



Universidade de Brasília (UnB)  
Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Gestão Pública (FACE)  
Departamento de Gestão de Políticas Públicas (GPP)  
Especialização

Leonardo Michelstadter Cunha

**CONTRIBUIÇÃO DO ORÇAMENTO NO DESENVOLVIMENTO DO SUS  
E GARANTIA DE SEUS PRINCÍPIOS A PARTIR DA GOVERNANÇA  
PÚBLICA**

Brasília, DF  
2020

LEONARDO MICHESLTADTER CUNHA

**CONTRIBUIÇÃO DO ORÇAMENTO NO DESENVOLVIMENTO DO SUS  
E GARANTIA DE SEUS PRINCÍPIOS A PARTIR DA GOVERNANÇA  
PÚBLICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Gestão de Políticas Públicas (GPP) da Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Gestão Pública da Universidade de Brasília como requisito à conclusão da Especialização em Orçamento e Políticas Públicas

Orientador:  
Prof. Abimael de Jesus Barros Costa

Brasília, DF  
2020

LEONARDO MICHELSTADTER CUNHA

A CONTRIBUIÇÃO DO ORÇAMENTO NO DESENVOLVIMENTO DO SUS E  
GARANTIA DOS SEUS PRINCÍPIOS A PARTIR DA GOVERNANÇA PÚBLICA –  
Brasília, 2020.

Orientador(a): Prof. Abimael de Jesus Barros Costa

Trabalho de Conclusão de curso (Especialização) – Universidade de Brasília,  
novembro de 2020.

LEONARDO MICHELSTADTER CUNHA

**CONTRIBUIÇÃO DO ORÇAMENTO NO DESENVOLVIMENTO DO SUS  
E GARANTIA DE SEUS PRINCÍPIOS A PARTIR DA GOVERNANÇA  
PÚBLICA**

Trabalho de Conclusão de Curso (Monografia e outros) apresentado ao Departamento de Gestão de Políticas Públicas (GPP) da Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Gestão Pública da Universidade de Brasília como requisito à conclusão da Especialização.

Prof. Abimael de Jesus Barros Costa  
Orientador  
Departamento de Ciências Contábeis e Atuariais  
Universidade Brasília (UnB)

Brasília, novembro de 2020

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a todos que no caminho contribuíram para a construção desse trabalho. Primeiramente a minha esposa, que me apoio de forma especial durante o processo não só da construção do trabalho, mas de todo o curso.

Também agradeço aos meus colegas de turma, em especial Pedro, Vanessa, Loyane e Márcia, que apoiaram e fizeram com que meus argumentos sempre fossem colocados a prova em nossos debates.

Ainda, agradeço meu orientador, por estar disponível a todo momento que precisei e ter sido um ouvinte atento nos momentos de ansiedade.

## **RESUMO**

Na discussão deste artigo trouxemos elementos que levam a uma reflexão do papel do Sistema Único de Saúde como vetor de crescimento econômico e redução de desigualdades. Para isso, discutisse sobre como o orçamento e a governança podem impactar no fortalecimento do desenvolvimento do SUS - aqui discutido de forma ampla, e não apenas com viés econômico – e dos seus princípios. Concluimos que o orçamento e a governança têm papel central na Desenvolvimento e garantia dos princípios do SUS. Por fim, provocamos o leitor a refletir que tipo de Estado buscamos na construção do nosso país.

**Palavras-chave:** Orçamento, Desenvolvimento, Governança e Princípios.

## **Abstract**

In the discussion of this article, we brought elements that lead to a reflection on the role of the Unified Health System as a vector of economic growth and reduction of inequalities. Thus, the discussion regarding how budget and governance can impact on strengthening the development of SUS - discussed here broadly, and not only with an economic bias - and its principles. In summary, budget and governance play a central role in the development and guarantee of SUS principles. Finally, we provoke the reader to reflect on what kind of State we seek in the construction of our country.

**Key words:** Budget, Development, Governance e Principles.

## SUMÁRIO

RESUMO.....	06
ABSTRACT.....	07
SUMÁRIO.....	08
LISTA DE FIGURAS.....	09
1. INTRODUÇÃO.....	10
2. DISCUSSÃO.....	15
3. CONCLUSÃO.....	21
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	23



## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1 – Simulação do impacto da PEC 241 sobre o gasto federal do SUS caso vigorasse desde 2003.....16

Figura 2 – Projeção do impacto da PEC 241 sobre o gasto federal do com saúde em comparação com a manutenção da regra da EC 86.....17

## 1. INTRODUÇÃO

Tendo o SUS como centro da nossa discussão, pretendemos fazer uma reflexão de como, a partir do orçamento e da governança pública, podemos garantir o princípio da universalidade e o desenvolvimento do SUS.

A pandemia provocada devido ao vírus SARS COV 2 (COVID-19) trouxe uma perspectiva e dinâmica diferentes para a discussão das políticas públicas pelo mundo. De acordo com Martins (2020), ela “gerou uma ampla movimentação no campo científico e de saúde global”. Nessa perspectiva, temos movimentações agudas no sentido de interpretar a forma com que os diversos atores – governo, mercado, mídia e sociedade – estão atuando nesse momento peculiar que o mundo está passando.

A partir disso, um dos sistemas de políticas públicas que volta ao centro das atenções são as políticas de saúde. No Brasil, o principal agente nesse quesito é o Sistema Único de Saúde – SUS. Todavia, a discussão do SUS não é recente e, de acordo com Santos (2018), suas raízes vem dos anos 70. O autor diz que “ao final dos anos de 1970, dezenas de municípios haviam constituído Unidades Básicas de Saúde em seus territórios e acumulavam experiências de atenção integral, universal e equitativa”.

Chioro dos Reis et all (2016) dizem que “o final da década de 1970 foi marcado pela derrocada da ditadura militar, declínio do milagre econômico e grave crise do modelo de assistência médica previdenciária. Surge, nesse período, o movimento da Reforma Sanitária, que produziu uma mobilização nacional que influenciou na inclusão da saúde como direito universal na Constituição Federal de 1988”.

Reforçando a narrativa de que o SUS só vem a ser institucionalizado a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, Menezes et all (2019) dizem que “a garantia da saúde como direito foi uma conquista da sociedade brasileira e esteve diretamente associada à construção do Estado democrático de direito, resultado de um grande pacto social”.

Que o SUS é um ambiente de lutas e conquistas e sobreviveu até 2020, isso não há dúvidas. Porém, desde sua criação ele sofre com pouca disponibilidade de recursos e, nos últimos anos, tem sofrido diversos ataques vindos de uma política de perspectiva liberal. Bahia (2018) diz que “após o impedimento da Presidente Dilma Rousseff, as despesas com saúde e o SUS, bem como com as demais áreas sociais, especialmente a Previdência Social, foram

oficialmente julgadas como as causas do desequilíbrio fiscal. O hiper ajuste fiscal adquiriu estatuto legal com a aprovação de Emenda Constitucional (EC) 95 de 2016, que congelou despesas primárias por vinte anos. O Ministro da Saúde Ricardo Barros respaldou proposições contencionistas: *“não estamos em um nível de desenvolvimento econômico que nos permita garantir esses direitos por conta do Estado .. quanto mais gente puder ter planos, melhor, porque vai ter atendimento patrocinado por eles mesmo, o que alivia o custo do governo”*.

Ou seja, como bem pontuou Menezes et all (2019), “as teses do atual governo no Brasil, assim como o governo ilegítimo que o precedeu, têm base no neoliberalismo, compreendido como prática política que põe em ação uma racionalidade de mercado” dentro do Estado. Podemos, assim, inferir que princípios do SUS estavam, até a explosão do COVID-19, em risco, principalmente o da Universalidade.

Nesta esteira, outro ponto que podemos citar como fato notório que está ocorrendo durante a pandemia é a discussão em torno da economia. Em várias instâncias e diversos noticiários observamos previsões catastróficas como aumento do desemprego, queda expressiva do Produto Interno Bruto (PIB) e aumento da desigualdade e da extrema pobreza. Com isso, nesse cenário que se apresenta, mais uma vez trazemos o SUS para o centro das discussões.

Gadelha & Costa (2012) dizem que “o papel estratégico da saúde na agenda de desenvolvimento e a relação de mútua causalidade entre esses campos têm sido amplamente reconhecidos. Os autores ainda reforçam que “políticas e ações em saúde apresentam benefícios que extrapolam a especificidade do setor – a de proporcionar o bem-estar da população -, a exemplo de seu impacto na geração de emprego, renda e de inovação”.

Os mesmos autores sugerem que “vale ressaltar a necessidade de partir de conceituações mais abrangentes, tanto no que diz respeito ao desenvolvimento, como à saúde”.

Neste sentido interessante trazer a conceituação da Organização Mundial de Saúde (OMS) ao termo *saúde*. De acordo com a organização, saúde é um “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doenças”.

Pensando de forma similar, Gadelha & Costa (2012) levantam pontos interessantes ao se discutir o desenvolvimento da saúde, que seriam: “qual é o papel da saúde para a promoção

e sustentabilidade do desenvolvimento nacional? E, como o padrão de desenvolvimento nacional pode fomentar ou erguer barreiras ao sistema de saúde brasileiro? ”. Os autores relatam que a saúde “possui características, cada vez mais evidenciadas, que a colocam como área destacada de um projeto de desenvolvimento nacional em outras dimensões, além da social, como, por exemplo: (I) a econômica e tecnológica, uma vez que alavanca aproximadamente 9% do PIB brasileiro e articula a geração e difusão de tecnologias de futuro; (II) a democrática, por ser um dos campos mais institucionalizados de participação social em sua gestão; e; (III) a territorial e regional dado que a organização dos serviços de saúde no território condiciona o desenvolvimento regional”.

Rapidamente notamos que o termo desenvolvimento não fica limitado a fatores unicamente econômicos. Amartya Sen, em seu livro “Desenvolvimento como liberdade”, diz que o “desenvolvimento pode ser visto como um processo de expansão das liberdades”. Esse sentido contrasta com percepções de desenvolvimento apenas medindo indicadores econômicos. Ao discutirmos e relacionarmos saúde e desenvolvimento é necessário que partamos deste termo de forma expandida, e não restrita a fatores capitalistas de utilidade.

Amartya Sen ainda sugere “uma concepção adequada de desenvolvimento deve ir muito além da acumulação de riqueza e do crescimento do Produto Nacional Bruto e de outras variáveis relacionadas à renda. Sem desconsiderar a importância do crescimento econômico, precisamos enxergar muito além dele”.

Por fim, reforçando sua narrativa, Sen (1999) diz que “desenvolvimento requer que se removam as principais fontes de privação de liberdade: pobreza e tirania, carência de oportunidade econômicas e destituição social sistemática, negligência dos serviços públicos e intolerância ou interferência excessiva de Estados repressivos”.

Até aqui apresentamos rapidamente como o subfinanciamento do SUS e o desenho de um estado neoliberal vem pressionando o sistema e seu princípio da universalidade, com um novo modelo de regime fiscal, reduzindo mais ainda o financiamento de uma política que já é historicamente subfinanciada e, em conexão, articulamos como o desenvolvimento, a partir de uma visão de emancipação, de ganho de liberdade, aumento de direitos e melhora econômica pode auxiliar no fortalecimento do SUS como principal motor de retomada econômica e melhora de indicadores sociais.

Para isso, como linha condutora dessa discussão, de um lado temos o orçamento e sua construção como peça fundamental para superar a barreira do subfinanciamento do SUS, o que é pressuposto básico para um sistema universal, e, de outro, a governança pública, sendo vista como forma de articulação entre vários atores para alcance de impactos positivos no desenvolvimento do Sistema.

Conectando o orçamento dentro do escopo de discussão que o artigo se propõe, se faz importante trazemos a perspectiva apresentada por Couto & Cardoso Jr. (2018), que dizem que “dentro das finanças públicas, o Orçamento Geral da União (OGU) é o instrumento tecnopolítico em que se materializam os resultados de um processo decisório em torno da priorização das políticas públicas, marcado por disputas, cooperação, comandos hierarquizados e espaços de autonomia fragmentados”.

Nesse sentido, Poli & Hazan (2014) reforçam que “a dimensão estratégica no processo orçamentário se tornou mais presente na formulação das políticas públicas e, conseqüentemente, nas definições de prioridades governamentais, o que deveria direcionar o país para o desenvolvimento”.

Último ponto para partimos para discussão é apresentar ao leitor a forma que a governança pública será tratada nesta narrativa. Para Cavalcante & Pires (2018) há duas formas principais de se abordar o termo governança. O primeiro seria a partir de uma abordagem prescritiva-formal, que os autores definem como “aquela que se reveste de um enfoque normativo e prescritivo sobre a administração pública”. Portanto, nessa abordagem, “prevalece uma forte conotação prescritiva de padrões e caminhos a seguir na direção de aprimoramento do desenho do funcionamento do policymaking”.

Já a outra perspectiva apresentada pelos autores é a partir de uma perspectiva analítica, que seria “uma orientação para o estudo e a reflexão sobre a atuação de organizações e suas relações com os ambientes nos quais se inserem”. Neste olhar, os autores dizem que “a discussão de governança permite tratar a realidade aparentemente caótica da produção de políticas públicas e ações governamentais por meio da sua leitura enquanto configurações de relações entre múltiplos atores envolvidos”.

Mark Bevir, em seu artigo “Governança Democrática: Uma Genealogia”, também traz dois olhares para a governança. De acordo com sua narrativa, “a governança surgiu então em

duas ondas analiticamente distintas da reforma do setor público. A primeira consistiu nas reformas associadas ao conceito econômico de racionalidade – o neoliberalismo, a Nova Administração (New Public Management) e a terceirização. A segunda consistiu em reformas associadas a conceitos sociológicos de racionalidade – a terceira via, a governança joined-up e redes e parcerias”.

A partir das perspectivas até aqui apresentadas, com o SUS retornando para o centro das discussões da arena política – principalmente seu caráter universal – e o desenvolvimento da saúde pode colaborar para amenizar os impactos sociais e acelerar a retomada econômica, pretendemos discutir como a governança pública, a partir de uma perspectiva analítica, definida por Cavalcante & Pires (2018) como “uma orientação para o estudo e a reflexão sobre a atuação de organizações e suas relações com os ambientes nos quais se inserem”, e refletir como os atores envolvidos na construção do orçamento podem influenciar no desenvolvimento do SUS e impactar no princípio de acesso universal à saúde.

Reforçando o conceito analítico de governança, Cavalcante & Pires (2018) trazem a seguinte conceituação do termo:

*“A governança, enquanto perspectiva analítica, torna-se útil à medida que desloca a atenção dos detalhes do comportamento institucional formal e aponta o olhar para os processos interinstitucionais de condução coletiva dos assuntos de interesse público. Assim, a discussão de governança permite tratar a realidade aparentemente caótica da produção de políticas públicas e ações governamentais por meio da sua leitura enquanto configurações de relações entre múltiplos atores envolvidos. Trata-se de uma perspectiva que lança luzes sobre as dinâmicas relacionais e pretende ir além da prescrição de formatos organizacionais específicos – os formatos passa a ser tratados como os instrumentos, secundários, que devem se redirecionar ou potencializar as relações entre atores diversos que intervêm na produção das políticas e dos serviços”.*

Em uma breve revisão da literatura relacionada, este artigo pretende discutir como a relação da governança pública e do orçamento podem orientar nos vetores de desenvolvimento do SUS e, conseqüentemente, impactar na garantia do direito da universalidade.

Na próxima parte deste artigo iremos trazer a discussão de como o Orçamento e Governança Pública se relacionam em garantir a Universalidade e Desenvolvimento do SUS. Posteriormente, concluiremos como os atores envolvidos podem melhorar sua percepção do Orçamento como peça fundamental na construção de políticas públicas e Governança, a partir de uma ótica de atuação conjunta, auxiliar nesse processo.

## **2. Discussão**

A partir da decisão da aprovação da EC 95/2016, em que o Novo Regime Fiscal (NRF) “estabeleceu a limitação constitucional dos gastos públicos por até duas décadas” (Menezes et all, 2019), lembramos que a saúde é uma política historicamente subfinanciada. De acordo com Santos (2018), “há um inegável subfinanciamento federal do SUS, gerando distorções e desvios na implementação”.

Ou seja, quando se limita o reajuste dos gastos em saúde – e em outras políticas sociais, estamos aplicando uma política de austeridade fiscal que reprime o financiamento em uma política já subfinanciada historicamente. Como bem coloca Menezes et all (2019), “o SUS jamais contou com o volume de financiamento compatível exigido para sistemas universais e que pudesse garantir as premissas previstas na Constituição”.

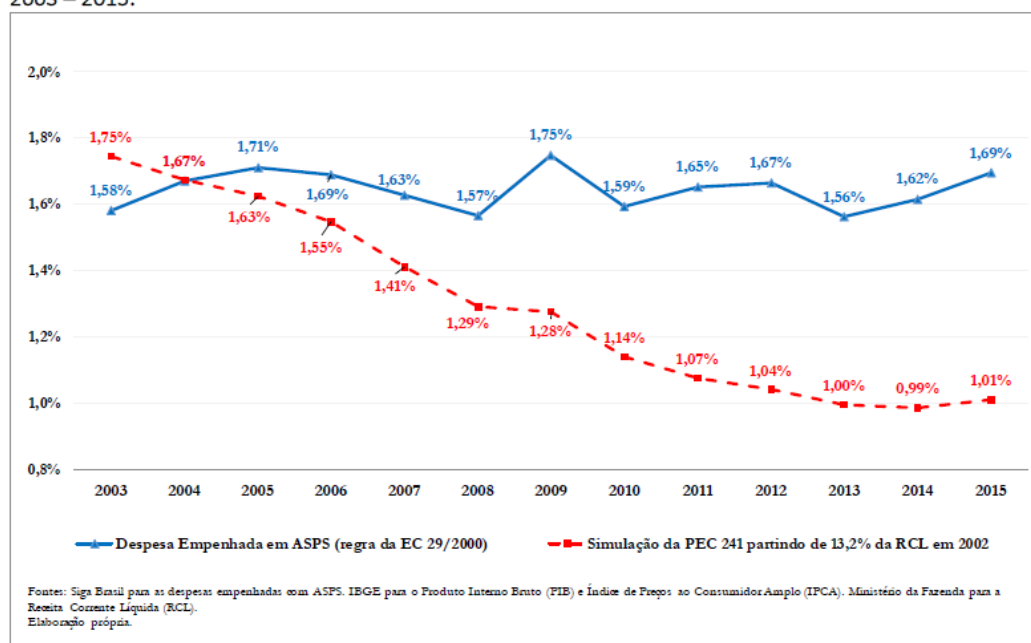
Outro ponto que é importante para nossa discussão é a atual situação de crise econômica no mundo. Viana & Silva (2017) colocam que “o Brasil, a exemplo de outros países, enfrenta uma crise econômica das mais profundas e duradouras de sua história recente”. A partir de dados da Agência Nacional de Saúde (ANS), os autores dizem que “a redução de beneficiários de planos de saúde em todo país foi de 5,6% do total (2,8 milhões) entre dezembro de 2014 e março de 2017”. Com isso, temos um aumento da pressão da prestação de serviços públicos por parte do governo em todos os campos sociais, principalmente a saúde.

Um pouco antes da promulgação da Emenda Constitucional que estabeleceu o Novo Regime Fiscal (NRF), o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA - apresentou um relatório extenso sobre o impacto dos gastos com saúde em uma curva temporal. De acordo com este relatório “o novo regime fiscal visa reverter uma trajetória histórica de crescimento real do gasto público, o que implica uma ruptura dos acordos políticos e sociais relacionados com essa dinâmica”.

Os autores do relatório fizeram duas comparações que valem trazer para nossa discussão. A primeira (figura 1) é uma comparação entre a Emenda Constitucional nº 29, com “regra que protegia o orçamento federal do SUS por meio da correção pela variação do PIB e a então PEC 241” (que seria aprovada nos termos da EC nº 95/2016). Ao analisar a situação hipotética apresentada, os autores dizem que “no período de 13 anos, a perda teria sido de 42,1%. Seria praticamente impossível aos estados e municípios a realização de esforço adicional para suprir a perda desses R\$ 257 bilhões”.

**FIGURA 1**

Simulação do impacto da PEC 241 sobre o Gasto Federal do SUS caso vigorasse desde 2003 (em % do PIB), 2003 – 2015.



FONTE: <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/7270>

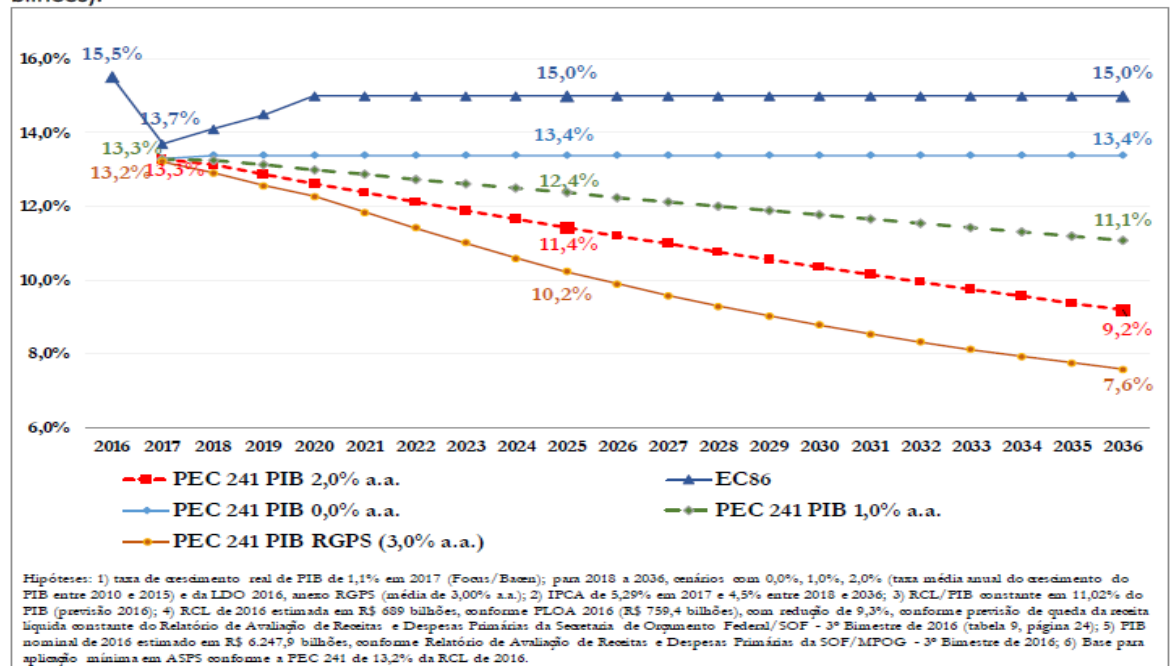
Na segunda situação (figura 2) “considerando o cenário base de manutenção das regras da EC 86, participação do limite mínimo em ASPS na RCL (Receita Corrente Líquida) cairia para 13,7% em 2017 e aumentaria de forma escalonada para 15 % da RCL em 2020. Com a PEC 241 (atual EC 95/2016), ficaria estável em 13,4% da RCL até 2036 em caso de taxa de crescimento real do PIB de 0,0% durante todo o período. Nas hipóteses de crescimento econômico positivo, a proporção ASPS/RCL cairia em 2036 para 11,1% da RCL com taxa de crescimento real do PIB de 1,0% ao ano; 9,2 % da RCL com aumento real do PIB de 2,0% ao



ano; e 7,6% da RCL com o cenário das projeções atuariais do RGPS” (Vieir & Benevides, 2016).

**FIGURA 2**

Projeção do impacto da PEC 241 sobre o gasto federal com Saúde em comparação com a manutenção da regra da EC 86 - em % da RCL (Hipóteses: piso da PEC 241 = 13,2% da RCL de 2016; e RCL 2016 = R\$ 689 bilhões).



FONTE: <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/7270>

Corroborando com o que demonstra o relatório apresentado brevemente acima, Menezes et al (2019) diz que, com a aplicação do NRF, “a expectativa, elaborada pelos próprios autores, baseada no crescimento médio anual da RC de 5,7% e do IPCA de 4%, é de perda estimada para as despesas federais em ASPS de R\$ 800 bilhões, entre 2020 e 2036”.

Com dados apresentados pelo próprio Ministério da Saúde, no Relatório de Gestão de 2019, percebemos que o valor mínimo a ser aplicado com a regra do IPCA era de R\$ 117.293.431.868,23 e, por outro lado, na regra antiga, da EC 86, o valor a ser aplicado seria de R\$ 131.320.495.490,91. Ou seja, uma diferença de R\$ 14.027.063.622,68.

Após esses dados apresentados, retornamos a nossa pergunta inicial, que motivou esse trabalho, que é como o orçamento pode contribuir para o desenvolvimento do SUS e garantia dos seus princípios a partir da governança pública?

Ora, já pontuamos que há um histórico subfinanciamento das políticas de saúde no Brasil, enfraquecendo o princípio da universalidade do SUS e, assim, todos impactos negativos – sociais e econômicos – que esse efeito pode trazer para a sociedade brasileira.

Na discussão de governança e orçamento, encontramos na literatura a citação de atores que participam na definição dos gastos do governo durante a construção das peças orçamentárias. De acordo com Borges (2015), “o orçamento apresenta-se como arena política onde atores que possuem valores, preferências e projetos específicos interagem por meio das estratégias que ora reduzem ora acirram o conflito, na disputa de poder por recursos escassos”.

Borges (2015), ao citar Wildavsky & Caiden (2014) e Good (2014) nos apresenta quatro grupos de atores que influenciam na construção do orçamento. O primeiro, guardiões, “seriam aqueles atores responsáveis pela gerência do centro de governo, cujas funções principais seriam manter a oposição fiscal sustentável ao longo do tempo e promover a efetiva alocação de recursos públicos”. O segundo grupo, que seriam identificados como os órgãos setoriais, a autora diz que “seriam aqueles responsáveis tanto por promover a efetiva alocação de recursos quanto por entregar de forma eficiente bens e serviços públicos para a sociedade”.

Já os outros dois grupos seriam os definidores de prioridades e os controladores externos. O primeiro “seriam aqueles gastadores responsáveis pela execução da agenda prioritária do presidente e que, devido a essa posição, teriam capacidade de influenciar diretamente a atuação dos guardiões, responsáveis pela política econômica e fiscal do governo”. Por último, os controladores externos, “seriam aqueles interessados tanto na provisão de serviços públicos de qualidade, a partir da atuação eficiente e eficaz dos gastadores e dos definidores de prioridades, quanto ad sustentabilidade da situação econômica do país, sob responsabilidade dos guardiões”.

Com isso, dentro dessa perspectiva inédita que se encontra o Brasil, de austeridade fiscal, redução acentuada de disponibilidade de recursos para saúde – como demonstrado acima, crise econômica e social (devido a pandemia), a construção do orçamento – e atuação dos atores acima citados – passa a ser tema de maior atenção tanto pelos técnicos quanto pelos políticos.

De acordo com Borges (2015), citando novamente Good (2014), “os resultados do processo orçamentário, nas suas diferentes fases – elaboração, aprovação e execução -, poderiam ser analisados como medidas visíveis do peso da influência dos diferentes atores que participaram do processo decisório”.

Sendo assim, olhando para governança (e orçamento) “como ferramenta analítica utilizada para compreender os fatores que organizam a interação entre atores; a dinâmica dos processos; e as regras, práticas e narrativas envolvidas no processo de tomada e implementação de decisões do Estado, com vistas a obter capacidade de comando, de coordenação, e de implementação” até aqui percebemos que a disputa de recursos deverá ser olhada como forma dinâmica de atuação do Estado, entendendo a janela de oportunidade que se apresenta para retomar a discussão de financiamento e desenvolvimento do SUS e, assim, fortalecer seus princípios propostos na sua criação.

Como último ponto para concluir nossa discussão é como o desenvolvimento passa a fazer parte desse contexto. Primeiramente, recordamos que o desenvolvimento discutido aqui não tem um olhar exclusivo para o fator econômico, aqui tentamos sair da percepção de desenvolvimento como um processo de “modernização- marginalização”, como citado por Gadelha & Costa (2012). Em sua narrativa, os autores dizem que o “primeiro ciclo desenvolvimentista brasileiro em que houve o processo de modernização tecnológica simultâneo ao de marginalização social”.

Partindo da premissa de que políticas de saúde “dependem de fatores atinentes aos padrões nacionais de desenvolvimento, a saber: distribuição de renda, grau de pobreza, condições de trabalho, de alimentação e nutrição, saneamento, lazer, padrão de crescimento econômico, entre outros determinantes sociais” (Gadelha & Costa, 2012), podemos dizer que a decisão de investir na “relação entre saúde e desenvolvimento envolve uma ruptura de paradigmas cognitivos e políticos inscritos inclusive na Constituição Federal de 1988 que separa, de forma estanque, a ordem a ordem econômica da social. Ou melhor, a agenda social teria que de fato protagonizar a arena decisória da política econômica” (Gadelha & Costa, 2012).

Corroborando para nossa narrativa, Costa et all (2017), em seu artigo “Saúde e Desenvolvimento: um diálogo com o pensamento de Celso Furtado”, as autoras questionam “o

crescimento econômico que não conduz à superação do subdesenvolvimento”. Ou seja, olhando para uma agenda como a apresentada atualmente (como pandemia, crise econômica e social e austeridade fiscal), é importante que nas decisões da construção do orçamento e no diálogo entre os atores que estão envolvidos nesse processo, seja defendido “uma trajetória de desenvolvimento que tenha capacidade de propiciar, ao mesmo tempo o progresso técnico e o aprofundamento da democratização, compreendendo o enfrentamento das condições nada igualitárias das diversas regiões do país” (Costa et all, 2017).

Na mesma esteira, no Boletim de Políticas Sociais do IPEA, “Políticas Sociais: acompanhamento e análise” (2020), os autores dizem que “existem dois conjuntos de fatores que contribuem de forma significativa para que o SUS não se aproxime de forma mais rápida e consistente de seus princípios constitucionais de universalidade e equidade no acesso e de integralidade da atenção. Em primeiro lugar, está o já comentado subfinanciamento crônico do sistema, que coloca o nosso país na insólita condição de ser o único país do mundo que, mesmo tendo um sistema público com responsabilidade constitucional de prover cobertura universal, tem um gasto público inferior ao gasto privado. O quadro passou a ter prognóstico mais grave a partir de um conjunto de medidas de austeridade fiscal que se iniciaram com o congelamento dos gastos públicos federais, por meio da EC nº 95/2016. Ao mesmo tempo, o baixo crescimento da economia nos últimos anos lançou milhões de pessoas ao desemprego, desde 2014; como consequência, essas pessoas que acessavam os serviços médicos hospitalares no setor de medicina suplementar também passaram a recorrer ao setor público, aumentando a demanda no SUS”.

Terminamos nossa discussão fazendo um breve resumo do que foi apresentado. Primeiramente comentamos sobre os efeitos econômicos no Novo Regime Fiscal implementado no Governo Temer e que, em diversas oportunidades, o atual governo declarou que será mantido. Como demonstrado, esse novo regime pressupõe uma austeridade fiscal e congelamento dos gastos sociais até 2036 (sendo corrigido apenas pelo IPCA).

Posteriormente demonstramos como o papel da discussão do orçamento e como a governança – olhando para um modelo em que envolve a ação do estado junto com diversos atores e necessidade contínua de negociação por recursos – passa a ter papel fundamental frente

ao já histórico subfinanciamento do SUS e que, como demonstrado, tenderá a se agravar com o atual regime, combinado com a crise que o país se encontra.

Por fim, como política anticíclica, apresentamos como um olhar atento, e amplo, para o desenvolvimento do SUS se torna tão importante no momento atual. Direcionar esforços na construção do orçamento e direcionamento dos recursos para garantir o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde tende, como demonstrado, a melhorar o cenário econômico, reduzir desigualdades e garantir o fortalecimento dos princípios constitucionais da saúde.

### **3. Conclusão**

Foucault, em seu livro “A verdade e as formas jurídicas”, ao citar Nietzsche, o autor diz que “conhecimento tem um caráter perspectivo”. Ou seja, podemos dizer que os discursos e os significados apresentados são uma disputa de perspectivas. Dentro dessa lógica, Menezes et all (2019) nos traz dois ângulos que a crise econômica pode ser vista. De um lado, a autora diz que “se o financiamento de políticas sociais é resultado do teto de gastos, é antes de tudo porque ele constitui uma nova forma de apresentação sensível; isto é, ele funda uma nova relação entre o visível e sua significação, entre a palavra que expressa público (a austeridade e o limite de gastos) e as políticas sociais como excesso a conter, incidindo sobre o financiamento de direitos”.

A partir de outra perspectiva, a autora diz que “ao direcionar toda sua ação para limitar o gasto primário, o governo torna invisíveis alguns dos principais sorvedouros de recursos públicos nos últimos anos: as desonerações fiscais, a sonegação e o pagamento de juros”.

Nessa mesma esteira, ao olharmos como as narrativas são construídas e a partir de qual perspectiva se encontra o estado que buscamos, Esping-Andersen (1990) nos apresenta três regimes de Welfare-states. O Primeiro, o welfare-state liberal, predomina “a assistência aos comprovadamente pobres, reduzidas transferências universais ou planos modestos de previdência social. Os benefícios atingem principalmente uma clientela de baixa renda, em geral da classe trabalhadora ou dependentes do Estado. Neste modelo, o progresso da reforma social foi severamente limitado pelas normas tradicionais e liberais da ética do trabalho: aqui

os limites do bem-estar social equiparam-se à propensão marginal à opção pelos benefícios sociais em lugar do trabalho”.

O segundo tipo de welfare-state apresentado pelo autor é o welfare-state corporativista. Nesse modelo “a obsessão liberal com a mercadorização e a eficiência do mercado nunca foi marcante e, por isso, a concessão de direitos sociais não chegou a ser uma questão seriamente controvertida”. Em contrapartida, o autor diz que esses “regimes corporativistas também são moldados de forma típica pela igreja e por isso muito comprometidos com a preservação da família tradicional. A previdência social exclui tipicamente as esposas que não trabalham fora, e os benefícios destinados à família encorajam a maternidade”. Ele conclui dizendo que “o estado só interfere quando a capacidade da família servir os seus membros se exaure”.

Por último, “o terceiro e evidentemente menor grupo de países com o mesmo regime compõe-se de nações onde os princípios de universalismo e desmercadorização dos direitos sociais estenderam-se também às novas classes médias. Podemos chama-lo de regime socialdemocrata pois, nestas nações, a socialdemocracia foi claramente a força dominante por trás da reforma social. Em vez de tolerar o dualismo entre Estado e mercado, entre a classe trabalhadora e a classe média, os socialdemocratas buscaram um welfare-state que promovesse a igualdade com os melhores padrões de qualidade, e não uma igualdade das necessidades mínimas”. O autor conclui que este modelo é o “resultado de um welfare-state que garante transferências diretamente aos filhos e assume responsabilidade direta pelo cuidado com as crianças, os velhos e os desvalidos. Por conseguinte, assume uma pesada carga de serviço social, não só para atender as necessidades familiares, mas também para permitir às mulheres escolherem o trabalho em vez das prendas domésticas”.

Em nossa perspectiva, concordando com Gadelha & Costa (2014), “a saúde tem sua importância social como elemento estruturante do estado de bem-estar social e condição básica de cidadania para a população, e também tem seu papel na geração de emprego, renda e riqueza para o País”.

Por fim, considerando a janela de oportunidade apresentada pela atual situação, pretendemos provocar nova discussão da importância do fortalecimento do desenvolvimento do SUS e seus princípios e, como demonstrado, tendo como vetores dessa discussão a importância da construção do orçamento e da governança dentro do governo.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANTUNES MARTINS, A. P. Governança global da pesquisa científica no contexto da pandemia de covid-19: análise das diretrizes e discursos sobre ciência e ética produzidos pela Organização Mundial de Saúde. **Boletim de Gestão de Políticas Públicas e COVID-19 do Observatório da Sociedade Pós-Pandêmica. Políticas Públicas & Governança**. Vol. 1, Jul., 2020;

BAHIA, L. Trinta anos de Sistema Único de Saúde (SUS): uma transição necessária, mas insuficiente. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 34, n. 7, e00067218, 2018 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2018000700401&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000700401&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 09/11/2020.

BEVIR, M. Governança democrática: uma genealogia. **Rev. Sociol. Polit.**, Curitiba , v. 19, n. 39, p. 103-114, June 2011 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-44782011000200008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-44782011000200008&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 09/11/2020.

BRASIL. **Relatório de Gestão 2019**. Disponível em: [https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio\\_gestao\\_ministerio\\_saude\\_2019.pdf](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_gestao_ministerio_saude_2019.pdf); Acesso em: 09/11/2020;

BRASIL. **Políticas Sociais: Acompanhamento e Análise**. 2020. Disponível em: [https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/politicas\\_sociais/201007\\_bps\\_book.pdf](https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/politicas_sociais/201007_bps_book.pdf); Acesso em: 09/11/2020;

CASTRO SILVA BORGES, A.C. **Governança Orçamentária e Gasto Público no Brasil: Uma abordagem institucional do processo de definição da despesa em âmbito federal**. Dissertação Mestrado em Administração – Universidade de Brasília, Brasília, 2015. [Orientador: Prof. Dr. João Mendes da Rocha Neto];

CAVALCANTE, P; PIRES, R. **Governança Pública: Construção de Capacidades para a Efetividade da ação Governamental**. 2018. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/8581>; Acesso em: 09/11/2020;

CHIORO REIS, A.D; MENEZES, A.P.; ALMEIDA CASTRO FURTADO, L.; DA SILVA PEREIRA, S.S. Tudo a temer: financiamento, relação público e privado e o futuro do

SUS. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 40, n. spe, p. 122-135, Dec. 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042016000500122&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000500122&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 09/11/2020.

COSTA POLI, L.; FERRAZ HAZAN, B.. **Possíveis contribuições de Charles Taylor para o Orçamento Público: desafios para as políticas públicas**. Rev. De Políticas Públicas, v. 18, n. 1, 2014. Disponível em: <http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/view/2746>; Acesso em: 09/11/2020;

COSTA, L.S; BAHIA, L.; BRAGA, P.. Saúde e desenvolvimento: um diálogo com o pensamento de Celso Furtado Healthcare and development: a dialog with the thinking of Celso Furtado. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 22, n. 7, p. 2119-2127, July 2017 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232017002702119&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002702119&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 09/11/2020.

D'AVILA VIANA, A.L; PACÍFICO DA SILVA, H. **Saúde e Desenvolvimento no Brasil: Argumentos para promover a cidadania em tempos difíceis. Planejamento e Políticas Públicas. N. 49. Jul./Dez. 2017** Disponível em: [http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8236/1/ppp\\_n49\\_sa%C3%BAde.pdf](http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8236/1/ppp_n49_sa%C3%BAde.pdf); Acesso em: 09/11/2020.

DOS SANTOS, N. R.. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 23, n. 6, p. 1729-1736, jun. 2018 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232018000601729&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601729&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 09/11/2020.

ESPING-ANDERSEN, G. As três economias políticas do welfare state. **Lua Nova**, São Paulo , n. 24, p. 85-116, Sept. 1991 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-64451991000200006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64451991000200006&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em: 09/11/2020.

FOUCAULT, M. **A verdade e as formas jurídicas**. Editora NAU, 2005. Rio de Janeiro.

FREITAS COUTO, L.; CARDOSO JR., J.C. **Governança Orçamentária: Transformações e lacunas nas práticas de planejamento e orçamento no Brasil. 2018**. Disponível em:



[http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8971/1/bapi\\_19\\_cap\\_10.pdf](http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8971/1/bapi_19_cap_10.pdf); Acesso em: 09/11/2020;

GADELHA, C.A.; COSTA, L.S. Saúde e desenvolvimento no Brasil: avanços e desafios. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, supl. 1, p. 13-20, Dec. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102012000700003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000700003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 09/11/2020.

MENEZES, A.P., MORETTI, B., Ademar CHIORO REIS, A.D. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública – austeridade versus universalidade. *Saúde em Debate* [online]. v. 43, pp. 58-70. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042019S505>>. Acesso em: 09/11/2020.

SEN, Amartya. **Desenvolvimento como liberdade**. Ed. SCHWARCZ, 2009. São Paulo.

SULPINO VIEIRA, F.; PUCCI DE SÁ E BENEVIDES, R. **Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil**. 2016. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/7270>; Acesso em: 09/11/2020;