SUBFINANCIAMENTO, AUSTERIDADE E POLÍTICAS ESTRATÉGICAS NO SUS: LIMITES ESTRUTURAIS AO FINANCIAMENTO DE POLÍTICAS VOLTADAS A POPULAÇÕES EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE

Luiz Valério Soares da Cunha Júnior[1]
Larissa Keyla Ferreira Canel[1]
Anne Francis da Rocha Neris[1]
Rebeca Agreles de Holanda Barbosa[2]
Tayná Larissa Barbosa de Oliveira[2]

[1]Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil
[2]Secretaria de Saúde do Recife, Recife, Pernambuco, Brasil

DOI:10.37085/bookAS.14.chap14

RESUMO

O estudo analisa os limites estruturais ao financiamento das políticas estratégicas do Sistema Único de Saúde (SUS) entre 1988 e 2026, tendo como caso emblemático a Política Nacional de Saúde Integral LGBT (2010). Por meio de análise documental e bibliográfica, examinam-se marcos normativos como a Constituição Federal de 1988, as Emendas Constitucionais 29/2000 e 95/2016, a Lei Complementar 141/2012, a LC 200/2023 e portarias de financiamento como o Previne Brasil. Os resultados apontam que o subfinanciamento é traço estrutural do SUS: o gasto público em saúde permanece abaixo de 4% do PIB, inferior ao de países como Costa Rica, Colômbia e Chile. O federalismo fiscal concentra receitas na União e gera de-

pendência dos entes subnacionais, enquanto medidas de austeridade ampliam a fragilidade das políticas voltadas a populações vulnerabilizadas — como pessoas LGBTIAPN+, quilombolas e indígenas. A pulverização normativa por portarias fragmenta o financiamento e esvazia na prática essas agendas. Conclui-se que o subfinanciamento não é um problema meramente técnico, mas uma escolha política atrelada à disputa pelo fundo público. Recomenda-se a criação de vinculação orçamentária específica para políticas de populações vulnerabilizadas e a revisão dos mecanismos de transferência federativa, a fim de garantir que identidades marginalizadas não sejam secundarizadas nas disputas por recursos.

Palavras-chave: Financiamento da saúde, Sistema Único de Saúde, Austeridade fiscal, Políticas estratégicas, Saúde LGBT

INTRODUÇÃO

A institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da Constituição Federal de 1988, representou uma inflexão histórica ao reconhecer a saúde como direito universal e dever do Estado[1]. Esse processo resultou da intensa mobilização dos movimentos sociais no contexto da redemocratização brasileira, após décadas de ditadura civil-militar, e configurou o movimento conhecido como Reforma Sanitária Brasileira[2]. A partir desse marco, a saúde passou a ser estruturada sobre os princípios da universalidade, da equidade e da integralidade, o que exige do Estado compromisso efetivo com os direitos sociais e uma compreensão ampliada do sujeito de direitos.

Entretanto, a concretização desse direito ocorreu em um cenário marcado por profundas contradições entre o projeto universalista defendido pela Reforma Sanitária e a hegemonia de políticas econômicas restritivas, orientadas pela redução da intervenção estatal na garantia de direitos básicos. Nesse sentido, argumenta-se que o subfinanciamento do SUS constitui um traço estrutural do sistema, apesar de sua pretensão universal.

Paralelamente, entre as décadas de 1990 e 2000, a desigualdade social ganhou centralidade na agenda política internacional, culminando na criação da Comissão sobre os Determinantes Sociais da Saúde, pela Organização Mundial da Saúde, em 2005, e, no Brasil, da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde, em 2006. Tais iniciativas buscaram enfrentar as desigualdades em saúde nos âmbitos global e nacional, compreendendo os Determinantes Sociais da Saúde como fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam as condições de saúde e a exposição a situações de risco.

Nessa perspectiva, tal compreensão induziu a formulação de políticas públicas específicas para diferentes segmentos populacionais, de acordo com seus distintos graus de vulnerabilidade. Desse modo, o financiamento da saúde assume papel central, pois condiciona a viabilidade das políticas públicas e define os limites concretos para a efetivação do direito à saúde.

Dois aspectos, portanto, merecem análise articulada: de um lado, os constrangimentos estruturais ao financiamento do SUS enquanto sistema universal; de outro, os impactos desses constrangimentos sobre políticas estratégicas destinadas a populações historicamente vulnerabilizadas, como a Política Nacional de Saúde Integral LGBT, instituída em 2010.

Entre os fatores estruturais que explicam o subfinanciamento do SUS, destaca-se a forma como o pacto federativo brasileiro organiza responsabilidades e recursos entre os entes da federação. No modelo consolidado pela Constituição de 1988, a descentralização político-administrativa estabelece-se como princípio organizador do sistema. Contudo, essa descentralização não foi acompanhada por uma redistribuição proporcional das receitas tributárias, o que resultou em forte concentração de recursos na União e em um subfinanciamento estrutural[3,4].

Estados e municípios, sobretudo estes últimos, assumem papel central na execução das ações e serviços de saúde, mas dependem significativamente das transferências federais para garantir sua

sustentabilidade financeira — dependência que reforça o papel indutor da União, a qual, por meio dos mecanismos de financiamento, define prioridades e condiciona a implementação de políticas públicas[5].

Embora o mecanismo de transferência "fundo a fundo" tenha ampliado a regularidade dos repasses, a distribuição dos recursos permanece marcada por critérios insuficientemente regulamentados e por forte influência de normativas infralegais. Esse arranjo limita a autonomia dos entes subnacionais e dificulta o planejamento de longo prazo, com impacto especial sobre políticas voltadas a grupos populacionais específicos, cujo financiamento tende a depender de incentivos federais instáveis[6].

Cabe ressaltar que a descentralização, assim como os demais princípios do SUS, constitui um processo em construção: sua efetivação depende de garantias como financiamento adequado, recursos humanos e articulação entre os entes federativos, condições que não estão asseguradas em todas as localidades. Pois, como coloca Darcy Ribeiro, existem muitos "Brasis" dentro do Brasil, e os resultados da descentralização dependem diretamente do compromisso conjunto dos entes em assegurar a universalidade, a equidade e a integralidade.

Diante desse quadro, o presente artigo tem por objetivo analisar os limites estruturais ao financiamento de políticas estratégicas no SUS, articulando o federalismo fiscal e a austeridade à análise da Política Nacional de Saúde Integral LGBT, de modo a evidenciar como o subfinanciamento afeta, de forma desproporcional, as populações historicamente vulnerabilizadas.

METODOLOGIA

Trata-se de artigo de reflexão, fundamentado em análise documental e bibliográfica sobre a economia política da saúde no Brasil. Foram examinados marcos normativos — a Constituição Federal de 1988, a Emenda Constitucional n.º 29/2000, a Lei Complementar n.º 141/2012, a Emenda Constitucional n.º 95/2016, a Lei

Complementar n.º 200/2023 e a Política Nacional de Saúde Integral LGBT[7]. A discussão apoiou-se em autores da economia política e da saúde coletiva, articulando dados de execução orçamentária à produção científica sobre saúde da população LGBTQIAPN+, com o propósito de discutir o impacto do subfinanciamento sobre as populações em situação de vulnerabilidade.

RESULTADOS

A análise evidenciou que o subfinanciamento constitui um dos principais entraves à consolidação de políticas públicas universais no Brasil, isso porque o gasto público em saúde permanece abaixo do observado em países com sistemas universais, enquanto o gasto privado assume papel predominante. O Brasil é, ainda, o único país com sistema universal em que o gasto privado supera o público.

Essa configuração reflete a manutenção de um modelo segmentado, no qual o setor privado é estruturalmente fortalecido[8]. A coexistência entre um sistema público subfinanciado e um setor suplementar robusto evidencia uma dinâmica de disputa pelo fundo público: os incentivos fiscais aos planos de saúde e a possibilidade de dedução de despesas médicas no imposto de renda funcionam como formas indiretas de financiamento público ao setor privado[3,9]. Esse arranjo é particularmente problemático para as populações que dependem exclusivamente do SUS — como grande parte da população negra, pessoas LGBTQIAPN+ de baixa renda, quilombolas, povos indígenas e pessoas em situação de rua —, pois a ausência de capacidade de compra de serviços privados as torna integralmente dependentes de um sistema cronicamente subfinanciado.

Esse cenário é agravado pelas políticas de austeridade fiscal, que intensificaram as limitações ao financiamento da saúde, um processo que foi reafirmado com a Emenda Constitucional n.º 95/2016, que, ao instituir o Teto de Gastos, aprofundou o subfinanciamento crônico do SUS e comprometeu a expansão das políticas sociais ao reduzir sua participação na Receita Corrente Líquida (RCL) federal.

Posteriormente, após modificações trazidas pela Emenda Constitucional n.º 126/2022, a lógica de contenção foi reorganizada pela Lei Complementar n.º 200/2023, que estabeleceu o Novo Arcabouço Fiscal. Esse novo regime vincula o crescimento das despesas ao aumento da arrecadação e ao cumprimento de metas de resultado primário, prevendo limites de expansão baseados na inflação e na receita, além de mecanismos de controle e sanções. Embora apresentado como uma correção à rigidez do modelo anterior, o arcabouço mantém a subordinação das políticas sociais à lógica do equilíbrio orçamentário.

A fragmentação do financiamento configura outro fator decisivo para a compreensão das dificuldades das políticas estratégicas, pois muitas dessas políticas são custeadas por incentivos específicos, instituídos por portarias ministeriais, sem vinculação constitucional nem previsão orçamentária permanente. Essa característica as torna vulneráveis a contingenciamentos e descontinuidades, uma vez que sua manutenção depende da prioridade política atribuída pelo governo em exercício.

A habilitação de serviços no Processo Transexualizador em Pernambuco: avanços concretos no contexto do subfinanciamento

No plano subnacional, o estado de Pernambuco constitui um exemplo emblemático de como a articulação política e técnica interfederativa pode produzir avanços concretos mesmo diante dos constrangimentos estruturais do financiamento do SUS. A Resolução CIB/PE n.º 6736, de 20 de agosto de 2024, aprovada no âmbito da Comissão Intergestores Bipartite de Pernambuco, representou um marco institucional ao dispor sobre o credenciamento e a habilitação de serviços no Processo Transexualizador no SUS, nas modalidades ambulatorial e hospitalar, reconhecendo oficialmente os Serviços de Referência em Saúde LGBT distribuídos em municípios pernambucanos, incluindo Recife, Jaboatão dos Guararapes, Olinda, Paulista, Camaragibe, Cabo de Santo Agostinho, Serra Talhada e Petrolina.

Essa resolução fundamenta-se no arcabouço legal do SUS, incluindo a Lei n.º 8.080/1990, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSILGBT) e normativas específicas do Processo Transexualizador, bem como a Política Estadual de Saúde Integral LGBT de Pernambuco, instituída pela Portaria SES/PE n.º 060/2015. Contudo, a própria resolução reconhece uma das marcas estruturais do subfinanciamento: o credenciamento não está condicionado à alocação imediata de recursos financeiros, devendo os valores correspondentes ser incorporados ao Teto de Média e Alta Complexidade (MAC) somente quando houver definição de financiamento pelo Ministério da Saúde — explicitando, portanto, a vulnerabilidade das políticas estratégicas à lógica orçamentária vigente.

No ano seguinte, conforme Portarias publicadas pelo Ministério da Saúde em 12 de dezembro de 2025, cinco serviços foram habilitados na Atenção Especializada — Modalidade Ambulatorial (código 30.02), integrando formalmente a Rede de Atenção à Saúde do SUS. A tabela a seguir apresenta os serviços habilitados, seus respectivos atos normativos, municípios sede e valores anuais de financiamento federal:

Tabela 1. Serviços de Pernambuco habilitados no Processo Transexualizador e valores de recurso federal anual. Recife, Pernambuco, 2025

Serviço / Estabelecimento	Portaria	Município	Valor Anual
Centro de Referência Darlen Gasparelly	Portaria GM/MS n.º 9.359, de 12/12/2025	Camaragibe (PE)	R$ 233.136,00
Ambulatório LGBTI+ Abby Moreira	Portaria GM/MS n.º 9.353, de 12/12/2025	Jaboatão dos Guararapes (PE)	R$ 233.136,00
Ambulatório LGBTI+ Dani Almeida	Portaria GM/MS n.º 9.354, de 12/12/2025	Vitória de Santo Antão (PE)	R$ 93.228,48
Ambulatório LBT do Hospital da Mulher do Recife (HMR)	Portaria GM/MS n.º 9.355, de 12/12/2025	Recife (PE)	R$ 192.800,40
Centro Universitário Integrado de Saúde Amaury de Medeiros (CISAM)	Portaria GM/MS n.º 9.350, de 12/12/2025	Recife (PE)	R$ 44.794,56

Fonte: Elaborado pelos autores.

Os dados revelam uma distribuição regional dos serviços que avança para além da capital, abrangendo municípios como Camaragibe, Jaboatão dos Guararapes e Vitória de Santo Antão — o que evidencia progresso na descentralização da atenção especializada. Os valores de financiamento variam de R$ 44.794,56 a R$ 233.136,00 anuais, refletindo diferentes capacidades instaladas e escopos assistenciais. Importa destacar que quatro dos oito serviços credenciados pela CIB/PE em 2024 lograram habilitação federal em 2025, o que, embora represente um avanço significativo, também revela os limites do processo: metade dos serviços credenciados ainda aguarda formalização do financiamento federal, o que reforça a tese da vulnerabilidade das políticas estratégicas à lógica de priorização orçamentária.

A viabilização dessas habilitações resultou de um processo de articulação política, técnica e institucional conduzido pela Coordenação Estadual de Atenção Integral à Saúde LGBT+ da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES/PE), envolvendo diálogo permanente com gestores municipais, áreas técnicas da SES/PE e instâncias federais. Essa experiência ilustra tanto as possibilidades quanto os limites do modelo atual: a expansão da rede depende de intensa negociação interfederativa e da prioridade política dos gestores, em vez de assentar-se sobre garantias normativas e orçamentárias estáveis. Confirma-se, assim, o diagnóstico central deste artigo: enquanto o financiamento das políticas LGBT não contar com vinculação constitucional específica, sua efetividade permanecerá condicionada à conjuntura política e às restrições impostas pelo arcabouço fiscal vigente.

DISCUSSÃO

Os limites identificados não podem ser compreendidos apenas como problemas técnicos de gestão; expressam a inserção dependente do Brasil na economia mundial e as disputas políticas em torno do fundo público[3]. A própria trajetória histórica do financiamento da saúde confirma essa leitura. Haja vista que a

Constituição de 1988 não definiu com clareza a participação dos entes federados no custeio da Seguridade Social. Nos governos seguintes, sob forte ofensiva neoliberal, não foram adotadas medidas efetivas para garantir recursos e ampliar o gasto público com o SUS. Foi nesse período que se instituiu a Desvinculação das Receitas da União, mecanismo ainda vigente, que permite desvincular parcela da arrecadação das contribuições sociais de sua destinação original — a Seguridade Social — para uso livre pelo governo federal.

A desvinculação de receitas e o pagamento de juros da dívida pública constituem os principais mecanismos de desvio do fundo público para fora das políticas sociais[10]. A primazia do capital financeiro sobre o orçamento público compromete o financiamento dos direitos sociais e subordina-os à lógica rentista[11]. Apenas por volta dos anos 2000 surgiram tentativas concretas de definição quantitativa do gasto público em saúde, com a Emenda Constitucional n.º 29/2000, que fixou parâmetros de participação da União, dos estados e dos municípios, embora sem delimitar com precisão o que se considera ação e serviço público de saúde. Essa definição só viria com a regulamentação da Lei Complementar n.º 141/2012. A própria Emenda de 2000 ampliou a participação subnacional no custeio do sistema, que passou de 40,2%, em 2000, para 57,5%, em 2014 — deslocamento que reforça a dependência das transferências federais e o papel indutor da União.

Essa dinâmica reflete diretamente na invisibilidade das minorias. A lógica produtivista que orienta os modelos de financiamento por desempenho marginaliza grupos cujas demandas complexas não são facilmente conversíveis em metas quantitativas — submetendo-os a um sistema que sequer dispõe de indicadores estruturados para reconhecer e contabilizar suas reais necessidades. Quando associada à fragmentação do financiamento por portarias ministeriais, essa lógica posiciona as políticas estratégicas na periferia da hierarquia orçamentária, tornando-as as primeiras a sofrer cortes em cenários de restrição fiscal.

A Política Nacional de Saúde Integral LGBT, publicada em 2010, exemplifica de maneira emblemática essa dinâmica. Fruto de um longo percurso iniciado em 2003, com as primeiras articulações ligadas ao Programa Brasil Sem Homofobia, a política expressa uma conquista histórica dos movimentos sociais[7]. Alicerçada nos princípios da universalidade, da equidade e da integralidade, ela representa um avanço paradigmático ao incorporar a orientação sexual e a identidade de gênero como determinantes sociais de saúde e ao reconhecer que todas as formas de discriminação — lesbofobia, homofobia, bifobia e transfobia — devem ser compreendidas como determinantes do sofrimento e do adoecimento.

A análise de sua implementação, contudo, revela tensões persistentes. A primeira diz respeito à fragmentação do próprio movimento LGBTIAPN+: as políticas de saúde emergem de projetos em conflito, e a construção da política foi marcada por disputas internas, incluindo a invisibilidade histórica das demandas de lésbicas e mulheres bissexuais[6]. A segunda, de natureza estrutural, refere-se ao financiamento: a política não conta com vinculação constitucional de recursos e depende de incentivos específicos custeados por portarias, o que a torna vulnerável a contingenciamentos e à alternância de prioridades governamentais[11]. Esse reconhecimento normativo, portanto, não se traduz em prioridade orçamentária.

Diante dessa instabilidade, gestores recorrem a estratégias complementares e alternativas, como a captação de recursos por emendas parlamentares para a assistência ambulatorial[12]. Tais arranjos, entretanto, evidenciam os próprios entraves da política: as ações tornam-se pontuais, dependentes de doações e sujeitas à descontinuidade do cuidado, o que afasta a população LGBT do seu direito institucional à saúde. A efetividade da política mostra-se, assim, multidimensional, pois exige investimento articulado em financiamento, formação continuada dos profissionais, infraestrutura e monitoramento[6] — elementos que raramente se articulam na prática.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise consolidada evidencia que as dificuldades no financiamento de políticas públicas estratégicas no SUS expressam um conjunto articulado de determinações estruturais. O subfinanciamento crônico, a centralização fiscal no modelo federativo, a fragmentação do financiamento, a austeridade imposta pelo teto de gastos e pelo novo arcabouço fiscal e a disputa pelo fundo público constituem elementos que limitam a consolidação do direito universal à saúde e afetam de forma desproporcional as políticas voltadas a populações historicamente marginalizadas.

A Política Nacional de Saúde Integral LGBT representa, nesse contexto, ao mesmo tempo uma conquista histórica e um campo de tensão permanente. A enunciação formal de direitos não garante, por si só, sua materialização: sem financiamento adequado, estável e constitucionalmente protegido, as políticas estratégicas permanecem vulneráveis a contingenciamentos e à alternância de orientações governamentais.

Superar os limites identificados exige mais do que ajustes técnicos no modelo de financiamento. Implica enfrentar a lógica da austeridade fiscal, revisar os mecanismos de transferência intergovernamental, rever as renúncias fiscais que beneficiam o setor privado de saúde e reorientar as prioridades do Estado brasileiro, com a criação de mecanismos específicos de vinculação de recursos para políticas estratégicas. A defesa do SUS deve ser compreendida, portanto, como parte de um projeto mais amplo de democratização do fundo público e de afirmação dos direitos sociais — especialmente daqueles cujos corpos e identidades ainda são tratados como secundários nas disputas orçamentárias.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 1988.
2. Paim JS. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; 2008.

3. Marques RM. Notas exploratórias sobre as razões para o subfinanciamento estrutural do SUS. Planej Polit Publicas. 2017;(49):35-45.

4. Arretche M. Democracia, federalismo e centralização no Brasil. Rio de Janeiro: FGV; 2012.

5. Mendes A. Tempos turbulentos na saúde pública brasileira: impasses do financiamento no capitalismo contemporâneo. São Paulo: Hucitec; 2013.

6. Fleury S, Ouverney AM. Política de saúde: uma política social. In: Giovanella L, organizadora. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.

7. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

8. Ocké-Reis CO. SUS: o desafio de ser único. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2016.

9. Bahia L. O sistema de saúde brasileiro entre normas e fatos: universalização mitigada e estratificação subsidiada. Cien Saude Colet. 2018;23(6):1769-1778. doi: 10.1590/S1413-81232009000300011

10. Salvador E. Fundo público e seguridade social no Brasil. São Paulo: Cortez; 2010.

11. Funcia FR. O impacto da Emenda Constitucional 95/2016 no financiamento da saúde. Saude Debate. 2019;43(spe 5):27-38.

12. Pernambuco. Secretaria de Saúde. Nota técnica: doação de hormônios para serviços de referência em saúde LGBT+ de Pernambuco. Recife: DGPET/SES-PE; 2026.