

O Cebes na agenda pela desprivatização da saúde e do SUS

Ana Maria Costa^{1,2}, Maria Lucia Frizon Rizzotto^{1,3}, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato^{1,4}

DOI: 10.1590/2358-28982026150ED-P

ESTE EDITORIAL COMPLEMENTA O PUBLICADO NO NÚMERO ANTERIOR da revista ‘Saúde em Debate’ e busca aprofundar o debate sobre a privatização da saúde no Brasil, contribuindo para a agenda de desprivatização do Sistema Único de Saúde (SUS). O ponto de partida é o capítulo da saúde na Constituição de 1988¹, fruto da luta do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, que consagrou uma concepção radicalmente democrática e universalista da saúde. A trajetória do mandato constitucional revela, porém, que o SUS, apesar de avanços expressivos, convive com subfinanciamento crônico e com a expansão de um setor privado que se alimenta, paradoxalmente, de recursos públicos, configurando a hibridização do setor, produto de correlação de forças políticas, e não de neutralidade técnica.

Os dois mandatos de Fernando Henrique Cardoso (FHC) consolidaram a hegemonia do ajuste macroeconômico neoliberal sobre o financiamento da saúde: a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) (Lei nº 101/2000), vigente até os dias atuais, limitou os gastos com pessoal, favorecendo o setor privado. No mesmo período, o governo regulamentou os planos de saúde (Lei nº 9.656/1998) e criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) (Lei nº 9.961/2000), em ruptura implícita com o projeto universalista². Já a Emenda Constitucional nº 29/2000, que vinculou recursos mínimos à saúde, foi uma conquista do campo progressista, e não uma iniciativa governamental, mesmo com a resistência do Ministério da Fazenda do então governo³. Sob influência do Banco Mundial e do Banco Interamericano de Desenvolvimento, o governo substituiu o horizonte universalista pelo ‘mínimo social garantido’ e criou as Organizações Sociais (OS) (Lei nº 9.637/1998), cuja constitucionalidade o Supremo Tribunal Federal reconheceria, em 2015, na Ação Direta de Inconstitucionalidade (Adin nº 1.923). As OS são dispensadas de licitação para contratos de gestão com o poder público em áreas como saúde, educação e cultura.

Os governos Lula e Dilma (2003-2016) ampliaram o orçamento da saúde e, com o programa Mais Médicos, a força de trabalho da saúde⁴, mas não enfrentaram estruturalmente a relação público-privada: mantiveram e ampliaram a renúncia fiscal aos planos de saúde, seguiram utilizando OS na gestão hospitalar e não dotaram a ANS de instrumentos para reverter a relação predatória do setor privado, posição que refletia estratégia deliberada de governabilidade em coalizão com partidos ligados a esse setor. Fagnani⁵ descreve o resultado como “desenvolvimentismo social” que ampliou serviços públicos sem romper com a lógica mercantil, adiando as contradições estruturais do texto constitucional. Em 2015, durante a crise econômica, Dilma adotou o ajuste fiscal do ministro Joaquim Levy, que enfraqueceu o SUS e aprofundou a dependência do setor privado⁶. Seu *impeachment*, em 2016, por golpe parlamentar apoiado por setores do capital privado de saúde, abriu caminho para a ofensiva privatista mais agressiva da história recente do SUS.

¹Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
dotorana@gmail.com

²Universidade do Distrito Federal (UnDF), Escola Superior de Ciências da Saúde (Escs) – Brasília (DF), Brasil.

³Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste) – Cascavel (PR), Brasil.

⁴Universidade Federal Fluminense (UFF) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

O governo Temer aprovou a Emenda Constitucional – EC nº 95/2016, que congelou por 20 anos os gastos primários federais e retirou do SUS centenas de bilhões de reais ante a regra anterior^{6,7}, enquanto a renúncia fiscal ao setor privado seguia crescendo. O governo Bolsonaro (2019-2022), cuja gestão da pandemia é considerada uma das mais desastrosas do mundo⁸, aprofundou a terceirização e criou outras modalidades de OS, como o Programa Saúde na Hora, sem garantias de controle público. A vitória de Lula em 2022 trouxe a revogação da EC nº 95/2016, substituída pela EC nº 126/2022 (transição e marco fiscal) e pela Lei Complementar (LC) nº 200/2023, que instituiu o Novo Regime Fiscal, que ainda limita a expansão do SUS, a renúncia fiscal permanece sem solução estrutural e a coalizão de governo reproduz as tensões que já limitaram os mandatos anteriores. Mantem-se assim o desafio de avançar no projeto constitucional que exigiria enfrentar interesses que compõem a própria base parlamentar do governo e que depende da capacidade dos movimentos sociais e da academia de mobilizar e ampliar esse espaço de manobra⁹. Diante desse modelo híbrido, construído por escolhas políticas concretas, cabe examinar duas frentes de privatização: o mercado de planos de saúde e as OS.

O mercado de planos de saúde: lucro crescente, regulação insuficiente

O dado agregado de gasto de 5,1% do Produto Interno Bruto privado contra 4,7% público esconde dinâmica relevante: segundo a ANS¹⁰, operadoras e administradoras de benefícios registraram lucro líquido superior a R\$ 11 bilhões em 2024, alta de mais de 270% sobre 2023, receita total de cerca de R\$ 350 bilhões, o melhor resultado do setor desde o primeiro ano da pandemia, puxado pelo segmento médico-hospitalar e pela remuneração de

R\$ 120 bilhões em aplicações financeiras acumuladas. Há contrapartida na renda das famílias: Montes de Moraes et al.¹¹, com dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares 2017/2018, mostram que o comprometimento da renda com planos individuais subiu de 4,5% (menores de 19 anos) para 10,6% (79 anos ou mais), superando 40% da renda per capita para mais de 5% das pessoas idosas que pagam esse plano, o que evidencia um deslocamento do risco para o indivíduo à medida que envelhece e adocece, ao contrário da proteção equivalente do SUS.

A renúncia fiscal à saúde é hoje objeto de disputa interpretativa: Mendes e Weiller¹² tratam a dedução de despesas médicas e de planos de saúde no Imposto de Renda como gasto tributário regressivo, que subtrai recursos potenciais do SUS; o Instituto de Estudos de Saúde Suplementar¹³, financiado pelo próprio setor, contesta essa leitura, o que não a invalida automaticamente, mas exige contraponto de fontes independentes, lacuna que a saúde coletiva ainda não preencheu. Riani Costa e Bahia¹⁴, ao compararem o Brasil e os Estados Unidos da América, mostram que a adesão a planos cresce mesmo em cenários recessivos, contrariando a teoria econômica convencional. Trata-se de indicativo de que a saúde suplementar exige regulação que a considere como parte estrutural, e crescente, do financiamento setorial.

As Organizações Sociais: expansão sem avaliação sistemática

O levantamento do Instituto Brasileiro das Organizações Sociais de Saúde¹⁵ mostra que, dos 1.874 estabelecimentos hoje geridos por OS, concentrados sobretudo no Sudeste, cerca de 80% estão sob gestão de apenas 27 organizações, indício de mercado concentrado, não de universo pulverizado de entidades filantrópicas locais. A literatura sobre *accountability*,

ainda modesta, converge na constatação de lacuna entre a exigência legal de transparência e a prática. Moraes et al.¹⁶ verificaram que o estado do Rio de Janeiro, um dos entes que mais recorrem ao modelo, ocupava a 35ª posição entre 53 avaliados quanto à transparência ativa. Braga¹⁷ sistematizou irregularidades no modelo entre 2015 e 2022 e argumenta que migrar para outras gestões privadas, como Parceria Público-Privada (PPP) ou fundações estatais, sem enfrentar a *accountability*, tende a repetir as mesmas fragilidades sob outra denominação.

Esse acúmulo qualifica a posição historicamente contrária do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) às OS: a oposição de princípio não dispensa a entidade de produzir evidência sistemática sobre um modelo hoje consolidado. Dois eixos se impõem: atualizar o mapeamento da concentração do mercado de gestão hospitalar por OS, extensível às fundações estatais, e replicar, estado a estado, a metodologia de Moraes et al.¹⁶ para o monitoramento da transparência ativa, tarefa ao alcance dos núcleos estaduais e municipais do Cebes.

Os argumentos fiscais em favor da privatização: elementos para uma leitura crítica

Entender a tensão entre o direito constitucional e o mercado lucrativo como disputa política exige revisitar os argumentos fiscais que os defensores da ampliação do espaço privado utilizam na sustentação técnica do discurso da “colaboração”¹⁸ e que a crítica não pode ignorar sob pena de perder força persuasiva. O argumento mais recorrente é que as PPP, as OS e as concessões ampliam a capacidade de investimento público sem gerar dívida direta nem pressionar o resultado primário no curto prazo, já que o desembolso é diluído no tempo¹⁹, apelo real sob a vigência da LRF, arcabouço que historicamente limitou a

ampliação da força de trabalho pública. Estudo do Banco Mundial sobre a eficiência do gasto em saúde no Brasil chega a recomendar as PPP como caminho para melhorar a relação custo-resultado do SUS²⁰, argumento ao qual se somam os de transferência de risco e de estímulo a ganhos de escala, defendidos por entidades como o Instituto Coalizão Saúde²¹.

A crítica a esses argumentos, além de política, deve ser também empírica: Almeida¹⁹ observa que as PPP raramente são precedidas de avaliação de custo-efetividade diante da provisão pública direta, em que a decisão parte da premissa de que a parceria é inevitável e vantajosa, não de análise comparativa, o que faz do argumento da eficiência mais justificativa retórica do que resultado demonstrado. Além disso, a ausência de dívida contábil no momento da contratação não significa ausência de compromisso fiscal, pois a PPP cria uma obrigação de longo prazo que compete com outras prioridades orçamentárias futuras, inclusive com a própria expansão da rede pública. Há, portanto, tensão real entre dois caminhos: a expansão da rede pública própria, que exige enfrentar os limites de gasto com pessoal e investimento; e a parceria com o setor privado, que contorna esses limites no curto prazo, ao custo de comprometer recursos futuros e transferir a governança a atores cujo objetivo declarado – a rentabilidade e o lucro – não coincide com os princípios constitucionais de universalidade e integralidade. Reconhecer a coerência interna do argumento fiscal privatista, e não apenas denunciá-lo como interesse disfarçado, é condição para que o Cebes possa disputar esse terreno com propostas concretas de financiamento público.

Por uma agenda de enfrentamento

Com relação às OS, a prioridade é produzir, e não apenas reivindicar, avaliação sistemática de desempenho, atualizando os indicadores de concentração¹⁵ e de transparência ativa¹⁶,

com possibilidade de encaminhamento aos Tribunais de Contas estaduais e ao Tribunal de Contas da União nos casos em que a lacuna de publicização configure descumprimento da Lei de Acesso à Informação.

Quanto à força de trabalho, o debate sobre carreira única para o SUS exige separar a forma de contratação de serviços que pode envolver diferentes modelos de gestão da forma de vínculo dos trabalhadores, hoje fragmentada entre Regime Jurídico Único, Consolidação das Leis do Trabalho, contratos temporários, terceirização por OS e fundações, para que a defesa de um vínculo público estável não fique refém da posição sobre um modelo de gestão específico.

Outro aspecto a ser colocado no debate sobre privatização refere-se às emendas parlamentares: entre 2014 e 2023, o volume de emendas destinado à saúde cresceu 371%, de R\$ 4,9 bilhões para R\$ 23 bilhões²²; em 2024, do total de R\$ 44,67 bilhões em emendas, 66% foram direcionados à saúde e às transferências para municípios²³. Fleury et al.²⁴ mostram que, enquanto a despesa total com Ações e Serviços Públicos de Saúde cresceu 163% entre 2013 e 2024, a parcela originária de emendas cresceu 2.657%, evidenciando uma mudança substantiva de composição, não apenas de volume. Essa dinâmica decorre de encadeamento normativo recente: a EC nº 86/2015 tornou impositivas as emendas individuais e vinculou 50% à saúde; a EC nº 126/2022 elevou o percentual para 2% da Receita Corrente Líquida e estendeu a impositividade às emendas de bancada; e a LC nº 210/2024 ampliou as obrigações de repasse a partir de 2025²⁵, alterando o equilíbrio entre os poderes, já que o instrumento concebido como complemento orçamentário caso a caso tornou-se fonte estrutural de financiamento do SUS, desvinculada de planejamento nacional, regional ou local.

Os efeitos práticos são a fragmentação do planejamento, a desigualdade na distribuição de recursos e a abertura ao clientelismo. Pesquisa do Instituto de Estudos para Políticas de Saúde sobre emendas em saúde entre 2016 e 2024 constatou que, quanto menor o município,

maior o volume recebido via emendas para a atenção básica, recursos que, por não financiarem despesa de pessoal, produzem capacidade instalada sem os profissionais necessários para operá-la²². O problema não é apenas de captura política, mas de desenho: mesmo emendas bem-intencionadas operam com um instrumento inadequado para financiar o item mais crítico do SUS, a força de trabalho. A Resolução nº 798/2025 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que definiu o controle social sobre as emendas, ainda não tem seu alcance avaliado, o que constitui uma janela concreta para que o Cebes acompanhe sua implementação antes que a aplicação, ou a inaplicação, torne-se fato consumado.

Nesse contexto, duas frentes são viáveis no curto prazo: acompanhar sistematicamente a implementação da Resolução CNS nº 798/2025 nos conselhos estaduais e municipais de saúde; e defender, no debate legislativo sobre o próximo Orçamento, que emendas individuais sejam redirecionadas prioritariamente vinculadas a Planos Municipais de Saúde já aprovados nos respectivos conselhos, o que não elimina o instrumento, mas o subordina ao planejamento em saúde.

Quanto ao financiamento, vincular todo novo recurso federal à expansão exclusiva da rede pública própria, e não à contratação de serviços privados, merece ser uma bandeira legislativa, articulada à luta pela Lei de Responsabilidade Social e Sanitária, para que a expansão orçamentária conquistada nos últimos anos deixe de ser compatível com o crescimento simultâneo e vigoroso da participação privada. Por fim, a resposta do Cebes aos argumentos fiscais examinados não pode ser restrita apenas à denúncia do interesse econômico por trás de PPP e OS, mas à produção de estudos de custo-efetividade comparada entre gestão direta e privada hoje praticamente ausentes na literatura brasileira¹⁹ que permitam disputar, com evidência própria, o terreno técnico hoje ocupado quase exclusivamente por institutos financiados pelo setor privado e por organismos como o Banco Mundial.

Contribuições de autoria

Costa AM (0000-0002-1931-3969)*,
Rizzotto MLF (0000-0003-3152-1362)*

e Lobato LVC (0000-0002-2646-9523)*
contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Presidência da República (BR). [Constituição 1988]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF. 1988 out 5; Seção 1:1.
2. Menicucci TMG. Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
3. Piola SF, Paiva AB, Sá EB, et al. Financiamento público da saúde: uma história à procura de rumo. Rio de Janeiro: Ipea, 2013. (Texto para Discussão, n. 1846).
4. Paim J, Travassos C, Almeida C, et al. The Brazilian health system: history, advances and challenges. *Lancet*. 2011;377(9779):1778-97. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(11\)60054-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(11)60054-8)
5. Fagnani E. Política social no Brasil (1964-2002): entre a cidadania e a caridade [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2005. DOI: <https://doi.org/10.47749/T/UNICAMP.2005.350149>
6. Vieira FS, Benevides RPS. O direito à saúde no Brasil em tempos de crise econômica, ajuste fiscal e reforma implícita do Estado. *Rev Est Pesq Amer* [Internet]. 2016 [acesso em 2026 jul 24];10(3):1-28. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/repam/article/view/14896>
7. Funcia FR. Subfinanciamento e orçamento federal do SUS: referências preliminares para a alocação adicional de recursos. *Ciênc saúde coletiva*. 2019;24(12):4405-15. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25892019>
8. Costa AM, Rizzotto MLF, Lobato LVC. Na pandemia da Covid-19, o Brasil enxerga o SUS. *Saúde Debate*. 2020;44(125):289-96. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012500>
9. Funcia FR, Pinto EG, Santos L, et al. Novo arcabouço fiscal e financiamento federal do SUS. *Domingueira* [Internet]. 2023 [acesso em 2026 mar 3];16. Disponível em: <https://idisa.org.br/domingueira/domingueira-n-16-maio-2023>
10. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Desempenho econômico-financeiro do setor de saúde suplementar em 2024. Rio de Janeiro: ANS; 2025.
11. Moraes RM, Santos MAB, Werneck HF, et al. Gastos das famílias com planos de saúde no Brasil e comprometimento da renda domiciliar: uma análise da Pesquisa de Orçamentos Familiares (2017/2018). *Cad Saúde Pública*. 2022;38(3):e00354320. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00354320>
12. Mendes Á, Weiller JAB. Renúncia fiscal (gasto tributário) em saúde: repercussões sobre o financiamento do SUS. *Saúde Debate*. 2015;39(105):491-505. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-110420151050002016>

13. Reis A. Deduções fiscais das despesas com saúde do Imposto de Renda: análise focada nos planos de saúde. Texto para Discussão n. 58 [Internet]. São Paulo: IESS; [2016] [acesso em 2026 jul 24]. Disponível em: <https://iess.org.br/biblioteca/tds-e-estudos/textos-para-discussao/td-58-deduocoes-fiscais-das-despesas-com-saude-do>
14. Costa DCAR, Bahia L. Crise econômica e sanitária e desempenho dos planos e seguros de saúde: similaridades e singularidades entre Brasil e Estados Unidos. Cad Saúde Pública. 2022;38(8):e00000122. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT000122>
15. Instituto Brasileiro das Organizações Sociais de Saúde. Levantamento sobre a gestão de estabelecimentos de saúde por Organizações Sociais. Ibross [Internet]. 2023 maio 9 [acesso em 2026 jul 24]; Notícias. Disponível em: <https://www.ibross.org.br/ibross-publica-informacoes-sobre-estabelecimentos-geridos-por-organizacoes-sociais-de-saude-no-brasil/>
16. Moraes HMM, Albuquerque MSV, Oliveira RS, et al. Organizações Sociais da Saúde: uma expressão fenomênica da privatização da saúde no Brasil. Cad Saúde Pública. 2018;34(1):e00194916. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00194916>
17. Braga MVA. A accountability do modelo de organização social da saúde brasileiro: uma análise frente às irregularidades detectadas de 2015 à 2022. In: Anais do Encontro Brasileiro de Administração Pública [Internet]; 2022; Ananindeua. Ananindeua: Unama; 2025 [acesso em 2026 jul 24]. Disponível em: <https://static.even3.com/processos/6a73b82a23a048c391cf.pdf?v=639209148810059956>
18. Noronha JC. Cobertura universal de saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios. Cad Saúde Pública. 2013;29(5):847-9. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000500003>
19. Almeida C. Parcerias Público-Privadas (PPP) no setor saúde: processos globais e dinâmicas nacionais. Cad Saúde Pública. 2017;33:e00197316. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00197316>
20. Araujo E, Lobo MS, Medici A. Eficiência e sustentabilidade do gasto público em saúde no Brasil. J Bras Econ Saúde. 2022;14(Supl 1):86-95. DOI: [https://doi.org/10.21115/JBES.v14.n1.\(Supl.1\):86-95](https://doi.org/10.21115/JBES.v14.n1.(Supl.1):86-95)
21. Instituto Coalizão Saúde [Internet]. [local desconhecido]; Icos; © 2025. Visão sobre a saúde: agenda prioritária; 2025 [acesso em 2026 jul 24]. Disponível em: <https://icos.org.br/visao-sobre-a-saude/>
22. Kroll R. Emendas parlamentares ganham força na destinação de recursos para saúde. Futuro da Saúde [Internet]. 2024 dez 4 [acesso em 2026 jul 24]; Orçamento. Disponível em: <https://futurodasaude.com.br/emendas-parlamentares-recursos-saude/>
23. Câmara dos Deputados. Maior parcela das emendas parlamentares ao Orçamento é destinada à saúde e a transferências para municípios. Agência Câmara [Internet]. 2024 mar 25 [acesso em 2026 jul 24]; Política e Administração Pública. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/1046785-maior-parcela-das-emendas-parlamentares-ao-orcamento-e-destinada-a-saude-e-a-transferencias-para-municipios/>
24. Fleury S, Lanzara A, Burlandy L, et al. O sequestro da política: implicações das emendas parlamentares sobre a democracia, o pacto federativo e a saúde pública no Brasil. Saúde Debate. 2025;49(147):e10824. DOI: <https://doi.org/10.1590/2358-2898202514710824P>
25. Santos L, Funcia F. Emendas parlamentares na saúde: o que é preciso emendar. Consultor Jurídico [Internet]. 2025 abr 12 [acesso em 2026 jul 24]; Opinião. Disponível em: <https://conjur.com.br/2025-abr-12/emendas-parlamentares-na-saude-o-que-e-preciso-emendar/>