



MINISTÉRIO DA  
EDUCAÇÃO



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CAMPUS PALMEIRA DAS MISSÕES  
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE ORGANIZAÇÃO PÚBLICA  
EM SAÚDE - EAD**

**POLO TRÊS DE MAIO**

**A Política de Saúde na proteção social do Brasil: gasto orçamentário e  
*welfare state* em perspectiva histórica**

**JOÃO BATISTA MAGALHÃES PRATES**

**Três de maio, 2022**

**JOÃO BATISTA MAGALHÃES PRATES**

**A Política de Saúde na proteção social do Brasil: gasto orçamentário e  
*welfare state* em perspectiva histórica**

Três de maio, 2022

# João Batista Magalhães Prates

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Gestão e Organização Pública em Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM/RS), como requisito parcial para obtenção de grau de **Especialista em Gestão Pública em Saúde**.

Aprovada em \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2022.

---

**Dr. Luiz Anildo Anacleto da Silva (UFSM)**  
**(Orientador)**

---

**Prof. Dr Rafael Marcelo Soder**

---

**Profª Drª Fernanda Sarturi**

Três de maio, RS  
2022

**RESUMO:** Neste estudo, o propósito está em estabelecer uma discussão a respeito de alguns dos temas principais da Análise de Políticas Públicas e a produção do bem comum ou do interesse público, com vistas à consecução do “bem-estar social”. O estudo se justifica na premissa que, sob a égide de propostas econômicas de austeridade, verificamos uma tendência de queda dos investimentos públicos, e discutiremos o que isso porventura possa significar para o desenvolvimento de Políticas Públicas e, por conseguinte, para a obtenção do bem-estar social entre nós. Portanto, o objetivo do estudo está em refletir sobre a presença de um welfare state no Brasil expressa na literatura. A reflexão filosófica que se propõe apontará, finalmente, para a definição do bem-estar em sua relação com a saúde, dado que o paradigma socio-econômico adotado oficialmente na Constituição do Brasil vai ao encontro do conceito alargado de bem-estar como idêntico ao de “saúde plena e integral”, que leva em conta os aspectos bio psicossociais sob o entendimento contemporâneo da “clínica ampliada”

**PALAVRAS-CHAVE:** Estado de bem-estar social. Política pública. Orçamento público. Saúde pública.

**ABSTRACT:** In this paper we intend to discuss some of the main aspects of the public policy studies, mainly those related to the production of the welfare state, linked to the classical ideas of common good and public interest. Our premise is that, under the austerity program in political economy we'll find a decrease of public investment, with the consequent decrease of public policies that are the responsible for producing the social welfare intended by the welfare state. Therefore, our main goal is to reflect on the presence of a welfare state in Brasil, through the analyses of the specialized literature. Our philosophical reflection will point to a definition of welfare that interrelate the political science with the public health debate, once that the paradigm adopted in Brazil after the proclamation of the Constitution in 1988 we have a concept of social welfare that gets closer to the one of “integral health”, used in the literature about the country's public health system, taking in account bio psychosocial aspects of the human being.

**KEYWORDS:** Welfare state. Public policy. Public budget. Public Health

## INTRODUÇÃO

Neste estudo, o propósito está em estabelecer uma discussão a respeito de alguns dos temas principais da Análise de Políticas Públicas - campo da Ciência Política que estuda a relação entre o Estado, com seus mecanismos de ação e intervenção na realidade social - e a produção do bem comum ou do interesse público, com vistas à consecução do “bem-estar social” (DRAIBE, 1993; FREY, 2000). Esses são conceitos chave que nos interessa elucidar, em sua interpenetração mútua. Em um segundo momento, analisaremos a trajetória da seguridade social no país, em especial o financiamento da política pública da saúde, informando a evolução do gasto público em porcentagem do PIB (produto interno bruto) anual desde o final do século XX até o início do XXI, com ênfase especial no período entre 1988 e 2015, quando dois paradigmas tem se confrontado na hegemonização do poder político, o neoliberal e o propriamente social-democrata, revezando-se em fluxos e influxos convergentes com acontecimentos internacionais. Por exemplo, “a crise financeira internacional (2008) [que] mitigou a hegemonia neoliberal, e a agenda do ‘Estado Mínimo’ perdeu força. A tensão entre os paradigmas arrefeceu. Ações focalizadas e universais passaram a ser vistas como complementares” (FAGNANI, 1997, p. 44-5).

Justifica o nosso percurso a necessidade de levar aos servidores públicos em geral, em especial aqueles ligados à área da Saúde no Brasil, carro chefe da promoção do bem-estar público, alguns conhecimentos relevantes sobre o funcionamento e a finalidade do Estado democrático de direito consagrado na Constituição da República, que condicionam a sua própria prática e ajudam a compreender a realidade social em que estão inseridos, produzindo sentido e empoderamento, uma vez que “o Brasil foi um dos primeiros países latino-americanos a definir o acesso à saúde como um direito constitucional, mas, de fato, isto não foi suficiente para garantir a cobertura de seus cidadãos. [...] parece haver uma forte contradição entre o modelo redistributivo desenhado na Constituição de 1988 e o inadequado nível de gasto público em saúde” (OCKÉ-REIS, 2009, p.9). Havendo a percepção clara de que há menos recursos do que o necessário, os limites materiais do trabalho desempenhado ganham uma dimensão, para além de técnica sobretudo política.

É notória, contudo, a carência de recursos materiais e humanos para que a clínica ampliada, oficialmente adotada e defendida, possa produzir seus efeitos na prática, gerando não raro um sentimento de impotência nos servidores. Quando

refletimos sobre as carências que os profissionais da área da saúde enfrentam para desenvolver o seu trabalho e realizarem a “clínica ampliada” e o controle preventivo dos agravos ambientais, e que grande parte do tecido social vive em condições sanitárias e de trabalho precárias, percebemos que o bem-estar social está longe de ser uma realidade plena entre nós, apesar das boas intenções constitucionais, e queda claro o caminho por onde devemos percorrer para alcançá-lo, na elevação da receita pública e do Gasto social, bem como da retomada do crescimento e da geração de empregos - o que nos insere no capô da política econômica e na necessidade de discutir a receita e o orçamento públicos (IPEA, 2009; DRAIBE, 2006; MARQUES, 2007).

Sob a égide de propostas econômicas de austeridade (como as que recuperaram a hegemonia a partir de 2016), verificamos uma tendência de queda dos investimentos públicos<sup>1</sup>, e discutiremos o que isso porventura possa significar para o desenvolvimento de Políticas Públicas e, por conseguinte, para a obtenção do bem-estar social entre nós. A questão de pesquisa busca responder: a partir da bibliografia elencada ao final do artigo e da discussão produzida, pode-se dizer que há de fato, no Brasil, um regime de *welfare state*? Portanto, o objetivo do estudo está em refletir sobre a presença de um *welfare state* no Brasil expressa na literatura. A reflexão filosófica que se propõe apontará, finalmente, para a definição do bem-estar em sua relação com a saúde, dado que o paradigma socio-econômico adotado oficialmente na Constituição do Brasil vai ao encontro do conceito alargado de bem-estar como idêntico ao de “saúde plena e integral”, que leva em conta os aspectos bio psicossociais sob o entendimento contemporâneo da “clínica ampliada” (CARVALHO, 2010; GONÇALVES, 2014). A referida carta constitucional chega a elencar, por exemplo, o lazer como direito fundamental (BRASIL, 1988).

## MÉTODODO

Quanto ao método, trata-se de uma pesquisa teórico-reflexiva, construída a partir de textos importantes da Análise de Políticas Públicas, adotados como referências teóricas principais. Trata-se de uma literatura de referência sobre o *welfare state*, sobre a política de saúde no Brasil, bem como publicações especializadas que compilam dados e realizam análises orçamentárias. A bibliografia é analisada de uma perspectiva

---

<sup>1</sup> “Investimento público cai em 2017 e voltará ao nível dos anos 1990, diz estudo do Senado”. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-41949948> (último acesso em 13/01/2022)

crítica, ressaltando relações de implicação lógica e de possibilidade, dentro de uma perspectiva filosófica, para alcançar os objetivos pretendidos.

## **RESULTADOS**

Do trabalho com os textos e as questões norteadoras, segundo o método adotado, depreende-se o que se segue: embora se possa dizer com segurança que o Brasil professa em sua Constituição Federal a vontade e o dever de perseguir e instituir um Estado de bem-estar, é problemático afirmar que o país possui efetivamente um regime de *Welfare state*. Afirmá-lo só é possível quando alargamos o termo e introduzimos outros sentidos ao original, que designava um regime que floresceu propriamente na Europa Ocidental do pós Segunda guerra, e que influencia a nossa Constituição, nos servindo de guia e modelo. No Brasil, o *Welfare state*, existindo, é diverso e distante daquele, e recebe um adjetivo a mais, “desenvolvimentista”, que denota movimento, como se o país caminhasse em direção ao seu ideal Europeu e o fosse alcançar eventualmente.

Dado este fato, fica patente que o bem-estar social entre nós, tomando como parâmetro o nível de bem-estar alcançado nos países europeus, por exemplo, não é alcançado, e construí-lo requer uma complexa relação entre políticas econômicas de crescimento e políticas tributárias para a ampliação da receita. Percebê-lo, contudo, é crucial para que não se tome por uma fatalidade que, no futuro, mais cedo ou mais tarde, o nosso Estado de bem-estar social “em desenvolvimento” se desenvolverá plenamente, se determinadas medidas econômicas não forem tomadas para ampliar a receita e o financiamento públicos. No horizonte deste artigo, estas relações serão conclusivamente explícitas.

### **1. *Welfare state*: um debate conceitual**

O primeiro paradigma constitucional a reger a conformação socio-política e econômica dos modernos Estados nacionais, o paradigma liberal-clássico de origem inglesa, foi sendo gradativamente substituído pelo paradigma social-democrata no Ocidente sobretudo após Segunda guerra mundial, à medida que se estendia o escopo de direitos e obrigações do Estado:

Nos Estados Unidos (...) começou a se instituir já no início dos anos 50 (...) ao passo que na Europa, particularmente na Alemanha, a preocupação com determinados campos de políticas só toma força a partir do início dos anos 70,

quando com a ascensão da socialdemocracia o planejamento e as políticas setoriais foram estendidos significativamente (FREY, 2000, p. 214)

Este é o paradigma que funda o Estado Democrático e Social de Direito contemporâneo, no qual há uma ampliação do significado, dos fins e características do Estado liberal-clássico (CAPELLA, 2007; FREY, 2000). No esteio deste movimento histórico, a Constituição Federal brasileira surge entre nós como um exemplo de constituição que acolhe um novo entendimento social-democrata, estabelecendo uma série de direitos chamados de “segunda geração”, também conhecidos pela alcunha de “direitos sociais”, que envolvem prestação positiva pelo Estado de serviços que expandem o rol daqueles considerados clássicos: justiça, segurança pública, chancelaria, tributos etc.

Agora a educação, a saúde, o lazer e uma série de novos direitos sociais universais são inseridos nas constituições e estabelecidos como obrigação do Estado (DRAIBE, 1993), sob a divisa de que não se pode ser plenamente livre (fetice da primeira forma de Estado constitucional) e exercer a cidadania plena se uma série de condições anteriores e necessárias não forem atingidas, como por exemplo a saúde plena, a boa condição física e mental, e a escolaridade suficiente, conformando as obrigações básicas do novo Estado de direito em perseguir ativamente e positivar os direitos sociais - tarefa que o Estado democrático de direito liberal clássico restringia, definindo-se sobretudo pelos direitos de prestação negativa por parte do Estado.

A novidade reside não só neste caráter enfático e positivo de prestação pelo Estado, na defesa dos novos direitos reconhecidos pelas novas cartas constitucionais, mas ainda no alargamento que se produziu no conceito de “direitos humanos fundamentais” que seriam capazes de produzir o “bem-estar social”<sup>2</sup> que as sociedades sob o novo marco constitucional adotam como fim último. Com o aumento das obrigações do Estado, a questão da conformação da receita estatal (o orçamento público) ganha notoriedade, com os conflitos inerentes à tarefa que se assume de custear o bem-estar social (CASTRO et. al., 2009).

A política de saúde no Brasil caminhou, em geral, *pari passu* com o desenvolvimento deste novo paradigma constitucional, estando estreitamente vinculados. Desde a Constituição de 1988, quando por pressão social o direito à saúde foi inscrito na Carta Magna, os serviços de saúde integram a “Seguridade social”,

---

<sup>2</sup> Diz-se dos Estados nacionais que acolheram o entendimento social-democrata que eles praticam o “Welfare state”, cuja tradução, do inglês, seria literalmente “Estado de bem-estar social”, motivo pelo qual se configuram em tipologias sinônimas na literatura.

concepção que ampliava o entendimento de saúde e de segurança do corpo social anteriores ao agregar as três grandes áreas das Políticas Públicas da saúde, da previdência e da assistência social (OCKÉ-REIS, 2007), se aproximando do conceito de “bem-estar” que é nuclear para a definição do *Welfare state*. Contudo, há um grande debate em curso sobre se países do “Terceiro Mundo”, de modernização recente, como o Brasil, podem ser caracterizados com a mesma alcunha de países desenvolvidos.

Como se sabe, o Estado de Bem-Estar, por muito tempo e em bom número de estudos, foi postulado como uma instituição exclusiva dos países desenvolvidos, quem sabe tão somente de alguns países europeus ou, de modo ainda mais restrito, como uma criatura própria social-democracia europeia. Tal não é a compreensão que se pode derivar do desenvolvimento recente das teorias e conceitos sobre o *Welfare state*, em perspectiva comparada. Já a análise histórica e integrada (...) abre espaço à compreensão dos processos de emergência e configuração de distintos Estados de Bem-Estar em países e regiões que se modernizaram tardiamente. Mas são os recentes estudos sobre “regimes de bem-estar” e as categorias teóricas de nível intermediário em que se baseiam (...) os que permitem examinar sob novos conceitos as experiências tardias de transição à modernidade urbano-industrial, sob instituições também modernas como o são as da proteção social. (DRAIBE, 2006, p. 8)

Alguns autores concordam, assim, em caracterizar a política social brasileira no período pós Constituição de 88 como uma espécie “desenvolvimentista” de Estado de Bem-estar social em desenvolvimento. Tal tipificação seria, entretanto, bem específica aos países latino-americanos e fugiria à tipificação canônica do *welfare state* clássico (DRAIBE, 1993).

Para Esping Andersen, “o welfare state não pode ser compreendido apenas em termos de direitos e garantias. Também precisamos considerar de que forma as atividades estatais se entrelaçam com o papel do mercado e da família em termos de provisão social” (apud. FIORI, 1997, p. 4). Aponta-nos para o aspecto da intervenção econômica, que é constitutivo do *welfare state*, como procedimento interligado à conformação das receitas públicas necessárias e suficientes para o financiamento dessas políticas públicas. De fato, com esse nome convencionou-se caracterizar a forma de organização dos Estados que aderiram ao chamado “keynesianismo” em política econômica, no pós crise de 1929, quando se evidenciou o fracasso do liberalismo e o Estado foi chamado para proteger as pessoas das desigualdades e instabilidades inerentes ao mercado.

Não é novo o reconhecimento de que o Estado de Bem-Estar se manifestou de distintas formas nos países desenvolvidos, mas foi reconhecido o trabalho de Esping-Andersen, no início dos anos noventa, o que deu partida à nova geração de estudos comparados internacionais sobre o *Welfare state*, apoiados direta ou indiretamente na sua tipologia dos três regimes de bem-estar, sob os quais teria se manifestado o Estado de Bem-Estar nos países desenvolvidos: o regime liberal, o regime conservador-corporativo e o regime social-democrata. (...) Mediante intensos debates e desenvolvimentos intelectuais

(Abrahamson, 1999; Powell y Barrientos, 2002), abriu[-se] fecunda senda de estudos sobre os modernos sistemas de proteção social em países e regiões que se modernizaram mais tardiamente, como Japão e outros países do Leste Asiático e, em menor medida, também os países latinoamericanos. (DRAIBE, 2006, p. 9)

A maneira como se organizam essas três esferas, portanto (direitos, garantias e atuação do Estado) determinariam se um determinado país possui um regime de *welfare state* ou não, e qual seria o modelo (ou o grau) deste, segundo os níveis de bem-estar que gozam as suas populações - que é indissociável do acesso suficiente a bens e serviços necessários. No Brasil as análises de políticas públicas não costumam ser feitas sob a perspectiva analítica do *welfare state*, privilegiando uma abordagem setorial e fragmentada, dada a nossa realidade de pobreza endógena e serviços sociais que se mostram ineficientes em erradicá-la. Apesar disso, podemos falar em *welfare states* latino americanos: ainda que não sejam tais como os surgidos na Europa sob a social-democracia, poder-se-ia observar uma determinada forma de articulação entre o Estado, o mercado e a sociedade que esboça um modo particular e ambíguo de regulação social (FIORI,1997).

Seja como for que se escolha abordar o conceito, queda claro, da reflexão a partir da bibliografia elencada, que, praticamente, é a disponibilidade orçamentária efetivamente mobilizada pelo Estado que definirá se ele promove ou busca promover o bem-estar à sua população. Se a história dos direitos e garantias sociais no Brasil nos remete ao Estado Novo, é só durante a Ditadura que o arcabouço rudimentar de financiamento da proteção social se organiza com abrangência nacional. O modelo atual deve muito à Constituição federal de 1988, que teve alguns de seus principais dispositivos plenamente (ou quase) implementados recentemente, tendo feito valer principalmente as vinculações constitucionais do PIB para a seguridade social e a educação desde o governo FHC.

Atualmente tensionado pela oposição liberalizante estamos a retroceder de um desenho desenvolvimentista de *welfare* na direção do corte de receita (UNAFISCO, 2007) e do já conhecido modelo particularista e corporativista que vigorou durante a Ditadura, com o aumento da regressividade no financiamento das políticas públicas (benefícios fortemente ligados à situação empregatícia formal) e a focalização das políticas, que deixam de ser universalizantes<sup>3</sup>. Os governos FHC e Lula seriam aqueles

---

<sup>3</sup> “Liana Aureliano e Sônia Draibe tentam detalhar com mais precisão o caso brasileiro e consideram que o sistema, pelo menos até suas reformas universalizantes dos anos 70/80, é basicamente "seletivo no plano dos beneficiários, heterogêneo no plano dos benefícios e fragmentado no plano institucional e financeiro”. Mas considera que as reformas posteriores do regime autoritário e tecnocrático, que se

em que o Brasil experiencia a sua mais notável engatada dita “desenvolvimentista”, em que a desmercantilização de serviços alcançou seu auge, fruto de uma decisão política de fazer frente à crise econômica mundial a partir de uma maior integração da política econômica com a política social, sendo que o investimento social deixa de ser visto como gasto que só onera a economia para ser considerado investimento no capital humano do país (DRAIBE, 2003; FAGNANI, 2011).

## 2. Sobre Bem-estar e Saúde do corpo social

Desde logo, da breve exposição que fizemos, sobressaem conceitos que guardam uma relação de implicação lógica: se o Estado deve produzir o “bem-estar” geral, e o bem-estar é indissociável de condições materiais como a boa saúde e o provimento das necessidades básicas, é forçoso que dotemos o Estado dos meios necessários e suficientes para que os possa produzir, através de sua ação e de sua intervenção transformadoras sobre a realidade social que se identificara produtora de mal-estar social. Ora, os meios necessários dizem respeito à “capacidade estatal”, conceito em Ciência Política que faz referência direta à receita pública.

O financiamento da máquina pública, portanto, deve ser suficiente para que se possa produzir bem-estar, e a capacidade fiscal de um Estado nacional, que reparte a receita pública em diferentes esferas de atuação, determina a quantidade e a qualidade de políticas públicas que poderá produzir. Como se sabe, as fontes de receita do Estado são em geral duas: a tributação e a exploração direta de atividade econômica (FIORI, 2007). Sobretudo a tributação, nos países ocidentais em regime de *Welfare state*, recebem muita atenção, e um sistema de grandes alíquotas incidentes progressivamente sobre os patrimônios é o principal ativo para financiar as políticas públicas de bem-estar<sup>4</sup>. Como se apresenta o quadro brasileiro neste quesito?

A Constituição Federal (CF) de 1988, ainda que tenha seus limites, contemplou avanços em alguns aspectos relacionados aos direitos da cidadania, sobretudo os direitos trabalhistas e sindicais, às políticas de previdência, assistência social e saúde, que vão edificar a seguridade social no

---

instalou em 1964, acabam mudando a face do sistema de proteção ou welfare como preferem chamá-lo: Neste momento se organizam efetivamente os sistemas nacionais públicos ou estatalmente regulados, na área de bens e serviços sociais básicos, superando a forma fragmentada e socialmente seletiva anterior e abrindo espaço para certas tendências universalizantes.” (FIORI, 1997, p. 8)

<sup>4</sup> “Os 5 países com as maiores cargas tributárias do mundo”. Disponível em: [https://br.noticias.yahoo.com/os-5-paises-com-as-maiores-cargas-tributarias-do-mundo-090008815.html?guccounter=1&guce\\_referrer=aHR0cHM6Ly93d3cuZ29vZ2xiLmNvbS8&guce\\_referrer\\_sig=AQAAAIpKD7tX1wxYveXJMvbsBdrzbkjerb\\_qCqrbx5C5Z05v\\_duTJVT6eL4SoRp2GBKhNa5Mdjzo1F4HNc-M7gZfQrRWEAegPi-RxHKMBxhHeJWXv6CRg1ArQOEbU9qfjDgSALXtmBCx-040I6T6WtK3BQ8SgqS2AsHbNVcf9oNhZc](https://br.noticias.yahoo.com/os-5-paises-com-as-maiores-cargas-tributarias-do-mundo-090008815.html?guccounter=1&guce_referrer=aHR0cHM6Ly93d3cuZ29vZ2xiLmNvbS8&guce_referrer_sig=AQAAAIpKD7tX1wxYveXJMvbsBdrzbkjerb_qCqrbx5C5Z05v_duTJVT6eL4SoRp2GBKhNa5Mdjzo1F4HNc-M7gZfQrRWEAegPi-RxHKMBxhHeJWXv6CRg1ArQOEbU9qfjDgSALXtmBCx-040I6T6WtK3BQ8SgqS2AsHbNVcf9oNhZc) (último acesso em 13/01/2022)

país, aos direitos educacionais, entre outros. A efetivação dessas conquistas e a perspectiva da consolidação de um sistema de bem-estar social no Brasil deveriam implicar aporte prioritário e considerável de recursos no orçamento público, além da elaboração de um conjunto de legislações complementares. Contudo, esse direcionamento vai ser frustrado a partir da década de 1990, marcada pelo predomínio da ideologia neoliberal e da contrarreforma do Estado, em cenário claramente desfavorável à efetivação das mudanças propostas pela Carta Magna. (SALVADOR, 2012, p. 9)

Lançaremos nosso olhar com mais detalhe sobre a receita pública da seguridade social no Brasil, em especial enfocando o financiamento da área da saúde, considerando que o núcleo duro do bem-estar social reside justamente aí, para analisarmos, em perspectiva comparada, a efetiva disposição prática do Estado brasileiro em efetivar o bem-estar social anunciado na nossa Carta Magna. Antes, contudo, convém enaltecer alguns aspectos que tornam a Política pública de saúde central para a produção do bem-estar, sendo este um conceito que povoa as reflexões sobre Saúde há muito tempo, tendo sido deslocado deste campo para o campo da Ciência Política.

O conceito contemporâneo de saúde, adotado na política de saúde brasileira, expande o entendimento anterior, deslocando a ênfase quase exclusiva nas ações e intervenções curativas para uma sistemática do cuidado integral, que observa todas as dimensões do humano para o pleno desenvolvimento saudável, procurando prevenir danos e agravos inclusive ambientais. Os paradigmas da prevenção e da promoção se somam, portanto, ao paradigma propriamente curativo-assistencialista, que vigorara até a redemocratização (CARVALHO, 2010; GONÇALVES, 2014).

De grande impacto redistributivo, uma vez que tende a desmercantilizar os serviços médico-hospitalares necessários à manutenção e qualidade de vida do cidadão pela universalidade (antes, só podiam acessar os serviços médicos curativos os trabalhadores formais), a política social brasileira na área tem, após a Constituição Federal de 1988, significado um importante avanço no sentido de garantia de cidadania e bem-estar social (AGUIAR, 2011; VIANA e MACHADO, 2008), ao elevar o acesso a tais serviços da categoria de mercadoria para direito, dando fim às velhas práticas paroquiais de relacionamento político, em que a figura do direito se transforma em favor. Na qualidade de direito, deve ser promovido pelo Estado e seu financiamento, ao invés de ser individual, é distribuído pelo todo da população na forma de tributos coletados impessoalmente. É o esforço conjunto da sociedade que arca com as despesas para promover acesso universal e gratuito aos serviços essenciais. A área da saúde compõe a Seguridade Social brasileira, sendo fundamental à política social:

(...) se considerarmos, como o faz a OCDE, que a seguridade social envolve o conjunto das políticas referidas à previdência, à assistência social e à saúde

(mesmo quando não financiada por contribuições sociais) a política de "Welfare state" é entendida como o conjunto das ações que além da seguridade social, envolvem a educação e a habitação. (DRAIBE, 1993, p. 8)

Podemos encontrar nos conceitos que povoam as reflexões sobre Saúde a guia para uma definição mínima e operacional do que seja um Estado promotor de Bem-Estar social, no geral. O processo de elaboração das tipologias clássicas de Estado de Bem-Estar privilegiou a relação Estado-Mercado segundo as dimensões econômicas, institucionais e políticas capazes de reverter os processos de estratificação social e produzir a desmercantilização dos bens e serviços sociais, os tornando acessíveis a todos que deles necessitem (CASTRO et al., 2009). Uma grande mudança advinda da Constituição de 88 é a vinculação de receitas da União para a Seguridade Social. É certo que o propósito da Carta Magna tem sido contrariado pela Desvinculação das receitas da União (DRU) e por interesses antagônicos.

Mas o gasto social tem aumentado nas últimas décadas, significando um aumento expressivo de dinheiro investido na Seguridade, ainda que as porcentagens do PIB alocadas para esse objetivo tenham permanecido mais ou menos as mesmas - como veremos adiante. Apesar da regressividade que caracteriza ainda o financiamento da política social brasileira (sobretudo os impostos sobre consumo de mercadorias e serviços que compõe a maior parte da carga tributária do país), pela primeira vez o Estado reconhece como direito a proteção e promoção social em extensão jamais vista no país.

### 3. Capacidade estatal e financiamento de políticas públicas: a evolução do Gasto Social no Brasil em perspectiva histórica

Podemos dividir didaticamente a história da política social no Brasil em dois momentos: antes e um depois da Constituição Federal de 1988. Antes, a trajetória do gasto público tem também dois momentos, o primeiro sob o Estado Novo, quando se começa a ensaiar garantias e serviços sociais por meio do Estado, ainda que de forma fragmentada e insuficiente; o segundo sob a ditadura militar, quando a fragmentação dá lugar a uma centralização importante e cria-se pela primeira vez um sistema coordenado de política social, ainda que desigual e insuficiente, atrelado à condição formal de trabalho e ao financiamento próprio, características que a fase seguinte herdará (CARVALHO, 2010). Uma grande mudança advinda da Constituição de 88 é a já referida vinculação de receitas da União para a educação e para a saúde:

As despesas vinculadas são importantes despesas do Estado brasileiro para garantir direitos, contudo, nem sempre o fato de garantir a vinculação

significa que os gastos são feitos de forma a garantir a justiça social e a expandir os benefícios e serviços de forma universal, buscando erradicar as desigualdades sociais. (SALVADOR, 2012, p.14)

Da finalidade a que se propõe o Estado, de promover a sanidade social, é que se depreende a necessidade de um Fundo Social cujos recursos, advindos de tributações, sejam imediata e necessariamente vinculados às despesas obrigatórias das áreas de intervenção do Estado reconhecidas como as mais importantes para a promoção da sanidade social. Até este momento, o pacto enfatiza as áreas da saúde e da educação, reconhecidamente de alto impacto redistributivo e na produção da qualidade de vida (BRASIL, 1988) (e há movimentos que tentam fazer o mesmo com as demais áreas relacionadas aos direitos inscritos na Constituição, notadamente a Assistência Social e a Cultura, que ainda não tem vinculação orçamentária obrigatória).

Agora, já não podem mais os recursos públicos serem inteiramente disputados pelas diferentes correntes políticas que povoam os poderes, fornecendo a garantia de financiamento das políticas sociais após 1988. Apesar da regressividade que caracteriza o financiamento da política social brasileira, pela primeira vez o Estado reconhece como direito a proteção e promoção social em extensão jamais vista no país. Na área da saúde, entretanto (e apesar da vinculação do gasto à Constituição), os propósitos universalistas da Carta Magna foram e continuam sendo frustrados pela insuficiência no financiamento do Sistema Único de Saúde, criado então (e convivendo em paradoxo com a iniciativa privada) (OCKÉ-REIS, 2009; VIANA e MACHADO, 2008).

De fato, um indicador de que o bem-estar não é só a retórica oficial do Estado é a vinculação do orçamento, que garante a ação do Estado nestas áreas. Mas há que se observar, também, o volume desta reserva orçamentária em relação ao PIB, para verificar não só o grau de prioridade que se dá à tarefa, mas também se os recursos são necessários para satisfazer plenamente toda a demanda por estes serviços e elevar o nível de bem-estar social. Apesar do problema de financiamento e do conflito de interesses que se percebe na saúde, o gasto federal na área tem crescido em seu valor total bruto - como mostramos adiante.

O SUS é nesse contexto um empreendimento monumental em se tratando de seus resultados, mas se olharmos para a porcentagem do PIB que se lhe direciona, ficamos com a sensação de que ele está longe de esgotar as suas pretensões. É certo que os propósitos constitucionais tem sido contrariado pela Desvinculação das receitas da União (DRU), desde 2000, mas o Gasto Social Federal acompanhou o crescimento do

PIB nas últimas décadas, significando um aumento expressivo de dinheiro investido na Seguridade pelo governo federal, ainda que as porcentagens do PIB alocadas para esse objetivo tenham permanecido mais ou menos as mesmas. Quando o país está em crescimento econômico acelerado, portanto, o Estado dispõe de maiores recursos orçamentários (DRAIBE, 2006), sendo o crescimento condição essencial do bem-estar - dado que, a um só tempo, gera empregos e renda, ampliando a oportunidade de acesso a bens e serviços que estão relacionados ao bem-estar.

A partir de 1993, com a retomada da implementação das políticas previstas pela Constituição e até então represadas – SUS, Loas, Previdência Rural, entre outras –, recupera-se a trajetória de crescimento dos gastos sociais, de modo que, em 1995, já se superavam os patamares do fim dos anos 1980. Desde então, a trajetória dos gastos sociais também sofreu avanços e retrocessos, permanecendo demasiadamente atrelada ao ciclo econômico (CASTRO et al, 2009, p.98).

Embora estejamos tratando do Gasto Social Federal neste tópico, não podemos perder de vista que os resultados alcançados principalmente após a fase de consolidação da CF88 resultam da cooperação entre os três níveis de governo, uma vez que a Carta Magna significou uma descentralização importante da atuação do governo federal em nosso país. Contudo, a margem dos poderes locais para ampliar suas receitas é muito pequena, dependendo sobremaneira das ações e dos repasses da União.

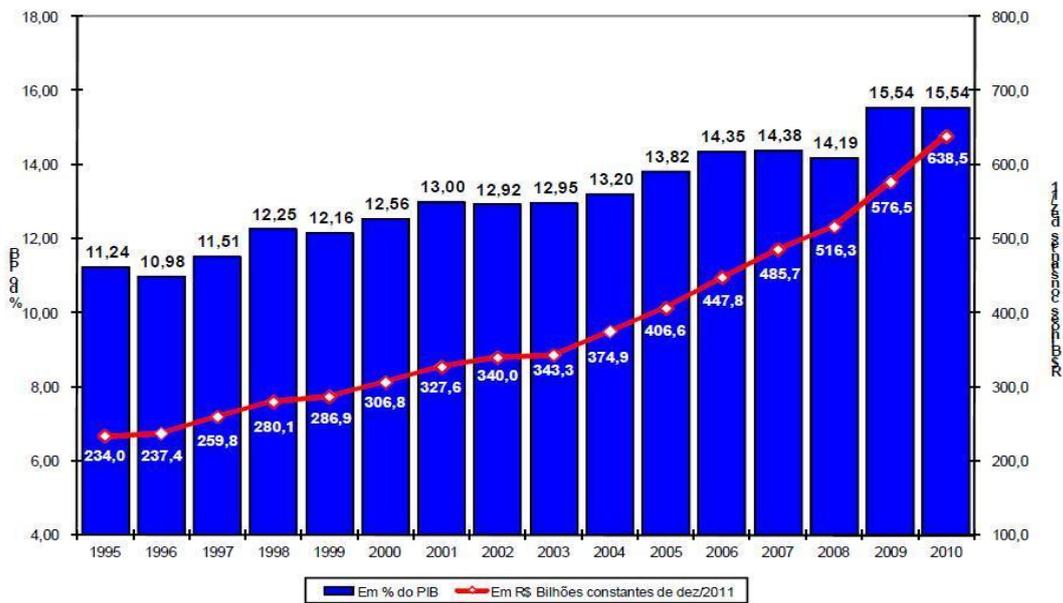
A descentralização dos serviços sem a adequada descentralização dos poderes para a ampliação da receita é problemática. Devemos observar, comparativamente aos países do *Welfare state* europeus, se a porcentagem do PIB que aplicamos em cada área das políticas públicas é semelhante e, depois, se o volume do PIB é semelhante; por último, se a composição do orçamento público onera a renda dos mais pobres ou dos mais ricos, para podermos afirmar que o nosso estágio de produção de bem-estar está “plenamente desenvolvido” - ou conforme o modelo adotado. Enquanto “a lei estipula que a assistência à saúde é um direito social básico que deve ser regido pela necessidade e de acordo com a capacidade de pagamento das famílias (...) em 2003, o Brasil destinou para a saúde apenas US\$ 597 por habitante, ou 7,6% do PIB” (OCKÉ-REIS, 2009, p.9). Só na França, país modelo do *welfare state* europeu, a porcentagem do PIB para a mesma área está em mais de 11%<sup>5</sup>. A cobertura do SUS é significativa, contudo, apesar do percentual de recursos destinados. Sobre a trajetória do Gasto Social Federal na saúde, temos que:

---

<sup>5</sup>Cf. <https://bioeticaediplomacia.org/sistema-de-saude-da-franca/#:~:text=A%20Fran%C3%A7a%20possui%20uma%20popula%C3%A7%C3%A3o,contabilizava%2011.3%25%20do%20PIB%20franc%C3%AAs.> (último acesso em 14/01/2022)

A área de saúde percorreu uma trajetória bastante irregular em termos de destinação de recursos. Logo de início, sofreu uma queda significativa de 1,8% do PIB em 1995 para 1,53% no ano seguinte. A partir daí, flutuou durante todo o período entre 1,58% e 1,71% do PIB – o que, em um contexto de crescimento do conjunto do GSF, significou de fato uma estagnação na destinação federal de recursos para a área. O que não é de modo algum uma surpresa. A criação da CPMF, na segunda metade da década de 1990, que tinha por objetivo servir como fonte de recursos federais adicionais para a saúde pública, acabou resultando em fonte substitutiva – ou seja, cobria a saída de outras fontes de recursos para outros setores do gasto público. (CASTRO et al, 2012, p.17)

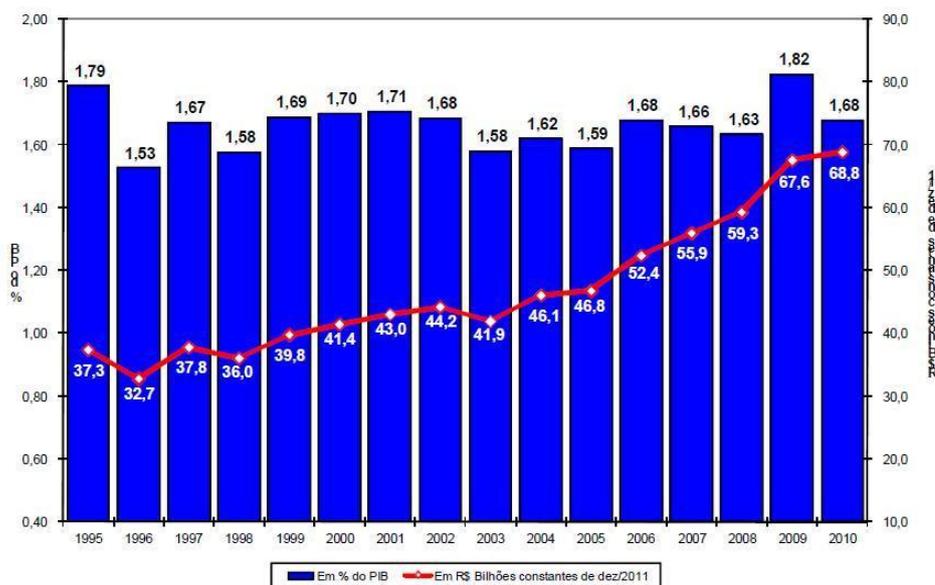
**Gráfico 1 – Trajetória do Gasto Social Federal, 1995 a 2010.**



Fonte: SIAFI/SIDOR Elaboração: Disoc/Ipea.

Retirado de CASTRO et al., 2012, p.8.

Gráfico 6 – Trajetória do Gasto Social Federal, 1995 a 2010: Saúde



Fonte: SIAFI/SIDOR e Ipeadata. Elaboração: Disoc/Ipea

Retirado de CASTRO et al., 2012, p.18.

Os gráficos anteriores nos dão uma boa dimensão do que significou, em termos percentuais e totais, da evolução geral do gasto em saúde após a promulgação e consolidação da CF88, apesar das baixas observadas em alguns anos. Tal movimento de variação é explicado pela

(...) aprovação da Emenda Constitucional 29 (...) [que] teve o efeito concreto de virtualmente congelar os recursos federais destinados à área da saúde em termos da sua parcela no PIB. Somente em 2009 o percentual do PIB aplicado pelo governo federal na área de atuação saúde superou o alcançado em 1995. Porém, no ano seguinte, o crescimento dos valores destinados a saúde, já descontada a inflação, foi bastante modesto frente ao ritmo do PIB. Como resultado, o percentual do PIB absorvido pela área voltou a recuar, permanecendo porém um pouco acima do vigente nos anos de 2007 e 2008. Em relação ao conjunto do Gasto Social Federal, a área de saúde perdeu espaço no período. Responsável por 15,9% do GSF em 1995, caiu até chegar ao patamar de 11,5% em 2005 – onde permaneceu entre os anos de 2005 a 2009. No ano de 2010, a área de saúde absorveu apenas 10,8% do total de recursos aplicados pelo governo federal em políticas sociais. (CASTRO et al, 2012, p.18-9)

Resta notar, antes, que em 2008, ano de crise do capitalismo internacional, o resultado que se apresenta (o melhor da série) só pode ser atingido no contexto da decisão política do governo federal de fazer frente à crise pela maior integração entre política social e macroeconomia, buscando realizar o “ciclo virtuoso” keynesiano; nesta fase temos o chamado “*welfare state* desenvolvimentista” no Brasil. Nesse contexto desenvolvimentista, a economia é impulsionada pela própria ação do Estado, o que

possibilita que altos volumes de dinheiro continuem sendo investidos na área da saúde, ao mesmo tempo que se reduz a porcentagem do PIB e do total do fundo social direcionados à área (que é realocada à Assistência Social, realizando uma política social de alta capacidade distributiva, com a qual o país venceu os índices mais alarmantes de pobreza extremada). Contudo,

No caso da saúde, o ritmo de crescimento real dos gastos não está sendo suficiente para ampliar sua participação no PIB. Exceção feita aos anos de 1995 e 2009, ao longo de todo o período os aportes federais nessa área flutuaram próximo de 1,68% do PIB, patamar novamente mantido em 2010. [...]. A área de saúde voltou a perder participação: após redução dos 16% em 1995 para 11,5% em 2005, caiu novamente para uma parcela de 10,8% do GSF em 2010. (CASTRO et al, 2012, p. 28-30)

Podemos perceber que a curva do volume do gasto social é sempre crescente no período analisado, chamando a atenção os volumes sempre mais altos em cenário de crise global de 2008, comparável à arrasadora de 1929. Alarmantemente, essa trajetória de crescimento ainda que insuficiente e moroso fora interrompida em 2016, e se a produção do bem-estar social entre nós já era insuficiente antes, agora sequer podemos continuar dizendo que ela está “em desenvolvimento”.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

No grande rol de serviços que se desdobram da vontade integralista de promoção da saúde, que pretende interferir em todas as esferas da sociedade para lográ-lo - desde a tarefa preventiva da vigilância sanitária, passando pelas campanhas de aleitamento materno e de garantia de acesso à nutrição suficiente. Mesmo na exigência de promoção do lazer e da sociabilidade, de espaços verdes, ambientes saudáveis e seguros para o pleno desenvolvimento físico e mental, deparamo-nos sempre com as contradições e limitações impostas pela atual conjuntura de capitalismo de mercado globalizado, com baixa capacidade estatal expressa nos baixos orçamentos disponíveis e da baixa mobilização nacional no sentido da intervenção estatal na economia para a geração de empregos e crescimento econômico.

Em contexto de austeridade fiscal, além dos remanejamentos e desvinculações das receitas da união (DRUs), que retiram recursos constitucionalmente estabelecidos para a saúde e a seguridade social no país, o tecido social convive com todo o tipo de carência e mais da metade da força de trabalho está tentando sobreviver na

informalidade<sup>6</sup>. As normas operacionais que aprofundaram a descentralização dos serviços agravaram o quadro de baixa capacidade estatal, uma vez que a união é o ente federativo que ainda monopoliza as maiores porcentagens do orçamento público e das capacidades técnicas e operacionais. A descentralização administrativa sem a descentralização financeira termina por promover uma atomização dos serviços, que perdem seu caráter projetado de organicidade, e o amplo rol de ações imaginadas para o sistema são afunilados cada vez mais em nichos especializados que gravitam, novamente, em torno da assistência curativa, sobretudo. Esse contexto faz com que a concepção alargada de saúde integral não seja vivenciada ainda plenamente sequer nos serviços de saúde, que se apresentam com lacunas, contradições e limitações.

Se é verdade que o texto constitucional traduz a linguagem do direito e uma nova forma de relacionamento com o poder político, na prática persistem atitudes arraigadas do passado, e a sociedade brasileira recorre em tempos eleitorais à *negociação* para continuar expandindo o escopo dos direitos sociais, que continuam sendo incorporados na carta magna como favores, sem nunca serem plenamente garantidos como direitos (CARVALHO, 1996). Só o artigo sexto da nossa Constituição sofreu diversas modificações ao longo do tempo, sendo inserido, respectivamente, a moradia, a alimentação e o transporte no rol dos direitos sociais, num movimento que espelha, de um lado, a promessa não cumprida de 1988 (na medida em que sob o conceito de “saúde”, “bem-estar” ou “segurança” se poderia desdobrar todos os demais aspectos adicionados), e de outro, a dinâmica da evolução histórica da cidadania no Brasil, em curso, e que em geral só tem expressado a vontade de realizar estes direitos, sem mobilizar as condições materiais que os tornarão realidade patente na sociedade.

Por isso mesmo ao invés de falar em “cidadania”, no caso brasileiro teríamos uma “estadania”, porque a afirmação dos direitos depende do grupo político que ocupa o aparelho de Estado a cada nova eleição, e não da noção de direito inalienável da sociedade civil (CARVALHO, 1996). Essa inversão em relação ao caso Europeu explica as características peculiares da cultura política própria do Brasil (FREY, 2000, p. 235). Tal inversão teria favorecido uma visão corporativista dos interesses coletivos, sendo que benefícios sociais não são tratados como direito de todos, mas como fruto da negociação de cada categoria com o governo, característica de uma cultura política

---

<sup>6</sup> “Pela primeira vez, mais da metade dos brasileiros não têm trabalho, diz IBGE”. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/business/pela-primeira-vez-mais-da-metade-dos-brasileiros-nao-tem-trabalho-diz-ibge/> (último acesso em 14/01/2022)

súdita na prática - embora seja positivado na Constituição o desejo de uma cultura política participativa.

A baixa organização autônoma da sociedade faz com que os interesses corporativos consigam prevalecer, dando maior centralidade ao Poder Executivo; o papel dos legisladores reduz-se, para a maioria dos votantes, ao de intermediários de favores pessoais perante o Executivo. O eleitor vota em troca de promessas e favores. Cria-se uma esquizofrenia política: os eleitores desprezam os políticos, mas continuam votando neles na esperança de benefícios pessoais (CARVALHO, 1996). As consequências desse desenvolvimento histórico particular brasileiro são, sobretudo, o problema da cultura política e o da eficácia da democracia. A valorização do poder Executivo se reverte no personalismo, na busca por um messias político, por um salvador da pátria. Há impaciência popular com o funcionamento democrático de decisão, desvalorização do Legislativo e de seus titulares. As eleições legislativas sempre despertam menor interesse do que as do Executivo.

Sem dúvida a Constituição de 1988 representou um avanço, atendendo parte das reivindicações do movimento social. Mas, inscrever tais reivindicações no texto da lei não foi o bastante. Em que pesem as dificuldades para a operacionalização do SUS e a implantação em sua plenitude e ainda, os sucessos e retrocessos das demais políticas sociais, o estado de saúde da população brasileira tem melhorado nos últimos anos, reflexo das políticas econômicas e sociais. O Índice de Gini traçou uma curva decrescente no período aqui estudado: de 0,596 em 2001 para 0,527 em 2013 (CASTRO, 2017). Publicação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2015b) sobre a situação de saúde mostra que a mortalidade infantil diminuiu, com coeficiente de 26, 1 em 2000 para 14,5/1000 nascidos vivos no ano 2013. Neste mesmo ano, 35% das mortes de mulheres ocorreram na faixa etária de 80 anos e mais; entre os homens, 20% das mortes foram na mesma faixa de idade. Do total de mortes, 72,8% foram devidas a doenças não transmissíveis e 13,3% por causas externas (acidentes, suicídios e homicídios) (BRASIL, 2015b).

Entre as mulheres, as cinco primeiras causas de morte, em 2013, foram, nesta ordem: doenças cerebrovasculares, infarto agudo do miocárdio, pneumonia, diabetes mellitus e doença hipertensiva (BRASIL, 2015b). Os homens morreram por (nesta ordem): doenças cerebrovasculares, infarto agudo do miocárdio, homicídios, pneumonias e acidentes de transporte terrestre (BRASIL, 2015b). As doenças transmissíveis perderam importância como causa de morte, em especial as doenças imunopreveníveis. Mesmo no grupo etário menor de cinco anos, as principais causas de

morte foram relacionadas ao parto, prematuridade e malformações congênitas e não à doenças vinculadas diretamente à miséria, como diarreias e desnutrição (BRASIL, 2015b). Quanto à incidência de doenças que guardam estreita relação com a pobreza, também houve melhora dos coeficientes. Os casos novos de hanseníase diminuíram: de 43.196 no ano 2.000 para 31.064 casos no ano 2014 (BRASIL, 2015b). Em relação à incidência de tuberculose, o coeficiente no ano 2.000 era de 51,8/100.000 habitantes, reduzido para 33,8/100.000 hab. em 2014 (BRASIL, 2015b).

É surpreendente o número de procedimentos que o SUS realiza anualmente para dar conta das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. Dados disponíveis no DATASUS e obtidos pela ferramenta Tabnet, (DATASUS, 2017) mostraram, no ano 2015, as seguintes quantidades de procedimentos: 159.329.942 doses de vacinas aplicadas; 10.789.609 procedimentos de âmbito hospitalar (cirurgias, partos, exames especializados, etc.); 4.095.617.520 procedimentos ambulatoriais (como por exemplo consultas médicas e de outros profissionais, aplicação de medicamentos, atendimentos de enfermagem, etc.). O desempenho do SUS mostra ações importantes que visam à redução da mortalidade por fatores evitáveis. E as ações não se reduzem apenas ao atendimento direcionado às pessoas. Fatores ambientais que repercutem sobre a saúde humana também sofrem vigilância por parte das equipes do SUS. Tal desempenho mostra que o SUS é necessário para o Brasil, viável como política pública universal e heróico frente aos resultados alcançados com recursos muito aquém do suficiente.

## REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Zenaide N. *SUS: Sistema Único de Saúde – antecedentes, percurso, perspectivas e desafios*. São Paulo: Martinari, 2011.
- BRASIL. *Saúde Brasil 2014: uma análise da situação de saúde e das causas externas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b.
- \_\_\_\_\_. BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal.
- CARVALHO, Antônio Ivo de. *Políticas de saúde: fundamentos e diretrizes do SUS*. Florianópolis: Dep. de Ciências da Administração/ UFSC; [Brasília]: CAPES: UAB, 2010.
- CARVALHO, José Murilo de. *Cidadania: Tipos e Percursos*. Revista estudos históricos - número 18, 1996.

CASTRO, J. A., RIBEIRO, J. A.; CAMPOS, A. G; MATIJASCIC, M (2009). A CF/88 e as políticas sociais brasileiras. In: CARDOSO JR. J. C.(org.) A Constituição brasileira de 1988 revisitada: recuperação histórica e desafios atuais das políticas públicas nas áreas econômica e social. v. 1. Brasília: IPEA.

CASTRO, J. A., RIBEIRO, J. A.; CHAVES, J. V. e DUARTE, B. C. Gasto Social Federal: prioridade macroeconômica no período 1995-2010. *Nota técnica nº 9*. Brasília: IPEA, 2012.

DATASUS. *Informações de saúde*: tabnet. Módulo Assistência à saúde. Brasília: tabnet, 2017. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude/tabnet>>.

DRAIBE, Sônia. A política social no período FHC e o sistema de proteção social. *Tempo Social – USP*, 2003.

\_\_\_\_\_. Estado de Bem-Estar, desenvolvimento econômico e cidadania: algumas lições da literatura contemporânea. 30º Encontro Anual da ANPOCS, GT19 - Políticas Públicas Sessão 1 - Reformas Institucionais e Políticas Sociais Caxambu, 24-28 de outubro de 2006.

\_\_\_\_\_. O Welfare state no Brasil: características e perspectivas. UNICAMP/ NEPP, 1993.

FAGNANI, Eduardo. A política social do governo Lula (2003-2010): perspectiva histórica. *SER Social*, Brasília, v. 13, n. 28, p. 41-80, jan. /jun. 2011.

\_\_\_\_\_. Política social e pactos conservadores no Brasil: 1964-92. *Economia e Sociedade*, Campinas, v.8, p. 183-238, jun. 1997.

FIORI, José Luis. Estado de Bem-Estar Social: padrões e crises. *HYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 7(2), 1997.

FREY, Klaus. Políticas Públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da Análise de Políticas Públicas no Brasil. *Revista Planejamento e Políticas Públicas*, número 21 - junho de 2000.

GONÇALVES, Márcio Augusto. Organização e funcionamento do SUS. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília]: CAPES: UAB, 2014.

IPEA. Receita pública: quem paga e como se gasta no Brasil. *Comunicado da presidência n.22*, 30 de junho de 2009.

MARQUES, Rosa M; MENDES, Áquilas. Servindo a dois senhores: as políticas sociais no governo Lula. *Rev. Katál*, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 15-23, jan./jun. 2007.

OCKÉ-REIS, Carlos O. A constituição de um modelo de atenção à saúde universal: uma promessa não cumprida pelo SUS? *Texto para discussão n. 1376*. Rio de Janeiro, IPEA, fevereiro de 2009. (Série Seguridade social).

SALVADOR, Evilasio. Fundo Público e o financiamento das Políticas Sociais no Brasil. *SERV. SOC. REV., LONDRINA, V. 14, N.2, P. 5 04-22, JAN./JUN. 2012*.

UNAFISCO. A arrecadação e o destino dos recursos da CPMF. *Nota técnica 6/2007*. Brasília: Sindicato nacional dos auditores fiscais da Receita Federal, 2007.

VIANA, Ana L D'Ávila; MACHADO, Cristiani V. Proteção social em saúde: um balanço dos 20 anos do SUS. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.18, n. 4, 2008. p. 645-684.