cidadãos. A igualdade reitera este direito do acesso

universal, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie, ressalvada a equidade da atenção a grupos mais vulneráveis. A integralidade, que representa, em cada nível de complexidade de serviços o conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, reforça a proposição de que ações voltadas para promoção de saúde e prevenção de agravos e doenças não se dissociem da assistência nos campos do diagnóstico, do tratamento e da reabilitação. A descentralização no SUS, ainda que respeitada a atuação integrada entre as esferas de governo (federal, estadual e municipal), representa a transferência de poder político-administrativa do governo federal a estados e, enfaticamente, aos municípios. A direção do sistema é, portanto, única por cada um dos entes federados, a fim de se garantir maior responsabilidade e autonomia aos gestores locais para decisão e implantação das ações e serviços de saúde em seus territórios. Com isso, tem-se também a regionalização e a hierarquização da rede de serviços de saúde. Já a participação social no SUS não se deu na mesma lei 8.080. Sua redação previa a participação da comunidade na formulação das políticas públicas de saúde, mas acabou sendo vetada pelo presidente Collor quando de sua publicação. No entanto, uma forte reação dos movimentos sociais fez valer a participação social na gestão do SUS, o que levou à publicação no mesmo ano da lei 8.142/90 (BRASIL, 1990b). Reconheciam-se no interior do SUS os Conselhos de Saúde como órgãos colegiados permanentes e deliberativos constituídos em cada esfera de governo por usuários do sistema em uma representação paritária aos segmentos governo/prestadores e profissionais de saúde, além das Conferências de Saúde, para a avaliação periódica da situação da saúde.

Já as diretrizes organizacionais do SUS se deram por diversas normas operacionais e assistenciais no decorrer dos anos 1990 e 2000, com sucessivos instrumentos orientadores (Norma Operacional Básica - NOB e Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS), que estabeleceram e regulamentaram, em cada um de seus momentos, a organização e o financiamento do sistema, assim como as competências e responsabilidade de cada esfera de governo em seu processo de descentralização político-administrativa. Assim, foram publicadas NOB nos anos de 1991, 1992, 1993 e 1996, e NOAS nos anos de 2001 e 2002, cada uma delas com diretrizes importantes em seus momentos para a organização e financiamento do sistema. As NOB/91 e NOB/92 tiveram enfoques fundamentalmente voltados à alocação do recurso (SOUZA; BORGES; COLETTI, 2019). O INAMPS ainda era o órgão responsável pelo repasse federal a Estados e Municípios e, mantendo a lógica que o orientou, as normas valorizaram a assistência médico-curativa, com pagamento direto aos prestadores contratados conforme produção aprovada. Instituem-se a Unidade de Cobertura Universal (UCA) para parametrizar o montante por população de cada unidade federativa e os Sistema de Informação

Ambulatorial do SUS (SIA/SUS) e Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH/SUS) para geração de crédito aos prestadores (BRASIL, 1991; 1992). A NOB/93 foi a primeira norma editada pelo MS, após a extinção do INAMPS, e representa o primeiro movimento tático para o processo de descentralização das ações no SUS. Habilitou os municípios de acordo com as condições de gestão, nas quais os municípios classificados como Gestor Semipleno do Sistema passaram a receber transferência de recurso federal de forma regular e automática (fundo a fundo - do Fundo Nacional de Saúde aos fundos municipais de saúde). Com isso, os municípios alcançaram também maior autonomia para controlar e avaliar os serviços públicos e privados contratados e para programar seu pagamento. Define ainda responsabilidades sobre algumas ações de vigilância (sanitária e epidemiológica) aos municípios classificados sob esta forma de gestão. E outro importante e inovador processo trazido pela norma foi a constituição de espaços permanentes de negociação e pactuação entre gestores na operacionalização de pactuações, as Comissões Intergestoras Bipartite (CIB), de âmbito estadual, e as Comissões Intergestoras Tripartite (CIT), de âmbito nacional (BRASIL, 1993). A NOB/96 deu continuidade ao processo de descentralização político-administrativa e avançou na criação de novas condições de gestão e na redefinição de competências. Reorganizou o modelo assistencial, descentralizando para todos os municípios a responsabilidade pela gestão da Atenção Primária à Saúde (APS). Assim, todos os municípios tornavam-se de Gestão Plena da Atenção Básica. Cria-se então o Piso de Atenção Básica (PAB), definido por um valor *per capita* nacional em relação à população de cada município, além de incentivos para os municípios implantarem o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), existente desde 1991, e o Programa Saúde da Família (PSF), criado em 1994. Aumenta-se também a participação percentual das transferências fundo a fundo segundo valor *per capita* e critérios definidos por programas específicos, ao passo que se reduzem as transferências por remuneração de serviços produzidos para os municípios classificados como Gestão Plena do Sistema, a quem foram atribuídos maiores graus de autonomia gerencial do sistema. A norma traz também importante responsabilidade sanitária aos gestores na assistência à saúde a seus municípios, em território próprio ou referenciado, explicitado em pacto federativo (BRASIL, 1996b). As NOAS promoveram maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção. A NOAS/2001 (BRASIL, 2001) introduziu um importante instrumento ordenador do processo de regionalização: o Plano Diretor de Regionalização (PDR), sob a condução dos estados. A organização da oferta dos serviços do SUS passa a ser organizada por Regiões de Saúde, como bases territoriais de planejamento de atenção à saúde, consideradas suas peculiaridades demográficas, socioeconômicas, sanitárias e epidemiológicas, mas também a

oferta de serviços constituída. Cada Região de Saúde deveria contar com um município-polo ou de referência para outros municípios na atenção de média ou maior complexidade. O PDR deveria estar ainda acompanhado de um Plano Diretor de Investimento (PDI), como uma estratégia de investimento para se alcançar a oferta assistencial em seus diferentes níveis de atenção. Já a NOAS/2002 (BRASIL, 2002) veio fortalecer o processo de descentralização no que diz respeito à negociação entre gestores de saúde, introduzindo a Programação Pactuada Integrada (PPI) como um instrumento organizativo para a garantia do acesso dos serviços de média e alta complexidade não disponíveis em um município, mas ofertada em outro dentro da Região de Saúde. A PPI orienta também a alocação do recurso para a garantia do acesso ao serviço. Ou seja, o recurso financeiro deve acompanhar o munícipe, devendo ser alocado no município de referência e garantidor de sua assistência.

Se as normas operacionais (NOB e NOAS) se direcionaram à regionalização e à descentralização das ações e serviços de saúde aos municípios, o Pacto Pela Saúde, um compromisso interfederativo institucionalizado em 2006 e editado pela Portaria 399 (BRASIL, 2006b), buscou fortalecer a atenção à saúde, o financiamento e a participação social. Ancorado em três preceitos (Pacto pela Vida, Pacto em defesa do SUS e Pacto de Gestão), os gestores assumiam compromissos públicos com a sociedade na defesa da vida e na defesa do SUS como política de saúde e como compromisso de gestão. Surge pela primeira vez a ideia de prioridades de ação do sistema. E nesse sentido, o Pacto pela Vida apresentou um conjunto de compromissos sanitários prioritários para com a população idosa; a redução de índices de mortalidade materno-infantil e por câncer de colo de útero e de mama; o fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às doenças emergentes e às endemias; além da promoção da saúde e do fortalecimento da APS. O Pacto em defesa do SUS expressou os compromissos dos gestores de saúde com os princípios estabelecidos na CF/88 e no estabelecimento de diálogo com a sociedade além dos limites institucionais do SUS. Já o Pacto de Gestão, este componente, sim, buscou aperfeiçoar o processo de gestão do SUS, desde o planejamento das ações ao financiamento tripartite que estimulasse critérios de equidade nas transferências fundo a fundo. Surgem os blocos federais de financiamento por complexidade de serviços (Atenção Básica; Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; Vigilância em Saúde; Assistência Farmacêutica; Gestão do SUS; e, Investimento na Rede de Serviços), posteriormente consolidada apenas em dois blocos: custeio (das ações e serviços) e investimento (na rede assistencial).

Mas havia ainda a necessidade de regulamentar alguns dispositivos legais do SUS nos campos organizacional e de financiamento do sistema e do planejamento e assistência em saúde,

que aconteceriam com o Decreto Federal nº 7.508/2011, que regulamentou a Lei nº 8.080 (BRASIL, 2011), fazendo reconhecer as portas de entrada ao SUS, e com a Lei Complementar nº 141/2012 (LC 141) (BRASIL, 2012a), que veio regulamentar a Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000 - EC/29 (BRASIL, 2000a). A EC/29 já havia sido um grande avanço na perspectiva do financiamento quando definiu percentuais mínimos de aplicação em ações e serviços públicos em saúde por cada ente federado (12% da Receita Corrente Bruta - RCB - pelos estados e 15% pelos municípios, e no caso da União, outro cálculo baseado no montante aplicado em ano anterior corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto - PIB - brasileiro). No entanto, não dispôs sobre o que realmente poderia ser considerado como despesas em saúde para fins de cálculo de gasto. Sua falta de regulamentação levou a diferentes interpretações por gestores das três esferas de governo. O Conselho Nacional de Saúde (CNS) chegou a publicar diretrizes sobre a aplicação da EC/29 (CNS, 2003). Porém, uma normatização por resolução de um colegiado, e não por um dispositivo legal, foi questionada por gestores estaduais e municipais do SUS, e, assim, não aplicada. Sua regulamentação só veio ocorrer uma década depois, em 2011, com a LC 141. A partir de então, padronizou-se no campo jurídico a compreensão do que seria considerado como despesa em ações e serviços públicos de saúde para efeito da apuração da aplicação dos recursos mínimos pelos entes federados estabelecidos pela EC/29. A norma legal ainda teve o cuidado de trazer em seu texto algumas ações que não se caracterizam com ações em saúde a fim de atender à aplicação mínima.

O Quadro 2 busca apresentar as disposições previstas pela LC 141 estabelecendo a relação entre as ações públicas e seu entendimento como despesa ou não em saúde.

Quadro 2 - Lei Complementar 141/2012. Ações de saúde e regulamentação como gasto ou despesa em saúde

AÇÃO	É CONSIDERADO GASTO OU DESPESA EM SAÚDE	NÃO É CONSIDERADO GASTO OU DESPESA EM SAÚDE
Assistência à saúde	Atenção integral e universal à saúde em todos os níveis de complexidade, incluindo assistência terapêutica e recuperação de deficiências nutricionais	Assistência à saúde que não atenda ao princípio de acesso universal
Ambiental e Sanitária	Vigilância em saúde, incluindo as vigilâncias epidemiológica e a sanitária. Manejo ambiental vinculado diretamente ao controle de vetores de doenças	Limpeza urbana e remoção de resíduos. Preservação e correção do meio ambiente, realizadas pelos órgãos de meio ambiente ou por entidades não governamentais
Saneamento Básico	Saneamento básico de domicílios ou de pequenas comunidades, desde que seja aprovado pelo conselho de saúde do ente federado financiador da ação e em acordo com as demais diretrizes da LC 141. Saneamento básico dos distritos sanitários especiais indígenas e de comunidades remanescentes de quilombos	Saneamento básico de forma geral, inclusive quanto às ações financiadas e mantidas com recursos provenientes de taxas, tarifas ou preços públicos instituídos para essa finalidade
FTS	Remuneração do pessoal ativo da área de saúde em atividade nas ações de que trata este artigo, incluindo os encargos sociais. Capacitação do pessoal de saúde do SUS	Pessoal ativo da área de saúde quando em atividade alheia à referida área. Pagamento de aposentadorias e pensões, inclusive dos servidores da saúde
Rede física do SUS	Obras de recuperação, reforma, ampliação e construção de estabelecimentos públicos de saúde	Outras obras de infraestrutura, ainda que realizadas para beneficiar direta ou indiretamente a rede de saúde
Gestão do SUS	Ações de apoio administrativo realizadas pelas instituições públicas do SUS e imprescindíveis à execução das ações e serviços públicos de saúde. Gestão do sistema público de saúde e operação de unidades prestadoras de serviços públicos de saúde	-
Ciência e tecnologia	Produção, aquisição e distribuição de insumos específicos dos serviços de saúde do SUS, tais como: imunobiológicos, sangue e hemoderivados, medicamentos e equipamentos médico-odontológicos	-
Alimentação e merenda escolar	Merenda escolar e outros programas de alimentação desde que se caracterizem como de recuperação de deficiências nutricionais	Merenda escolar e outros programas de alimentação, ainda que executados em unidades do SUS, exceto as que se caracterizarem como de recuperação de deficiências nutricionais
Assistência Social	-	Ações de assistência social

Fonte: Elaborado pelo autor, em acordo ao disposto pela LC 141 (BRASIL, 2012a)

No entanto, superada a incerteza do que seria considerado gasto em saúde, ocorreria uma nova e importante alteração na regra do financiamento federal. O cálculo para apuração da aplicação mínima dos recursos pelo ente federal trazida pela EC/29 sofreria alteração por outra emenda à constituição, a Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015 (EC/86). Para a União, a aplicação mínima de recursos respeitaria agora um escalonamento anual pelo período de cinco anos até atingir 15% da RCL, considerando ainda para o cálculo as emendas parlamentares para o cômputo do orçamento federal na saúde (BRASIL, 2015a). Em 2016, com a promulgação de uma nova emenda à constituição, a Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016 (EC/95), a regra de cálculo para aplicação de recursos pela União seria novamente alterada. Os recursos federais não seriam mais vinculados ao PIB ou à receita, mas “congelados” no valor gasto em 2017 por vinte anos, corrigidos anualmente pelo índice de inflação, medido pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA). Já as regras de aplicação mínima para estados e municípios não alteram as duas emendas anteriores, EC/29 e EC/86. (BRASIL, 2016a).

O Quadro 3 busca sintetizar o que foi aqui apresentado a respeito das diretrizes organizacionais e de financiamento do SUS.

Quadro 3 – Cronologia de evolução fiscal e normativo-organizacional do SUS

ANO/PERÍODO	MARCO NORMATIVO/ LEGAL	O QUE REPRESENTOU
1988	CF/88	- O reconhecimento do direito à saúde como dever de garantia pelo Estado
1990	Lei 8.080	- Criação do SUS. Materialização do direito à saúde em um sistema de saúde no modelo universal, público e gratuito
1990	Lei 8.142	- Reconhecimento da participação social nas discussões de políticas públicas de saúde
1991 1992	NOB/91 NOB/92	- Normativas para alocação do recurso federal para ações e serviços de saúde
1993	NOB/93	- Normativas para descentralização para as ações e serviços de saúde no SUS
1996	NOB/96	- O MS descentraliza a gestão da atenção básica para os municípios e cria o Piso de Atenção Básica (PAB) para transferência aos municípios
1996	Lei 9.311	- Criação da CPMF. Instituiu uma tributação sobre a movimentação financeira bancária a pessoas físicas e jurídicas como uma fonte de financiamento do SUS
2000	EC/29	- Definiu os percentuais mínimos de aplicação de recursos financeiros em ações e serviços públicos de saúde por ente federado: Municípios (15% da RCB); Estados (12% da RCB); União
2001	NOAS/2001	- Reorganizou a regionalização no SUS, com a introdução do PDR, sob a condução dos estados
2002	NOAS/2002	- Introduziu a PPI no processo de negociação entre gestores municipais do SUS na garantia do acesso aos serviços de saúde de média e alta complexidades em outro território
2006	Pacto pela Saúde	- Compromisso interfederativo para enfrentamento dos principais problemas de saúde e de gestão e valorização do SUS (Pacto pela Vida, e Pacto de Gestão Pacto em defesa do SUS)
2011	Decreto 7.508	- Regulamentou a Lei 8.080 - A APS é ordenadora para as ações e serviços de saúde, mas não a única porta de entrada do SUS - Reconhecem-se também a atenção às urgências e a atenção psicossocial
2012	LC 141	- Regulamentou a EC/29 e dispôs sobre o que seria considerado como despesa em saúde (gasto público)
2015	EC/86	- Alterou o critério de cálculo para apuração da aplicação mínima dos recursos públicos pela União (escalonamento em cinco anos até atingir 15% da RCL) - Estabeleceu que metade dos recursos das emendas parlamentares fosse destinada a ações e serviços públicos de saúde
2016	EC/95	- Novo regime fiscal. Revogação do critério de custeio pela União que havia sido estabelecido pela EC/86 - “Congelamento” do financiamento federal por 20 anos a partir dos valores de 2017, corrigido anualmente pelo IPCA - A regra de destinação dos recursos das Emendas parlamentares às ações e serviços públicos de saúde prevista pela EC/86 não foi alterada pela EC/95

Fonte: Elaborado pelo autor

2.1.2 Saúde Suplementar: o segmento privado

Se por um lado a CF/88 fez materializar no SUS um sistema nacional de saúde público, gratuito e universal, por outro estabeleceu que a saúde é também livre à iniciativa privada, podendo, inclusive, integrar de forma complementar ao SUS. Dessa forma, institucionaliza-se no país um sistema de saúde híbrido (público e privado) e a relação público-privada em seu interior. No entanto, não fez qualquer menção ao mercado de planos e seguros privados de saúde, a que se denominou Saúde Suplementar.

Na visão de Bahia e Scheffer (2012), três importantes fatores contribuíram para a atual conformação da Saúde Suplementar no país. O primeiro, nos anos 1950, quando, influenciadas pelo crescimento industrial brasileiro, as corporações estrangeiras que compunham este parque passaram a contratar a assistência privada para oferecer a seus empregados. Os serviços de saúde eram, assim, benefícios que agregavam valor ao vínculo trabalhista. O segundo fator foi a contratação pelo próprio Estado, a partir dos anos 1960 (e expansão nos anos 1970) de empresas médicas e serviços privados de saúde para a assistência médica, aí sim, para aos contribuintes e beneficiários da previdência social. Na prática, representou a compra pelo Estado de serviços de empresas privadas de assistência à saúde no interior do modelo contributivo vigente naquele período. E o terceiro fator, a partir dos anos 1980, foi a própria crise do setor previdenciário brasileiro, que provocou o crescimento da oferta direta de planos de saúde a indivíduos ou empresas. Em 1989, até mesmo as seguradoras que atuavam em diferentes áreas ou setores, passaram a comercializar seguros de saúde, autorizadas à época pela Superintendência de Seguros Privados (SUSEP), autarquia que regulamentava as empresas de seguro e previdência privada no Brasil.

O mercado privado de planos de assistência à saúde no Brasil só seria de fato regulamentado uma década depois, pela Lei nº 9.656/1998 (BRASIL, 1998) e com a criação da ANS pela Lei nº 9.961/2000 (BRASIL, 2000b). A Lei 9.656 dispôs sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde que já se faziam presentes e aqueles que viessem a ser constituídos. Representou uma maior intervenção governamental no mercado, até então restrita a subsídios financeiros para atendimento à demanda. As operadoras de planos de assistência à saúde, ou simplesmente Operadoras de Saúde, passavam a atender a uma série de exigências até então não dispostas para o setor: cobertura obrigatória de procedimentos constantes em seus contratos; regras de elegibilidade e prazos de carência; demonstração de sua capacidade econômica para atuar no mercado; destinação obrigatória de parte de seus recursos para uma reserva técnica para constituição de ativos garantidores que possam assegurar a solvência das

operadoras sem prejuízo a assistência a seus consumidores; e ressarcimento ao SUS quando seus beneficiados se utilizassem de serviços da rede pública cujos procedimentos estivessem cobertos no plano privado contratado. Em 2000, o mercado privado de planos de saúde passaria a ser regulado por uma agência reguladora própria, sob forma de autarquia e vinculada ao MS, a ANS, criada pela Lei 9.961, com competência para regular, normatizar, controlar e fiscalizar as atividades relativas ao mercado da Saúde Suplementar, inclusive na autorização do registro das operadoras de planos de saúde. Todas as operadoras e seus produtos (planos de saúde) deveriam obrigatoriamente ter registro na ANS. O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde de cobertura assistencial obrigatória (Rol de Procedimentos) dos planos privados de saúde também é estabelecido pela ANS. Compete ainda à ANS dispor sobre as normas para ressarcimento ao SUS quando da utilização da rede pública de saúde por seus consumidores cujo serviços prestados estão também cobertos por seus planos contratos junto a suas operadoras (ANS, 2022b). Em 2014, a ANS, pela Resolução Normativa – RN – nº 367/2014, viria ainda regulamentar a forma de cálculo dos valores a serem ressarcido ao SUS, criando o Índice de Valoração do Ressarcimento (IRV), estipulado em 1,5 sobre o valor da Tabela de Procedimentos do SUS, lançado nos sistemas de informação - Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) e Sistema de Informação Hospitalar (SIHD/SUS) (ANS, 2014; 2022a; 2022b). O Quadro 4 busca sintetizar a trajetória aqui apresentada.

Quadro 4 – Cronologia de evolução fiscal e normativo-organizacional da Saúde Suplementar

ANO/PERÍODO	MARCO NORMATIVO/LEGAL	O QUE REPRESENTOU
1988	CF/88, art. 199	Institucionalização de um sistema de saúde híbrido e da relação público-privada no SUS
1998	Lei 9.656	Regulamentação da Saúde Suplementar no mercado privado da saúde
2000	Lei 9.961	Criação da ANS Regulação do mercado privado de planos de saúde Na relação público-privada, introduz o dever das operadoras em ressarcir o SUS quando da utilização de seus serviços por consumidores de planos de saúde
2001	Lei 10.185	Proibiu as operadoras de saúde que já atendiam o segmento da saúde de atuar em quaisquer outros ramos ou modalidades. Ou seja, para comercialização de seus produtos, as seguradoras só poderiam atuar no setor de saúde
2014	RN-ANS 367	Regulamentou o valor a ser ressarcido ao SUS nas condições previstas, criando o Índice de Valoração do Ressarcimento (IRV), estipulado em 1,5 sobre o valor lançado nos sistemas de informação do SUS

Fonte: Elaborado pelo autor

As operadoras de planos de assistência à saúde, ou simplesmente Operadoras de Saúde, compõem então a estrutura empresarial do setor da Saúde Suplementar. Elas só podem se constituir como pessoa jurídica, mas podem se organizar sob diferentes modalidades empresariais de atuação no mercado: autogestão, cooperativas, medicina de grupo, filantropia e seguradoras de saúde.

O Quadro 5 discrimina cada uma das modalidades.

Quadro 5 - Modalidades empresariais de atuação no mercado da Saúde Suplementar

MODALIDADE	NATUREZA JURÍDICA	MERCADO	REDE ASSISTENCIAL
Autogestão	Direito privado de fins lucrativos Criada por empresas, associações, fundações, sindicatos ou entidades de categorias profissionais	Não comercializam planos para o público geral, apenas para seus empregados, ex-empregados e seus dependentes	Estrutura própria ou contratada
Cooperativa	Associação autônoma sem fins lucrativos Constituída conforme as regras do Cooperativismo (Lei 5.764/1971)	Comercializa planos de saúde para pessoa física ou pessoa jurídica para o público em geral	Estrutura própria ou contratada
Filantropia	Direito privado de fins lucrativos São geralmente exercidas por hospitais com Certificação de Entidades Beneficentes de Assistência Social CEBAS (hospitais filantrópicos, Santas Casas)	Comercializa planos de saúde para pessoa física ou pessoa jurídica para o público em geral	Estrutura própria ou contratada
Medicina de Grupo	Direito privado de fins lucrativos	Comercializa planos de saúde para pessoa física ou pessoa jurídica para o público em geral	Estrutura própria ou contratada
Seguradora de Saúde	Direito privado de fins lucrativos	Não comercializa planos de saúde. O segurado possui uma apólice que define as condições e os limites de reembolso, cobertura e a abrangência geográfica dos serviços	Não possui rede própria nem contratada. Opera por meio de uma rede referenciada de prestadores de serviços, mas o segurado tem o direito de escolher estabelecimentos ou profissionais de saúde não referenciados pela seguradora

Fonte: ANS (2023)

Já o produto de venda das operadoras, ou seja, os planos de saúde, são classificados de duas formas. De acordo com a segmentação assistencial ou tipo de cobertura, os planos de saúde podem ser médico ou odontológico. Os planos de saúde médico ainda podem se subdividir em

cobertura ambulatorial e/ou hospitalar. Os planos odontológicos só são comercializados sob a forma ambulatorial, conforme Quadro 6.

Quadro 6 - Planos privados de assistência à saúde por tipo de cobertura

PRODUTO	SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL	DEFINIÇÃO
Plano de Saúde Médico (Assistência médica)	Ambulatorial	Plano de saúde com cobertura de consultas médicas em clínicas ou consultórios, exames, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais
	Hospitalar	Plano de saúde que garante a prestação de serviços em regime de internação hospitalar, sem limite de tempo de internação. Pode contemplar ou não a atenção hospitalar ao parto (obstetrícia)
Plano de Saúde Odontológico (Assistência odontológica)	Ambulatorial	Plano de saúde odontológico comercializado apenas na modalidade ambulatorial, na garantia da assistência odontológica que compreenda consultas, exames diagnósticos e outros tratamentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

Fonte: ANS (2023)

E quanto à forma de comercialização no mercado, os planos de saúde podem ainda ser classificados em individual/familiar ou coletivo. Os planos coletivos ainda se subdividem em coletivo empresarial e coletivo por adesão (Quadro 7).

Quadro 7 - Planos privados de assistência à saúde por forma de comercialização

FORMA DE COMERCIALIZAÇÃO		DEFINIÇÃO
Individual ou Familiar		Plano de saúde cuja relação contratual se dá entre uma operadora de saúde e uma pessoa física, diretamente. Individual quando sem dependentes, e familiar, quando com dependentes
Coletivo	Empresarial	Plano de saúde cuja relação contratual se dá entre uma operadora de saúde e uma empresa ou organização, sendo a assistência à saúde um benefício ofertado a seus empregados
	por Adesão	Plano de saúde cuja relação contratual se dá entre a operadora de saúde e uma associação ou sindicato profissional, facultado a seus associados a adesão ao benefício. É o tipo de contratação mais susceptível. Diferentemente dos planos com contratos do tipo individual ou familiar, não há uma relação entre o índice de reajuste com os índices de inflação. Assim, não tendo limite de reajuste, requerendo, das associações contratantes abrirem uma negociação com a operadora contratada. Outra vulnerabilidade observada neste tipo de contratação é a possibilidade do cancelamento unilateral do instrumento contratual pela operadora, com aviso prévio de 30 dias

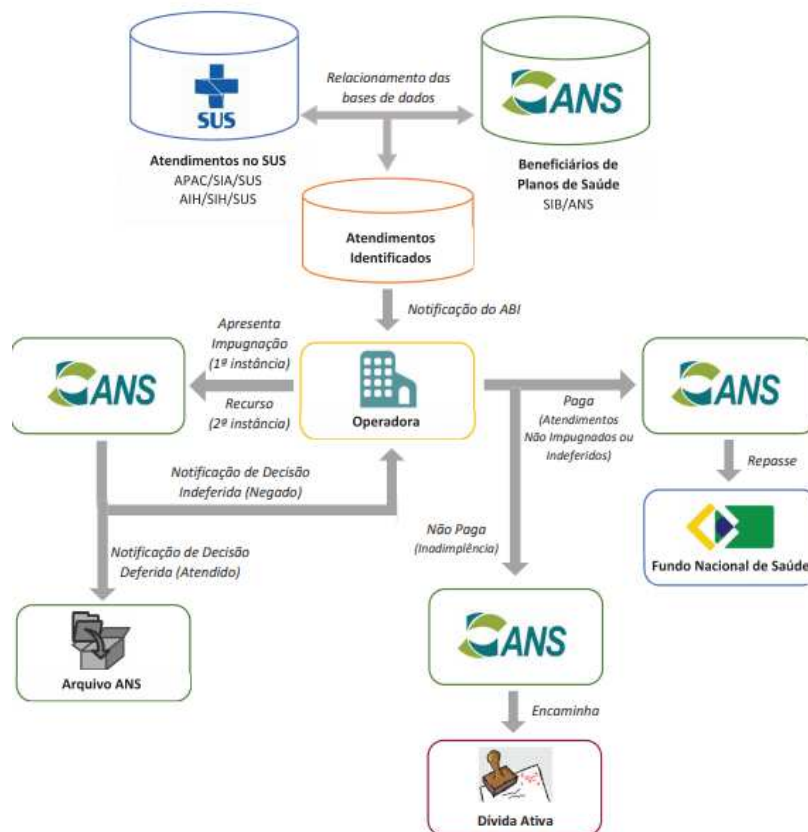
Fonte: ANS (2023)

2.1.3 A relação público-privada

A relação público-privado no interior do sistema de saúde brasileiro é complexa, e não se dá somente pela participação da iniciativa privada de forma complementar ao público, como prevista no SUS, mas, sim, por uma via dupla de interação entre ambos os segmentos (MENICUCCI, 2011). Com a introdução de um processo regulatório na comercialização dos planos de saúde pela ANS, estabeleceu-se que as operadoras de planos de saúde deveriam ressarcir ao SUS quando seus consumidores se utilizassem da rede assistencial SUS, própria (pública) ou contratada (privada). Tal reparação, se assim se pode dizer, não tem o objetivo de custear a Seguridade Social, mas, recompor despesas do SUS. Ou seja, busca a recuperação de recursos destinados à assistência de pessoas consumidoras de planos de saúde que, embora possuíssem em seus planos de saúde a cobertura de serviços contratada junto a sua operadora, utilizaram-se daquele serviço na rede SUS. São ressarcidos apenas os valores referentes aos serviços que constam no contrato do consumidor com a operadora de planos de saúde. A regra se assemelha à própria sistemática já em prática pelo mercado de planos de saúde, em que os custos de atendimento ao consumidor pela rede conveniada são inicialmente suportados pela instituição prestadora, para posteriormente serem pagos pelas operadoras. No caso de ressarcimento ao SUS, utiliza-se de IRV, estipulado em 1,5 (um e meio) sobre a tabela de procedimentos do SUS (ANS, 2014; 2022a; 2022b). Todo o ressarcimento é realizado em favor do Fundo Nacional de Saúde (FNS), e os valores são considerados como receita adicional ao SUS, não sendo computados para fins de aplicação mínima pelo governo federal. No entanto, cabe destacar que nem toda cobrança às operadoras se concretiza em ressarcimento ao SUS. As operadoras podem contestar os valores cobrados e dar início a um processo administrativo a que tem direito. A apuração se inicia pela ANS, com o cruzamento entre o banco de dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), que contém a relação dos pacientes atendidos na rede SUS em um determinado período, com o banco de dados da Saúde Suplementar, que contém a relação dos consumidores dos planos naquele mesmo período. Uma vez identificada a utilização dos serviços SUS por estes consumidores dos planos, a ANS encaminha às operadoras uma notificação (Aviso de Beneficiário Identificado – ABI). Ou as operadoras efetuam o ressarcimento ou podem contestar a cobrança e os valores. E aí é iniciado um processo administrativo para nova averiguação. Uma vez constatados ou retificados os valores, a ANS emite a cobrança às operadoras através das Guias de Recolhimento da União (GRU), que serão transferidos pela União para o FNS (ANS, 2014; 2022a; 2022b).

A Figura 1 apresenta as etapas de apuração para ressarcimento ao SUS pelas operadoras de saúde.

Figura 1 - Etapas de apuração para ressarcimento ao SUS pelas Operadoras de planos privados de assistência à saúde no Brasil



Fonte: ANS (2023)

Mas além dessa via, na qual o setor privado atua no ressarcimento ao setor público, há outras vias legais nas quais o Estado se renuncia a receber parte de impostos e tributos devidos de empresas e pessoas físicas com o intuito de estimular a economia. Ou mesmo por incentivo direto à assistência privada a grupo de trabalhadores. A dedução no Imposto de Renda de Pessoas Físicas (IRPF) de despesas com saúde e as vantagens oferecidas a classe de trabalhadores, sob negociação de sindicatos, ilustram bem esses cenários. E essa prática independe de governo ou partido que estiveram no poder presidencial no país, como será a seguir apresentado (MARQUES; PIOLA; OCKÉ-REIS, 2016; BAHIA, 2017; CAMPELO, 2017).

Em 1988, a CF/88 é promulgada sob o governo José Sarney (Partido do Movimento Democrático Brasileiro – PMDB)¹, garantindo o direito universal à saúde e institucionalizando um sistema nacional de saúde no país. No entanto, este mesmo Estado também garantia às famílias uma dedução do IRPF pelos gastos privados em saúde. Naquele momento, tal dedução ainda era incipiente, um tanto “acanhada”, se assim se pode dizer, limitando-se a 5% da despesa e a cinco dependentes (BRASIL, 1988a). Importante lembrar que o setor da Saúde Suplementar ainda não havia sido regulamentado, o que ocorreria uma década depois, como já tratado no subcapítulo anterior.

Nos anos 1990, no governo Fernando Henrique Cardoso – FHC (Partido da Social Democracia Brasileira – PSDB), a dedução do IRPF ganha ainda mais espaço na arena de vantagens e incentivo ao setor privado à saúde. Realizam-se contratos entre o Estado e entidades privadas de saúde para a assistência à saúde aos trabalhadores da União. Ou seja, o mesmo Estado que instituiu um modelo universal de saúde, mas que garantia às famílias dedução de gastos privados em saúde no IRPF, é também o mesmo Estado que oferta serviços privados de saúde para seus servidores públicos (BRASIL, 1995; 1997; 1999). A não tributação de valores aos trabalhadores do setor privado, recebidos dos empregadores para custeio em saúde também estampa esta relação. Nos governos Lula (Partido dos Trabalhadores – PT), um subsídio do governo federal é garantido aos servidores da União como forma de auxílio-saúde. No campo da Saúde Suplementar, a ANS permite reajuste diferenciado para os planos de adesão coletiva, cuja relação contratual se faz entre a operadora e uma associação ou sindicato profissional, como já apresentado. Dessa forma, os reajustes são acordados entre as partes, isentando a ANS da aplicação de um índice de reajuste, como ocorre nos planos individuais ou familiares. Demonstra a forte influência destas entidades sindicais neste processo de incentivo à comercialização dos planos privados, ao, muitas vezes, associar um melhor posicionamento profissional de acordo com as vantagens oferecidas pelas empresas na oferta de planos de saúde a seus empregados (BRASIL, 2006a; ANS, 2009). Nos governos Dilma Rousseff (PT), a dedução do IRPF ganha espaço no mercado da saúde estética, plástica e reparadora, e não somente na dedução de tratamentos a doenças. Possibilitou-se ainda que as operadoras obtivessem descontos no pagamento às multas recebidas por não cumprimento de cláusulas contratuais e que tramitavam por processos administrativos. Buscava-se acelerar o trâmite jurídico da questão, mas também se tratou de uma forma de indulto às operadoras às sanções a elas impostas (RFB, 2014; ANS, 2015).

¹ Em 2017, PMDB passaria a se chamar MDB – Movimento Democrático Brasileiro.

O Quadro 8 busca apresentar a cronologia desta renúncia fiscal e vantagens no Brasil a partir da CF/88, e alguns de seus atos legais ou normativos entre 1988 e 2015.

Quadro 8 - Cronologia da renúncia fiscal e vantagens ao setor privado de saúde no Brasil.

1988-2015

Ano de vigência/governo	Incentivo	Ato legal ou normativo	O que diz
1988 (Sarney) PMDB	Dedução no IRPF de despesas com saúde	Lei n. 7.713/1988, art. 14	Dedução de 5% da despesa com saúde no IR de pessoa física, limitada a cinco dependentes
1995 (FHC) PSDB	Dedução no IRPF de despesas com saúde	Lei n. 9.250/1995, art. 8º, I, II a	Dedução integral com despesa a saúde paga a prestadores privados, inclusive plano de saúde. Não limita o número de dependentes
1997 (FHC) PSDB	Incentivo à assistência à saúde privada aos servidores da União	Lei nº 9.527/1997, art. 230	Introduz a assistência à saúde do servidor, ativo e inativo, da União e seus dependentes por entidades privadas, mediante contrato com a Administração Pública para este fim. Até então a assistência era realizada diretamente pelo órgão ou entidade ao qual estiver vinculado
1999 (FHC) PSDB	Incentivo à assistência à saúde privada aos empregados	Decreto n. 3.000/1999, art. 39, XLV	Os empregados não terão tributados os valores recebidos pelos empregadores para custeio de serviços médicos, hospitalares e dentários (auxílio ou ressarcimento)
2006 (Lula) PT	Incentivo à assistência à saúde privada aos servidores da União	Lei n. 11.302/2006, art. 9º	Introduz o Auxílio-saúde aos servidores da União, ativos e inativos. Ressarcimento parcial no vencimento do serviço do valor despendido com planos de saúde
2009 (Lula) PT	Incentivo à comercialização de planos de saúde	Resolução ANS n. 196/2009	Permite que o reajuste dos planos coletivos seja determinado a partir da negociação entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde, diferentemente dos planos individuais, cujo índice de reajuste é definido pela ANS
2014 (Dilma) PT	Dedução no IRPF de despesas com saúde	Resolução RFB nº 1.500/2014, art. 94, § 12	Dedução integral com despesas de cirurgias plásticas, reparadoras ou estéticas
2015 (Dilma) PT	Incentivo à comercialização de planos de saúde	Resolução ANS n. 388/2015	Desconto de 40% nas multas aplicadas às operadoras de planos de saúde por não cumprimento de cláusulas contratuais, se, durante o processo administrativo sancionador instaurado pela ANS, a operadora desistir de apresentar defesa e se comprometer a pagar o valor da sanção à vista e no prazo de 30 dias

Fonte: Elaborado pelo autor, baseado nos atos legais/normativos apresentados.

2.1.4 A Força de Trabalho em Saúde (FTS)

A Força de Trabalho em Saúde (FTS) constituiu um aspecto central para o desenvolvimento das ações e serviços de saúde (Paim, 2019). Assim, se o sistema de saúde brasileiro se conforma de maneira híbrida, natural que esta força de trabalho também se distribua pelos seus diferentes segmentos em seu interior. A FTS é composta por trabalhadores provenientes de um amplo leque de ocupações e profissões que não necessariamente é formada para a prática do exercício profissional da saúde, mas todos os trabalhadores que direta ou indiretamente se relacionam com o sistema de saúde. Mas tomando algumas profissões regulamentadas como profissões de saúde, buscou-se mensurar sua distribuição nos setores público e privado da saúde e o “valor salarial” desses profissionais. Utilizou-se dos infográficos produzidos pela Rede Colaborativa para estudos estratégicos da FTS da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) (REDE, 2022). Os dados contemplam apenas profissionais com contrato de trabalho com alguma fonte empregadora para o exercício de suas funções, fosse celetista, estatutário ou temporário, que considerou a Relação Anual de Informações Sociais (RAIS). A RAIS é de ordem do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) e obrigatória a todas as empresas inscritas no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) e para os órgãos públicos, federal, estaduais e municipais, de administração direta ou indireta. Assim, deve-se deixar claro: os dados não contemplam as atividades exercidas no mercado liberal como autônomos no setor privado e sem relação empregatícia. Os dados têm objetivo, então, de retratar, de certa forma, o valor de mercado dessa FTS quando empregada, seja no setor público ou privado.

Considerando então a empregabilidade das profissões, observa-se na Tabela 1 que as categorias profissionais se comportam de maneiras distintas no mercado. Educadores físicos (88%), farmacêuticos (82%), nutricionistas (66%), fisioterapeutas (64%) e enfermeiros (58%) estão em maioria no setor privado. Por outro lado, o setor público absorveu a maioria dos cirurgiões-dentistas (81%), médicos (73%), psicólogos (61%) e fonoaudiólogos (59%). Não foi explorada a sobreposição entre os vínculos públicos e privados encontrados. Em outras palavras, quantos profissionais atuam exclusivamente em um dos vínculos ou quantos estão inseridos em ambos os vínculos.

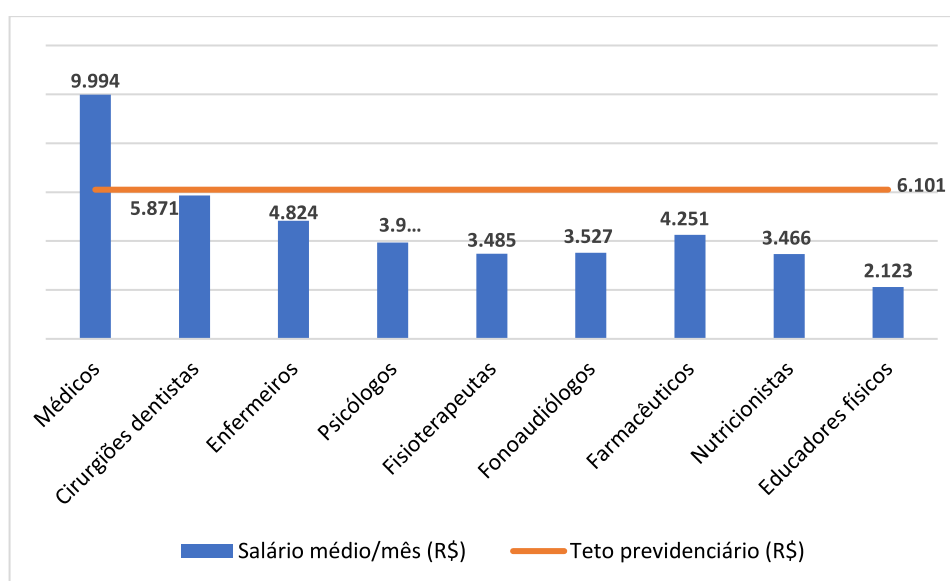
Tabela 1 - Empregabilidade da FTS nos segmentos público e privado da saúde no Brasil no ano de 2020

Profissionais	Privado	Público
Cirurgiões-dentistas	19%	81%
Educadores físicos	88%	12%
Enfermeiros	58%	42%
Farmacêuticos	82%	18%
Fisioterapeutas	64%	36%
Fonoaudiólogos	41%	59%
Médicos	27%	73%
Nutricionistas	66%	34%
Psicólogos	39%	61%

Fonte: Elaborado pelo autor, baseado nos infográficos da Rede Colaborativa (REDE, 2022)

Para mensurar o valor de mercado desta FTS, utilizou-se dos dados sobre o salário médio de cada uma das profissões selecionadas para o ano de 2020, também extraídos de infográficos da REDE. Considerando como indexadores para aquele ano no Brasil o teto previdenciário estabelecido de R\$ 6.101 e o salário-mínimo de R\$ 1.039, todas as categorias profissionais tiveram um salário médio mensal abaixo do teto previdenciário e abaixo de cinco salários-mínimos, à exceção da categoria médica, com um salário médio de R\$ 9.994, superior ao teto previdenciário e equivalente a 9,6 salários-mínimos, como apresentado no Gráfico 1 e na Tabela 2. Os dados nos permitem afirmar que, em geral, o salário médio da FTS com vínculo de trabalho no Brasil é baixo.

Gráfico 1 - Salário médio da força de trabalho em saúde empregada no Brasil em 2020



Fonte: Elaborado pelo autor, baseado nos infográficos da Rede Colaborativa (REDE, 2022)

Tabela 2 - Salário médio mensal da força de trabalho em saúde no Brasil e equivalência ao salário-mínimo em 2020

Categoria profissional	Salário médio/mês (R\$)	Salários-mínimos
Médicos	9.994	9,6
Cirurgiões dentistas	5.871	5,7
Enfermeiros	4.824	4,6
Psicólogos	3.940	3,8
Fisioterapeutas	3.485	3,4
Fonoaudiólogos	3.527	3,4
Farmacêuticos	4.251	4,1
Nutricionistas	3.466	3,3
Educadores físicos	2.123	2,0

Fonte: Elaborado pelo autor, baseado nos infográficos da Rede Colaborativa (REDE, 2022)

E quanto vale a hora de trabalho destes profissionais? Dividindo o salário médio mensal de cada profissão pela sua carga horária contratada, observamos mais uma vez que os médicos são a categoria que destoa das demais, disposto na Tabela 3. A categoria, que já tem o maior salário médio mensal para o período analisado (R\$ 9.994), tem também a menor carga horária contratada. Com isso, um valor de hora de trabalho de R\$ 96.

Tabela 3 - Força de trabalho em saúde empregada no Brasil em 2020 por categoria, salário médio, carga horária e valor da hora de trabalho

Categoria profissional	Salário médio/mês (R\$)	Carga horária mensal (h)	Hora/trabalho (R\$)
Médicos	9.994	104	96
Cirurgiões dentistas	5.871	120	49
Enfermeiros	4.824	148	33
Farmacêuticos	4.251	152	28
Psicólogos	3.940	132	30
Fisioterapeutas	3.485	120	29
Fonoaudiólogos	3.527	124	28
Nutricionistas	3.466	144	24
Educadores físicos	2.123	112	19

Fonte: Elaborado pelo autor, baseado nos infográficos da Rede Colaborativa (REDE, 2022)

Para a categoria dos profissionais médicos expandiu-se a análise, utilizando-se dados da Demografia Médica no Brasil nos anos de 2020 e 2023 publicados em dois documentos (SCHEFFER, 2020; 2023) O primeiro (SCHEFFER, 2020) se refere ao exercício da profissão nos setores privados e público, mas agora estratificado também pela dupla vinculação. Os dados trazidos por aquele estudo apontam que somente 21,5% dos profissionais médicos exerciam

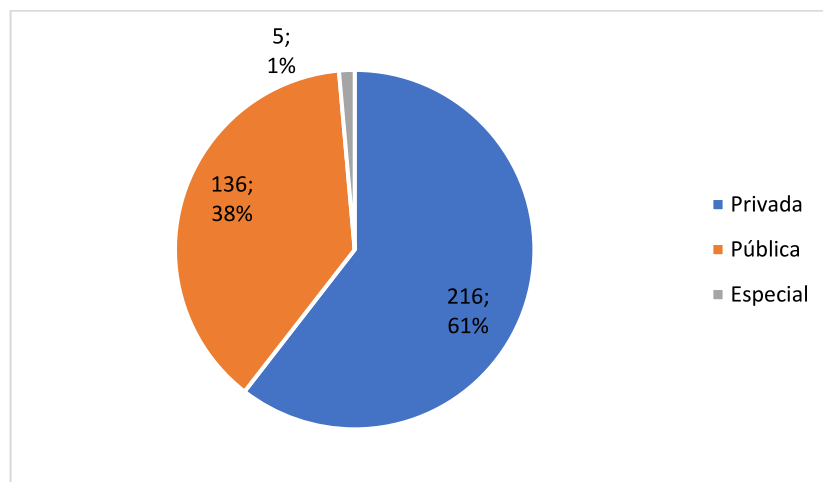
suas atividades exclusivamente no setor público. As atividades no setor privado de forma também exclusiva foi um pouco superior, 28,3%. E a dupla prática (pública e privada) foi a que se sobressaiu, sendo exercida por metade dos profissionais médicos (50,2%). O segundo estudo (SCHEFFER, 2023) se referiu à renda declarada pelos profissionais médicos à RFB. Foram excluídos da amostra os profissionais que, embora tivessem registro profissional em seus respectivos conselhos regionais de medicina (CRM), possuíam outras ocupações, declarando-as como fonte principal junto à RFB, como professores, advogados ou mesmo empresários de diferentes setores da economia. Não compuseram também a amostra os médicos residentes e que recebiam bolsas de Residência Médica, isenta de IRPF, assim como médicos do programa Mais Médicos. Neste escopo, a renda média declarada pelo grupo em 2020 foi de R\$ 30.100, uma média bem superior à encontrada quando analisada somente pelo vínculo empregatício, como o estudo da REDE que, como já trazido, foi de R\$ 9.994. Para o grupo etário de profissionais entre 51 e 60 anos a renda média chegou a R\$ 41.200, enquanto na outra ponta etária os médicos mais jovens, na faixa etária de 19-30 anos, tiveram uma renda média declarada de R\$ 12.259. Ou seja, a renda média da categoria varia conforme idade e tempo de atuação profissional. E parte desse fenômeno pode ser atribuído à entrada destes novos profissionais no mercado de trabalho em decorrência da expansão dos cursos e vagas de medicina no Brasil.

No ano de 2020, o Brasil havia alcançado o número de 500 mil profissionais médicos, o maior quantitativo até então registrado no país (SCHEFFER, 2020), cuja trajetória acelerada na formação de profissionais tem início no início dos anos 1970 como um reflexo do fim da vinculação orçamentária na Constituição Federal de 1967 (CF/67) pelo governo militar da época e do incentivo à participação privada na oferta do ensino superior no Brasil (SCHEFFER, 2020). Oliveira *et al.* (2019) também destacam este período como o início da expansão de escolas de graduação em medicina no país, em um contexto de desenvolvimento econômico que exerceu forte pressão para o desenvolvimento da educação no ensino superior como importante dimensão da economia de mercado, o que marcaria a partir de então uma crescente privatização ao longo dos anos posteriores. Outro *boom* de escolas de graduação em medicina no Brasil ocorreu de 1987 a 2007, quando foram criados 93 cursos de medicina, sendo 65 de natureza privada (cerca de 70%). Assim como no governo militar, tal expansão também se deu por incentivos por parte do governo federal ao ensino superior privado por meio do Ministério da Educação (MEC), (SCHEFFER, 2020). Com isso, o ensino de graduação em Medicina no Brasil se constitui predominantemente privado. Em 2020, o país contava com 357 escolas de graduação em Medicina em atividade, das quais 216 eram de natureza privada, representando

61% do total de escolas, enquanto 136 eram públicas, uma representatividade de 38%. Havia ainda cinco escolas (1%) categorizadas como especiais. Escolas especiais são escolas criadas por lei estadual ou municipal anteriormente à CF/88, para as quais não foi imposto o princípio da gratuidade do ensino público em estabelecimentos oficiais (BRASIL, 1988b).

O Gráfico 2 apresenta a distribuição das escolas de graduação em medicina no Brasil no ano de 2020 por natureza jurídica.

Gráfico 2 - Distribuição das escolas de graduação em medicina por natureza jurídica no Brasil em 2020



Fonte: Elaborado pelo autor, baseado em Sheffer (2020)

Ao final, os mais de 500 mil profissionais médicos no Brasil, independentemente de sua atuação nos setores público ou privado, representam uma densidade demográfica de 2,4 médicos por mil habitantes. Em termos comparativos, tal razão é superior à média da América Latina (2,2), mas inferior à dos países membros da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico – OCDE (3,5) (OCDE, 2020). No entanto, há também uma má distribuição destes profissionais pelas regiões do país. As regiões Sudeste (3,1) e Sul (2,7) apresentam uma razão média de médicos por mil habitantes superior à nacional (2,4) (OPAS, 2019). Por outro lado, as regiões Norte (1,7) e Nordeste (1,3), as menores. Fato peculiar ocorre na região Centro-oeste cuja razão (2,7) é direta e exclusivamente influenciada pelo Distrito Federal (5,1) que tem, inclusive, uma média superior à do país (SCHEFFER, 2020).

Algumas estratégias para o enfrentamento à desigualdade da distribuição de profissionais médicos e do acesso aos serviços públicos de saúde no país já foram adotadas por diferentes governos em diferentes momentos. Gonçalves Júnior, Gava e Silva (2017) citam o Projeto Rondon e o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass)

durante o período militar (1964-1985), mas também outros programas já na vigência do SUS, como o Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (Pisus) no governo Itamar Franco (1993); o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (Pits) no governo FHC (2001); o Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (Provab) (2011) e o Programa Mais Médicos (2013) ambos no governo Dilma Rousseff.

Mas se os profissionais médicos são a categoria de exponencial valor de mercado frente às demais, a enfermagem é a mais representativa em termos de contingente. Segundo o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), a categoria contava ao final de 2022 com mais de dois milhões e oitocentas inscrições ativas (COFEN, 2023). Estes números se referem às diferentes organizações de trabalho (ou subcategorias) em seu interior (enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem e parteiras), que estabelece entre si uma relação hierárquica e de diferentes composições salariais. Cerca de três quartos são auxiliares e técnicos de enfermagem, de níveis médio e técnico de ensino. Só os técnicos representam 59% deste total, com 1.715.191 profissionais. Os auxiliares somam um quantitativo menor, de 460.239 profissionais (16%). As parteiras representam um pequeno quantitativo, 367 profissionais. Os enfermeiros completam este contingente com 708.546 profissionais, uma representatividade de 25%.

A Tabela 4 apresenta a distribuição da força de trabalho da enfermagem de acordo com sua subcategoria profissional.

Tabela 4 – Distribuição da enfermagem de acordo com sua organização profissional no Brasil em 2022

Enfermeiros	Técnicos	Auxiliares	Parteiras	Total
708.546	1.715.191	460.239	367	2.884.343
25%	59%	16%	0%	100%

Fonte: Elaborado pelo autor, baseado em COFEN (2023)

Mas a categoria enfrenta um grande desafio no campo das práticas assistenciais. Ainda que o escopo da prática profissional dos enfermeiros contemple realização de consultas e prescrição de medicamentos e exames complementares, regulamentada por Lei Federal nº 7.498/1986 (BRASIL, 1986), pelo COFEN, Resolução nº 195/1997 (COFEN, 1997) e pelo Ministério da Saúde pela Política Nacional de Atenção Básica – PNAB (BRASIL, 2017a), a categoria enfrenta ainda resistência institucional e cultural no interior do sistema de saúde brasileiro. Em 2010, inclusive, o Ministério Público Federal (MPF) chegou a protocolar uma Ação Civil Pública (ACP) contra o COFEN e o município de Vitória, no Espírito Santo, que

havia normatizado em portaria o exercício das atividades dos profissionais enfermeiros da rede pública municipal na solicitação de exames e prescrição de medicamentos (COFEN, 2010).

2.2 O Contexto Político 2016-2022

Se o contexto político pode interferir na dinâmica das mudanças, como será tratado quando da apresentação do método do estudo, torna-se então importante contextualizá-lo no recorte temporal definido. Os anos 2016-2022 representam o período de uma nova condução política do país após quase uma década e meia de governo presidencial do PT (2003-2016). Com o *impeachment* da presidente Dilma Rousseff, retornaram ao poder lideranças políticas de ideologia centro-direita, ainda que coligadas ao governo PT.

Ecoam no debate político e acadêmico brasileiro duas diferentes narrativas sobre o processo que culminou na destituição de Dilma e do PT. Passos e Baptista (2018) fazem, inclusive, uma interessante discussão sobre estas disputas argumentativas. Segundo os autores, a narrativa de um golpe foi defendida por centrais sindicais e pelo próprio PT e sua militância, com argumentos de que a destituição do poder de um político eleito diretamente pelo povo ameaçava direitos civis e democráticos, e que tal movimento fora conduzido pelo discurso antipetista e antilulista da classe média conservadora do país que não teria aceitado a derrota presidencial de 2014². Cabe ainda acrescentar nesta representação do discurso argumentativo de golpe as universidades públicas federais. Em 2018, a Universidade de Brasília (Unb) ofereceria através do curso de graduação de Ciência Política a disciplina “O golpe de 2016 e o futuro da democracia no Brasil” (UNB, 2018), movimento seguido posteriormente por outras universidades públicas brasileiras³. Já a narrativa antagônica, de que o *impeachment* se deu por questões legais e constitucionais previstas quando de desvios de lei e de poder praticados pela então presidente Dilma Rousseff, era defendida não só pelos juristas responsáveis pelas denúncias, mas também pela imprensa política e pelo PSDB, principal opositor político ao PT naquele momento, e apoiado por partidos de centro-direita a ele coligados. A denúncia contra Dilma se baseava no desrespeito à lei orçamentária e à lei de improbidade administrativa, o que se convencionou no meio político como “pedaladas fiscais”, que consistiam em atrasos de repasses de verbas a bancos públicos e privados com a intenção de aliviar a situação fiscal do

² A disputa presidencial de 2014 foi marcada por um forte antagonismo político, e foi naquele momento a mais acirrada da história democrática do país, quando Dilma Rousseff (PT) venceu seu opositor Aécio Neves (PSDB) com 51,6% dos votos válidos. Posteriormente, em 2021, história política brasileira veria uma disputa ainda mais acirrada, entre Bolsonaro (PSL) e Lula (PT).

³ A UFJF ofereceu a disciplina também em 2018 pelo Programa de Pós-graduação em Serviço Social.

governo, “maquiando” os indicadores econômicos para o mercado financeiro. Dessa forma, o *impeachment* representaria apenas uma sucessão democrática para o caso previsto constitucionalmente. Passos e Baptista (2018) destacam ainda que o processo foi fortemente influenciado por uma crise política que envolveu acusações e condenações pelo Supremo Tribunal Federal (STF) a políticos do PT. Destacam-se o Mensalão⁴ e a Operação Lava Jato⁵, que se somaram à crise econômica e fiscal do país, em um cenário de baixo crescimento e de desequilíbrio e déficit das contas públicas (BRASIL, 2016a). Fonseca (2019) e Chaia (2019) veem ainda as “jornadas de junho” como um importante evento na condução do *impeachment*, e as consideram como o cerne para o processo. As “jornadas de junho” foram uma série de manifestações populares de variadas pautas reivindicatórias que ocorreram no país em junho de 2013. O movimento iniciou na cidade de São Paulo em protesto ao aumento das tarifas do transporte público. Logo, os protestos se espalharam por todas as capitais brasileiras e outros grandes centros urbanos, incorporando outras reivindicações de diferentes pautas. As manifestações não tinham em sua essência um caráter político-partidário, mas, sim, uma exposição da insatisfação da população urbana brasileira, cujas reivindicações passaram a ecoar também por melhores condições de vida e por políticas sociais de educação e de saúde mais eficientes. E na esteira desta insatisfação, grupos políticos de oposição ao governo Dilma e ao PT utilizaram-se do cenário heterogêneo das pautas para também se manifestar, fazendo com que discursos ideológicos e de anticorrupção ganhassem seu protagonismo no campo político. Fonseca (2019) destaca ainda um “bloqueio político” ao governo Dilma em seu segundo mandato, exercido por grupos políticos de direita reunidos em torno do PSDB e do “Centrão”⁶ que, embora derrotados na eleição presidencial de 2014, foram vitoriosos na eleição legislativa federal do mesmo ano, formando, assim, maioria sólida no Congresso Nacional, capaz de impedir ou dificultar muitas iniciativas política, econômica e administrativa do Executivo, ao mesmo tempo em que sustentavam projetos e medidas do governo ditas antipopulares e antissociais.

⁴ O Mensalão foi um esquema de corrupção de desvio de dinheiro público e compra de votos de parlamentares do PT e sua base aliada, instaurado em 2007, ainda no governo Lula, e concluído em 2012, no governo Dilma. Entre os condenados pelo STF estavam nomes importantes do PT, como José Dirceu (Ministro da Casa Civil), José Genuíno (Presidente do PT) e Delúbio Soares (Tesoureiro do PT).

⁵ A Operação Lava Jato foi uma operação deflagrada pela Polícia Federal em 2014 durante o governo Dilma. Investigou um esquema de corrupção e lavagem de dinheiro envolvendo membros administrativos da Petrobrás, empresários do ramo de empreiteiras e políticos de diferentes partidos. Entre os condenados pelo STF e preso em 2018 pela justiça estava o então ex-presidente Lula, mas que teve sua decisão anulada em 2021 pelo mesmo STF.

⁶ O termo “Centrão” é utilizado desde a redemocratização do país para designar os partidos políticos que não têm uma ideologia política clara a não ser a defesa dos próprios interesses. O Centrão costuma transitar entre os governos, seja de direita ou de esquerda, oferecendo seu apoio em troca de cargos e interesses.

Fato é que Michel Temer, então vice-presidente de Dilma Rousseff desde seu primeiro mandato na coalização PT-PMDB, assume a cadeira presidencial do país e dá seguimento ao mandato presidencial até 2018, mas sob uma nova linha política, econômica e fiscal, desvinculada às propostas do PT. Político antigo da cadeira legislativa brasileira como deputado federal pelo PMDB do estado de São Paulo desde os anos 1980, seu governo inicia com um claro tom de uma política de intervenção fiscal e de reformas do Estado, cujas diretrizes já estavam sendo “costuradas” no interior de seu partido. Em outubro de 2015, pouco antes de a Câmara dos Deputados acolher o pedido de *impeachment* (que ocorreu em dezembro daquele ano), o PMDB já indicava como a política fiscal do país deveria ser conduzida, quando da publicação do documento “Uma Ponte para o Futuro”, como um programa de governo pronto para ser implantado (FUNDAÇÃO ULYSSES GUIMARÃES, 2015). Fundamentado no discurso de um desequilíbrio de natureza estrutural, em que o Estado gastava acima de sua capacidade fiscal, o documento propunha um equilíbrio fiscal através de um conjunto de reformas. Além de uma maior abertura ao comércio exterior, o ajuste fiscal proposto destacava o fim das vinculações das receitas, como as da Saúde e Educação; a implantação do orçamento inteiramente impositivo; o fim das indexações do salário-mínimo e dos benefícios previdenciários; ampliação da idade mínima de aposentadoria; privatizações e um maior espaço para o investimento privado como motriz para o crescimento econômico do país; flexibilização da lei trabalhista; e; redução dos gastos sociais (FUNDAÇÃO ULYSSES GUIMARÃES, 2015).

Uma das primeiras medidas econômicas tomadas pelo Governo Temer foi então a implantação de um novo regime fiscal para o país, que se deu com a aprovação da EC/95, em dezembro de 2016. Também conhecida como Teto de Gastos, a EC/95 disciplinou novas regras para limitar as despesas primárias do governo federal pelo período de vinte anos. Ressalta-se que o texto constitucional só pode sofrer mudanças através de emendas constitucionais que façam alterá-lo ou mesmo revogá-lo. Exige das propostas uma aprovação de três quintos dos parlamentares nas duas casas legislativas (Câmara dos Deputados e Congresso Nacional) em duas rodadas de votação em cada uma delas. Ainda assim, as propostas de emenda à constituição (PEC) para um novo regime fiscal tiveram uma célebre aprovação no Congresso Nacional. Apresentada em junho de 2016, as propostas já estavam aprovadas em dezembro daquele ano. No entanto, cabe lembrar que, como já apresentado anteriormente, o PMDB já tratava dessa pauta antes mesmo de assumir o poder pelo *impeachment*, com as propostas do documento “Uma ponte para o futuro”.

A partir daquele momento, a regra fiscal dizia que os investimentos públicos financiados pelo governo federal seriam os mesmos por vinte anos, tendo sua correção limitada ao índice de inflação, medida pelo IPCA, impedindo, inclusive, uma maior alocação de recursos em cenários de crescimento econômico. Soares (2017, p. 106) considera que “a partir do governo Temer promove-se (no país), a uma velocidade incrível, um desmonte das conquistas sociais alcançadas durante os governos Lula e Dilma, e sua substituição por políticas neoliberais abertas, nos campos econômico e social”. Bravo *et al.* (2020, p. 195) ressaltam ainda que “a partir do governo Temer observa-se uma aceleração dos processos de contrarreforma do Estado Brasileiro, adensados pelo congelamento de recursos orçamentários para as políticas sociais”.

Também em dezembro de 2016, seguindo sua política de reformas, Temer apresentaria duas importantes propostas de reforma de Estado: um projeto de lei para a reforma trabalhista e uma emenda constitucional para a reforma da previdência. A Reforma da Previdência não conseguiu avançar em seu governo, mas a Reforma Trabalhista foi aprovada em 2017, disposta em Lei nº 13.467 (BRASIL, 2017d).

No campo político, Temer foi também alvo de denúncias de corrupção e recebimento de propina pela Operação Lava Jato, tendo a Polícia Federal concluído, no final de 2018, por seu indiciamento nos crimes de corrupção passiva e lavagem de dinheiro. Temer chegou a ser preso preventivamente por duas vezes, em março e maio de 2019, quando não mais era presidente, mas foi absolvido das acusações em 2021 (CRUZ, 2019; MOTTA; MACEDO, 2022). O PT, por outro lado, sofreria outro revés que influenciaria sua busca na retomada ao poder na eleição presidencial seguinte, a de 2018: a prisão do ex-presidente Lula em 2017 pela Operação Lava Jato. Envolvido em escândalos de corrupção passiva e lavagem de dinheiro pela operação, o PT não conseguiu formar alianças além dos partidos de esquerda e de pouca representação no cenário político, como o Partido Comunista do Brasil (PCdoB) e o Partido Republicano da Ordem Social (PROS). Fragilizado politicamente após o *impeachment* e com os escândalos de corrupção, o PT lançaria Fernando Haddad como candidato à presidente. Haddad havia sido ministro da Educação do Governo Lula entre 2005-2010 e do Governo Dilma entre 2011-2012, além de ex-prefeito da cidade de São Paulo entre 2013-2016. No entanto, o cenário político fez eleger um “velho-novo” personagem na cena presidencial: Jair Bolsonaro (CONJUR, 2018; TSE, 2023).

Capitão reformado do Exército Brasileiro e político antigo da cadeira legislativa federal fluminense havia sete mandatos consecutivos (1991-2018), Bolsonaro era filiado a um partido de pouca história no cenário político brasileiro, o Partido Social Liberal (PSL), que, inclusive viria a se dissolver em 2022. Sua ideologia era alinhada ao liberalismo econômico e ao

conservadorismo dos costumes. Bolsonaro venceria a eleição de 2018 contra o PT (55,1% contra 44,9%) (TSE, 2023), e assumiria o país para o mandato 2019-2022. Para Jessé Souza (2019, p. 2),

a eleição de Jair Bolsonaro foi um protesto da população brasileira financiado e produzido pela elite de proprietários e pela imprensa venal. Um protesto contra o progresso material e moral da sociedade brasileira, progresso este que se materializou a partir dos governos do PT e raro na história da sociedade brasileira.

Bolsonaro não só daria continuidade às políticas de ajuste fiscal iniciadas por Temer, como as tornaria ainda mais austeras (SOUZA, 2019; BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018; BRAVO; PELAEZ; MENEZES, 2020). A política de ajuste fiscal implantada em seu governo explicitou a ordem neoliberal como o eixo condutor da política econômica do país. Santos (2019), inclusive, classifica a política Bolsonaro como ultraliberal, destacando o influente papel do Ministro da Economia Paulo Guedes, um representante do pensamento liberal com formação na Escola de Chicago⁷, na condução da agenda econômica. Lima (2019) sustenta que a condução desta política econômica no país representou a mais dura fase de uma reforma de Estado voltada para o mercado, com propostas de estabilidade econômica baseada no ajuste fiscal permanente, no fortalecimento dos interesses privados e no desmonte de políticas sociais.

A Reforma da Previdência, cuja discussão já havia iniciada no governo Temer, é aprovada em seu governo. A “Nova Previdência”, como foi denominada, trouxe uma série de mudanças ao Regime Geral de Previdência Social (RGPS) e ao Regime Próprio de Previdência Social (RPPS), que tratam, respectivamente, dos contribuintes da iniciativa privada (trabalhadores assalariados e contribuintes individuais, como empresários e autônomos) e dos servidores públicos titulares de cargo efetivo (BRASIL, 2019b). Cabe lembrar que tanto a reforma previdenciária aprovada no governo Bolsonaro quanto a reforma trabalhista aprovada no governo Temer haviam sido pautadas no documento “Uma ponte para o futuro”. Outras reformas, como a Reforma Tributária e a Reforma Administrativa não encontraram apoio no Congresso Nacional e não avançaram.

Lupion (2022) faz um recorte temporal da economia brasileira no governo Bolsonaro em três momentos no interior de seu mandato. O primeiro recorte é o ano de 2019, primeiro

⁷ A Escola de Chicago, nos Estados Unidos, é uma escola de pensamento econômico que defende o mercado livre. O termo "Escola de Chicago" foi concebido na década de 1950 para se referir aos professores do Departamento de Economia da Universidade de Chicago e de outras áreas afins, cujos pensamentos ajudaram a desenvolver a defesa da economia baseada na teoria dos preços.

ano de governo. Sem apoio do Congresso, não conseguiu implementar de imediato as suas prioridades de gestão. Conflitos internos, até mesmo com seu grupo político, fizeram com que ele rompesse com o partido pelo qual se elegera, o PSL, do qual se desvincularia já naquele ano. Governou o país sem legenda até se filiar em 2022 ao Partido Liberal (PL), de mesma ideologia política. O crescimento econômico neste primeiro período foi baixo; mas a inflação esteve sob controle; e o desemprego, relativamente estável. O segundo período engloba os anos de 2020-2021, quando da eclosão da Covid-19 e da emergência declarada que permitiu exceder o teto dos gastos públicos para seu enfrentamento. O país e o mundo entraram em recessão econômica, e o desemprego, até então estável, viu seus números se elevarem. A perda da fonte de renda da população e seu impacto sobre a pobreza só não foram ainda maiores devido às medidas econômicas emergenciais adotadas, como o Auxílio Emergencial aos trabalhadores autônomos, informais e desempregados; o Benefício Emergencial de Preservação do Emprego (BEM) aos trabalhadores com carteira assinada; e o saque de parte do saldo do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS). E no campo sanitário, apesar de o país também ter aumentado seu financiamento público para enfrentamento à Covid-19, seu governo seria marcado por um forte negacionismo científico, que para muitos autores influenciou no alto número de mortes pela Covid-19 no país. E o terceiro recorte em 2022, último ano de seu mandato, com a emergência já findada. Foi um ano marcado pela retomada do crescimento econômico, pela queda do desemprego e pelo aumento da renda da população, acompanhando a tendência mundial, mas acelerada em nível nacional por medidas de aumento dos gastos públicos e de redução de tributos, anterior e em meio a campanha eleitoral (LUPION, 2022).

O final de 2022 recolocaria Bolsonaro em nova disputa presidencial contra o PT, como ocorrera nas eleições de 2018, mas agora filiado ao PL. E após um revés jurídico, Lula que havia sido condenado por crimes apurados na Operação Lava Jato, teve sua condenação anulada pelo STF e seria o representante do PT no novo pleito. Em 2019, o STF já havia considerado inconstitucional a prisão de Lula, que acabou sendo solto após mais de 500 dias preso. E em 2021, o STF veio declarar incompetência jurídica da Vara de Justiça de Curitiba, onde tramitava o processo, para julgar as ações da Operação Lava Jato contra Lula, anulando todas suas condenações. Tornou-se então elegível para o pleito de 2022 (STF, 2021).

Nome forte não só do partido, mas de toda a ala esquerdista e de grupos descontentes com o Bolsonarismo, Lula formaria uma coalização política inusitada, com muitos dos atores que haviam inclusive apoiado o *impeachment* de Dilma em 2016. Entre eles, Geraldo Alckmin, da ala direita /centro-direita, escolhido para integrar a chapa eleitoral como seu vice-presidente. Figura representativa no cenário político paulista e nacional, Alckmin foi um dos fundadores

do PSDB no final dos anos 1980, e o político que por mais tempo esteve à frente do governo paulista (de 2001/2006 e 2011/2018). Porém, em 2022 desvincula-se do PSDB e se filia ao Partido Socialista Brasileiro (PSB) para compor com Lula a chapa eleitoral que venceria o pleito para o governo 2023-2026 (TSE, 2023).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Compreender as mudanças políticas, legais e fiscais que podem ter condicionado mudanças no financiamento da saúde no Brasil no período 2016-2022.

3.2 Objetivos Específicos

- Mapear as mudanças políticas, legais e fiscais que podem ter condicionado mudanças no financiamento;
- Identificar os atores que podem ter influenciado a dinâmica das mudanças.

4 MÉTODO

Trata de um estudo descritivo e exploratório sobre o financiamento da saúde no Brasil em suas vertentes pública e privada a partir de revisão e análise bibliográfica documental e de dados secundários. A revisão da literatura se baseou em autores e trabalhos não somente do campo da Saúde Coletiva, mas também das ciências sociais, da ciência política e da ciência econômica, além de atos normativos e legais, em acervo bibliográfico sugerido e acumulado durante a realização do estudo. O recorte temporal é contemporâneo, compreendido entre 2016 e 2022, período de mudança na condução política e fiscal do país.

O trabalho se inspira em alguns elementos do institucionalismo histórico, não para estabelecer relações de causalidade, mas para identificar possíveis explicações para os complexos processos de mudança institucional. O institucionalismo é a área de conhecimento das ciências sociais que tem como objetivo elucidar o papel das instituições na determinação de resultados sociais e políticos, entendidas as instituições como normas e convenções inerentes à estrutura organizacional que molda as relações sociais ao longo do tempo. Possui diferentes escolas de pensamento, entre elas o institucionalismo histórico, cujo enfoque é a trajetória histórica das instituições. Para essa corrente de pensamento, eventos e decisões passadas podem moldar eventos e decisões futuras, em uma perspectiva de que as instituições podem ser influenciadas por caminhos traçados em seu passado. Ou seja, para o institucionalismo histórico “a história importa”. Contudo, não se deve desconsiderar que as instituições, influenciadas também por eventos externos à sua conformação, podem também seguir trajetórias diferentes às inicialmente traçadas, já que a história é também marcada por casualidades (HALL; TAYLOR, 2003).

Ainda assim, há de se considerar que as instituições sofrem mudanças no decorrer do tempo. Por isso mesmo, torna-se necessário para o institucionalismo histórico identificá-las. Mas não somente. Deve-se conhecer também as regras que são objeto de mudança e os atores que a conduzem. O poder de articulação e influência institucional dos atores e determina assimetria de poder no interior das instituições e pode, ao final, refletir as preferências de determinados grupos ou atores que se mostraram institucionalmente mais fortes. E o contexto político, entendido como a situação político-administrativa ou governamental, também é considerado no institucionalismo histórico, visto que pode ser o cenário ideal para que preferências, interesses e decisões possam ser tomadas por aqueles atores que detêm o poder político em seu interior (IMMERGUT, 1996; 2006).

Por fim, o estudo utilizou como matriz de análise a tipologia das mudanças institucionais propostas por Mahoney e Thelen (2010) na tentativa de identificar a dinâmica do processo de mudança no Brasil no período 2016-2022 e que pode ter influenciado o financiamento da saúde no Brasil no período. Para Mahoney e Thelen (2010), o processo de mudança pode ocorrer sob diferentes formas: 1) por substituição, quando novas regras são criadas em substituição a regras até então vigentes, alterando por completo a configuração institucional; 2) por sobreposição, quando novas regras são criadas sem que as antigas sejam excluídas ou omitidas, convivendo ambas justapostas e sem conflito no interior das instituições; 3) por desvio, quando por forças externas às instituições, não é possível cumprir as regras. Mas não são excluídas, apenas omitidas e recebem uma nova interpretação; e 4) por conversão, que também se dá sem que a regra anterior seja excluída, omitida ou mesmo criada outra regra. Ocorre uma nova interpretação da regra, explorada em suas eventuais ambiguidades.

Quadro 9 - Tipologia das mudanças institucionais propostas por Mahoney e Thelen

TIPOS DE MUDANÇA	EXCLUSÃO DE REGRAS ANTIGAS	OMISSÃO ÀS REGRAS ANTIGAS	NOVA INTERPRETAÇÃO DAS REGRAS ANTIGAS	INTRODUÇÃO DE NOVAS REGRAS
Substituição	Sim	-	-	Sim
Sobreposição	Não	Não	Não	Sim
Desvio	Não	Sim	Sim	Não
Conversão	Não	Não	Sim	Não

Fonte: Elaborado pelo autor, adaptado de Mahoney e Thelen (2010)

A hipótese deste estudo é que as mudanças políticas, legais e fiscais no Brasil no período 2016-2022, independentemente da forma com que ocorreram (pela tipologia de Mahoney e Thelen), podem ter contribuído para o acirramento do subfinanciamento do SUS ao mesmo tempo que podem ter contribuído para a flexibilização das regras que regem a Saúde Suplementar e para a expansão do mercado de planos privados de assistência à saúde.

5 RESULTADO

O contexto político brasileiro no recorte temporal 2016-2022 por si só já reflete um movimento de mudança na condução política do país, de ruptura com a ideologia que vigia por quase uma década e meia, e que serviu como o tecido sobre o qual transitaram os atores e se deu a dinâmica das mudanças institucionais. Dessa forma, 9 (nove) acontecimentos de alcance político, legal ou fiscal de interesse do financiamento da saúde no Brasil no período foram mapeados no estudo. No entanto, 4 (quatro) não se concretizaram, não representando de fato, mudanças, mas apenas iniciativas que por diferentes motivos não se materializaram. Dois deles expuseram um claro movimento do setor privado pela busca por fundos públicos, representados pela proposta de substituição do Programa Mais Médicos pelo Programa Médicos pelo Brasil, tendo a Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps) como agência privada para sua operacionalização; e a privatização das Unidades Básicas de Saúde (UBS) no programa de investimento privado do governo federal. As outras duas se referem ao setor da Saúde Suplementar e tratam dos Planos de Saúde Acessíveis (produtos de menor cobertura e mais baratos) e do *Open Health* (abertura do banco de dados dos consumidores a todas as operadoras de planos privados de assistência à saúde).

Interessante também que algumas questões tratadas no estudo como adversidades para o financiamento da saúde no Brasil não tiveram sequer propostas de mudança por diferentes atores, como: a) a grande e crescente participação das emendas parlamentares impositivas no orçamento federal da saúde; b) o índice utilizado para ressarcimento ao SUS pelas operadoras, que tem como referência a Tabela SUS, de baixo valor; e c) a histórica trajetória de renúncia fiscal e vantagens ao setor privado no país. Parece não ter sido interesse dos atores promover tais mudanças, permanecendo seu *status quo* no interior das instituições.

Feita estas observações, foram então reconhecidos no estudo 5 (cinco) eventos ou acontecimentos representativos de mudanças que de fato ocorreram: 1) o novo cálculo para o financiamento federal para a saúde (teto de gastos – EC/95); 2) a PEC Emergencial; 3) o acesso pelas operadoras de planos privados de saúde ao Fundo Garantidor; 4) o rol taxativo dos procedimentos da Saúde Suplementar; e 5) o piso nacional da enfermagem.

Aplicaram-se para cada uma das mudanças identificadas as tipologias propostas por Mahoney e Thelen para as mudanças institucionais. No entanto, a matriz se mostrou permeável a diferentes interpretações, a depender da perspectiva de análise do evento, que poderia seguir diferentes caminhos e, conseqüentemente, diferentes entendimentos para sua tipificação. Ou seja, a mudança em seu sentido micro ou macro dentro das regras. Ao final, respeitada sua

limitação e subjetividade, considerou-se a tipificação a partir da perspectiva que, na visão deste autor, mostrou-se mais significativa para o entendimento da dinâmica das mudanças.

Assim, a primeira mudança identificada foi o regime fiscal do teto de gasto instituído pela EC/95, que fez alterar o cálculo para o financiamento federal para as ações públicas de saúde. Embora tenha sido uma mudança de grande impacto no financiamento do SUS, como já apresentado neste trabalho, a nova regra não excluiu a participação federal do financiamento público, o que poderia caracterizar uma mudança por substituição. No entanto, o financiamento público permaneceu triparte. Houve na verdade uma nova interpretação pelos agentes políticos sobre o limite de gastos públicos em acordo à proposta de ajuste fiscal trazida pelo governo que assumia o país naquele momento. Nesta perspectiva, observa-se uma mudança por desvio da regra, para institucionalizar o menor investimento federal.

A segunda mudança se deu com a EC/109, que ficou conhecida como a PEC Emergencial, regra que autorizou o gasto federal em saúde acima do teto estabelecido pela regra anterior, a EC/95. No entanto, a nova regra não revogou a regra fiscal, apenas suspendeu seus efeitos durante o período emergencial de enfrentamento à Covid-19. Omitiu seus preceitos de caráter temporário e excepcional, trazendo uma nova interpretação para a regra dos gastos. Garantiu a elevação do gasto federal em saúde excepcionalmente. Passado o período emergencial, a regra perde seu efeito e o teto de gastos volta a ser considerado. Portanto, uma mudança por desvio da regra.

Se a primeira e segunda mudanças mapeadas no estudo estiveram voltadas para o segmento público, a terceira e quarta mudanças se referem ao setor privado da Saúde Suplementar, e ambos também por desvio da regra. A retirada de recursos do Fundo Garantidor pelas operadoras já era algo permitido em sua regulamentação, mas apenas nos casos de solvência das operadoras e com o objetivo de proteger o consumidor dos planos de saúde. No entanto, utilizando-se do cenário pandêmico e da queda de receita, a ANS, pressionada pelos empresários do setor, autoriza a retirada de parte dos recursos desta reserva técnica. Ou seja, alterou-se a finalidade de seu uso. Já quanto ao rol de procedimentos dos planos de saúde, a regra trouxe uma unificação para uma questão que gerava distintas interpretações. Ou seja, se o rol era taxativo ou apenas exemplificativo. Decidiu-se por ser taxativo. Contudo, não houve exclusão ou omissão à regra anterior (a da regulamentação dos planos de saúde), mas, sim, a unificação do entendimento, evitando diferentes interpretações em seu interior.

E o quinto evento ou acontecimento representativo de mudança, ao contrário dos anteriores, não é próprio de um ou outro segmento (público ou privado), embora reflita e impacte em ambos. Trata do piso nacional de enfermagem, que também diferentemente da

dinâmica das mudanças por desvio dos casos anteriores, comportou-se em um movimento de conversão da regra. A lei que instituiu o piso percorreu um longo caminho até sua aprovação, questionada pelos entes públicos, mas, principalmente pelo setor dos hospitais privado, justamente pelo seu impacto financeiro. Importante lembrar que a categoria representa a FTS de maior contingência no interior do sistema de saúde brasileiro. A regra não excluiu ou omitiu responsabilidades no exercício da categoria. Apenas trouxe um novo dispositivo à regra, uma nova interpretação da valorização profissional. O Quadro 10 busca sintetizar o resultado encontrado.

Quadro 10 - Propostas, dinâmica e mudanças influentes no financiamento da saúde no Brasil no período 2016-2022

MUDANÇA		
PROPOSTA	DINÂMICA	TIPO
1. Novo cálculo para o financiamento federal para a saúde (teto de gastos – EC/95)	Com a promulgação da EC/95 (nova regra), exclui-se a regra do cálculo do financiamento federal que era regido até então pela EC/86 (regra antiga). No entanto, não exclui o financiamento federal que permaneceu tripartite. Ocorreu na verdade	Desvio
2. PEC Emergencial	A EC/109 (nova regra) desconsidera o teto de gastos de forma excepcional, mas não revogou a EC/95 (regra antiga), apenas suspendeu seus efeitos durante o período emergencial de enfrentamento à Covid-19. Omitiu seus preceitos de caráter excepcional e trouxe uma nova interpretação para a regra dos gastos. No entanto, passado o período emergencial, a EC/109 perde seu efeito e o teto de gastos volta a ser considerado	Desvio
3. Acesso pelas operadoras de planos privados de saúde ao Fundo Garantidor	As operadoras de planos privados de saúde apenas provocaram uma interpretação da regra (utilizar-se de parte do recurso do Fundo Garantidor em momento de queda de receita pela pandemia) sem excluir ou omitir a regra vigente (obrigatoriedade da reserva técnica)	Desvio
4. Rol taxativo da Saúde Suplementar	A Lei 14.454/2021, ainda que tenha alterado o texto da Lei 9.656, trouxe na verdade um entendimento único para uma questão que gerava distintas interpretações. Dessa forma, não houve a exclusão da regra anterior (a da regulamentação dos planos de saúde) ou sua omissão, mas a unificação do entendimento, evitando diferentes interpretações até ainda em seu interior	Desvio
5. Piso nacional da Enfermagem	A Lei nº 14.434/2022 que introduziu o piso da enfermagem não excluiu nem omitiu a regra da regulamentação do exercício da enfermagem (Lei 7.498/1986), apenas acrescentou um novo instrumento à regra referente a um piso salarial nacional para a categoria	Conversão

Fonte: Elaborado pelo autor, baseado no resultado observado

Quanto aos agentes presentes na dinâmica das mudanças institucionais, este estudo pôde identificar 4 (quatro) diferentes grupos de atores na condução ou impedimento das mudanças: 1) Agentes políticos; 2) Entidades de defesa social e do SUS; 3) Empresários da Saúde Suplementar; e 4) Categorias profissionais.

Os agentes políticos exercem um forte poder institucional. O Executivo foi o indutor das mudanças fiscais e da reforma do Estado, enquanto o Legislativo se favoreceu das emendas impositivas para atender ao clientelismo político. Na assimetria de poderes, as entidades e associações de defesa do SUS, como Abrasco, Cebes e ABrES, não lograram uma efetiva participação política. Notório, por representar interesses antagônicos às propostas privatistas moldadas pela condução política e fiscal do país. Na defesa do consumidor, o IDEC também não logrou a “derrubada” do rol taxativo nos planos privados de saúde, que tiveram em associações como Icos, FenaSaúde e IEPS uma forte organização e influência política na defesa de seus interesses neste e em outros eventos. Por fim, as categorias profissionais, tendo as categorias médica e de enfermagem as mais representativas na luta dos interesses da classe.

O Quadro 11 sintetiza o exposto sobre os atores.

Quadro 11 - Grupos de atores e seus principais representantes e interesses na dinâmica das mudanças no período 2016-2022

GRUPOS DE ATORES	PRINCIPAIS REPRESENTANTES	INTERESSES
Agentes políticos	Executivo	Fiscal e reforma do Estado
	Legislativo	Clientelista. Emendas impositivas
Entidades de defesa social e do SUS	Abrasco, Cebes, CNS e ABrES	SUS
	IDEC	Consumidor de planos privados de assistência à saúde
Empresários do setor de Planos de Saúde	Icos, FenaSaúde e IEPS	Saúde Suplementar
Categorias profissionais	Cremp	Categoria médica
	COFEN	Categoria dos enfermeiros

Fonte: Elaborado pelo autor, baseado no resultado observado

6 DISCUSSÃO

A discussão está estruturada em dois subcapítulos: 6.1 – As mudanças políticas, legais e fiscais; e 6.2 – Os atores na dinâmica das mudanças.

6.1 As Mudanças Políticas, Legais e Fiscais

Apesar de o estudo tomar a EC/95 como uma regra fiscal importante que vigorou no recorte temporal, o ano de 2016 se inicia tendo vigentes as regras da EC/86, que havia sido aprovada em 2015. Além de alterar o cálculo para apuração da aplicação mínima dos recursos pelo ente federal (como já apresentado no subcapítulo 2.1.1 – SUS: o segmento público), a EC/86 proporcionou também uma distorção na lógica do financiamento da saúde, ao considerar a participação das emendas parlamentares no orçamento federal de saúde. Lembra-se que se tornou impositiva a destinação de metade de seus recursos às ações e serviços públicos de saúde.

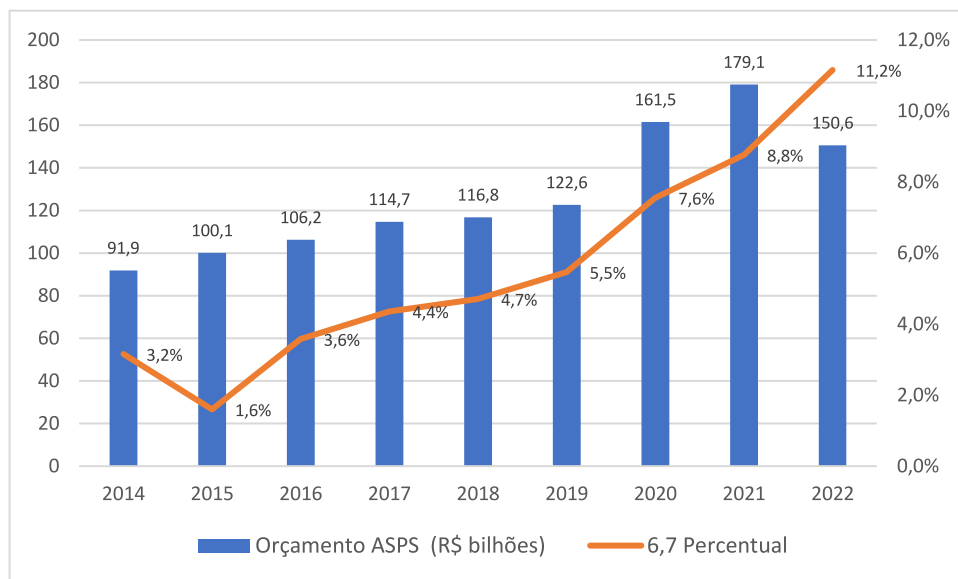
A Tabela 5 e o Gráfico 3 demonstram a evolução da participação das emendas parlamentares no cômputo do gasto federal. Nos anos de 2014 e 2015, anteriores à regra da EC86, quando ainda não eram impositivas, as emendas parlamentares representavam, respectivamente, 3,2% e 1,6% do orçamento federal em saúde. Mas a partir de 2016, quando do início da vigência da EC/86, o percentual da participação das emendas aumenta anualmente, e atingiu 11,2% em 2022. Como também pode ser observado, passado o período emergencial de 2020-2021, de enfrentamento à pandemia, momento em que se observa um grande salto no orçamento federal em saúde (saindo de R\$ 122,6 milhões em 2019 para R\$ 151,5 milhões em 2020 e R\$ 179,1 milhões em 2021), o orçamento já reduziria em 2022 (R\$ 150,6 milhões), ao passo que a participação das emendas aumentava em seu interior.

Tabela 5 – Orçamento federal para ações e serviços públicos de saúde no Brasil e participação das emendas parlamentares em seu cômputo entre 2014 e 2022

ANO	Orçamento (R\$ bilhões)	Emendas Parlamentares (R\$ bilhões)	Participação das emendas no orçamento (%)
2014	91,9	2,9	3,2
2015	100,1	1,6	1,6
2016	106,2	3,8	3,6
2017	114,7	5	4,4
2018	116,8	5,5	4,7
2019	122,6	6,7	5,5
2020	161,5	12,2	7,6
2021	179,1	15,7	8,8
2022	150,6	16,8	11,2

Fonte: Elaborado pelo autor, adaptado de ABrES (2022)

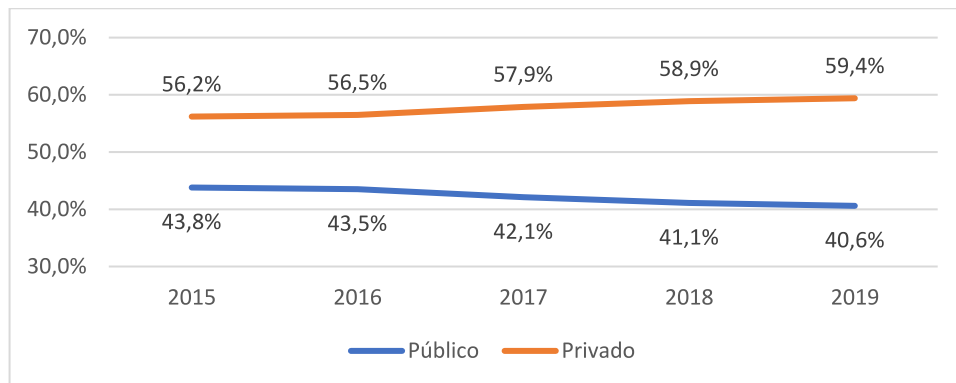
Gráfico 3 - Orçamento federal para ações e serviços públicos de saúde no Brasil e participação das emendas parlamentares em seu cômputo entre 2014 e 2022



Fonte: Elaborado pelo autor, adaptado de ABrES (2022)

Mas o financiamento da saúde no Brasil convive ainda com outro paradoxo: a maior participação do gasto privado em relação ao gasto público, mesmo que o Estado Brasileiro reconheça em sua CF/88 a saúde como um direito universal com o dever de provê-lo através do SUS. O Gráfico 4 demonstra a evolução dos gastos em saúde no Brasil em um recorte temporal recente, entre 2015 e 2019. Observa-se que a participação privada no total dos gastos não só é maior que a participação pública, como aumenta anualmente, elevando de 56,2% para 59,4% no período. O gasto público, por conseguinte, reduz no mesmo período de 43,8% para 40,6%.

Gráfico 4 - Evolução percentual dos gastos público e privado em saúde no Brasil em relação ao gasto total entre 2015 e 2019

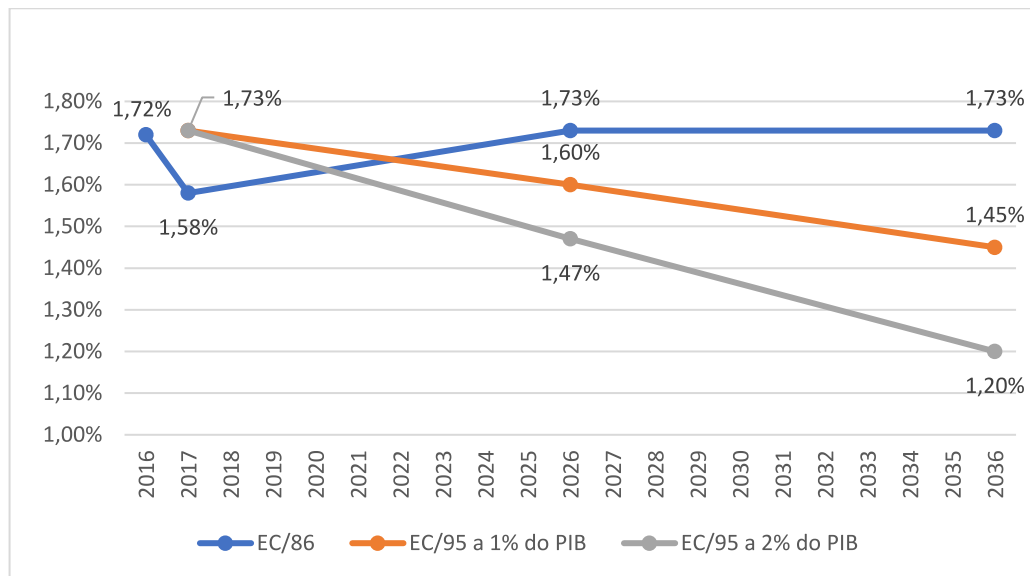


Fonte: Elaborado pelo autor, em consulta à OCDE (2020)

Mas é a partir da EC/95 que talvez se tenha um dos maiores agravamentos deste histórico subfinanciamento público, até pela sua proposta de vigência por longos vinte anos. O termo “desfinanciamento”, inclusive, vem sendo utilizado em fóruns e trabalhos acadêmicos para ilustrar esse momento de perda de recursos de um sistema já historicamente subfinanciado (ABRES, 2022). Ou seja, os recursos públicos não são só insuficientes. Eles são insuficientes e se tornam cada vez mais reduzidos, fazendo diminuir, conseqüentemente, o gasto público *per capita* em ações e serviços públicos de saúde. E o raciocínio é simples. Por um lado, o “congelamento” do gasto federal, acrescido anualmente apenas pelo índice de correção inflacionária, sem ganho real de investimento. Por outro, o crescimento da população brasileira. Como não bastasse a transição demográfica com o aumento da população idosa, que traz consigo o aumento do cuidado com as doenças crônicas, além do alto custo da incorporação tecnológica.

Vieira e Benevides (2016) estimaram o gasto federal em ações e serviços de saúde em relação ao PIB nacional pelos próximos vinte anos, comparando a regra atual da EC/95 com a regra anterior dada pela EC/86, em cenários de crescimento econômico projetados a 1% e de 2% até 2036, apresentados de forma resumida no Gráfico 5. Pelas regras da EC/86, o gasto federal alcançaria 1,73% do PIB em um determinado momento e assim se comportaria até o fim do período. Mas pelas regras da EC/95, o gasto federal seria reduzido a 1,45% do PIB se este crescesse 1%, e a 1,45% em um cenário de crescimento do PIB de 2%. Ou seja, o gasto em saúde pelo governo federal seria inversamente proporcional ao crescimento do PIB nacional. Tudo para que o *superavit* primário seja utilizado para quitação de dívidas públicas e equilíbrio fiscal.

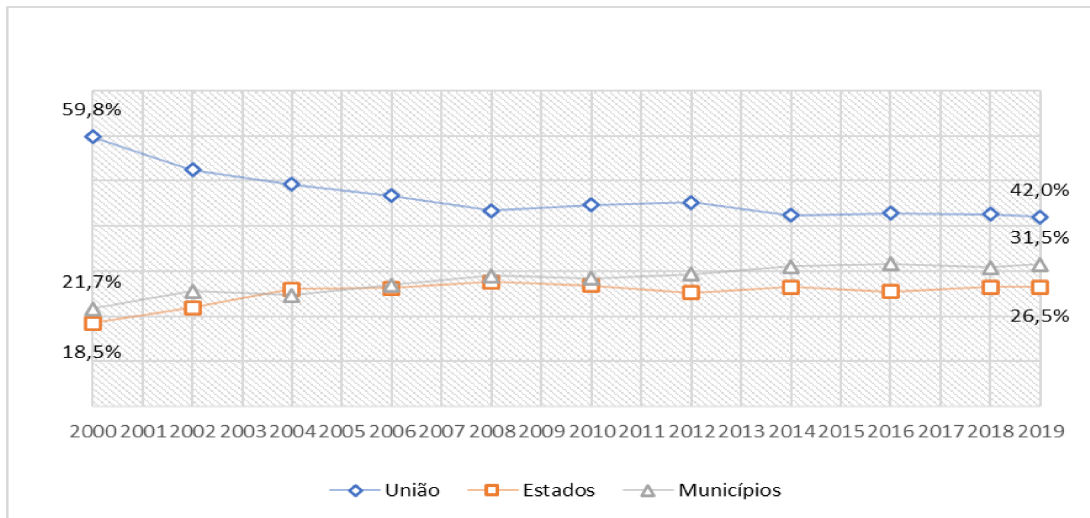
Gráfico 5 - Projeção do impacto da EC/95 sobre o gasto federal com saúde em comparação com a regra da EC/86, se vigente, em % do PIB



Fonte: Elaborado pelo autor, adaptado de Vieira e Benevides (2016)

Porém, em uma outra análise, é possível observar que o “desfinanciamento” federal já se mostrava presente mesmo antes da EC/95. Toma-se o período 2000-2019, em que o ano 2000 é o ano de promulgação da regra de EC/29, e 2019, o ano que antecede a pandemia da Covid-19, já sob vigência da EC/95. O Gráfico 6 demonstra a evolução da participação percentual no gasto público em ações e serviços de saúde no Brasil pelas esferas de governo. De fato, observa-se que a participação federal reduz no espaço temporal, de 59,8% em 2000, para 42,0% em 2019. Já estados e municípios tiveram no mesmo período suas participações percentuais elevadas de 18,5% e 21,5% para 26,5% e 31,5%, respectivamente. Isto demonstra a pressão que o desfinanciamento federal exerce sobre as outras esferas de governo, em especial aos municípios, para fazer valer a sustentabilidade financeira do SUS.

Gráfico 6 - Evolução da participação percentual no gasto público em ações e serviços de saúde no Brasil pelas esferas de governo entre 2000 e 2019



Fonte: Elaborado pelo autor, adaptado de ABrES (2022)

Outra importante análise deve ser feita sobre o gasto público *per capita* no Brasil para as ações e serviços de saúde. Considerando o montante das três esferas de governo (federal, estadual e municipal) nos anos de 2008 a 2019, o maior gasto público *per capita* atingiu R\$ 1.419 em 2014. Nos anos seguintes, especificamente em 2015 e 2016, o gasto público *per capita* reduz a R\$ 1.370 e R\$ 1.354, respectivamente. Em 2017 é elevado a R\$ 1.382, reduzindo novamente em 2018 para R\$ 1.382 e nova elevação em 2019 para R\$ 1.399, mas sem superar o gasto de 2014. Cabe apenas lembrar que, como já apresentado (Subcapítulo 2.2 – O contexto político), o período anterior a 2016 o país vivia uma crise econômica e fiscal, um baixo crescimento e um desequilíbrio e déficit das contas públicas (BRASIL, 2016a), o que pode ter influenciado ainda mais na queda do gasto *per capita*. Mais que isso, importante destacar que esses valores representam não somente ações de assistência à saúde em seus diferentes níveis de atenção (APS e atenção especializada), mas todo o “rol” de ações e serviços considerados como gasto em saúde pela LC 141 a fim de aplicação mínima de recursos pelos entes federados (como apresentado no Quadro 2 do subcapítulo 2.1.1. – SUS: o segmento público). Ou seja, os valores gastos representam também ações de vigilância ambiental e sanitária, estruturação da rede física do SUS, ciência e tecnologia, remuneração de pessoal e situações específicas de saneamento básico, entre outras disposições. A Tabela 6 apresenta os valores acima comentados.

Tabela 6 – Gasto público *per capita* total e por esfera de governo em ações e serviços de saúde no Brasil entre 2008 e 2019

Ano	Gasto <i>per capita</i> (R\$)			
	Federal	Estadual	Municipal	Total
2008	473	301	320	1.095
2009	539	298	324	1.160
2010	531	320	349	1.200
2011	590	339	381	1.310
2012	613	344	405	1.362
2013	586	368	429	1.383
2014	601	373	445	1.419
2015	587	354	428	1.370
2016	579	343	432	1.354
2017	598	358	439	1.395
2018	588	364	430	1.382
2019	590	366	442	1.399

Fonte: Elaborado pelo autor, adaptado de CFM (2020)

Em outra perspectiva de análise do gasto em saúde no Brasil, agora em relação ao PIB nacional, a Tabela 7 apresenta uma evolução do gasto total e sua segmentação pelas participações pública (pelas três esferas conjuntamente) e privada entre 2015 e 2020. Observa-se primeiramente o aumento anual do percentual do gasto total em saúde, que saltou de 8,9% para 10,1%. No entanto, observa-se mais uma vez que o gasto privado foi superior ao público em todo o período. O ano de 2020 deve ser analisado de forma criteriosa, pois representa o primeiro ano da pandemia da Covid-19. Algumas emendas constitucionais no período pandêmico, entre elas a Emenda Constitucional nº 109, de 15 de março de 2021 (EC/109), (BRASIL, 2021) e que ficou conhecida como PEC Emergencial, e que permitiram que gastos extraordinários para enfrentamento à Covid-19 fossem autorizados acima do teto constitucional da EC/95. E nesse período, o gasto público federal recebeu também seu incremento, alcançando no somatório das três esferas de governo 4,5% do PIB frente ao histórico de 3,9% e 4,0% dos anos anteriores. Mas, ainda assim, não superou o gasto privado, que, apesar de ter sua participação percentual sofrido uma leve redução no período, sua participação no gasto total esteve sempre em crescimento anual, considerando o período 2015-2019 (5,0% a 5,7%).

Há ainda no financiamento do SUS um recurso adicional por ressarcimento por parte das operadoras de planos de saúde, nas condições previstas, como já trazido aqui. O IRV, índice utilizado para indexação dos valores, já também aqui apresentado (subcapítulos 2.1.2 – Saúde Suplementar: o segmento privado; e 2.1.3 – A relação público-privada) representa 1,5 do valor do procedimento da Tabela SUS. Ocorre que a Tabela SUS é, em geral, defasada financeiramente em relação ao mercado. Assim, ainda que se preveja um ressarcimento pelas

operadoras 50% acima da Tabela SUS, tal recomposição ainda é defasada. As políticas públicas do SUS têm cada vez mais valorizado incentivos financeiros em detrimento à tabela de procedimentos, principalmente na relação contratual com as instituições hospitalares (Incentivos a Rede de Urgência e Emergência, Incentivos à Rede de Atenção ao Parto e Nascimento, Incentivo à Contratualização, etc.).

Tabela 7 - Evolução da participação percentual do gasto total, público e privado em saúde no Brasil em relação ao PIB entre 2015 e 2020

Ano	Gasto em ações e serviços de saúde (% ao PIB)		
	Total	Público	Privado
2015	8,9	3,9	5,0
2016	9,2	4,0	5,2
2017	9,5	4,0	5,5
2018	9,5	3,9	5,6
2019	9,6	3,9	5,7
2020	10,1	4,5	5,6

Fonte: Elaborado pelo autor, em consulta à OECD (2020)

O Gráfico 7 apresenta os valores ressarcidos ao SUS pelas operadoras de planos privados de saúde entre 2018 e 2022, em um montante de cerca de R\$ 4,6 bilhões.

Gráfico 7 – Valores ressarcidos ao SUS pelas operadoras de planos privados de saúde no Brasil entre 2018 e 2022



Fonte: Elaborado pelo autor, baseado em ANS (2023)

Mas se levantarmos a representatividade destes números no orçamento federal do SUS, e posteriormente compará-los aos números já aqui apresentados sobre as emendas

parlamentares no mesmo período (2018-2022), percebemos na Tabela 8 que o ressarcimento ao SUS pelas operadoras não provoca grande impacto percentual no orçamento, não alcançando nem 1% nos anos analisados, variando de 0,5% a 0,9% anual, embora em um cenário de subfinanciamento do sistema público, quaisquer recursos adicionais devam ser substancialmente considerados. Por outro lado, as emendas parlamentares compõem uma expressiva fatia do orçamento federal do SUS, como também já apresentado em outro momento neste trabalho. Cabe apenas alertar que o ressarcimento pelas operadoras se constitui como recurso adicional ao SUS, ao contrário das emendas parlamentares, que compõem o orçamento federal. No entanto, a comparação tem como objetivo apenas dimensionar os valores dos diferentes dispositivos.

Tabela 8 - Comparativo entre a participação do ressarcimento ao SUS pelas operadoras de planos privados de saúde e das emendas parlamentares no orçamento federal em saúde no Brasil entre 2018 e 2022

Ano	Orçamento Federal	Ressarcimento	%	Emenda	%
2018	116.800.000.000,00	783.380.000,00	0,7%	5.500.000.000,00	4,7%
2019	122.600.000.000,00	1.151.000.000,00	0,9%	6.700.000.000,00	5,5%
2020	161.500.000.000,00	816.240.000,00	0,5%	12.200.000.000,00	7,6%
2021	179.100.000.000,00	888.878.000,00	0,5%	15.700.000.000,00	8,8%
2022	150.600.000.000,00	971.350.000,00	0,6%	16.800.000.000,00	11,2%

Fonte: Elaborado pelo autor, baseado em ANS (2023); ABrES (2022)

Mas a mudança das regras do financiamento público interferiu também na alocação dos recursos e na organização de algumas políticas públicas. Evidente, visto que, com cortes orçamentários rearranjos internos ao sistema de saúde teriam que ser feitos. Nunes e Chaoubah (2021) destacam que a política de APS foi uma das que mais sofreu mudanças com a política de corte de gastos. Em 2017 a PNAB passa por uma nova organização que fez desestruturar a organização das equipes de saúde, sob críticas das entidades de defesa do SUS (CEBES, 2017b). Em 2019, o Programa Previne Brasil, instituído pela Portaria GM/MS nº 2.979 (BRASIL, 2019c), provocaria mudanças nas regras para a alocação de recursos da APS, não considerando mais o cálculo *per capita*, mas a captação ponderada pelos municípios, além da extinção do financiamento federal dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), também sob críticas das entidades de defesa do SUS (SETA; OCKÉ-REIS; RAMOS, 2021). Instituem-se também o Programa Médicos pelo Brasil (BRASIL, 2019a) e a Adaps (BRASIL, 2020a). O objetivo do Médicos pelo Brasil era substituir gradativamente o Mais Médicos, e a Adaps, operacioná-lo. Ambos os programas (Mais Médicos e Médicos pelo Brasil) tinham o objetivo

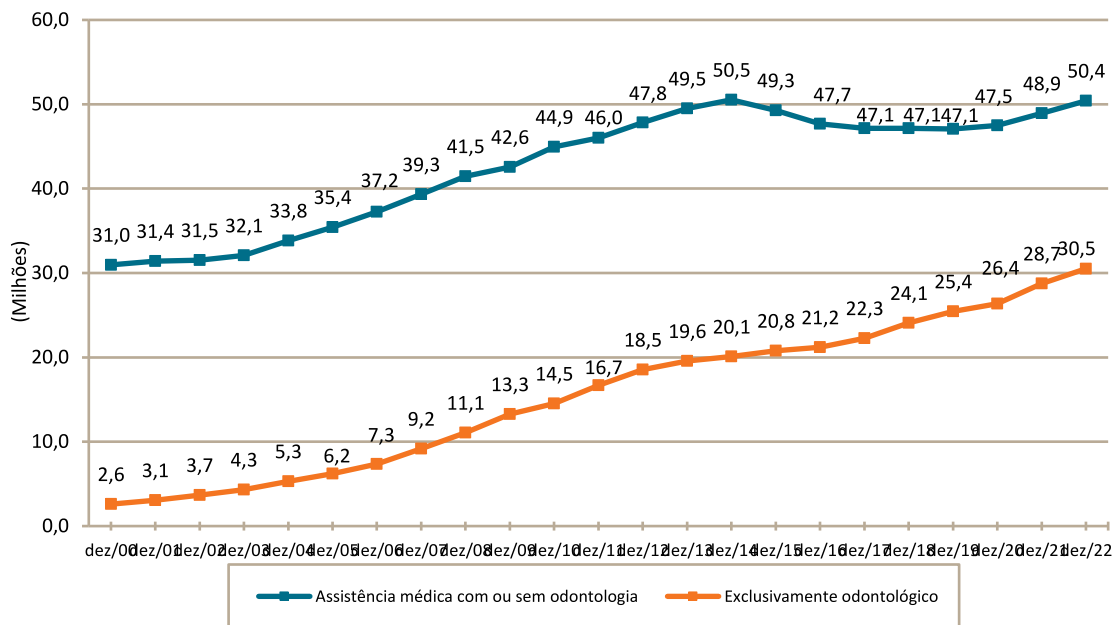
comum de aumentar o número de médicos em locais de difícil provimento ou de alta vulnerabilidade, estratégias já desenvolvidas por governos anteriores (como já apresentado no subcapítulo 2.1.4 – A Força de Trabalho em Saúde). Mais que a provisão da força de trabalho médico, o Mais Médicos, criado no governo Dilma em 2013, objetivou também a formação profissional da prática médica, o conhecimento da realidade da saúde da população brasileira, o fortalecimento da política de educação permanente e a integração ensino-serviço. Voltava também sua atenção para a formação médica no país e para a reordenação da oferta de cursos de medicina e de vagas de residência médica. Ou seja, o programa não objetiva somente a resolução de questões emergenciais de distribuição da força de trabalho médico e de aumento da cobertura assistencial, mas também cria condições para sua sustentabilidade e continuidade. Por outro lado, o Médicos pelo Brasil, criado no governo Bolsonaro para sucedê-lo, apresentou uma interessante proposta para a carreira médica para atuação na APS (BRASIL, 2013). Se no Mais Médicos, os profissionais eram bolsistas do programa em um período máximo de três anos e sem vínculo trabalhista de qualquer natureza, no Médicos para o Brasil havia a previsibilidade de vínculo pelo regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). À primeira vista, a nova regra até poderia representar um avanço no enfrentamento à precarização dos contratos de trabalho no SUS. No entanto, não apresentou propostas de fixação desses profissionais no território, nem mesmo o aumento das dezoito mil vagas já previsto no programa anterior, ou aumento dos valores pagos aos profissionais. Assim, corria-se o risco de o programa atrair apenas aqueles profissionais que já se encontram trabalhando na APS. Ou seja, o novo programa apenas provocaria a migração profissional de um programa para outro, ou de profissionais com contratos temporários com municípios para a política de financiamento federal. Para operacionalizar o programa, o governo federal instituiu a Adaps, uma entidade de direito privado responsável pela operacionalização do programa. Propunha-se transferir para o setor privado a contratação dos profissionais médicos e a gestão da APS. Outra manobra de privatização interna do SUS e de busca de fundos públicos pelo setor privado foi a inclusão da APS e UBS no Programa de Parcerias de Investimentos do governo federal (BRASIL, 2020c). A proposta nem mesmo fora discutida com o MS, sendo disposta em decreto assinado pela presidência conjuntamente com o Ministério da Economia. Recebeu duras críticas das entidades de defesa do SUS e por parte da mídia, em meio à crise da pandemia. O ato acabou sendo revogado, mas cabe destacar que a participação de capital estrangeiro no SUS, já havia se tornado permitida desde 2015, quando incluída na lei orgânica do SUS 8.080 pela lei 13.097 (BRASIL, 2015b).

Já na vertente assistencial privada do sistema de saúde brasileiro, representada pela Saúde Suplementar, observa-se no período 2016-2022 a retomada do crescimento de um setor

que apresentava queda no número de consumidores a partir de 2014. Aliás, cabe aqui uma observação para fins de alinhamento conceitual, baseada em Gregori (2019), que considera que, embora seja comum na literatura e mesmo nas publicações e normas da ANS a utilização do termo “beneficiário” para se referir àqueles que possuem vínculo com planos de saúde, o termo “consumidor” é o mais adequado, justamente pela relação de consumo existentes no mercado de planos de saúde, regida, inclusive, pelo CDC. O termo “beneficiário” estaria, então, relacionado a beneficiários das políticas de seguridade social.

Retomando então a discussão sobre os números do setor, toma-se o Gráfico 8 para representação dessa dinâmica, considerando os planos de saúde individuais/familiares de coberturas médica e odontológica. O ano 2000 representa o primeiro ano de vigência da Lei nº 9.961, que criou a ANS para regulação do mercado de planos privados de assistência à saúde. E 2022, o último ano disponibilizado pela ANS quando da elaboração deste estudo. Como pode ser observado, os planos de saúde do tipo de contratação de assistência médica saltaram de 31,0 milhões de consumidores para 50,4 milhões. Nos planos de assistência odontológica, o salto foi de 2,6 milhões para 30,5 milhões. Interessante observar também que os planos de assistência médica apresentaram uma ascensão até 2014, quando alcançou o maior número de consumidores de sua história: 50,5 milhões. Nos anos seguintes o número de consumidores decresce, chegando a 47,1 milhões em 2017 e se estabiliza neste patamar até 2019. Neste ponto, importante destacar que também o financiamento público, como apresentado anteriormente (Subcapítulo 2.1.1 – SUS: o segmento público), apresentou queda de investimento no período. E mais uma vez é importante lembrar que os anos que antecederam 2016 no país foram marcados por uma crise econômica e fiscal, já também apresentada no estudo (Subcapítulo 2.2 – O contexto político). No entanto, a partir de 2020, e em meio à outra crise econômica e sanitária, provocada pela pandemia da Covid-19, o setor de planos privados de saúde voltaria a expandir seu mercado de consumidores anualmente, elevando o número para 50,4 milhões ao final de 2022, em uma recuperação próxima ao auge de 2014. Já os planos odontológicos apresentaram uma ascensão constante, em uma elevação anual que saltou de 2,6 milhões para 30,5 milhões. Difícil apontar o porquê de os planos odontológicos não terem sofrido queda de consumidores no período pós-2014, como ocorrera com os planos de assistência médica. No entanto, a deficiente política de saúde bucal no SUS, seja pela baixa cobertura de Saúde Bucal na APS (ainda menor que a cobertura das equipes de Saúde da Família – eSF), seja pela baixa oferta dos serviços especializados pelos Centros de Especialidades Odontológicas – CEO, possa ser um possível fator relacionado a este evento.

Gráfico 8 - Consumidores de planos privados de assistência à saúde no Brasil por cobertura assistencial entre 2002 e 2022



Fonte: ANS (2023)

Possível também observar a dinâmica deste mercado quando se compara o crescimento do número de consumidores de planos privados com o crescimento da população brasileira. A Tabela 9 se propõe a fazê-lo para o período de 2000 a 2022. Neste recorte, a população brasileira cresceu de 169,5 milhões para 203 milhões, um crescimento percentual de 19,8%. Por outro lado, o número de consumidores de planos privados de assistência à saúde no Brasil cresceu de 31,5 milhões para 50,4 milhões, um salto de 62,6%. Para os planos de assistência odontológica, o salto foi de mais de mil por cento (ANS, 2023; IBGE, 2023).

Tabela 9 – Comparativo entre o crescimento da população brasileira e de consumidores de planos privados de saúde no Brasil entre 2000 e 2022

População/Consumidores (milhões)	Ano		Crescimento Percentual
	2000	2022	
População brasileira	169,5	203,0	19,8%
Consumidores de planos de Assistência Médica	31,0	50,4	62,6%
Consumidores de Planos de Assistência Odontológica	2,6	30,5	1.073,1%

Fonte: Elaborado pelo autor, baseado em IBGE (2023); ANS (2023)

Mas o setor privado de planos privados de saúde no Brasil busca constantemente flexibilizar as regras regulatórias a fim de aumentar ainda mais o número de consumidores e seu lucro. Em 2017, foi proposto pelo próprio MS, alicerçado por empresários do setor da

Saúde Suplementar, uma formatação mais simples para a comercialização dos planos de saúde, intitulado-os “Planos de Saúde Acessíveis” (ANS, 2017). Como pode ser observado no Gráfico 8 apresentado anteriormente, naquele ano o setor havia estagnado o número de consumidores de planos privados. A motivação então para nova proposta era clara: socorrer o setor frente à crise econômica vivenciada pelo país. O argumento, simples: a alta taxa de desemprego afetava seu faturamento, como consequência do impacto da crise econômica no orçamento das famílias (planos individuais/familiares) e das empresas (planos coletivos empresariais ou por adesão). O intuito era então comercializar produtos de menor custo para atrair consumidores e retomar o lucro. No entanto, seriam produtos de baixa ou menor cobertura assistencial. Propunham-se três diferentes categorias: a) Plano Simplificado: cobertura para APS, conforme rol da ANS, incluindo consultas nas especialidades previstas no Conselho Federal de Medicina (CFM) e serviços auxiliares de diagnóstico e terapias de baixa e média complexidade, sem cobertura para internação, terapias e exames de alta complexidade, atendimento de urgência e emergência e hospital dia; b) Plano Ambulatorial + hospitalar: cobertura de APS, atenção especializada, de média e alta complexidade. O paciente passaria obrigatoriamente por uma prévia avaliação realizada por médico da APS, que encaminharia o paciente para a rede especializada, se necessário. Havendo indicação para atendimento hospitalar, poderia ainda ser encaminhado para uma segunda avaliação médica que reafirme a necessidade para o encaminhamento do procedimento; e; c) Plano em Regime Misto de Pagamento: modalidade que ofereceria serviço por contraprestação mensal para cobertura ambulatorial e hospitalar, terapias de alta complexidade e medicina preventiva, sob a responsabilidade do consumidor o pagamento do procedimento, de acordo com valores previstos em contrato (ANS, 2017).

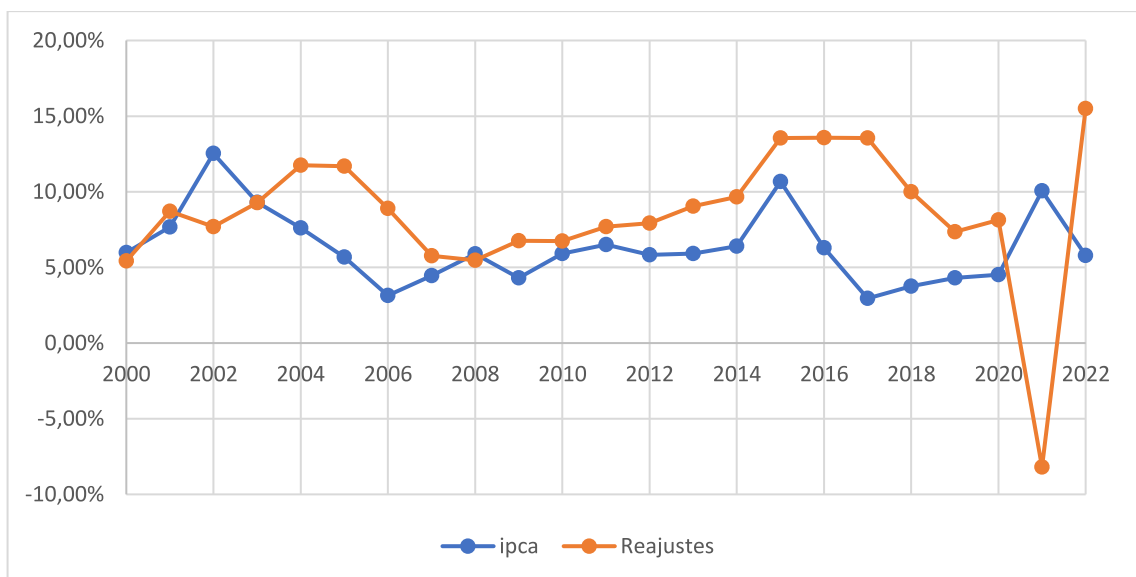
A Saúde Suplementar no Brasil tem ainda seus reajustes anuais para o consumidor de planos de saúde acima dos índices de inflação. Para os planos comercializados sob a forma individual/familiar, a ANS adota uma fórmula que leva em consideração além do IPCA outros indexadores criados como índices de despesas, receitas e ganhos de eficiência pelas operadoras, inclusive por faixa etária (ANS, 2018)⁸. Dessa forma, enquanto no setor público o aumento dos gastos esteve limitado ao IPCA pela EC/95, o reajuste dos planos privados para seus

⁸ A ANS regulamenta o reajuste apenas dos planos comercializados como individual/familiar, como já trazido aqui no estudo. Os reajustes de planos coletivos (por adesão ou empresarial) requerem negociações entre as empresas, associações ou sindicatos diretamente com as operadoras contratadas.

consumidores (ou o aumento dos gastos privados no Brasil) considera o equilíbrio do mercado privado.

O Gráfico 9, abaixo, busca ilustrar a diferença entre os reajustes autorizados aos planos privados de saúde e o IPCA já a partir de 2000, quando do início da regulamentação do setor no Brasil. A maior variação ocorreu no ano de 2017, quando o IPCA acumulado no ano fechou em 2,95% e os reajustes autorizados foram de 13,55%, uma diferença de 10,6%. Interessante também observar a variação negativa em 2021, quando da pandemia da Covid-19. Enquanto o IPCA superou 10%, os planos sofreram uma contração no reajuste, ou seja, uma redução de valores na ordem de 8,2%. No entanto, em 2022, já superado o período emergencial da pandemia, os planos de saúde tiveram seu maior reajuste da série histórica, de 15,5%, mesmo tendo o IPCA acumulado no ano ter fechado em 5,78%. Nota-se uma evidente manobra em prol da recuperação do mercado que, mesmo tendo sofrido no ano anterior um reajuste negativo, mantinha sua expansão no número de consumidores.

Gráfico 9 – Relação entre o reajuste anual dos planos privados de assistência à saúde no Brasil e o índice de inflação (IPCA) entre 2000 e 2022



Fonte: ANS (2023)

Utilizando-se da recessão econômica no período, as operadoras de planos de saúde se apropriaram do contexto para pautar uma reivindicação antiga: utilizar-se do recurso do fundo garantidor, uma reserva técnica financeira obrigatória a todas as operadoras de planos de privados de saúde depositada em fundo vinculado à ANS, como reguladora do equilíbrio econômico-financeiro para atuação no mercado. A motivação foi a suspensão temporária dos reajustes dos planos de saúde, somada a eventuais inadimplências pelos consumidores que teve

como objetivo proteger o beneficiário na relação como consumidor no cenário de crise econômica causada pela pandemia, ainda que a maior demanda à assistência à Covid-19 se desse em sua extensa maioria pelo SUS, inclusive nos exames para detecção da doença, e os planos de saúde reduzido suas despesas, com a restrição de consultas na rede privada conveniada e a suspensão de procedimentos eletivos hospitalares. Com isso, parte da reserva técnica (cerca de R\$ 15 bi, de um total de R\$ 54 bi, do fundo garantidor) foi desbloqueada pelo governo federal às operadoras, ainda que os reajustes do ano 2020 sejam incorporados ao exercício do ano seguinte (ANS, 2020).

Outra proposta de desregulamentação do setor privado de planos de saúde surgiria em 2022, quando o então Ministro da Saúde Marcelo Queiroga anunciava que a pasta planejava criar um banco compartilhado de dados dos consumidores entre as operadoras de saúde a fim de ampliar a concorrência do setor, o que se chamou “*Open Health*”, assim como já ocorre no mercado financeiro com os dados bancários das pessoas físicas e jurídicas (*Open Banking*). A proposta não passou de uma pauta de discussão e é temida pelos consumidores em vários sentidos, como a seleção de risco do consumidor dos planos privados pelas operadoras, fazendo escolher ou negar a venda àqueles com menor risco à doença (USP, 2022).

Matéria também recente de discussão na arena política e jurídica no âmbito da Saúde Suplementar, e, que merece atenção na dinâmica das mudanças, é o rol taxativo de procedimentos dos planos privados de saúde. Em 2021, a ANS (ANS, 2021) passou a considerar taxativo seu rol de procedimentos, ratificado em 2022, pela Lei nº 14.454 (BRASIL, 2022b) fazendo alterar o texto da Lei nº 9.656. No campo do direito, o termo “taxativo” se refere ao que é limitado por regulamento ou lei, e com sua regulamentação por lei, a obrigação das operadoras passou se limitar a custear somente os tratamentos expressamente listados. Até então, ainda que movidas por ações judiciais, as operadoras custeavam tratamentos análogos ou similares àqueles listados no rol de procedimentos. Tudo porque havia o entendimento, inclusive em ações judiciais no âmbito da Saúde Suplementar, que o rol era exemplificativo, ou seja, as operadoras deveriam cobrir procedimentos não previstos no rol quando indicados pelo médico assistente, ainda que com restrições, como a necessidade de uma fundação técnica do profissional prescriptor e estar o procedimento já incorporado também pelo SUS, como uma forma de parâmetro de incorporação. O CNS já havia se manifestado contra o rol taxativo em 2019, quando a discussão já se fazia presente. Em seus argumentos, o CNS argumentava que a incorporação de tecnologias pela Saúde Suplementar se dava em menor velocidade em comparação ao SUS, o que tornava a presença de determinadas tecnologias no SUS e não na Saúde Suplementar um cenário comum (CNS, 2019).

Trabalhando na lógica de lucro, os planos de saúde comumente negam procedimentos necessários e geralmente já oferecidos pelo SUS, com o argumento de o procedimento não estar previsto no Rol. Isso faz com que o SUS seja responsável por determinado atendimento, sem o respectivo ressarcimento, porque só são ressarcidos ao SUS os procedimentos prestados pelo SUS aos usuários de plano de saúde (ANS, 2022a). Na lógica do mercado, as operadoras negam ou dificultam a oferta de tais tecnologias. Dois caminhos então se tornam possíveis para o consumidor de planos de saúde. Um é buscar na judicialização contra a própria operadora seu direito de consumidor. A outra é buscar no SUS seu direito fundamental à saúde, universal e sob dever do Estado de provê-lo, seja de forma administrativa ou regulada, seja de forma judicial. Ocorre que o SUS não se beneficia do ressarcimento previsto pela Lei nº 9.656/1998, já que de acordo com as normas da ANS, tal ressarcimento se dá quando a tecnologia está prevista no rol de procedimentos da ANS ou em contrato firmado entre consumidor e operadora (ANS, 2022b). O CNS alertava ainda que isto poderia pressionar a assistência do SUS, assim como aumentar a demanda por judicialização contra o sistema público. O Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC) chegou a ingressar com ação de descumprimento de preceito fundamental a fim de revogar o rol taxativo (IDEC, 2019), mas o STF decidiu, em 2022, pela legalidade da matéria (STF, 2022b).

6.2 Os Atores na Dinâmica das Mudanças

Se os atores são agentes que atuam no interior das instituições, tanto para promover mudanças, quanto para impedi-las, torna-se importante compreendê-los. Logicamente que a relevância institucional de Temer e Bolsonaro como presidentes do país entre 2016 e 2022 já os faz atores importantes deste processo de mudança na trajetória política e institucional. Temer foi o presidente que assume o país no momento do *impeachment* (2016-2018), seguindo a cartilha de ajuste fiscal traçada pela “Uma ponte para o futuro.” Em seu governo se dá a promulgação da regra fiscal do teto de gastos. Bolsonaro (2019-2022) daria sequência à política de austeridade fiscal e de reformas do Estado. No entanto, buscou-se identificar os atores que estiveram em constante movimento no interior das instituições durante seus governos, considerando recortes internos por cada gestão do MS pelos ministros por eles nomeados. Mas cabe ressaltar que se trata apenas de um recorte didático, sem pretensão de se fazer nenhuma relação causal entre seus papéis à frente da pasta e o resultado das mudanças ou da influência de determinados atores, ainda que em determinados episódios se pudesse avançar neste debate.

Ricardo Barros foi o primeiro Ministro da Saúde do período pós *impeachment*. Nomeado por Temer, Barros é engenheiro civil de formação e representante da oligarquia política brasileira como deputado federal pelo estado do Paraná desde meados dos anos 1990, pelo Partido Progressista (PP), partido de ideologia centro-direita e que apoiou o *impeachment* da presidente Dilma Rousseff em 2016. Em sua trajetória política, já havia sido líder do governo de FHC na Câmara dos Deputados (PSDB) (1999-2002) e vice-líder do governo Lula (PT) (2007). Posteriormente, também se tornaria líder na Câmara do governo Bolsonaro (2020-2022) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2023). Barros trazia em seu histórico político uma forte ligação com empresários do setor da Saúde Suplementar, financiadores de suas campanhas eleitorais para o cargo legislativo federal (UNISINOS, 2016). Foi durante o período em que esteve à frente da pasta que o MS apresentou a proposta dos “Planos de Saúde Acessíveis” (BRASIL, 2016b; 2017c), em articulação com representações do setor, entre eles o Instituto Coalização Saúde (Icos), uma associação criada por empresários da Saúde Suplementar e da cadeia produtiva médico-hospitalar do setor privado da saúde (ICOS, 2016). A proposta sofreu duras críticas de entidades de defesa do SUS, de defesa do consumidor e até mesmo de entidades representantes da classe médica. A Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e o CNS se posicionaram contrários ao discurso dos empresários do setor de planos privados de saúde de que um produto mais barato no mercado diminuiria a pressão assistencial no sistema público. As entidades alertaram que as operadoras atuariam apenas nos serviços de menor custo e de maior lucro para o setor, o que, ao final, aumentaria ainda mais a demanda ao SUS pelos serviços de maior custo. Consideraram também que a proposta aumentaria a iniquidade do acesso e fragmentaria ainda mais as redes de atenção à saúde do SUS, levando a uma maior segmentação do sistema de saúde brasileiro (CEBES, 2017a; CNS, 2017). Para o IDEC, na perspectiva do consumidor dos planos privados, a proposta poderia representar um retrocesso nas conquistas dos marcos regulatórios da lei 9.656, levando ao risco, inclusive, de não ser garantida a cobertura de todas as doenças listadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) no rol de procedimentos mínimos garantidos pela ANS (IDEC, 2017). Já as entidades médicas, lideradas neste movimento pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp), temeram pela relação ética entre médico-paciente, influenciada pela restrição imposta pelos planos quanto às prescrições e tratamentos por ventura indicados. Mas não somente. O Cremesp mostrou também um posicionamento protecionista e classista da categoria frente aos riscos de um honorário médico inferior ao já praticado pelas operadoras, ressaltando que tais medidas atenderiam apenas aos empresários da Saúde Suplementar (CREMESP, 2017). Foi também durante sua gestão que

ocorre a revisão da PNAB. Barros conduziu a pasta até abril de 2018, quando a deixou para concorrer a mais uma disputa eleitoral, na qual foi novamente eleito como deputado federal. Para seu lugar, Temer nomeia Gilberto Occhi, advogado de formação, e que permaneceria até o final de seu mandato presidencial. Occhi não possuía carreira política legislativa, mas era filiado ao PP, mesmo partido de Barros, num claro propósito da permanência do partido à frente da pasta e da fidelidade partidária ao governo Temer. Não possuía também nenhuma relação com as questões de saúde em seu histórico profissional. Quando da sua nomeação como Ministro da Saúde ocupava a Presidência da Caixa Econômica Federal (CEF) do governo Temer e já havia sido Ministro de Dilma Rousseff nas pastas da Cidade e da Integração Nacional (2014-2016). No MS, Occhi apenas deu sequência às discussões já em andamento no interior da pasta e passou quase que despercebido neste cenário (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2023).

Em 2019, Bolsonaro assume a cadeira presidencial e nomeia para o MS, Luiz Henrique Mandetta, que teve inclusive apoio da Federação das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos (FEDERASSANTAS) para sua indicação. Mandetta é médico de formação e já havia sido Presidente da Unimed de Campo Grande (2001-2004), Secretário Municipal de Saúde de Campo Grande (2005-2010) e Deputado Federal por Mato Grosso do Sul (2011-2018) pelo Partido Democratas (DEMOCRATAS), partido que viria a se fundir em 2022 com o PSL e formar o Partido União Brasil (UNIÃO). Ganhou notoriedade no início da pandemia da Covid-19, em março de 2020. Enalteceu a importância do SUS como um sistema de saúde universal para o enfrentamento da crise sanitária e se opôs às diretrizes de Bolsonaro frente ao isolamento social. Abandonou os trajes clássicos de parlamentar e passou a se apresentar na mídia sempre paramentado com um colete do SUS. No entanto, e curiosamente, foi um dos deputados federais que votou a favor da regra fiscal que levou a corte de gastos públicos para este mesmo SUS de que ele estava agora à frente. Foi Mandetta também que, enquanto Ministro da Saúde, assinou a portaria que instituiu o Previner Brasil, que alterou a lógica de alocação de recursos na APS. Durante sua gestão frente à pasta, a movimentação dos empresários da Saúde Suplementar também se fez presente na busca pela flexibilização do setor. Em 2019, a Federação Nacional da Saúde Suplementar (FenaSaúde), uma associação representada por 16 grupos de operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde, promoveria um fórum em Brasília com o chamamento “Novos Rumos da Saúde Suplementar”, em cujas pautas estavam os Planos de Saúde Acessíveis, tendo, inclusive a participação do então Ministro da Saúde, Luiz Mandetta (IDEC, 2019; FENASAÚDE, 2019). Mandetta deixou o cargo em abril de 2020, após impasses com Bolsonaro e sua equipe econômica. Para seu lugar, foi nomeado Nelson Teich, médico

oncologista de formação e executivo da saúde privada na área hospitalar e oncológica. Após desentendimento com Bolsonaro quanto ao uso da cloroquina para o tratamento da Covid-19, pediu exoneração e deixou o ministério com apenas 29 dias no cargo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2023).

Com a crise política instalada, somada à crise sanitária e econômica pela pandemia, Bolsonaro nomeia Eduardo Pazuello, militar de carreira do Exército Brasileiro e sem nenhuma história funcional ligada à saúde até então. Pazuello chegou a declarar publicamente seu desconhecimento sobre o SUS (ROCHA, 2020). Sua assunção ao cargo demonstrava apoio político dos militares ao então presidente Bolsonaro em seus princípios ideológicos e na liberação do uso da cloroquina e hidroxicloroquina para o tratamento da Covid-19 e no negacionismo à ciência. Foi uma gestão marcada também pela falta de transparência dos dados epidemiológicos e de mortalidade da Covid-19 e pela morosidade para aquisição dos imunizantes contra doença. Foi na sua gestão que o governo federal apresenta a proposta de inclusão das UBS no programa de parceria e investimento privado, embora a discussão não tenha sido sequer discutida pelo MS. Desgastado politicamente, deixou a pasta em março de 2021. Para seu lugar Bolsonaro nomeia o médico Marcelo Queiroga, médico cardiologista com perfil técnico, mas sem experiência com gestão pública (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2023).

Queiroga inicia sua gestão em um momento delicado da pandemia, quando o país atingia o maior número de mortes/dia pela Covid-19 e a vacinação era ainda incipiente em meio a alta demanda mundial pelos imunizantes. Mas superado o período emergencial de enfrentamento à pandemia, Abrasco, Cebes e CNS avolumam o discurso para revogação da EC/95 e, conseqüentemente, uma maior sustentabilidade financeira para o SUS, para a garantia da assistência e do direito à saúde. Em acordo a esta proposta, destaca-se o estudo realizado pela Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABRES) para uma nova política de financiamento do SUS (ABRES, 2022). A ABRES é uma sociedade civil de âmbito nacional, fundada em 1989, dotada de personalidade jurídica de direito privado, com natureza e fins não lucrativos. O documento ressalta a perversidade da regra fiscal da EC/95 e projeta a queda do investimento em saúde no período de sua vigência, que, ao final, faz refletir na queda da despesa *per capita* em saúde ao longo do tempo, já que a população cresce e os gastos não mais estão vinculados ao crescimento econômico. Sem contar o envelhecimento desta população e o aumento das doenças crônicas, que exigirão do sistema de saúde mais atenção, cuidado e assistência por mais tempo de vida, além do aumento do custo das incorporações tecnológicas. Prega a necessidade de se aumentar o gasto público em saúde. E para isso defende a substituição da EC/95 por uma nova regra, menos vulnerável a ciclos econômicos. Propõe que o financiamento acompanhe o

crescimento real *per capita* do gasto público federal em saúde a longo prazo. Hoje o gasto federal é representado por uma queda da despesa *per capita*. Propõe ainda que uma nova regra fiscal a ser implantada deva ampliar a arrecadação do sistema tributário do país, com taxaço de renda, patrimônio e riqueza financeira. Quando da elaboração do estudo pela ABrES, tramitavam no Congresso Nacional os projetos de lei nº 307/2021 (BRASIL, 2021a) e 2.337/2021 (BRASIL, 2021b) que tratavam da reforma do sistema tributário brasileiro. Lucros e dividendos no Brasil, por exemplo, eram isentos de tributação de imposto de renda desde 1995. E nesse ínterim, surge também no cenário um novo ator, o Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS), uma organização civil de natureza jurídica privada sem fins econômicos, criada no ano de 2021, com sede na cidade do Rio de Janeiro, RJ. Tem como objeto social, conforme seu estatuto, a análise do setor de saúde no Brasil, com vistas a contribuir para o aprimoramento das políticas públicas relevantes para a área da saúde (IEPS, 2022). Tem como um de seus sócios fundadores o economista Armínio Fraga Neto, ex-presidente do Banco Central entre os anos de 1999 e 2002, durante o segundo mandato de FHC. Em julho de 2022, o IEPS lança a “Agenda Mais SUS: Evidências e Caminhos para fortalecer a saúde pública no Brasil” (IEPS, 2022). O documento parte da Saúde como direito universal e de dever do Estado e aponta inicialmente quatro grandes desafios e propostas para o SUS. No entanto, a Agenda Mais Saúde causou estranheza no meio acadêmico, primeiramente por ter sido apresentada por uma organização que tem em Armínio Fraga Neto um de seus fundadores. Armínio Fraga é reconhecido como um representante do mercado financeiro e defensor do modelo liberal, tendo em sua trajetória profissional, além de presidente do Banco Central do Brasil (BCB) no segundo governo FHC, importantes cargos como gerente de operação de bancos de investimentos no Brasil e no exterior. Em uma crítica ao documento, Fleury (2022) destaca que as propostas focam sua discussão nas ações e serviços quase que totalmente no campo da APS, o que, em sua visão, acabariam por favorecer ainda mais o mercado privado de planos e seguros de saúde, que continuariam atuando de forma consistente na oferta e comercialização de serviços especializados. Assim, as propostas conduziriam a um SUS reduzido a cuidados primários de saúde, que serviria, ainda, como um resseguro para aqueles que, por diferentes motivos e em determinados momentos, não pudessem mais arcar com o custo dos planos privados de saúde. Mas outra proposta de desregulamentação do setor privado de planos de saúde surgiria do próprio MS, quando no início de 2022, Queiroga anunciava o *Open Heath*, o banco compartilhado de dados dos consumidores entre as operadoras de saúde a fim de ampliar a concorrência do setor. A proposta encontra-se ainda na mesa de discussões, é temida pelos consumidores em vários sentidos, entre eles a permissão de seleção de risco do

consumidor dos planos privados pelas operadoras, fazendo escolher ou negar a venda àqueles com menor risco à doença (USP, 2022). Queiroga equilibrou-se no cargo até o fim do governo Bolsonaro, sendo, ao final, seu mais duradouro ministro da saúde (MINISTERIO DA SAÚDE, 2023).

Não há também como deixar de apontar a forte influência do legislativo brasileiro no direcionamento do financiamento da saúde. A imposição da aplicação de metade dos valores das emendas parlamentares para o cômputo do orçamento federal para as ações e serviços de saúde pela EC/86 e a relevância de sua participação no orçamento total nos últimos anos projeta este ator como um importante agente que controla o direcionamento da aplicação do recurso, podendo ainda favorecer o clientelismo eleitoral (BAIAO; COUTO; OLIVEIRA, 2019).

Ator importante na operacionalização do sistema de saúde em seu âmbito assistencial, a FTS se mostrou pouco valorizada financeiramente. Como já apresentado (subcapítulo 2.1.4 – A Força de Trabalho em Saúde), à exceção dos profissionais médicos, todas as outras categorias analisadas enquanto trabalhadora com vínculo empregatício, apresentaram rendimentos médios inferiores ao teto previdenciário e que variou entre dois e 5,7 salários-mínimos/mês, para uma carga horária mensal que chegou a 152 horas a depender da categoria analisada. Mas não há como não considerar a importante movimentação da categoria da enfermagem enquanto um ator que buscou sua maior valorização. Como já discutido anteriormente, a categoria é a de maior representatividade contingencial no interior do sistema de saúde brasileiro, embora enfrente desafios também de ordem assistencial. Em 2020, foi proposto o Projeto de Lei nº 2.564/2020 (BRASIL, 2020b), com o objetivo de instituir um piso salarial nacional para a categoria. Propunha-se para aquele ano o piso mensal de R\$ 4.750 para os enfermeiros. Para os técnicos, o piso representaria 70% deste valor. Para auxiliares e parteiras, o piso seria de 50%. O texto foi aprovado em agosto de 2022 e transformado na Lei nº 14.434, mas o caminho para sua aprovação se tornou um campo de disputa jurídica que chegou até mesmo ao STF. Quase que imediatamente à sua aprovação, em setembro de 2022, a Confederação Nacional de Saúde, Hospitais e Estabelecimentos de Saúde (CNSaúde), entidade sindical de representação dos estabelecimentos de saúde, protocolou no STF uma Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI 7.222) contra a lei aprovada (STF, 2022a). As alegações eram que a proposta não havia recebido a necessária atenção parlamentar para discussão do impacto financeiro advindo do piso nacional e a quebra de autonomia orçamentária de estados e municípios para implantá-lo. O STF atendeu ao pedido de forma cautelar e suspendeu provisoriamente a lei recém aprovada, solicitando às instituições públicas e privadas de saúde um estudo sobre seu impacto financeiro para a economia e para a empregabilidade da categoria. Em dezembro é promulgada a Emenda

Constitucional nº 127, de 22 de dezembro de 2022 - EC/127 proposta pelo governo federal, na qual a União se compromete a prestar assistência financeira complementar a estados e municípios e às entidades privadas “filantrópicas” do SUS para garantia do piso nacional. (BRASIL, 2022a). Em maio de 2023, o governo federal abre crédito especial de R\$ 7,3 bilhões no orçamento do FNS para garantir a estados e municípios o piso nacional da enfermagem, sendo os critérios e procedimentos para o repasse estabelecidos em portaria do MS nº 1.135, publicada naquele mesmo mês (maio de 2023). Faltava ainda o julgamento final da ADI 7.222 para que, de fato, o piso fosse considerado legal, e em julho de 2023, baseado na aprovação do crédito especial da União para assistência complementar aos estados e municípios, o STF reestabeleceu os efeitos da lei 14.434 (STF, 2022a). Estabeleceu-se ainda a carga horária de 44 horas semanais de trabalho vinculado ao piso nacional e se manteve o piso proposto no texto de 2020, ou seja, o mesmo valor de R\$ 4.750, sem aumento real sobre a proposta inicial para 2023. Ou seja, ainda que a aprovação de um piso nacional represente uma conquista alcançada pela categoria, seu valor de R\$ 4.750 é inferior à média salarial de R\$ 4.824 encontrada para esta mesma categoria em 2020.

7 CONCLUSÃO

O contexto político, de ideologia neoliberal, de reforma do Estado e de austeridade fiscal do período 2016-2022, que rompeu com o modelo político-ideológico até então vigente, foi o cenário para o desenvolvimento de disputas e tensões no interior do sistema de saúde brasileiro. O forte poder institucional exercido pelos agentes políticos, justamente por serem os formuladores das políticas públicas e das leis, fazem desse grupo agentes indutores de mudança. Atraem e são atraídos por diferentes atores no jogo de coalização e interesses, como os empresários da Saúde Suplementar, que demonstraram grande potencial organizativo em suas associações e representações e com forte poder de articulação e influência, fazendo fortalecer o projeto privatista no sistema de saúde brasileiro. Por outro lado, as entidades de defesa social e do SUS se apresentaram com pouca ou nenhuma força política institucional para enfrentamento ao dinamismo das mudanças, organizando-se fora da arena política. Aliás, esta disputa ideológica e política entre as correntes privatista e universalista no interior do sistema de saúde brasileiro esteve presente durante toda sua trajetória institucional e não somente no recorte temporal estudado. Dessa forma, o sistema de saúde brasileiro enfrenta problemas estruturais e históricos.

Observou-se para o período um “desfinanciamento” do SUS e a retomada do crescimento do setor privado da Saúde Suplementar. Mas a hipótese de que as mudanças políticas, legais e fiscais no Brasil que influenciaram o financiamento da saúde se deram de forma acelerada no período estudado se confirma em parte, o que não significa afirmar que não houve uma intensa movimentação na arena política por diferentes atores na defesa de diferentes interesses. Isso porque os atores não atuaram apenas para a realização das mudanças, mas também para impedi-las. Ressalta-se ainda a casualidade do evento da Covid-19, que trouxe uma nova dinâmica e movimentação na trajetória institucional.

Como apresentado no resultado deste trabalho, os eventos ou acontecimentos que efetivamente se materializaram ocorreram por desvio ou por conversão das regras, considerando a tipologia de Mahoney e Thelen, guardada a subjetividade de sua análise, como também já destacado. Mas cabe destacar que o direito fundamental e universal à saúde não esteve ameaçado constitucionalmente. Sequer foi pautado por quaisquer atores, o que infere a força da regra constitucional que trata da matéria e da trajetória da conquista da sociedade brasileira.

Concluiu-se que o processo de mudança no interior do sistema de saúde brasileiro é gradual e enfrenta desafios estruturais em um cenário histórico de uma disputa antagônica entre os projetos privatista e universalista em seu interior.

REFERÊNCIAS

ABRES – Associação Brasileira de Economia da Saúde. **Nova Política de Financiamento do SUS**. Salvador: ABRES, 2022.

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Dados e Indicadores do Setor**. 07 jul. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>. Acesso em: 10 ago. 2023.

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Relatório descritivo do GT de planos acessíveis**. Relatório de consolidação das informações e contribuições ao Projeto de Plano de Saúde Acessível. 2017. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/pdf/VERS%C3%83O_FINAL_RELATORIO_DESCRITIVO_GT_ANS_PROJETO_PLANO_DE_SAUDE_ACESSIVEL_FINAL_.pdf. Acesso em: 21 jan. 2022.

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução Normativa - RN nº 196, de 14 de julho de 2009**. Dispõe sobre a Administradora de Benefícios. Disponível em: <https://www.abrapp.org.br/legislacao/resolucao-normativa-ans-no-196-de-14-07-2009/>. Acesso em: 6 ago.2022.

ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução Normativa - RN nº 367, de 18 de dezembro de 2014**. Dispõe sobre o Índice de Valoração do Ressarcimento - IVR. Disponível em: https://bvsm.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2014/res0367_18_12_2014.html Acesso em 10 out. 2021.

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução Normativa - RN nº 388, de 25 de novembro de 2015**. Dispõe sobre os procedimentos adotados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar- ANS para a estruturação e realização de suas ações fiscalizatórias. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/33345888/do1-2015-11-26-resolucao-normativa-m-n-388-de-25-de-novembro-de-2015-33345797 Acesso em: 6 jul. 2022.

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução Normativa - RN nº 441, de 19 de dezembro de 2018**. Estabelece critérios para cálculo do reajuste máximo das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde individuais ou familiares, médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica, que tenham sido contratados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Disponível em: https://bvsm.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2018/res0441_20_12_2018.html#:~:text=Estabelece%20crit%C3%A9rios%20para%20c%C3%A1lculo%20do%20reajuste%20m%C3%A1ximo%20das,n%C2%BA%209.656%2C%20de%203%20de%20junho%20de%201998. Acesso em: 6 ago.2022.

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução Normativa - RN nº 465, de 24 de fevereiro de 2021**. Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde que estabelece a cobertura assistencial obrigatória a ser garantida nos planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 1999 e naqueles adaptados conforme previsto no artigo 35 da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998; fixa as diretrizes de atenção à saúde; e revoga a

Resolução Normativa – RN nº 428, de 7 de novembro de 2017, a Resolução Normativa – RN nº 453, de 12 de março de 2020, a Resolução Normativa – RN nº 457, de 28 de maio de 2020 e a RN nº 460, de 13 de agosto de 2020. Disponível em:

<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=NDaZMw==#ANEXOS>. Acesso em: 10 out. 2022.

ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução Normativa - RN nº 502, de 30 de março de 2022**. Dispõe sobre os procedimentos administrativos físico e híbrido de ressarcimento ao SUS, previsto no art. 32 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998 estabelece normas sobre o repasse dos valores recolhidos a título de ressarcimento ao SUS e revoga as Resoluções Normativas nº 358, de 27 de novembro de 2014, nº 377, de 08 de maio de 2015, e o art. 25 da nº 464, de 29 de dezembro de 2020. 2022a. Disponível em:

<https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDE2Mg==>. Acesso em: 10 out. 2022.

ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução Normativa - RN nº 504, de 30 de março de 2022**. Dispõe sobre o Índice de Valoração do Ressarcimento - IVR. 2022b.

Disponível em: https://bvs.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2022/res0504_01_04_2022.html. Acesso em: 10 out. 2022.

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Termo de compromisso**. Nota Técnica nº 9/2020/DIOPE. Processo SEI nº 33910.007002/2020-78. 2020. Disponível em:

https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/coronavirus-covid-19/notas-tecnicas_covid-19/nota-tecnica-9-2020-diope.pdf. Acesso em: 6 ago.2022.

BAHIA, L. O SUS e o Setor Privado Assistencial: adaptações e contradições. **Futuros do Brasil: Textos para debate**, Rio de Janeiro, n. 9, p. 1-15, jul. 2017.

BAHIA, L.; SCHEFFER, M. Sistemas privados de assistência à saúde. *In*: ROCHA, J. S. Y. (ed.). **Manual de Saúde Pública & Saúde Coletiva no Brasil**. São Paulo: Atheneu, 2012. p. 115-25.

BAIAO, A. L.; COUTO, C. G.; OLIVEIRA, V. E. Quem ganha o quê, quando e como? Emendas orçamentárias em Saúde no Brasil. **Rev. Sociol. Polit.**, Curitiba, v. 27, n. 71, e004, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rsocp/v27n71/0104-4478-rsocp-27-71-e004.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2022.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Ato das Disposições Constitucionais Transitórias**.

1988a. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/conadc/1988/constituicao.adct-1988-5-outubro-1988-322234-normaatualizada-pl.pdf>. Acesso em: 10 out. 2022.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei nº 307/2021**. Dispõe sobre a tributação de lucros e dividendos. 2021a. Disponível em:

https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1961664. Acesso em: 10 out. 2022.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei nº 2.337/2021**. Altera a legislação do Imposto sobre a Renda e Proventos de Qualquer Natureza das Pessoas Físicas e das Pessoas Jurídicas e da Contribuição Social sobre o Lucro Líquido. 2021b. Disponível em:

https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=2034420. Acesso em: 10 out. 2022.

BRASIL. Casa Civil. **Decreto nº 3.000, de 26 de março de 1999**. Regulamenta a tributação, fiscalização, arrecadação e administração do Imposto sobre a Renda e Proventos de Qualquer Natureza. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D3000.htm. Acesso em: 6 jul. 2022.

BRASIL. Casa Civil. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm. Acesso em: 20 ago. 2022.

BRASIL. Casa Civil. **Decreto nº 10.283, de 20 de março de 2020**. Institui o Serviço Social Autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde - Adaps. 2020a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2020/Decreto/D10283.htm. Acesso em: 20 ago. 2022.

BRASIL. Casa Civil. **Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 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. 2000a. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1113869. Acesso em: 20 ago. 2021.

BRASIL. Casa Civil. **Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015**. Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica. 2015a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc86.htm. Acesso em: 6 jul. 2022.

BRASIL. Casa Civil. **Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016**. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. 2016a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc95.htm. Acesso em: 6 jul. 2022.

BRASIL. Casa Civil. **Emenda Constitucional nº 109, de 15 de março de 2021**. Altera os arts. 29-A, 37, 49, 84, 163, 165, 167, 168 e 169 da Constituição Federal e os arts. 101 e 109 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias; acrescenta à Constituição Federal os arts. 164-A, 167-A, 167-B, 167-C, 167-D, 167-E, 167-F e 167-G; revoga dispositivos do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias e institui regras transitórias sobre redução de benefícios tributários; desvincula parcialmente o superávit financeiro de fundos públicos; e suspende condicionalidades para realização de despesas com concessão de auxílio emergencial residual para enfrentar as consequências sociais e econômicas da pandemia da Covid-19. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/norma/33324315/publicacao/36647435>. Acesso em: 20 ago. 2022.

BRASIL. Casa Civil. **Emenda Constitucional nº 127, de 22 de dezembro de 2022**. Altera a Constituição Federal e o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias para estabelecer que compete à União prestar assistência financeira complementar aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios e às entidades filantrópicas, para o cumprimento dos pisos salariais profissionais nacionais para o enfermeiro, o técnico de enfermagem, o auxiliar de enfermagem e a parteira; altera a Emenda Constitucional nº 109, de 15 de março de 2021, para estabelecer o superávit financeiro dos fundos públicos do Poder Executivo como fonte de recursos para o cumprimento dos pisos salariais profissionais nacionais para o enfermeiro, o técnico de enfermagem, o auxiliar de enfermagem e a parteira; e dá outras providências. 2022a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc127.htm. Acesso em: 10 mai. 2023.

BRASIL. Casa Civil. **Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm. Acesso em: 6 jul. 2022.

BRASIL. Casa Civil. **Lei nº 7.713, de 22 de dezembro de 1988**. Altera a legislação do imposto de renda e dá outras providências. 1988a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L7713compilada.htm#art57. Acesso em 25 set. 2021.

BRASIL. Casa Civil. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm. Acesso em: 6 jul. 2022.

BRASIL. Casa Civil. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. 1990b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm. Acesso em: 6 jul. 2022.

BRASIL. Casa Civil. **Lei nº 9.250, de 26 de dezembro de 1995**. Altera a legislação do imposto de renda das pessoas físicas e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9250.htm. Acesso em: 6 jul. 2022.

BRASIL. Casa Civil. **Lei nº 9.311, de 24 de outubro de 1996**. Institui a Contribuição Provisória sobre Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira - CPMF, e dá outras providências. 1996a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9311.htm. Acesso em: 6 jul. 2022.

BRASIL. Casa Civil. **Lei nº 9.527, de 10 de dezembro de 1997**. Altera dispositivos das Leis n.º 8.112, de 11 de dezembro de 1990, 8.460, de 17 de setembro de 1992, e 2.180, de 5 de fevereiro de 1954, e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9527.htm. Acesso em: 6 jul. 2022.

BRASIL. Casa Civil. **Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998**. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9656compilado.htm. Acesso em: 15 jul. 2022.

BRASIL. Casa Civil. **Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000.** Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. 2000b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9961.htm. Acesso em: 15 set. 2022.

BRASIL. Casa Civil. **Lei nº 11.302, de 10 de maio de 2006.** Altera as Leis nºs 10.355, de 26 de dezembro de 2001, que dispõe sobre a estruturação da Carreira Previdenciária no âmbito do Instituto Nacional do Seguro Social - INSS, 10.855, de 1º de abril de 2004, que dispõe sobre a reestruturação da Carreira Previdenciária, de que trata a Lei nº 10.355, de 26 de dezembro de 2001, instituindo a Carreira do Seguro Social, 10.876, de 2 de junho de 2004, que cria a Carreira de Perícia Médica da Previdência Social e dispõe sobre a remuneração da Carreira de Supervisor Médico-Pericial do Quadro de Pessoal do INSS, 10.997, de 15 de dezembro de 2004, que institui a Gratificação Específica do Seguro Social - GESS, 8.112, de 11 de dezembro de 1990, que dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das Autarquias e das Fundações Públicas Federais; e fixa critérios temporários para pagamento da Gratificação de Desempenho de Atividade Médico-Pericial - GDAMP. 2006a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11302.htm. Acesso em: 6 jul. 2022.

BRASIL. Casa Civil. **Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013.** Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/112871.htm. Acesso em: 15 set. 2022.

BRASIL. Casa Civil. **Lei nº 13.097, de 19 de janeiro de 2015.** Altera a Lei n 8.080/1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13097.htm#art142. 2015b. Acesso em: 22 set. 2021.

BRASIL. Casa Civil. **Lei nº 13.958, de 18 de dezembro de 2019.** Institui o Programa Médicos pelo Brasil, no âmbito da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), e autoriza o Poder Executivo federal a instituir serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps). 2019a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Lei/L13958.htm. Acesso em: 21 set. 2021.

BRASIL. Casa Civil. **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. 2012a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm. Acesso em: 13 out. 2022.

BRASIL. **Constituição (1988).** Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 1988b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 08 ago. 2022.

BRASIL. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. **Portaria nº 234, de 07 de fevereiro de 1992**. Disponível em: http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria%20234_07_02_1992.pdf. Acesso em: 08 ago. 2022.

BRASIL. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. **Resolução nº 258, de 07 de janeiro de 1991**. Disponível em: http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20258_07_01_1991.pdf. Acesso em 20 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996b. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/NOB%2096.pdf>. Acesso em: 13 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional da Assistência à Saúde / SUS - NOAS-SUS 01/02**. 2002. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/anexos/anexoII_prt2048.pdf. Acesso em: 20 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Economia. **Nova Previdência. É para todos. É para melhor**. Brasília: Ministério da Economia, 2019b. Disponível em: http://sa.previdencia.gov.br/site/2019/11/Nova_Previdencia_Final.pdf. Acesso em: 13 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde. Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. 2006b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html. Acesso em: 20 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993**. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html. Acesso em: 20 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001**. Norma Operacional da Assistência à Saúde / SUS. NOAS-SUS 01/2001. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html Acesso em 20 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.482, de 4 de agosto de 2016**. Institui Grupo de Trabalho para discutir projeto de Plano de Saúde Acessível. 2016b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt1482_04_08_2016.html. Acesso em: 13 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2017a. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 17 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019**. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. 2019c. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979_13_11_2019.html. Acesso em: 10 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Ofício nº 60-GS/SAS, de 18 de janeiro de 2017**. Proposta de Plano de Saúde Acessível. 2017c. Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/marco/09/Proposta-de-Plano-de-Saude-Acessivel.pdf>. Acesso em: 17 dez. 2022.

BRASIL. **Projeto de Lei nº 2.564/2020**. Altera a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, para instituir o piso salarial nacional do Enfermeiro, do Técnico de Enfermagem, do Auxiliar de Enfermagem e da Parteira. 2020b. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/propostas-legislativas/2309349> Acesso em: 10 fev. 2021.

BRASIL. Secretaria Geral. **Decreto nº 10.530, de 26 de outubro de 2020**. Dispõe sobre a qualificação da política de fomento ao setor de atenção primária à saúde no âmbito do Programa de Parcerias de Investimento da Presidência da República, para fins de elaboração de estudos de alternativas de parcerias com a iniciativa privada. 2020c. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/D10530.htm. Acesso em: 20 jul. 2021.

BRASIL. Secretaria-Geral. **Lei nº 13.467, de 13 de julho de 2017**. Altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e as Leis nº 6.019, de 3 de janeiro de 1974, 8.036, de 11 de maio de 1990, e 8.212, de 24 de julho de 1991, a fim de adequar a legislação às novas relações de trabalho. 2017d. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2017/Lei/L13467.htm. Acesso em: 10 set. 2021.

BRASIL. Secretaria Geral. **Lei nº 14.454, de 21 de setembro de 2022**. Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde, para estabelecer critérios que permitam a cobertura de exames ou tratamentos de saúde que não estão incluídos no rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar. 2022b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2022/Lei/L14454.htm. Acesso em: 16 dez. 2022.

BRAVO, M. I. S.; PELAEZ, E. J.; MENEZES, J. S. B. A Saúde nos governos Temer e Bolsonaro: Lutas e resistências. **SER Social**, v. 22, n. 46, p. 191-209, 2020.

BRAVO, M. I. S.; PELAEZ, E. J.; PINHERIO, W. N. AS contrarreformas na política de saúde do governo Temer. **Argumentum**, v. 10, n. 1, p. 6-23, 2018.

CAMPELO, T. (coord.). **Faces da Desigualdade no Brasil: um olhar sobre os que ficam para trás**. Brasília: FACULDADE LATINO-AMERICANA DE CIÊNCIAS SOCIAIS; Conselho Latino-Americano de Ciências Sociais, 2017.

CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. **Cebes discute leis de planos de saúde na Comissão de Saúde Suplementar do CNS.** out. 2017a. Disponível em: <http://cebes.org.br/2017/10/cebes-discute-leis-de-planos-de-saude-na-comissao-de-saude-suplementar-do-cns/>. Acesso em: 30 nov. 2022.

CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. **Contra a reformulação da PNAB – Nota sobre a revisão da Política Nacional de Atenção Básica.** 27 jul. 2017. 2017b. Disponível em: <http://cebes.org.br/2017/07/contra-a-reformulacao-da-pnab-nota-sobre-a-revisao-da-politica-nacional-de-atencao-basica/>. Acesso em: 30 nov. 2022.

CFM – Conselho Federal de Medicina. **Brasil gasta R\$ 3,83 ao dia com a saúde de cada habitante.** 17 nov. 2020. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/noticias/brasil-gasta-r-383-ao-dia-com-a-saude-de-cada-habitante-2/>. Acesso em: 30 nov. 2022.

CHAIA, V. O conservadorismo e a ascensão da nova direita. In: DIAS, L. A.; SEGURADO, R. (orgs.). **O Golpe de 2016 - razões, atores e consequências.** São Paulo: Intermeios, 2019. p. 15-31.

CNS – Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 322, de 08 de maio de 2003.** Aprova as diretrizes acerca da aplicação da Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_03.htm. Acesso em: 20 nov. 2022.

CNS – Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 619, de 13 de setembro de 2019.** Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2019/Reso619.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2022.

CNS - Conselho Nacional de Saúde. **CNS aprova moção de repúdio à proposta para plano de saúde “acessível”.** 9 mar. 2017. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2017/03mar09_mocaoPlanosAcessiveis.html. Acesso em: 28 nov. 2022.

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem. **Enfermagem em Números.** 2023. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/enfermagem-em-numeros>. Acesso em: 10 abr. 2023.

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem. **Justiça Federal declara legal Resolução 195/1997 do Cofen.** 07 jul. 2010. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/justia-federal-declara-legal-resoluao-1951997-do-cofen_5201.html#:~:text=Justi%C3%A7a%20Federal%20declara%20legal%20Resolu%C3%A7%C3%A3o%20195%2F1997%20do%20Cofen.,a%20exames%20de%20rotina%20e%20complementares%20por%20enfermeiros. Acesso em: 10 abr. 2023.

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 195/1997.** Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-1951997/> Acesso em: 20 nov. 2022.

CONJUR – Consultor Jurídico. **Ordem para prender Lula e tese do STF sobre execução provisória foram destaque.** 2018. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2018-abr-07/resumo-semana-ordem-prender-lula-tese-stf-prisao-foram-destaque/>. Acesso em: 5 ago. 2022.

CREMESP - CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Crempesp. Plano de saúde de baixa cobertura: o barato que sai caro.** 2017. Disponível em: <http://cremesp.org.br/planosdesaude/planos.php>. Acesso em: 20 nov. 2021.

CRUZ, A. **Michel Temer, o jurista e articulador político que foi da Presidência à prisão.** 2019. <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-47660497>. Acesso em: 5 dez. 2022.

SCOREL, S. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à Reforma Sanitária. *In*: GIOVANELLA, L. (org). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2012. p. 323-364.

SCOREL, S. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do Movimento Sanitário.** Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1999.

SCOREL, S.; TEIXEIRA, L. A. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1822-1963. *In*: GIOVANELLA, L. (org). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2012. p. 279-322.

FEDERAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **5º Fórum FenaSaúde: Novos Rumos da Saúde Suplementar.** 2019. Disponível em: <https://eventos.cnseg.org.br/eventos/evento/5-forum-fenasaude/>. Acesso em: 20 nov. 2022.

FLEURY, S. **Agenda Mais SUS: Enigma ou Estratégia?** 2022. Disponível em: <https://outraspalavras.net/outrasaude/enigma-ou-estrategia/>. Acesso em: 28 dez. 2022.

FONSECA, F. A desestabilização política e o Golpe: Atores e estratégias do consórcio que golpeou a democracia em 2016. *In*: DIAS, L. A.; SEGURADO, R. (orgs.). **O Golpe de 2016 - razões, atores e consequências.** São Paulo: Intermeios, 2019. p. 61-82.

FUNDAÇÃO ULYSSES GUIMARÃES. **Uma ponte para o futuro.** 2015. Disponível em: <https://www.fundacaoulysses.org.br/wp-content/uploads/2016/11/UMA-PONTE-PARA-O-FUTURO.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2022.

GONÇALVES JUNIOR, O.; GAVA, G. B.; SILVA, M. S. da. Programa Mais Médicos, aperfeiçoando o SUS e democratizando a saúde: um balanço analítico do programa. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 872-887, 2017.

GREGORI, M. S. **Planos de Saúde: a ótica da proteção do consumidor.** 4. ed. rev., atual. e ampl. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2019.

HALL, P. A.; TAYLOR, R. C. R. As três versões do neo-institucionalismo. **LUA NOVA**, n. 58, p. 193-223, 2003.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **População.** 2023. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao.html>. Acesso em: 10 ago. 2023.

ICOS - INSTITUTO COALIZAÇÃO SAÚDE. **Proposta para o sistema de saúde brasileiro.** 2016. Disponível em: http://icos.org.br/wp-content/uploads/2016/04/Coalizao_Brochura.pdf. Acesso em: 20 nov. 2022.

IDEC - Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor. **Alerta Urgente!** Planos de Saúde preparam ataque contra consumidores, pacientes e médicos; querem aprovar o “plano pay-per-view” de cobertura segmentada. 2019. Disponível em: https://idec.org.br/sites/default/files/manifesto-alerta_planos_de_saude_5.pdf. Acesso em: 20 nov. 2022.

IDEC - Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor. **Idec repudia decisão da ANS de autorizar planos acessíveis formulados pelas operadoras.** 15 set. 2017. Disponível em: <https://idec.org.br/noticia/idec-repudia-decisao-da-ans-de-autorizar-planos-acessiveis-formulados-pelas-operadoras#:~:text=Ao%20validar%20os%20planos%20acess%C3%ADveis%2C%20a%20ANS%20permite,operadoras%20podem%20rescindir%20o%20contrato%20quando%20bem%20entendem>. Acesso em: 20 nov. 2022.

IEPS – Instituto de Estudos para Políticas de Saúde. **Estatuto do IEPS.** 2022. Disponível em: https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2022/03/Estatuto_IEPS_2021.pdf. Acesso em: 17 maio 2023.

IMMERGUT, E. M. As regras do jogo: a lógica da política de saúde na França, na Suíça e na Suécia. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 30, n. 11. p. 139-263, 1996.

IMMERGUT, E. M. O Núcleo Teórico do Novo Institucionalismo. *In*: SARAVIA, E.; FERRAREZI, E. (orgs.). **Políticas públicas**. Brasília: ENAP, 2006. p. 155-196.

LIMA, K. Universidade pública e contrarrevolução: da “travessia de uma ponte” ao “caminho da prosperidade”. **Revista Em Pauta**, v. 17, n. 44, 2019.

LUPION, B. **A trajetória de sete indicadores econômicos sob Bolsonaro.** 2022. Disponível em: <https://www.dw.com/pt-br/a-trajet%C3%B3ria-de-sete-indicadores-econ%C3%B4micos-sob-bolsonaro/a-63302330>. Acesso em: 12 dez. 2022.

MAHONEY, J.; THELEN, K. A Theory of Gradual Institutional Change. *In*: MAHONEY, J.; THELEN, K. (orgs.). **Explaining Institutional Change: Ambiguity, Agency, and Power**. Cambridge: Cambridge University Press, 2010. p. 1-37.

MARQUES, R. M.; PIOLA, S. F.; OCKÉ-REIS, C. O. Desafios e perspectivas futuras no financiamento do SUS. *In*: MARQUES, R. M.; PIOLA, S. F.; OCKÉ-REIS, C. O. (orgs.). **Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento**. São Paulo: Abres, 2016. p. 247-260.

MENICUCCI, T. M. G. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **História da Saúde Pública no Brasil**. Youtube, 2006. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=L7NzqtspLpc>. Acesso em: 4 jul.2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Galeria dos Ministros**. Biblioteca Virtual em Saúde. BVS. 2023. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/galeria-dos-ministros/>. Acesso em: 5 abr. 2023.

MOTTA, R.; MACEDO, F. **Temer e mais sete são absolvidos em ação que levou ex-presidente à prisão.** 2022. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/politica/temer-e-mais-sete-sao-absolvidos-em-acao-que-o-levou-a-prisao/>. Acesso em: 5 dez. 2022.

NUNES, R. P.; CHAOUBAH, A. Atenção Primária à Saúde no âmbito do SUS: mudanças institucionais em curso no cenário pós-2016. **Rev. APS.**, v. 24, n. 4, p. 681-697, out./dez. 2021.

OECD - ORGANIZATION FOR ECONOMIC COOPERATION. **Health expenditure and financing.** 2020. Disponível em: <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>. Acesso em: 20 nov. 2022.

OLIVEIRA, B. L. C. A. *et al.* Evolução, Distribuição e Expansão dos Cursos de Medicina no Brasil (1808-2018). **Trab. Educ. Saúde**, v. 17, n. 1, e0018317, 2019. Disponível em: scielo.br/j/tes/a/SGBd4Hbk5ghWD3yg6vqt3Jk/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 03 jun. 2022.

OPAS - ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Indicadores básicos 2019: Tendencias de la salud en las Américas.** 2019. Disponível em: <https://www.paho.org/es/documentos/indicadores-basicos-2019-tendencias-salud-americas#:~:text=La%20base%20de%20datos%20de%20indicadores%20b%C3%A1sicos%20contiene,la%20subregi%C3%B3n%20del%20pa%C3%ADs%20que%20se%20selecciona>. Acesso em: 20 nov. 2022.

PAIM, J. S. **SUS: Sistema Único de Saúde: tudo o que você precisa saber.** São Paulo: Atheneu, 2019.

PASSOS, M. R.; BAPTISTA, É. A. Impeachment versus golpe: a disputa de narrativas no contexto político brasileiro de 2016. **Revista Eletrônica Internacional de Economia Política da Informação, da Comunicação e da Cultura - Eptic**, v. 20, n. 2, p. 103-124, 2018.

REDE – Rede Colaborativa para Estudos Estratégicos da Força de Trabalho em Saúde no Brasil. **FTS - Força de Trabalho em Saúde no Brasil.** 2022. Disponível em: <https://trabalhoemsaude.com.br/>. Acesso em: 20 jan. 2023.

REIS, A. A. C. *et al.* Tudo a temer: financiamento, relação público e privado e o futuro do SUS. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. especial, p. 122-135, dez. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/kYPzVLX9DKpxWtWJgKKTtgS/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 29 set. 2022.

RFB – Receita Federal do Brasil. **Instrução Normativa RFB nº 1.500, de 29 de outubro de 2014.** Dispõe sobre normas gerais de tributação relativas ao Imposto sobre a Renda das Pessoas Físicas. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=276335>. Acesso em: 20 ago. 2022.

ROCHA, L. **Pazuello revela que não sabia o que era o SUS antes de assumir ministério.** 7 out. 2020. Disponível em: <https://revistaforum.com.br/politica/2020/10/7/pazuello-revela-que-no-sabia-que-era-sus-antes-de-assumir-ministerio-83764.html>. Acesso em: 20 nov. 2022.

SANTOS, J. S. O enfrentamento conservador da “questão social” e desafios para o Serviço Social no Brasil. *Serv. Soc.*, São Paulo, n. 136, p. 484-496, set./dez. 2019.

SCHEFFER, M. (Coord). **Demografica Médica no Brasil 2020**. São Paulo: FMUSP; CFM, 2020.

SCHEFFER, M. (Coord). **Demografica Médica no Brasil 2023**. São Paulo: FMUSP; AMB, 2023.

SETA, M. H.; OCKÉ-REIS, C. O.; RAMOS, A. L. P. Programa Previne Brasil: o ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde? *Ciência e Saúde coletiva*, v. 26, suppl 2, 30 Ago 2021. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2021.v26suppl2/3781-3786/#>. Acesso em: 2 abr. 2022.

SOARES, L. T. Política Social: los procesos inacabados e interrompidos de avances en America Latina. *In*: ARGUELLES, M. C. Z. **Debates actuales sobre política social**. Havana: Flasco, 2017. p. 104-118.

SOUZA, J. **O que significa Bolsonaro no poder?** 2019. Disponível em: <https://jessesouza.com.br/artigos/o-que-significa-bolsonaro-no-poder/>. Acesso em: 20 nov. 2022.

SOUZA, N. O.; BORGES, J.; COLETTI, Y. C. Normas Operacionais Básicas do SUS (NOBS/SUS). Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS/SUS). *In*: SOUZA, N. O. (org.). **Legislação do SUS: comentada e esquematizada**. 3. ed. Salvador: SANAR, 2019.

STF – Supremo Tribunal Federal. **ADI 7222**. 2022a. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=6455667>. Acesso em: 12 jan. 2023.

STF – Supremo Tribunal Federal. **ADPF 986**. 2022b. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/stf/1576158992/inteiro-teor-1576159013> Acesso em: 13 out. 2022.

STF - Supremo Tribunal Federal. **STF confirma anulação de condenações do ex-presidente Lula na Lava Jato**. 2021. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/noticias/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=464261&ori=1>. Acesso em: 5 ago. 2022.

TEIXEIRA, L. A.; PAIVA, C. H. A. P. Saúde e reforma sanitária: entre o autoritarismo e a democracia. *In*: TEIXEIRA, L. A.; PIMENTA, T. S.; HOCHMAN, G. (orgs.). **História da Saúde no Brasil**. São Paulo: Ed. Hucitec, 2018. p. 430-463.

TSE – Tribunal Superior Eleitoral. **Resultados das eleições**. 2023. Disponível em: <https://www.tse.jus.br/eleicoes/resultados-eleicoes>. Acesso em: 12 jan. 2023.

UGÁ, M. A. D.; PORTO, S. M.; PIOLA; S. F. Financiamento e alocação de recursos em saúde no Brasil. *In*: GIOVANELLA, L. (org). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2012. p. 395-426.

UNB - Universidade de Brasília. Instituto de Ciência Política. Curso de graduação em Ciência Política. Tópicos especiais em Ciência Política. Programa de disciplina. **O golpe de 2016 e o futuro da democracia no Brasil**. 2018. Disponível em: <https://s2.static.brasescola.uol.com.br/vestibular/arquivos/3c8bc7113be3a2fbdc7f6d6a814a2102.pdf>. Acesso em: 2 nov. 2020.

UNISINOS - Instituto Humanista UNISINOS. **Ricardo Barros, o ministro dos planos de saúde**. 2016. Disponível em: <https://www.ihu.unisinos.br/categorias/185-noticias-2016/559730-ricardo-barros-o-ministro-dos-planos-de-saude>. Acesso em: 25 jan. 2022.

USP - Universidade de São Paulo. Departamento de Medicina Preventiva. **Grupo de Estudos sobre Planos de Saúde (GEPS)**. 2022. Disponível em: <https://sites.usp.br/geps/proposta-de-open-health-e-opportunista-e-inconstitucional/>. Acesso em: 20 nov. 2022.

VIANA, A. L. D.; SILVA, H. P. Financiamento da atenção à saúde. *In*: ROCHA, J. S. Y. (ed.). **Manual de Saúde Pública & Saúde Coletiva no Brasil**. São Paulo: Atheneu, 2012. p. 143-159.

VIEIRA, F. S.; BENEVIDES, R. P. S. O Direito à Saúde no Brasil em Tempos de Crise Econômica, Ajuste Fiscal e Reforma Implícita do Estado. **Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas**, v. 10, n. 3, p. 32-59, 2016.