

Obstáculos à universalização do SUS: gastos tributários, demandas sindicais e subsídio estatal de planos privados

Obstacles to SUS universalization: tax expenditures, labor union demands and health insurance state subsidy

Charles Dalcanale Tesser (<https://orcid.org/0000-0003-0650-8289>)¹

Mauro Serapioni (<https://orcid.org/0000-0002-5761-2660>)²

Abstract *In the light of the comparative analysis of health systems, we discuss three strategic phenomena for the SUS universalization, as follows: a) health tax expenditures; b) State funding of private plans for public servants; and c) trade union's demand for private health plans. Among the ideal types of health systems, SUS is universal in law, but hybrid in practice: Beveridgian in primary health care (PHC) and mixed in specialized/hospital care; without really being universal (public spending is only 43% of total health expenditure). There is a massive state subsidy to the private sector, through health tax expenditures (30% of the federal health budget) and financing of private plans for public servants, which generates incoherence, segmentation of the health system and inequities. Despite the general support to the SUS, the union movements have been using private health plans in collective recruitment (76% of them), reinforcing the private sector. Reducing health tax expenditures - including state funding of servants' private plans - would significantly increase the SUS budget and facilitate articulation between health workers and trade unionists, bringing the high strength of unions closer to the long struggle for the universality of the SUS and PHC.*

Keywords *Health systems, Health policy, Health-care financing, Unified health system, Health inequalities*

Resumo *À luz da análise comparada de sistemas de saúde (SS), discutimos três fenômenos estratégicos para a universalização do SUS: a) os gastos tributários em saúde; b) o financiamento estatal de planos privados de servidores públicos; c) a demanda sindical por planos privados. Dentre os tipos-ideais de SS, o SUS é universal na lei, mas híbrido na prática: Beveridgeano na atenção primária à saúde (APS) e misto no cuidado especializado/hospitalar; sem ser universal na realidade (gastos públicos são só 43% dos gastos totais em saúde). Há grande subsídio estatal ao setor privado, via gastos tributários em saúde (30% do orçamento federal na saúde) e financiamento de planos privados para servidores públicos, o que gera incoerência, segmentação do sistema de saúde e iniquidades. Apesar do apoio genérico ao SUS, os movimentos sindicais vem usando planos de saúde na contratação coletiva (76% deles), reforçando o setor privado. A redução dos gastos tributários em saúde - incluindo o financiamento estatal dos planos privados de servidores - aumentaria significativamente o orçamento do SUS e facilitaria a articulação entre sanitaristas e sindicalistas, aproximando a grande força dos sindicatos da longa luta pela universalidade do SUS e da APS.*

Palavras-chave *Sistemas de saúde, Política de saúde, Financiamento da assistência à saúde, Sistema Único de saúde, Desigualdades em saúde*

¹ Departamento de Saúde Pública, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina. Campus Universitário. Trindade. 88040-900 Florianópolis SC Brasil. charles.tesser@ufsc.br

² Centro de Estudos Sociais, Universidade de Coimbra. Sé Nova Coimbra Portugal.

Introdução

Apesar da constituição de 1988 e as leis afirmarem o Sistema Único de Saúde (SUS) como público e universal, o setor privado recebe fortes incentivos governamentais. Recentes dispositivos pioraram a situação do SUS, como a Emenda Constitucional (EC) 87/2015 (desvinculação de receitas da união ampliada para até 30%) e a EC 95/2016 (limitando gastos). Segundo Ocké-Reis¹, o sistema de saúde (SS) do Brasil, similarmente ao modelo privado estadunidense, passou a funcionar como sistema duplicado e paralelo (p.2033). Para Menicucci², trata-se de um sistema dual em que coexistem um sistema público e um privado com formas diferentes de acesso, financiamento e produção de serviços (p.1401). Silva³ utiliza o minotauro como metáfora ilustrativa do SUS: um monstro com uma metade humana, que oferece aos mais pobres o SUS real; e uma metade animal, que transfere recursos públicos para o setor privado.

Dois problemas do SUS são consensualmente reconhecidos. Um é o seu subfinanciamento crônico^{4,5,6}. Desse ponto de vista, uma evasão grande de recursos públicos para o sistema privado significa prejuízo direto aos serviços públicos. Outro problema é a insuficiente base política de apoio social para a concretização do investimento (administrativo, político e financeiro) no SUS, ligado ao anterior. Não se tem conseguido impulsionar a expansão/estruturação do SUS, em direção à universalidade, equidade e integralidade^{4,6}.

Este artigo é um ensaio que aborda esses dois problemas interligados articulando três fenômenos sócio-político-institucionais cujo enfrentamento, por hipótese, é necessário para sua resolução, embora não suficiente: a) os grandes e crescentes gastos tributários em saúde; b) o financiamento estatal de planos privados de saúde para servidores públicos; e c) a pouca articulação entre o movimento sanitário e o sindical, que historicamente demanda por planos privados.

Nossa argumentação se desenvolve partindo da análise comparada de sistemas de saúde, para caracterizar sinteticamente o SS brasileiro frente às tipologias da literatura internacional. A seguir, baseados em dados e análises produzidas por outros autores da Saúde Coletiva (SC), discutimos e articulamos progressivamente os três fenômenos anteriormente mencionados.

Sistemas comparados de saúde

A análise comparativa no campo da saúde serve-se de tipologias de SS para descrever o

contexto institucional dos cuidados e as políticas de saúde em países diferentes⁷. A construção de tipos ideais facilita a compreensão da realidade, através da *acentuação unilateral de um ou vários pontos de vista*⁸ (p.106). As tipologias ajudam a delinear um SS com base em dimensões analíticas, tais como: modalidades de financiamento, tipo de remuneração dos profissionais, formas de organização e prestação dos serviços etc.

Os estudos comparativos tornaram-se um campo de pesquisa consolidado^{9,10,11,12,13,14,15}. Field¹⁶, pioneiro nesta área, descreveu a evolução histórica dos SS e identificou uma tipologia de SS, conforme os cuidados eram mais ou menos considerados bens de consumo, serviços para segurados e serviços estatais ou suportados pelos estados. Frenk e Donadédiam¹⁷ propuseram uma tipologia de intervenção Estatal nos cuidados de saúde baseada em duas dimensões: 1) forma de controle estatal sobre a produção de serviços médicos; 2) relação do Estado com os beneficiários: com direito de cidadania; com seguros sociais ou categorias especiais (forças armadas, funcionários públicos, etc.); pobres e grupos menos privilegiados.

Um estudo muito influente da *Organisation for Economic Co-operation and Development* (OECD)¹⁸ identificou três modelos básicos de SS: 1) SS com cobertura universal (modelo Beveridge), com financiamento proveniente da tributação geral e prestação pública dos cuidados de saúde (nasceu no Reino Unido e difundiu-se na Suécia, Noruega, Dinamarca, Finlândia, Islândia, Nova Zelândia e, sucessivamente, na Itália, Portugal, Espanha, Grécia); 2) SS com seguros sociais obrigatórios (modelo Bismarck), com cobertura universal, financiado por contribuições de empregadores e empregados, através de fundos de seguros sem fins lucrativos, e prestações de cuidado públicas ou privadas (Alemanha - protótipo, com versões similares na Áustria, Bélgica, França, Holanda, Suíça, Japão); 3) SS com seguros privados, financiado pelas contribuições voluntárias de indivíduos e empregadores, com prestações de cuidado de saúde predominantemente privadas (EUA - protótipo, com aproximações no México, Chile, Austrália). Esta tipologia da OECD é bastante utilizada até hoje⁷.

Moran¹⁵ considera três arenas importantes a serem governadas: o consumo, a provisão e a tecnologia. O governo do consumo se preocupa com os mecanismos para garantir o acesso, incluindo os recursos alocados no sistema de saúde. O governo das prestações de cuidados trata de mecanismos de regulação de hospitais e profis-

sionais, e das relações público-privado. O governo da tecnologia concentra-se nos mecanismos que regulam as inovações em saúde e as indústrias de equipamentos e tecnologias médicas.

Wendt et al.¹⁹, baseados no modelo da OECD¹⁸ e nas arenas de Moran¹⁵ identificam três responsabilidades ou dimensões nos SS: 1) financiamento: via impostos, seguros sociais ou privado; 2) prestação de cuidados de saúde: efetuadas em instalações estatais por profissionais públicos, ou em estruturas do terceiro setor (*societal-based facilities*), ou por profissionais privados; 3) regulamentação das modalidades de financiamento e de provisão dos serviços. Os elementos ‘Estado’, ‘sociedade’ e ‘privado’ tendem a coexistir nas três dimensões. Com base nas variações possíveis, os autores estabeleceram uma taxonomia de 27 possíveis SS, três dos quais definidos como SS idealtípicos: Sistema Estatal de Saúde, Sistema de Saúde Societal, Sistema Privado de Saúde. A partir destes, identificam três formas de transformações dos SS no tempo¹⁹: 1) há uma “mudança de sistema” (mais raro). Por exemplo: um SS baseado em seguros sociais muda para um Serviço Nacional de Saúde, como ocorreu na Espanha, Itália, Portugal e Grécia nos anos 70 e 80; 2) há uma “mudança interna no sistema” (mais comum). Por exemplo: a provisão de cuidados passa do Estado para serviços privados, permanecendo, no entanto, o financiamento e a regulamentação estatais, como ocorreu na reforma do NHS inglês, com a introdução do mercado interno, que não envolveu a substituição do Estado como o principal regulador e financiador; 3) há uma “mudança interna de uma ou mais dimensões” (mais branda), que não implica troca das características do sistema, como em SS privados com iniciativas públicas para atender certos grupos sociais (por exemplo, pobres e idosos/deficientes, via *Medicaid* e *Medicare* nos EUA).

Frente às reformas dos SS nos países industrializados, surgiu um debate na década de 1990 sobre se teriam gerado um processo de harmonização dos SS em direção a um modelo comum¹³. Nesta linha, Chernichovsky¹⁰ identifica um “paradigma emergente” (“tecnocrático”), que combina as vantagens dos sistemas públicos (“equidade e macro eficiência social”) com as dos sistemas privados e mistos (“satisfação dos consumidores e micro eficiência na provisão dos cuidados”); atravessando linhas ideológicas (privado *versus* público) e conceituais (mercado *versus* planejamento centralizado) e considerando superada a divisão tripartite cunhada pela OCDE. Outros autores, contudo, enfatizam a divergência entre

os SS como resultado da diversidade cultural e dos contextos locais^{16,20}.

Apesar desse debate, a tipologia cunhada da OECD reformulada por Moran¹⁵ e Wendt et al.¹⁹ é ainda a mais utilizada, e identifica três SS idealtípicos (Figura 1).

Salvo exceção rara, não existem sistemas puros, como mencionamos na análise das transformações. Mas esta classificação é útil para estabelecer o grau de aproximação de cada SS nacional com os três tipos ideais.

O SUS entre segmentação e privatização: uma perspectiva comparada

Como categorizar o SS brasileiro? Se considerarmos indicadores econômicos (gastos público x privados), a proporção de gasto público em saúde no Brasil (43,3%) atualmente é menor que a dos EUA (46,6%), um modelo de SS majoritariamente privado²¹. O Brasil está longe dos países com Serviço Nacional de Saúde, cujos gastos públicos são mais do 70% da despesa total.

Comentou-se sobre um *processo de americanização do sistema de saúde brasileiro*²²(p.1351). No início dos anos 1990 havia *uma nítida aproximação paradigmática do caso brasileiro ao norte-americano*²³ (p.153); a ação do Estado parecia não incluir a totalidade da população, como no modelo inglês, mas *atender os setores sociais de menor poder aquisitivo*²³(p.155-156). Esta situação não coincide com certas visões otimistas e *excessivamente valorativas do SUS*²⁴(p.754), que veem o SUS real como universal.

A relação público-privado é uma dimensão importante para compreender a estruturação dos subsistemas que compõem o SS. Neste sentido, a grande ‘segmentação’ e ‘fragmentação’ são características marcantes do SS brasileiro. Estudiosos têm analisado a contradição entre o desenho original do SUS (constitucionalmente regrado como sistema público universal e hierarquizado, baseado na atenção primária à saúde (APS) ou atenção básica) e a sua segmentação em três subsistemas: o SUS, o subsistema complementar e o sistema de desembolso direto²⁵⁻²⁹. Gurgel et al.³⁰ reconhecem três sistemas paralelos: *um sistema universal de saúde, principalmente de APS; um sistema em que o comprador público adquire cuidados secundários e terciários de prestadores privados; e um onde os segurados privados compram serviços de provedores privados, com subsídio estatal, como veremos.*

Houve uma *naturalização das assimetrias de cobertura, acesso e utilização de serviços de saúde*²⁵(p.1388) entre os usuários do SUS e os dos

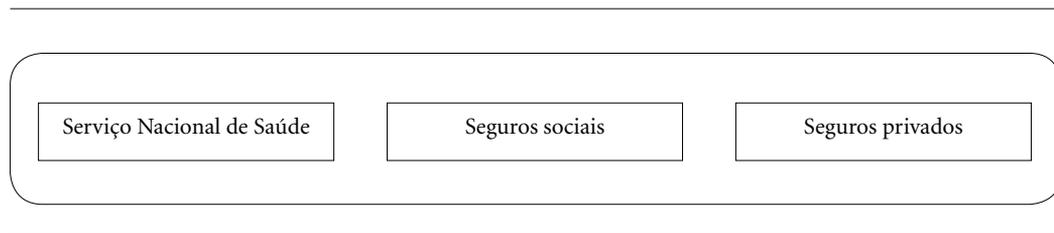


Figura 1. Tipos de sistema de saúde por provisão e financiamento.

Fonte: elaboração própria-baseada em OECD¹⁸, Moran¹⁵ e Wendt et al.¹⁹.

planos de saúde². Bahia²⁴ chamou a atenção, entretanto, para a insuficiente reflexão acadêmica que *dissimula o papel do Estado como agente ativo [...] para preservar a segmentação* (p.1394).

Contudo, é necessário esclarecer que existir alguma segmentação no SS não é um fenômeno exclusivamente brasileiro. Ela é relativamente comum, em pequena dimensão. O problema do SS brasileiro é a magnitude da segmentação. Por exemplo, a atenção privada via planos/seguros na União Europeia *corresponde a menos de 5% do total dos gastos em saúde*²⁸ (p.1443). Outro exemplo: em Portugal, além do Serviço Nacional de Saúde, existem subsistemas públicos ou privados voluntários que cobrem 25% da população³¹. Contudo, a segmentação do SS português não implica uma grande disparidade de financiamento entre público e privado, como aqui. Brasil e Portugal têm similar fração populacional atendida no sistema público, cerca de 75% da população; porém, no Brasil, essa fração absorve apenas 42% dos gastos em saúde³², enquanto em Portugal 66%³¹. E o gasto público em saúde de Portugal é um dos menores da União Europeia (UE). Se compararmos o Brasil com países mais virtuosos da UE, a lacuna fica ainda mais evidente (Tabela 1).

O SUS é, apesar da legislação universalista, um sistema público não universal, subfinanciado, estruturado com provisão predominantemente estatal na APS (sob responsabilidade municipal), provisão mista no cuidado especializado e hospitalar (com predomínio privado); e grandes gastos tributários fomentadores do sistema privado. O SS brasileiro configura-se, portanto, ou como um *mix* dos dois extremos da Figura 1, se considerarmos que os seguros sociais tem como pilar a obrigatoriedade; ou como um mix dos três tipos ideais, considerando que a maioria dos planos privados são coletivos com pagamento dos empregadores, e que o financiamento estatal deles via gastos tributários é a regra, caracterizando

tendencialmente *o financiamento tripartite [...] do modelo de seguro bismarckiano*³³(p.160), embora aqui os planos sejam voluntários.

Gastos tributários em saúde no Brasil

Gastos tributários são renúncias de receitas governamentais focadas em um grupo restrito de contribuintes, setores ou regiões³⁴. As suas formas mais importantes na saúde no Brasil envolvem dedução fiscal de gastos com planos e seguros privados de saúde para pessoas jurídicas e pessoas físicas e o financiamento de planos privados de saúde para servidores públicos da União, dos estados e dos municípios^{35,36}.

O gasto tributário é relevante no orçamento público e seu efeito é igual ao de uma despesa direta. No setor saúde, ele começou a intensificar-se na ditadura militar e cresceu nas últimas décadas²⁷. Machado et al.³³ calcularam que o gasto tributário em saúde (GTS) correspondeu a 14% do total do gasto tributários federal em 2018 (R\$ 39 bilhões).

As despesas médicas no Imposto de Renda Pessoa Física (IRPF) são persistentemente a maior rubrica do GTS, quase metade do total em 2013 (46,8%)³⁵, e beneficiam os mais ricos³⁷. Em 2013, 60% da dedução de despesas médicas concentraram-se em quem recebia mais de dez salários mínimos mensais³⁵. Em 2016, os gastos com planos de saúde foram 71% das deduções de despesas médicas do IRPF³⁸.

O GTS é uma peça-chave na reprodução do setor privado²⁷ e não influencia a regulação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Além disso, não há teto para as deduções de gastos com saúde do IRPF e IRPJ, que dependem, exclusivamente, da magnitude desses gastos³⁹.

O GTS corresponde a 30% dos gastos do Ministério da Saúde, induz o crescimento do mercado da saúde e é altamente injusto¹. Beneficiando

Tabela 1. Gasto total em saúde/PIB, gasto em saúde, desembolso direto, de alguns países associados e parceiros da OECD.

Países	% PIB	% Público/ total (2017)	Desembolso direto (2016)
Canadá	10,1	70,1	14,6
Chile	7,4	60,8	32,1
EUA	17,2	46,6	11,1
México	5,4	51,6	40,4
Japão	10,7	84,2	12,9
França	11,4	83,0	9,8
Alemanha	10,9	85,0	12,4
Holanda	10,1	81,3	11,5
Itália	8,9	74,0	23,1
Noruega	10,4	85,0	14,5
Portugal	9,0	66,6	27,8
Espanha	8,8	70,8	23,8
Suécia	10,9	81,6	15,2
Grécia	8,4	61,2	34,3
Reino Unido	9,6	78,7	15,1
Brasil (2015)	8,9	43,3	28,3
Colômbia	6,2	70,8	18,3
Rússia	5,3	57,0	40,5
China	5,4	56,8	32,4
Costa Rica	7,6	75,2	22,0
Índia	3,9	24,8	65,1
África do sul	8,2	42,7	7,7

Fonte: OECD, Health Statistics, 2018²¹.

os 10% mais ricos da população¹, o GTS com planos privados é um fator de geração de desigualdades no acesso e na utilização de serviços de saúde, pois esses planos cobrem, geralmente, pessoas de maior renda familiar, brancas, com maior escolaridade, inseridas em determinados ramos de atividade e moradores das capitais/regiões metropolitanas^{40,41}. Esse problema carece cronicamente de ser enfrentado, se almejamos uma universalidade com equidade no cuidado à saúde no Brasil.

Os trabalhadores organizados, o SUS e os planos de saúde

A construção do SUS tem um ponto crítico e falho na sua relação com os movimentos sindicais. Em 1990, Faveret e Oliveira²³ descreveram um efeito adverso da universalização do SUS sem ampliação proporcional da rede de serviços públicos, cuja deterioração do padrão de acesso

e qualidade para os trabalhadores formalizados induziu migração massiva desses trabalhadores para planos privados de saúde. Seus sindicatos pautaram a inclusão desses planos nas negociações com os patrões. Essa migração eliminou dos usuários da APS grupos sociais com forte poder de pressão política-social; pressão desviada para a expansão do setor privado, já então subsidiado pelo público. O final dos anos 1980, independentemente da criação do SUS, foi uma época de intenso crescimento dos planos de saúde^{42,43}.

Estudos como os de Dias Filho³³ e de Santos⁴⁴ que analisaram em detalhes os posicionamentos dos trabalhadores organizados contextualizados em vários momentos históricos, indicaram que já no nascimento do SUS o movimento sindical, apesar de apoiar a construção do SUS (sobretudo via centrais sindicais), carregava ambiguidades em relação a ele, mantendo uma postura um tanto corporativa nas discussões da 8ª Conferência Nacional de Saúde, da Comissão da Reforma Sanitária e na Assembleia Nacional Constituinte de 1988. Também Gallo et al.⁴⁵ alertavam para a escassa adesão dos movimentos sociais, sindicais e populares: *A Reforma Sanitária não tem o reforço da participação popular a não ser em seu próprio discurso* (p.416). Para Menicucci⁴⁶, apesar das lideranças sindicais aderirem ao SUS nos seus fóruns, há uma *contradição entre os interesses imediatos e a orientação político-ideológica [...] universalista* (p.76), com uma crescente “cultura dos planos de saúde” nos sindicatos. Em 2001, cerca de 75-80%⁴² dos contratos de planos de saúde no Brasil eram coletivos. Em 2007, essa proporção era de 70%⁴⁷; em 2018, 76%⁴⁸.

Há algum reconhecimento da relevância estratégica do problema da distância/ desvinculação do movimento sanitário dos movimentos sindicais, cuja ausência (de sua força política) dificulta a luta pela estruturação do SUS. Discutindo teoricamente a centralidade de uma base trabalhista organizada como estratégica para a luta pelo SUS, Santos⁴⁹ conclui que *apesar de se situarem em um campo comum e convergente de dilemas, o diálogo entre as reflexões sanitaristas e sindicalistas conserva-se refratário e descontínuo por excelência* (p.224). Considerando, empiricamente, os debates constituintes brasileiros, os persistentes e altos índices de acidentes de trabalho e sua subnotificação no país e a forte e crescente demanda sindical por planos privados de saúde, o autor⁵⁰ conclui que há uma *lateralidade do argumento sanitarista e um lapso de maturação teórica* (p.243) no movimento sindical, para além do diálogo precário e descontínuo. Há uma não

inserção do argumento civilizatório universalista da reforma sanitária na gramática e nos valores trabalhistas, interdito pela razão corporativa sindical.

Parece coerente e empiricamente adequado considerar que a pouca ênfase dada pelos trabalhadores organizados à luta pelo SUS é uma perda grande que enfraquece significativamente os esforços do movimento sanitário pós-1988. As forças políticas e sociais pró-SUS não tem sido capazes de vencer as gigantescas dificuldades de financiamento⁵¹ (p.2010).

Um aspecto dessa questão relaciona-se à função filtro da APS como mediadora da universalidade, equidade e integralidade. Embora consensual na literatura internacional, nas normativas do SUS e no discurso da SC, a APS parece pouco tematizada na sua relação com a sociedade em geral e o movimento sindical. O grosso dos planos de saúde brasileiros oferecerem acesso direto à medicina especializada, mas sabe-se que tal acesso é muito mais caro e não resulta em benefícios aos usuários^{52,53}. Todavia, esse acesso parece estabelecido como desejável e cobiçado no senso comum, na cultura brasileira, nos servidores públicos em geral e do SUS, bem como entre os trabalhadores mais bem remunerados^{46,54}. A pouca penetração e uso da APS nesses grupos sociais mostra-se por dados gerais e ausências relativas. Em 2009, apenas 16% das pessoas com renda acima de cinco salários mínimos eram cadastradas em uma equipe de Saúde da Família⁵⁵. Quanto às ausências, há a ausência da APS nas demandas sindicais. Recentes ofertas de função filtro via Médicos de Família e Comunidade em planos de saúde não são demandas trabalhistas (ao que sabemos). Encontramos pouca literatura a esse respeito na SC. Em 2005, um artigo defendendo a função filtro da APS⁵⁶ foi debatido: embora convergentes com essa defesa, importantes sanitaristas relativizaram parcialmente essa função^{57,58}.

Se as classes médias, os trabalhadores mais bem remunerados, os servidores públicos e do SUS acessam diretamente os especialistas via planos privados (pressionados pelas filas e pela demora para o cuidado especializado no SUS⁵⁵, mas também talvez por preferência), o tema da APS se torna um problema relevante, pois é a ela que o SUS deve garantir acesso, via Estratégia Saúde da Família (ESF)⁵³, a qual deve viabilizar, quando necessário, cuidados especializados. Isso é acirrado pela visão do SUS e dos serviços de APS, sobretudo junto aos setores de renda média e média alta, como serviços públicos “de má qualidade”⁴ (p.250).

Um fator relevante no complexo conjunto de dificuldades e desafios aí envolvidos parece ser a adesão, na prática, dos trabalhadores sindicalizados e dos servidores públicos aos planos privados de saúde^{43,46-50}. Embora os servidores públicos pareçam atores pequenos frente à dimensão e complexidade da política nacional, este argumento merece atenção.

Incoerências e contradições: argumentos para uma agenda

Dentro do GTS há essa parcela simbolicamente importante, que dificulta o enfrentamento do subfinanciamento e da insuficiente base social de luta pela expansão do SUS via APS: os servidores públicos das três esferas de governo, das empresas estatais, dos três poderes, incluindo os profissionais do SUS, servidores das instituições de ensino e pesquisa (a ‘inteligência sanitária’), usufruem de subsídio estatal para uso de planos privados de saúde (além das deduções no IRPE, acessíveis a todos).

Não encontramos estudos sobre essa preferência e uso pelos servidores públicos e do SUS, mas isso mesmo é um indicador do pouco investimento em pesquisa nesse tema pela SC. As análises sobre uso dos planos privados não esclarecem os subsídios aos servidores públicos. Os dados do IBGE (Pesquisa Nacional de Saúde) e da ANS também não⁴¹. Também não localizamos legislação federal sobre isso, apenas sua autorização no artigo 230 da Lei 8.112 de 11/12/1990, que trata do regime jurídico dos servidores civis federais. Duas portarias do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão regem o subsídio público aos planos privados dos servidores civis do poder executivo federal: uma⁵⁹ estabelece regras a serem seguidas e outra⁶⁰ estabelece valores dos subsídios por faixa etária e salarial. Estados, municípios e outros poderes têm regras próprias.

Parece haver uma ignorância geral sobre esse universo. Como ilustração, oferecemos alguns dados da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), da Prefeitura Municipal de Florianópolis (PMF) e do governo estadual de Santa Catarina, de 2019. A UFSC oferece aos seus servidores e dependentes um plano de saúde subsidiado - Unimed Grande Florianópolis -, com 15.285 usuários, usado por 76% dos docentes e 65% dos técnico-administrativos: a maior carteira de beneficiários da Unimed Grande Florianópolis. A PMF tem cerca de 35.700 servidores e oferece um plano de saúde subsidiado (SC-Saúde, também disponível aos servidores estaduais civis e milita-

res), com 12.372 usuários (34,6% dos servidores municipais). Dos 46.680 servidores estaduais civis, militares (incluindo ativos e aposentados) e pensionistas, e seus 60.066 dependentes (total de 106.746 pessoas), residentes na Grande Florianópolis, 65% usam o SC-Saúde. Se considerarmos apenas os servidores da Secretaria do Estado da Saúde, de um total de 26.170 pessoas (ativos, inativos, pensionistas e dependentes), 60% são usuários do SC-Saúde (Quadro 1).

A soma desses três grupos de servidores públicos e seus dependentes chega a 33,0% dos usuários dos planos de saúde da Grande Florianópolis (detalhes e fontes no Quadro 1). Uma parcela também subsidiada de servidores públicos (poder judiciário, outras instituições federais etc) não entrou no cálculo, o que o torna subestimado.

A magnitude do número desses usuários indica a relevância do fenômeno e a necessidade de novas pesquisas com esse foco. Essa situação faz com que os servidores públicos e do SUS vivam uma contradição que mina parte de sua própria adesão à luta pela construção e universalização da APS e do SUS, e injeta um grau significativo de incoerência no seu discurso/argumento sanitário universalizante. Tal situação pode ser ilustrada por uma metáfora: a situação seria análoga a dos cozinheiros de uma rede de restaurantes que, entretanto, não comem de sua própria comida, e vão almoçar rotineiramente em outros restaurantes. Mesmo com as várias ressalvas cabíveis, tal metáfora traz mensagem cristalina: parece pouco provável que a população e os trabalhadores/sindicatos valorizem, acreditem e lutem pela construção do SUS via APS se os seus próprios profissionais/intelectuais/gestores/líderes não usam a ESF e não defendem expressa e concretamente, por meio de pesquisas e propostas políticas/legislativas, por meio de suas instituições e agremiações (CEBES, ABRASCO, departamentos de Saúde Coletiva e Medicina Social) o fim dos privilégios de uso financiado dos planos de saúde pelos servidores públicos, para além do fim ou redução do GTS.

Fica reduzida a credibilidade e legitimidade desses profissionais/líderes/instituições se na prática usam para si os planos privados (e com isso os apoiam, subliminarmente) com subsídio estatal, acessando diretamente a medicina especializada, o que é negado ao cidadão na APS. Para que a classe média e os sindicatos de trabalhadores parem de lutar por planos privados, parece coerente, didático e exemplar que os sanitaristas e suas instituições façam o mesmo e advoguem claramente pelo fim de seus privilégios de uso

subsidiado dos planos de saúde. Procuramos manifestações nesse sentido na literatura da SC e pouco encontramos. Em recente documento, a ABRASCO⁶¹ afirma que houve “crescimento do comércio de planos privados [...] com a ampliação dos subsídios fiscais dados aos compradores desses planos” (p.10); e defende *acabar com o subsídio aos planos de saúde, passando a transferir para o SUS os novos recursos que o Estado vai recolher das empresas e das pessoas que compram planos de saúde* (p.17). Mas não aparecem propostas especificamente sobre os planos privados subsidiados dos servidores públicos. Exceções são artigos científicos que mostram genericamente a situação: estimou-se com dados de 2005 que cerca de 20% dos planos de saúde privados eram financiados diretamente com recursos públicos²⁵. Em 2010, 22,5% dos segurados privados eram financiados pelo Estado, nos três níveis de governo⁵⁵.

Há, todavia, que fazer justiça a gestores e pesquisadores que discutiram especificamente o problema. Para Dias Filho⁴³, essa crítica, válida para o passado e o presente, *deveria transmutar-se em uma autocrítica* (p.159) do movimento sanitário, que não abre mão desses privilégios, protagonizando uma situação paradoxal carente de uma revisão profunda. O paradoxo é que *as centrais sindicais se postam ao lado do movimento sanitário em defesa [do SUS], todavia, assim como esses últimos, aderem aos planos privados*⁴³(p.166).

Assim, a crítica que vale *para o posicionamento da classe trabalhadora se estende para relevantes parcelas do próprio movimento sanitário. Defende-se no seu seio o modelo universal de assistência à saúde, mas adere-se, de fato, à fronteira entre os modelos de seguro bismarckiano e residual-liberal*⁴³ (p.160). Ou seja, o movimento sanitário fala de *um SUS que se ‘defende’, mas que não se ‘usa’ (ou, ainda pior, que se diz usar, porque a água é tratada e os medicamentos são controlados...)*³² (p.12). Dias Filho³³ credita à Maria Lúcia Werneck Vianna e ao José Gomes Temporão falas sobre a burocracia estatal ter planos privados custeados por impostos, o que afeta a solidariedade indispensável à universalização do SUS. Tesser e Norman⁶² assumem: *“em vez de um SUS universal que ‘nós’ usamos através da ESF, o que se vem fazendo [...] parece mais uma APS para os ‘outros’, os pobres”* (p.878).

Enfatizamos a escassez de pesquisas com foco nas questões e contradições tematizadas e de produção de propostas concretas para sua transformação. Defendemos a necessidade de construção de pesquisas e propostas políticas e legislativas a respeito, pelas entidades, pesquisadores e gru-

Quadro 1. Subsídios estatais aos servidores públicos da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), do Estado de Santa Catarina e da Prefeitura Municipal de Florianópolis (PMF) para uso de planos privados de saúde.

Regulamentação
<p>União (UFSC)¹</p> <ul style="list-style-type: none"> . Artigo 230 - Lei 8112, de 11/12/1990 - sobre Regime Jurídico dos Servidores Civis Federais. . Portaria n.1, de 09/03/17. DOU, Seção 1, nº 48, de 10/03/2017 - estabelece regras. . Portaria nº 8, de 13/01/2016. DOU, Seção 1, nº 9, de 14/01/2016 - sobre valores dos subsídios por faixa etária e salarial dos servidores.
<p>Município de Florianópolis²</p> <ul style="list-style-type: none"> . Decreto 5622, de 31/03/2008 - aprova critérios para prestação de serviços de assistência de saúde, instituída pela Lei 5497, de 06/07/1999. . Decreto 16.507, de 28/07/2008 - altera o decreto n. 5.622, de 31/03/2008 e estabelece valores dos subsídios conforme faixa salarial.
<p>Estado de Santa Catarina³</p> <ul style="list-style-type: none"> . Lei Complementar 306, de 21/11/2005 - cria o Sistema de Assistência à Saúde dos Servidores do Estado de Santa Catarina - Santa Catarina Saúde (SC-Saúde). . Decreto 621, de 26/10/2011 - regulamenta a Lei 306 (21/11/2005) e aprova Regulamento do SC-Saúde. . Portaria nº 269 da Secretaria do Estado da Administração, de 29/06/2018 - fixa a contribuição mensal ao SC-Saúde dos Segurados Agregados vinculados ao Segurado e ao Segurado Especial. . Portaria nº 268 da Secretaria do Estado da Administração, de 29/06/2018 - estabelece coparticipação.
Situação
<p>UFSC¹ - 2 opções:</p> <ul style="list-style-type: none"> . a) Plano próprio: UNIMED-UFSC – Contrato 010/2014. O servidor recebe subsídio conforme faixa etária e salarial (Port. nº 8), e o plano é solidário: preço igual para todos os usuários, independente da idade. . Total de 15.285 beneficiários ativos, relativos a 6.634 titulares (os demais são dependentes), dos quais 48% são docentes (76%) do total de docentes da UFSC e 52% técnico-administrativos (65% destes). Não foi possível em tempo hábil levantar dados específicos sobre os docentes da área da saúde. . b) Ressarcimento financeiro: solicitado pelo servidor para uso do subsídio em outro plano de saúde: 727 titulares beneficiários (em 26/07/2019).
<p>PMF²</p> <ul style="list-style-type: none"> . O plano de saúde oferecido aos servidores municipais e dependentes (SC-Saúde) é o mesmo oferecido pelo governo do Estado de SC para servidores estaduais. . Dos cerca de 35.700 servidores da PMF, 12.372 são usuários (incluindo dependentes) do SC-Saúde. . O segurado titular paga uma contribuição mensal conforme sua faixa salarial independente da idade (se > R\$ 3.600,01, sua contribuição é R\$ 323,47; e mais R\$ 40,00 para cada dependente). . Não foi possível em tempo hábil especificar dados sobre os servidores da Secretaria Municipal de Saúde.
<p>Servidores do Estado de Santa Catarina (residentes na Grande Florianópolis)³</p> <ul style="list-style-type: none"> . Total de civis e militares (ativos, inativos, pensionistas, dependentes) = 106.746. . Nº de usuários do SC-Saúde (ativos, inativos, pensionistas, dependentes) = 69.120 >> 64,75% dos servidores estaduais civis e militares, inclusive dos pensionistas e dependentes. . Total de servidores da Secretaria do Estado da Saúde (SES-SC): 26.170. . Nº de usuários do SC-Saúde da SES-SC (ativos, inativos, pensionistas, dependentes): 15.704 >> 60% dos servidores da SES (incluindo ativos, inativos, pensionistas, dependentes)
<p>Subsídio aos servidores públicos de SC, UFSC e PMF residentes na Grande Florianópolis</p> <ul style="list-style-type: none"> . Em 06/2019, 293.192 pessoas tinham um plano de saúde na Grande Florianópolis⁴ . Usuários de planos de saúde subsidiados pela (UFSC/PMF/Governo Estadual) = 96.777 pessoas . Servidores públicos subsidiados são 33,0% dos usuários dos planos de saúde da Grande Florianópolis.

Fonte: elaboração dos autores com base em: ¹ Dados e informações fornecidas pela Coordenação de Saúde Suplementar do Departamento de Atenção à Saúde da Pró-reitoria de Desenvolvimento e Gestão de Pessoas da UFSC e seu relatório interno de 05/2019. Legislação disponível em: <http://planodesaude.ufsc.br/legislacao-planos-contratados-individualmente/> Acesso: 26 Ago 2019. ² Dados fornecidos pela Gerência de Benefícios da PMF em 31/07/2019 e outros disponíveis em: <http://www.pmf.sc.gov.br/sites/portalservidor/index.php?cms=sc+saude++pmf&menu=0>. Acesso: 26 Ago 2019. ³ Dados fornecidos pela Diretoria de Gestão do Plano de Saúde da Secretaria de Administração do Estado de Santa Catarina em 19/08/2019, baseados na folha de pagamento de julho de 2019. Foram considerados Grande Florianópolis os municípios definidos pelo artigo 80, inciso XVIII da Lei Complementar Estadual nº 381, de 07/05/2007. Legislação disponível em: <http://scsaude.sea.sc.gov.br/prestador/legislacao/>. Acesso: 26 Ago 2019. ⁴ <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>. Acesso: 26 Ago 2019. O número de usuários de planos de saúde da Região Metropolitana de Florianópolis (núcleo), foi corrigido com adição dos usuários de três outros municípios vizinhos, para equivaler aos usuários da Grande Florianópolis³.

pos defensores da reforma sanitária, com vistas a uma solução institucional desse problema específico - um dentre vários outros a serem enfrentados para superar as complexas heranças histórico-estruturais e políticas do SS brasileiro, sua segmentação e iniquidade.

A luta pela construção do SUS via APS universal muito se beneficiaria da adesão do movimento sindical, mas parece sensato e lógico considerar que o movimento sanitário só vai conseguir protagonizar ou participar de algo como um “programa de formação política” dos sindicalistas, sugerido por Santos⁴⁸ (p.1419), se resolver a maior parte deste problema ético-político genético, advogando, como fez a ABRASCO ainda de forma genérica, pela redução drástica dos gastos tributários em geral, incluindo explicitamente o fim dos privilégios de financiamento estatal de planos privados para os servidores públicos.

Considerações finais

O SS brasileiro é híbrido e altamente segmentado, com graves problemas crônicos de subfinanciamento. Paradoxalmente o Estado financia o setor privado, via gastos tributários (a), incluindo planos de saúde subsidiados de servidores públicos e profissionais do SUS (b). O esforço para

a universalização da APS e do SUS carece da força social e política do movimento sindical, cujas demandas têm se dirigido ao setor privado (c).

A mesma natureza de (a) e (b) significa histórico estímulo estatal aos planos privados, havendo crônico estrangulamento orçamentário do SUS. A persistência da articulação entre (b) e (c) significa sabotagem político-ideológica da valorização social da APS e do SUS e fomento/defesa do setor privado pelo exemplo. A articulação entre (a), (b) e (c) mantém grupos sociais politicamente poderosos, sobretudo movimentos sindicais, longe do uso da APS e do SUS e da luta pela sua universalização. Desmontar (a) pode significar aumento significativo do orçamento do SUS; sem o desmonte de (b) é difícil mudar (c). Desarmar essa tripla articulação é estratégico/necessário para construção da universalidade e equidade da APS e do SUS. Para avançar nessa direção a SC, enquanto campo acadêmico e aglutinadora de movimentos sociais e políticos, deve reconhecer e denunciar como iníquos (a) e (b); produzir pesquisas e propostas específicas para sua extinção e lutar ativamente por elas. Isso facilitará o trabalho de transformação de (c), no sentido de tornar o SUS e sua APS reivindicações sindicais concretas. Juntos, os movimentos sindical, sanitário e outros poderão avançar no longo caminho para a universalização do SUS público Beveridgeano constitucional.

Colaboradores

CD Tesser e M Sarapioni conceberam conjuntamente o artigo e assim redigiram a introdução. M Sarapioni redigiu a primeira versão do segundo e terceiro tópicos; CD Tesser a do quarto e quinto tópicos, sendo o sexto e sétimo redigidos conjuntamente. Os autores participaram igualmente na atualização bibliográfica, revisão crítica, redação e aprovação da versão final do artigo.

Agradecimento

CD Tesser agradece ao CNPq pelo apoio financeiro (bolsa de produtividade em pesquisa). M Sarapioni agradece à Fundação para a Ciência e Tecnologia (FCT) pelo apoio financeiro.

Referências

- Ocké-Reis CO. Sustentabilidade do SUS e renúncia de arrecadação fiscal em saúde. *Cien Saude Colet* 2018; 23(6):2035-2042.
- Menicucci TMG. Relação público-privado no sistema de saúde brasileiro: opacidade cognitiva e analítica. *Cien Saude Colet* 2008; 13(5):1398-1408.
- Silva THS. Entre o consenso e o minotauro da saúde: um balanço da estratégia da Reforma Sanitária Brasileira. In: Fleury S. *Teoria da reforma sanitária: diálogos críticos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2018. p. 291-336.
- Marques RM, Piola SF, Roa AC, organizadores. *Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento*. Rio de Janeiro: ABRÉS; Brasília: Ministério da Saúde, Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento; OPAS/OMS; 2016.
- Piola SF, Paiva AB, Sá EB, Servo LMS. *Financiamento público da saúde: uma história à procura de rumo*. Rio de Janeiro: Ipea; 2013.
- Monteiro MG. As mudanças de direção nas políticas de saúde: atores e estratégias ocultas na implementação do Sistema Único de Saúde. In: Fleury S., organizadora. *Teoria da Reforma Sanitária: diálogos críticos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2018. p.247-290.
- Burau V, Blank, RH. Comparing Health Policy: An Assessment of Typologies of Health Systems. *J Comp Policy Analysis: Res Pract* 2006; 8(1):63-76.
- Weber M. *Sobre a teoria das Ciências Sociais*. São Paulo: Moraes; 1990.
- Roemer M. *National Health Systems of the World*. New York: Oxford University Press; 1991.
- Chernichovsky D. Health systems reforms in industrialized democracies: an emerging paradigm. *Milbank Q* 1995; 73(3):339-372.
- Twaddle A. Health system reforms. Toward a framework for international comparison. *Soc Sci Med* 1996; 43(5) 637-654.
- Mechanic D, Rochefort DA. Comparative medical systems. *Annu Rev Sociol* 1996; 22:239-270.
- Saltman RB. Convergence versus social embeddedness Debating the future direction of health care systems. *Eur J Public Health* 1997; 7:449-453.
- Ham C, organizador. *Health Care Reform. Learning from international experience*. Buckingham: Open University Press, 1998.
- Moran M. Understanding the welfare state: the case of health care. *Br J Polit Int Relat* 2000; 2:135-160.
- Field MG. The health system and the polity: A contemporary American dialectic. *Soc Sci Med* 1980; 14(5):397-413.
- Frenk J, Donabedian A. State intervention in medical care: types, trends and variables. *Health Policy Plan* 1987; 2(1):17-31.
- OECD. *Financing and Delivering Health Care: A comparative analysis of OECD Countries*. Paris: OECD; 1987.
- Wendt C, Frisina L, Rothgang H. System Types: A Conceptual Framework for Comparison. *J Soc Policy* 2009; 43(1):70-90.
- Giarelli G. Il malessere della medicina. *Un confronto internazionale*. Milão: Franco Angeli; 2003.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). *Health Statistics 2018, Frequently requested data*. [cited 2019 Feb 11]. Available: <https://www.oecd.org/els/health-systems/OECD-Health-Statistics-2018-Frequently-Requested-Data.xls>
- Ocké-Reis, CO. Gasto privado em saúde no Brasil. *Cad Saude Publica* 2015; 31(7):1351-1353.
- Faveret Filho P; Oliveira, PJ. A universalização excluyente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. *Planejamento e Políticas Públicas* 1990; 3(1):139-162.
- Bahia L. O sistema de saúde brasileiro entre normas e fatos: universalização mitigada e estratificação subsidiada. *Cien Saude Colet* 2009; 14(3):753-762.
- Bahia L. As contradições entre o SUS universal e as transferências de recursos públicos para os planos e seguros privados de saúde. *Cien Saude Colet* 2008; 13(5):1385-1397.
- Mendes EV. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: Mendes, EV, organizador. *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Hucitec-Abrasco; 1993. p.19-91.
- Ocké-Reis CO. O Estado e os planos de saúde no Brasil. *Rev Serv Publico* 2000; 51(1):123-147.
- Gerschman S. Políticas comparadas de saúde suplementar no contexto. *Cien Saude Colet* 2008; 13(5):1441-1451.
- Monteiro MG. As mudanças de direção nas políticas públicas: atores e estratégias ocultas na implementação do Sistema Único de Saúde. In: Fleury, S., organizadora. *Teoria da Reforma Sanitária. Diálogos críticos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2018.
- Gurgel Júnior GD; Sousa MC; Oliveira SRA.; Silva Santos FA; Diderichsen F. The National Health Services of Brazil and Northern Europe: universality, equity, and integrality - time has come for the latter. *Int J Health Serv* 2017; 47(4):690-702.
- Simões J; Augusto GF; Fronteira I; Hernández-Quevedo C. Portugal: Health system review. *Health Syst Transit* 2017; 19(2):1-184.
- Bahia L. Trinta anos de Sistema Único de Saúde (SUS): uma transição necessária, mas insuficiente. *Cad Saude Publica* 2018; 34(7):1-15.
- Dias Filho PPS. *Neocorporativismo e Saúde Suplementar: as bases sociais da privatização da Saúde no Brasil* [tese]. Rio de Janeiro: ENSP-Fiocruz; 2016. 305 f.
- Machado FG, Mendes AN, Carnut L. As formas político-jurídicas do Estado no capitalismo contemporâneo e as renúncias fiscais em saúde. *Saude Debate* 2018; 42(117):354-363.
- Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz); Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). *Regime Fiscal dos Estabelecimentos e Empresas de Planos e Seguros Privados de Saúde: legislação fiscal, mensuração dos gastos tributários, relações com a política fiscal, impactos sobre a equidade e relações com a regulação - Relatório Final*. Brasília; Rio de Janeiro: ANS; Fiocruz; OPAS; 2015. [acessado 2018 dez 18]. Disponível em: <https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2016/12/relatorio-final-0-Regime-Fiscal-Planos-Privados.pdf>

36. Melo MFGC. *Relações público-privadas no sistema de saúde brasileiro* [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2017. [acessado 2018 dez 26]. Disponível em: http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/330343/1/Melo_MariaFernandaGodoy-CardosoDe_D.pdf
37. Salvador E. *Perfil da desigualdade e da injustiça tributária*. Brasília: Inesc; 2016.
38. Receita Federal. Grandes Números IRPF - Detalhamento das Deduções com Despesas Médicas. [acessado 2019 fev 1]. Disponível em: <http://receita.economia.gov.br/dados/receitadata/estudos-e-tributarios-e-aduaneiros/estudos-e-estatisticas/11-08-2014-grandes-numeros-dirpf/relatorio-despesas-medicinas-dos-ac-2007-a-2016.pdf/view>.
39. Ocké-Reis CO. Gasto privado em saúde no Brasil. *Cad Saude Publica* 2015; 31(7):1351-1353.
40. Pinto LF, Soranz DR. Planos privados de assistência à saúde: cobertura populacional no Brasil. *Cien Saude Colet* 2004; 9(1):85-98.
41. Malta DC, Stopa SR, Pereira CA, Szwarcwald CL, Oliveira M, Reis AC. Cobertura de Planos de Saúde na população brasileira, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Cien Saude Colet* 2017; 22(1):179-190.
42. Bahia L. Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90. *Cien Saude Colet* 2001; 6(2):329-339.
43. Dias Filho PPS. Neocorporativismo e Saúde Suplementar: as bases sociais da privatização da Saúde no Brasil [tese]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2016. 305 f.
44. Santos RT. O fantasma da classe ausente: as tradições corporativas do sindicalismo e a crise de legitimação do SUS [tese]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2014. 170 f.
45. Gallo E, Luchesi G, Machado Filho N, Ribeiro PT. Reforma Sanitária: uma análise de viabilidade. *Cad Saude Publica* 1988 4(4): 414-419.
46. Menicucci TMG. Implementação da reforma sanitária: a formação de uma política. *Saude Soc* 2006; 15(2):72-87.
47. Dain S. Os vários mundos do financiamento da Saúde no Brasil: uma tentativa de integração. *Cien Saude Colet* 2007; 12(Supl.):1851-1864.
48. Santos RT. SUS: um novo capítulo de lutas. *Cien Saude Colet* 2018; 23(6):1719-1720.
49. Santos RT. A teoria sanitária e o momento corporativo: a crítica de um desafio não superado. In: Fleury S, organizadora. *Teoria da Reforma Sanitária: diálogos críticos*. 1ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018. p.183-220.
50. Santos RT. Dilemas públicos e demandas corporativas: a reforma sanitária e a ação sindical. In: Fleury S, organizadora. *Teoria da Reforma Sanitária: diálogos críticos*. 1ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018. p.221-246.
51. Santos NR. Política pública de saúde no Brasil: encruilhada, buscas e escolhas de rumos. *Cien Saude Colet* 2008; 13(Supl. 2):2009-2018.
52. Homa L, Rose J, Hovmand PS, Cherg ST, Riolo RL, Kraus A, Biswas A, Burgess K, Aungst H, Stange KC, Brown K, Brooks-Terry M, Dec E, Jackson B, Gilliam J, Kikano GE, Reichsman A, Schaadt D, Hilfer J, Ticknor C, Tyler CV, Van der Meulen A, Ways H, Weinberger RF, Williams C. A participatory model of the paradox of Primary Care. *Ann Fam Med* 2015; 13(5):456-465.
53. Tesser CD, Norman AH, Vidal TB. Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. *Saude Debate* 2018; 42(spe1): 361-378.
54. Viacava F, Bellido JG. Condições de saúde, acesso a serviços e fontes de pagamento, segundo inquéritos domiciliares. *Cien Saude Colet* 2016; 21(2):351-370.
55. Costa NR. Austeridade, predominância privada e falha de governo na saúde. *Cien Saude Colet* 2017; 22(4):1065-1074.
56. Gérvas J, Pérez Fernández M. El fundamento científico de la función de filtro del médico general. *Rev Bras Epidemiol* 2005; 8(3):205-218.
57. Elias PEM. O universal e o particular na função filtro do médico geral. *Rev Bras Epidemiol* 2005; 487-489.
58. Campos GWS. El filo de la navaja de la función filtro: reflexiones sobre la función clínica en el Sistema Único de Salud en Brasil. *Rev Bras Epidemiol* 2005; 8(4):477-483.
59. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Gestão de Pessoas e Relações do Trabalho no Serviço Público. Portaria Normativa nº 1, de 9 de março de 2017. Estabelece orientações aos órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal - SIPEC sobre a assistência à saúde suplementar. *Diário Oficial da União*, Seção 1, nº 48, 10 mar 2017.
60. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Gestão de Pessoas e Relações do Trabalho no Serviço Público. Portaria nº 8, de 13 de Janeiro de 2016. *Diário Oficial da União*, Seção 1, nº 9, 14 jan 2016.
61. Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). Pela garantia do Direito Universal à saúde no Brasil! Contribuição da ABRASCO aos debates da 8ª + 8 CNS. [acessado 2019 jul 26]. 2019. Disponível em: https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2019/06/DIGITALemA4_03jun19.pdf
62. Tesser CD, Norman AH. Repensando o acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família. *Saude Soc* 2014; 23(3):869-883.

Artigo apresentado em 03/03/2019
 Aprovado em 22/08/2019
 Versão final apresentada em 24/08/2019

Editores-chefes: Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva

