

**Sem mãos que SUStentem:  
o financiamento e gastos públicos com saúde no Brasil**

*No hands to SUStain:  
financing and public spending on health in Brazil*

*Sin manos que SUStentan:  
financiamiento y gasto público en salud en Brasil*

Adriana Falangola Benjamin Bezerra<sup>1</sup>

Camilla Maria Ferreira de Aquino<sup>2</sup>

Kátia Rejane de Medeiros<sup>3</sup>

Simara Lopes Cruz Damázio<sup>4</sup>

**RESUMO**

Sustentado na Constituição Federal de 1988 e demais legislações de ordenação, pode-se dizer que o Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS) é uma conquista advinda de movimentos sociais em período de transformação singular e reforma do cenário político nacional. Nos anos consecutivos, enfrentou oposições, mas conseguiu manter-se presente apesar das diversidades, dentre as quais, destaca-se o financiamento. Neste ensaio acadêmico, apresenta-se a trajetória de subfinanciamento do SUS, com enfoque nas políticas públicas que influenciaram o financiamento e, conseqüentemente, os gastos públicos com saúde ao longo dos anos, a partir de uma revisão narrativa da literatura. O desafio de seguir seus princípios fundamentais foi sustentado no SUS pelas mesmas mãos que o ergueram, contudo, os ataques à sua sustentabilidade são permanentes e paulatinamente crescentes, em especial após a aprovação de Emendas Constitucionais que alteraram fontes e formas de financiamento. O advento da pandemia de Covid-19 traz ao governo neoliberal atual o paradoxo de necessitar do SUS firme em meio ao projeto consistente do seu desmantelamento. Não é possível conceber um sistema que se apresente como

<sup>1</sup> Email: [adriana.bbezerra@ufpe.br](mailto:adriana.bbezerra@ufpe.br)

<sup>2</sup> Email: [camilla.aquino@yahoo.com.br](mailto:camilla.aquino@yahoo.com.br)

<sup>3</sup> Email: [katia.rejane@fiocruz.br](mailto:katia.rejane@fiocruz.br)

<sup>4</sup> Email: [simara.cruz@ufpe.br](mailto:simara.cruz@ufpe.br)

universal, com mecanismos de contenção orçamentária que impossibilitem a expansão ao acesso a serviços públicos de saúde e que não retratem a realidade brasileira e sua vasta diversidade populacional e territorial. É proposto que o subfinanciamento demonstra ser um problema que tende a se cristalizar como uma prioridade para o SUS e, portanto, cujo conflito será contínuo.

**Palavras-chave:** Sistema Único de Saúde; Financiamento dos Sistemas de Saúde; Gastos Públicos com Saúde.

### **ABSTRACT**

Sustained by the Federal Constitution of 1988 and other legislations, it can be said that the Brazilian Unified Health System (SUS) is an achievement arising from social movements in a period of singular transformation and reform of the national political scenario. In consecutive years, it faced opposition but managed to remain standing despite the diversities, among which funding stands out. In this academic essay, the trajectory of SUS underfunding is presented, focusing on public policies that have influenced funding and, consequently, public expenditure on health over the years, based on a narrative review of the literature. The challenge of following its fundamental principles was sustained in the SUS by the same hands that raised it, however, the attacks on its sustainability are permanent and gradually increasing, especially after the approval of Constitutional Amendments that changed sources and forms of financing. The advent of Covid-19 pandemic brings to the current neoliberal government the paradox of needing a strong SUS in the midst of a consistent project of its dismantling. It is not possible to conceive a system that presents itself as universal, with budgetary containment mechanisms that make it impossible to expand access to public health services and that do not portray the Brazilian reality and its vast population and territorial diversity. It is proposed that underfunding proves to be a problem that tends to crystallize as a priority for SUS and, thus, the conflict will be continuous.

**Keywords:** Unified Health System; Health System Financing; Public Expenditures on Health.

### **RESUMEN**

Respaldado en la Constitución Federal de 1988 y otras leyes ordenanzas, se puede decir que el Sistema Único de Salud (SUS) brasileño es una conquista surgida de los movimientos sociales en un período de singular transformación y reforma del escenario político nacional. En años consecutivos enfrentó oposición, pero logró mantenerse presente a pesar de las diversidades, entre las que destaca el financiamiento. En este ensayo académico, se presenta la trayectoria de la subfinanciación del SUS, centrándose en las políticas públicas que han influido en la financiación y, en consecuencia, en el gasto público en

salud, a partir de una revisión narrativa de la literatura. El desafío de seguir sus principios fundamentales fue sostenido en el SUS por las mismas manos que lo levantaron, sin embargo, los ataques a su sostenibilidad son permanentes y aumentan gradualmente, especialmente después de la aprobación de las Reformas Constitucionales que cambiaron las fuentes y formas de financiamiento. El advenimiento de la pandemia de la Covid-19 trae al actual gobierno neoliberal la paradoja de necesitar un SUS firme en medio del proyecto consecuente de su desmantelamiento. No es posible concebir un sistema que se presente como universal, con mecanismos de contención presupuestaria que imposibiliten ampliar el acceso a los servicios públicos de salud y que no reflejen la realidad brasileña y su gran diversidad poblacional y territorial. Se plantea que el desfinanciamiento resulta ser un problema que tiende a cristalizar como una prioridad para el SUS y, por tanto, cuyo conflicto será continuo.

**Palabras clave:** Sistema Único de Salud; Financiación de los Sistemas de Salud; Gasto Público en Salud.

## 1 INTRODUÇÃO

O marco da Constituição Federal de 1988 e, portanto, do Sistema Único de Saúde (SUS), representa uma ruptura de modelos arcaicos de cidadania e do papel liberal do Estado<sup>1</sup>. Reconhecidamente, a maternidade do SUS é atribuída a movimentos sociais. Com longa duração, sua gestação se desenvolveu ao longo de duas décadas. E, em seu partear, aqueles que o geraram, atentos ao seu nascimento, garantiram as mãos que o ergueram e, dessa forma, sua sobrevivência em meio a território hostil<sup>2</sup>.

Não bastasse as duras ameaças que o SUS sofreu desde sua criação, após seu aniversário de 30 anos, as novas emboscadas ganham contornos mais perversos e devastadores. O golpe mais severo, porém, é recente, encoberto por intrincada teia de crises de origem política e econômica<sup>3-5</sup>.

Neste ensaio, apresentamos a trajetória do (sub)financiamento do SUS, a partir da análise da literatura disponível, com enfoque nas políticas públicas que influenciaram o financiamento e, conseqüentemente, os gastos públicos com saúde. A apresentação visa contribuir com a discussão acerca da fragilidade do SUS, diante da inexistência de política que garanta seu

financiamento e sustentabilidade.

## 2 METODOLOGIA

O ensaio acadêmico é frequentemente referido como um gênero literário, opinativo, cujo tema reflete o interesse e a perspectiva dos autores. Apesar da fluidez de sua forma e não possuir, necessariamente, a pretensão de alcançar uma conclusão ao tema discutido, a argumentação presente no ensaio deve demonstrar relevância científica e teórica e, portanto, utiliza-se de bases bibliográficas, como artigos científicos, livros e outros documentos<sup>6,7</sup>.

Do ponto de vista metodológico, equivale a uma revisão narrativa, em que está expressa uma análise ampla da literatura na interpretação e análise crítica pessoal dos autores, sem a metodologia claramente expressa<sup>8</sup>.

A fim de sustentar e corroborar a reflexão sobre a temática do crescente subfinanciamento do saúde pública no Brasil e sua correlação política, foi realizada uma busca nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Google Acadêmico®, no período de junho a julho de 2021, considerando artigos e teses que abordavam o subfinanciamento da saúde e, posteriormente, de textos legais e produções de instituições de ensino e pesquisa na área da saúde pública e economia da saúde, citadas nos artigos de referência. Não se estabeleceram critérios de inclusão ou exclusão, como idioma ou período, ou conjunto delimitado de palavras-chave para busca, além de “financiamento da saúde”.

### 2.1 AS MÃOS QUE ERGUEM: A REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA

Consta em constituição que a população brasileira deve ser assistida integralmente de forma universal, igualitária e hierarquizada pelo SUS. Reconhecidamente, a implantação do SUS trouxe benefícios aos cidadãos brasileiros, como a ampliação do acesso aos serviços de saúde, vacinação, redução da mortalidade infantil, aumento da expectativa de vida, bem como significou o aumento no investimento com recursos humanos e tecnologias em

saúde<sup>2,9,10</sup>.

O início da trajetória do SUS possui décadas à frente de sua promulgação, por meio de movimento que possibilitou a Reforma Sanitária Brasileira (RSB). Tratar desta questão, remete a implicações teórico-metodológicas que perpassam a construção desse processo, construído a partir da segunda metade da década de 1970, e que nas décadas de 1980, 1990 e no Século XXI, tomam configurações e direcionamentos políticos diferenciados. Vários teóricos desse processo têm mudado suas concepções construídas ao longo dos anos 1980<sup>11,12</sup>.

O Projeto de RSB na década de 1980 foi formulado com os princípios da saúde enquanto direito e dever do Estado, o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação, com ênfase nas seguintes diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e participação da comunidade<sup>13</sup>.

No campo sanitário, sobretudo no que concerne aos serviços de saúde e assistência médica, a retórica ideológica neoconservadora estimulou a formulação de um diagnóstico setorial que apontava para a necessidade de determinadas mudanças. Utilizando a extensa gama de críticas, de diversos matizes, presentes no debate sanitário desde meados dos anos de 1960, o novo discurso, que passou a ser hegemônico nos 1980, defendia a aceitação pragmática da realidade da mudança nas condições econômicas, pregavam o não compromisso com a expansão dos serviços de saúde e repudiavam a intervenção governamental. Centrada em argumentos basicamente econômicos, essa avaliação, de inspiração neoliberal, desnudava vários problemas de fato presentes no campo setorial, mas, na retórica reformista da década, pretendia mudar as fronteiras da atuação do Estado<sup>14</sup>.

A RSB foi proposta num momento de intensas mudanças e sempre pretendeu ser mais do que apenas uma reforma setorial. Almejava-se, desde

sua gênese, que pudesse servir à democracia e à consolidação da cidadania no País. A realidade social na década de 1980 era de exclusão da maior parte dos cidadãos do direito à saúde, que se constituía na assistência prestada pelo Instituto Nacional de Previdência Social, restrita aos seus contribuintes, prevalecendo a lógica meritocrática e da cidadania regulada<sup>9,11</sup>.

Diante da falência do sistema previdenciário de assistência à saúde, e em período de acirrado debate político e econômico, foi realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986, a qual contou com a participação de técnicos do setor saúde, de gestores e da sociedade organizada, propondo um modelo de proteção social com a garantia do direito à saúde integral. Em seu relatório final, a saúde passa a ser definida como o resultado não apenas das condições de alimentação, habitação, educação, trabalho, lazer e acesso aos serviços de saúde, mas, sobretudo, da forma de organização da produção na sociedade e das desigualdades nela existentes<sup>15</sup>.

Na esteira deste processo democrático constituinte, o chamado movimento sanitário tinha proposições concretas. A primeira delas, a saúde como direito de todo cidadão, a despeito de seu volume de contribuição, classe ou situação de trabalho. Não se poderia excluir ou discriminar qualquer cidadão brasileiro do acesso à assistência pública de saúde. A segunda delas é a de que as ações de saúde deveriam garantir o acesso da população às ações de cunho preventivo e/ou curativo e, para tal, deveriam estar integradas em um único sistema. A terceira, a descentralização da gestão, tanto administrativa, como financeira, de forma que se estivesse mais próximo da quarta proposição que era a do controle social das ações de saúde<sup>16</sup>.

O fundamento legal do SUS é a Constituição Federal de 1988 (CF 1988), regulamentado na Lei Federal n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, conhecida como Lei Orgânica da Saúde (LOS), que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, e na Lei Federal n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que trata das transferências

financeiras para saúde e da participação popular<sup>11,13,14</sup>.

Em seu início, a LOS garante que a saúde é um direito fundamental do ser humano, bem como um dever do Estado. Para tanto, o Estado deve formular e executar políticas econômicas e sociais que reduzam o risco de doenças e agravos e que assegurem o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde. Sem excluir o papel da sociedade na participação desses processos, entende-se que o maior poder e impacto sobre a situação de saúde pública, especificamente sobre o SUS, cabe aos entes federativos<sup>9,13, 17</sup>. E, para a sustentabilidade de um sistema universal em saúde, a discussão sobre o financiamento é essencial, e deve ser guiada na perspectiva de minimizar a participação privada, e maximizar o investimento público no sistema<sup>18</sup>.

## **2.2 AS MÃOS QUE TREMEM: O DESAFIO DE FINANCIAR O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Com a finalidade de dar sustentação ao arcabouço assistencial previsto na CF de 1988 e as demandas crescentes que se avolumavam pela necessidade assistencial previstas nos conceitos fundantes da referida constituição, o Brasil tem por necessidade criar recursos para garantir o que está previsto em sua carta maior. Desta forma, entende-se a necessidade de garantir o financiamento para a estruturação das ações de saúde, criando estratégias legais que impactam diretamente na assistência que de fato será prestada à população<sup>19</sup>.

Contudo, a saúde sofreu seu primeiro golpe desde a proposta de financiamento contida na CF 1988, traduzida na recusa política pelo financiamento diferenciado para as áreas da Seguridade Social (saúde, assistência e previdência social), recebendo orçamento único (OSS). Novo golpe evidenciou-se com o descarte da proposta de proporções pré-definidas do OSS para repartição entre seus componentes, quando a saúde receberia 30%<sup>1</sup>. Após a promulgação da CF 1988 os desafios continuaram no que diz respeito ao financiamento adequado, compatível com a proposta de sistema universal e público<sup>1</sup>.

Apesar da LOS descrever a organização de elementos básicos para o financiamento do sistema, havia ainda a indefinição sobre percentuais e valores para a alocação de recursos no SUS entre os entes federativos, o que resultou em crise logo no início dos anos 1990. Como forma de gerar nova receita, foi estabelecida a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) em 1996, com a finalidade (em proposta) de financiar exclusivamente o Fundo Nacional de Saúde, o que, porém, não ocorreu<sup>11</sup>.

A aprovação da CPMF, e sua manutenção, não atenderam à agenda do setor saúde, pois contribuiu também nos campos da assistência e previdência social, e a saúde recebeu parcela pouco superior a 50% do arrecadado. Vale ressaltar, que em 1996, nem mesmo o OSS atendia exclusivamente as áreas que o compõem. Desde 1994, foi aprovado o Fundo Social de Emergência (FSE), chamado desde 2000 de Desvinculação de Receitas da União (DRU), cujo propósito é nominalmente claro, de retirar recursos vinculados a áreas sociais e investir no pagamento de dívidas públicas<sup>19</sup>.

A década de 1990 é palco de várias disputas entre interesses político-econômicos e demandas sociais, legalmente instituídas, culminando em 2000 com a Emenda Constitucional (EC) n. 29, na definição de percentuais mínimos dos Orçamentos Fiscais (arrecadado por impostos) para a alocação na saúde para as três esferas.

Com a EC 29, esperava-se “[...] promover a blindagem do sistema, em termos da sustentabilidade e suficiência de recursos, avançando também na solidariedade federativa por meio da definição de parâmetros para o estabelecimento de relações fiscais intergovernamentais no SUS”<sup>20:1853</sup>. Mas o que se observou foi prova do descompromisso da esfera federal com a prestação de serviços públicos de saúde de qualidade, quando se eximiu de definir seu respectivo percentual mínimo de alocação<sup>1,21</sup>.

Surge, então, novo campo de debate e reivindicações: a aprovação de lei complementar com percentual mínimo garantido para a esfera federal. Considerando que municípios colocam 15%, e estados, 12%, do seu



Orçamento Fiscal, a União teria o potencial de alocar 10% da sua Receita Corrente Bruta na saúde (o que representaria acréscimo de em média 40 bilhões de reais ou 0,8% do PIB). Todavia, após 12 anos de embate, a Lei Complementar n. 141 é aprovada em 2012 sem qualquer alteração no percentual de alocação da União<sup>19</sup>.

Nessa mesma década, no ano de 2016, houve nova decepção no campo das políticas federais de financiamento da saúde pública. Para alguns autores<sup>22:2054</sup>, “se os anos 1990 trouxeram o engessamento do executivo federal [...], a aprovação da Emenda Constitucional n. 95/2016 estabeleceu um padrão ainda mais radical de contenção do Estado”. De fato, a EC n.95 é ponto focal do novo cenário de tragédias no setor público da saúde, uma vez que causa engessamento dos gastos públicos em áreas essenciais. A sua promulgação ocorreu mediante quadro neoliberalista acentuado que possibilitou outras aprovações danosas, como EC n. 86/2015, EC n. 93/2016 e Portaria n. 3992/2017, as quais não apenas reduzem o aporte financeiro na saúde, mas também desestruturam o arcabouço, que já era frágil, de sustentação de um sistema, em tese, universal e público.

De forma concreta, os novos textos legais influenciaram na combinação das novas regras de cálculo para apuração do valor da aplicação mínima constitucional como a da execução orçamentária obrigatória das emendas parlamentares individuais. Essas mudanças agravam o quadro de subfinanciamento do SUS a partir de 2015, o que representou mais uma perda parcial de direitos sociais duramente conquistados pela sociedade brasileira, se nada for feito para reverter essa situação<sup>11,23</sup>.

O teto de gastos públicos do governo federal brasileiro, implementado pela EC 95/2016, é, portanto, uma ofensiva conservadora de retirada de direitos sociais, tendo como alvo prioritário o projeto constituinte de 1988, que exige a intervenção do Estado para a redução das severas desigualdades sociais e econômicas<sup>24</sup>.

É importante advertir, os governos que gastam mais investindo na

economia favorecem a criação e multiplicação de empregos, o que por conseguinte fortalece as finanças públicas<sup>24</sup>. Logo, num contexto de economia em crescimento há uma redução das demandas por programas sociais. O mesmo não acontece com a aplicação da austeridade fiscal, cujo efeito é contrário. Os mesmos autores destacam ainda que há evidências na literatura científica do efeito multiplicador do gasto com políticas sociais para o crescimento do Produto Interno Bruto (PIB)<sup>25</sup>.

Apesar dessas evidências além do ataque proveniente da EC 95/2016, observa-se também à concepção neo-desenvolvimentista desse mesmo projeto constituinte, que reserva ao investimento público papel essencial ao estímulo do investimento privado e do crescimento do setor produtivo nacional, com o intuito de reduzir a dependência do país às potências estrangeiras hegemônicas. Por fim, outra análise importante a ser descrita se dá nos blocos de financiamento que sempre se caracterizaram, anteriormente, por serem blocos financeiros, tendo uma conta corrente vinculada a cada um dos cinco (05) blocos de custeio, exceto o Bloco de Investimento, que se destacava por ter contas correntes vinculadas a cada projeto.

A organização orçamentária sempre esteve presente nos grandes grupos de ações programáticas que marcavam cada um dos blocos de custeio: atenção básica, média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, assistência farmacêutica, vigilância em saúde, e gestão do SUS<sup>5</sup>. Até que, em 2017 surge a proposta do SUS Legal, culminando na reforma na organização dos blocos de financiamento.

A principal mudança abateu-se sobre a forma de transferência dos recursos financeiros, a qual passou a se resumir a apenas dois blocos: custeio e investimento. Os recursos para custeio foram transferidos para uma só conta corrente no bloco de custeio e os recursos para investimentos que ainda não haviam sido contemplados com repasse foram transferidos para uma só conta corrente no bloco de investimento. A junção dos antigos blocos de financiamento de custeio em um único bloco mantém de forma virtual os

grupos de ações dentro do Bloco de Custeio, ou seja, o planejamento orçamentário deve considerar os devidos blocos de ação, porém representa, de fato, a viabilização da desvinculação dos recursos financeiros<sup>26</sup>.

Durante a existência dos blocos de financiamento por áreas de atenção, esses blocos refletiam a vinculação, ao final de cada exercício, do que foi definido em cada programa de trabalho do Orçamento Geral da União (OGU) e que deu origem ao repasse do recurso, bem como o estabelecido no Plano de Saúde e na Programação Anual de Saúde dos entes subnacionais<sup>5</sup>.

A existência de blocos por áreas de atenção separava definitivamente, de forma inequívoca, o fluxo orçamentário do fluxo financeiro, exigindo do gestor novas providências de conhecimento das novas regras para pactuação do recurso financiador da assistência prestada pelo ente federado<sup>27</sup>. As destinações orçamentárias, apesar da existência atual de dois blocos, devem continuar a refletir as ações pactuadas de governo.

É de digno questionar quem demanda e a quem serve, os movimentos de alterações legais de cunho liberalista na saúde pública. As articulações entre empresas do mercado privado de saúde e o Poder Legislativo têm fragilizado o SUS<sup>5</sup>.

Pela análise das manobras de desvio de recursos de contribuições sociais, desvinculação progressiva de recursos e normativas que falham em ampliar o percentual federal investido em saúde, compreende-se que a receita nacional gerada (permanece crescendo) anualmente é “preservada” para gasto financeiro, como o pagamento das dívidas (ou melhor, dos juros destas). Em avaliação das Leis Orçamentárias Anuais dos últimos cinco anos, o percentual da receita do OGU destinado ao pagamento de juros, amortização e refinanciamento da dívida pública, foi estimado em 46,46% em 2016, ultrapassando a marca dos 50% em 2017 (50,66%) e 2018 (52,31%), voltando a 43,68% em 2019. Para 2020, era estimada receita total de R \$3.687,2 bilhões, da qual 44,87% seriam destinados às despesas financeiras com a dívida. Enquanto a saúde, nesse período, representou entre 3,16 e 3,5% da receita

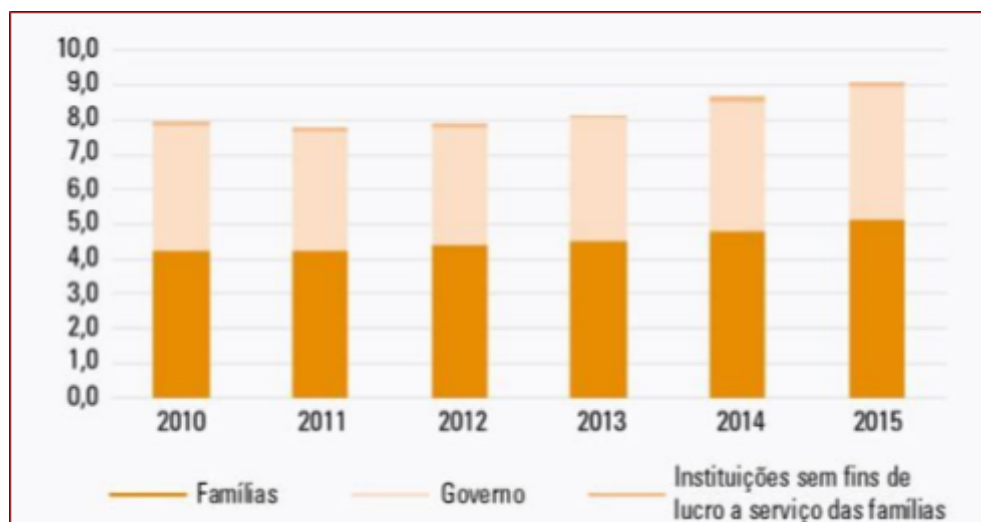
prevista no OGU<sup>28-33</sup>.

### **2.3 AS MÃOS QUE CEDEM: A AMEAÇA À SUSTENTABILIDADE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

O debate acerca da sustentabilidade financeira de sistemas universais em saúde, paradoxalmente, incentiva a expansão da participação privada no mercado da saúde. Esse processo é paulatino e vem se aprofundando, em especial, em países de baixa e média renda. Como a capacidade estrutural desses países é limitada para a oferta própria e pública de serviços de saúde, buscam complementar o serviço por meio da contratação de empresas privadas, cedendo às demandas de indústrias farmacêuticas, empresas prestadoras de serviços de saúde e companhias de seguro, para o aumento da participação e, portanto, do gasto, do setor privado na saúde pública<sup>18</sup>.

O Brasil segue esta tendência. Ao se observar o gasto total (parcela pública e privada) em relação ao Produto Interno Bruto (PIB) – marcador da “riqueza” de uma nação, o gasto do país com o setor da saúde está em torno de 8% (Figura 1). Outros países que possuem sistemas universais de saúde, como Canadá e Reino Unido alocam, respectivamente, 10,4% e 9,9% do seu PIB. A partir desse dado, a situação nacional, aparentemente, assemelha-se aos demais. Contudo, ao detalhar a origem do gasto total, em 2015, o gasto público com saúde destes países foi superior a 80%, enquanto no Brasil está em torno de 43%. Valor inferior, inclusive, do gasto público com saúde de países que não possuem sistema universal de saúde, como os Estados Unidos, com aproximadamente 49%<sup>9,22</sup>.

**Figura 1** – Participação percentual no PIB do gasto com bens e serviços de saúde. Brasil, 2010 a 2015.<sup>34</sup>



**Fonte:** Autoria própria

Em outros comparativos, o Brasil possui uma das menores proporções de gasto público em saúde entre os países da América Latina e Caribe, cuja média é de 51,3%. O mesmo ocorre em comparação a países de renda mediana-alta (grupo em que se inclui), cujo gasto médio está em torno de 55%, e entre países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico, com média de aproximadamente 62%<sup>3</sup>.

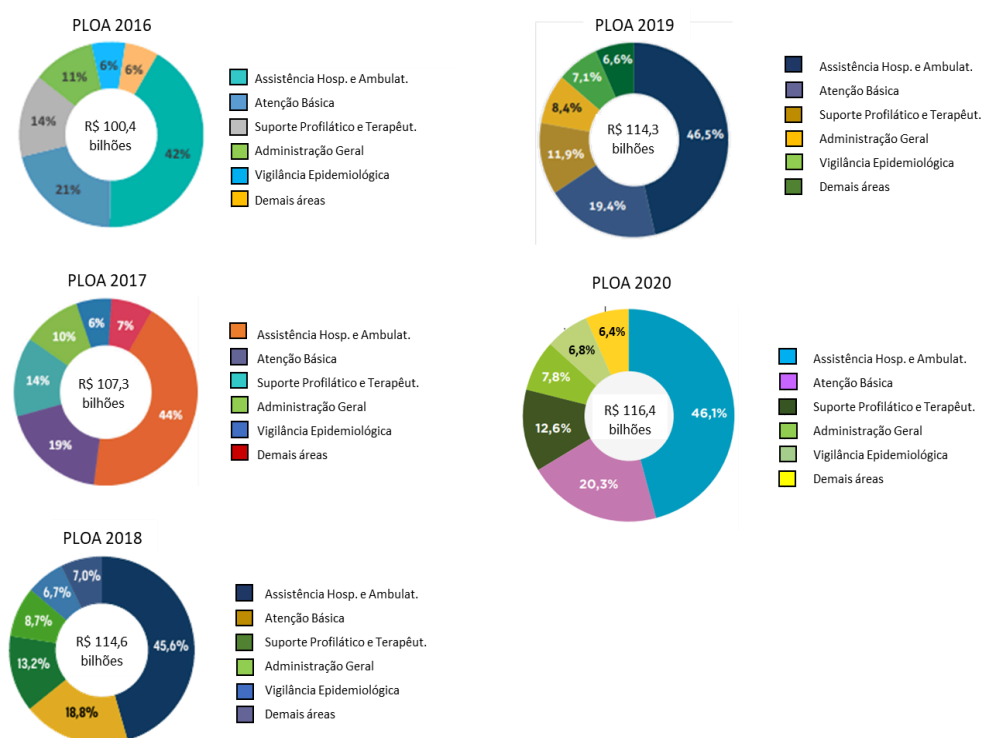
Torna-se mais clara a disparidade entre o Brasil e outros países com sistema universal de saúde, ao apresentar monetariamente o valor investido per capita, da parcela de gastos públicos com saúde. Quando medido em paridade de poder de compra (PPC), forma de equiparar as moedas internacionais, o dispêndio do Brasil, em 2015, foi de 595 reais per capita, enquanto o Canadá gastou 3.383 e o Reino Unido, 3.330<sup>34,35</sup>. Ao considerar valores mais recentes, em 2019, o valor per capita despendido pela esfera nacional para as ações de saúde foi de aproximadamente 560 reais, o que representa uma alocação proporcional de 1,65% do PIB<sup>36</sup>.

Dessa forma, compreende-se que a proporção do PIB investido em

gastos públicos com saúde no Brasil está entre 3% e 4%. E, deste montante, desde a EC 29/2000, a esfera nacional vem alocando o mínimo constitucional, o que representa em torno de 1,7% do PIB<sup>5</sup>.

É cabível investigar, além do montante despendido em saúde, a distribuição dos recursos nos blocos de financiamento, recentemente pós-tumors. O Orçamento Cidadão disponibiliza um infográfico (Figura 2) dos gastos com saúde propostos no Projeto de Lei Orçamentária Anual (PLOA). É perceptível a gradual redução da participação da Atenção Básica e Suporte Profilático e Terapêutico, em detrimento à ampliação proporcional do orçamento federal com Assistência Hospitalar e Ambulatorial<sup>29-33</sup>.

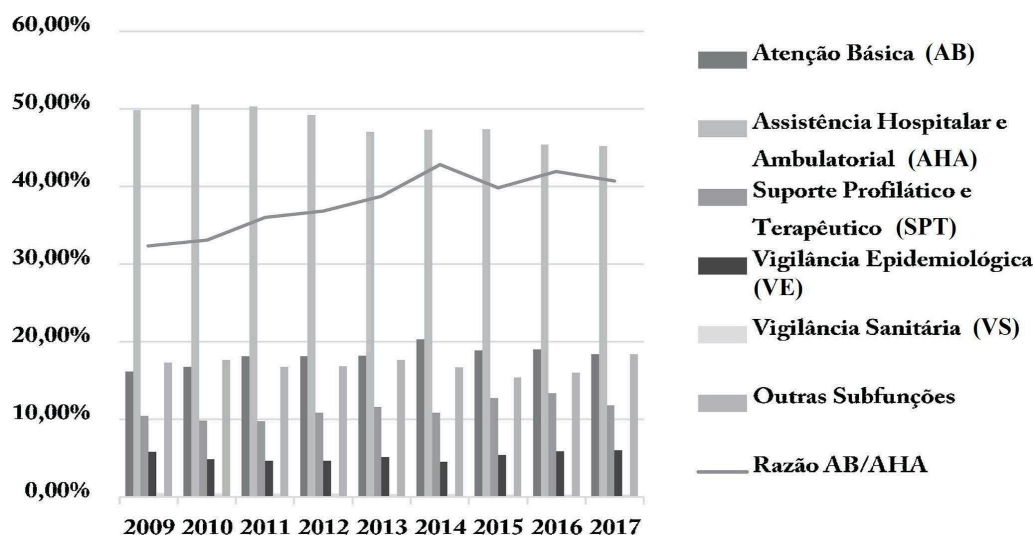
**Figura 2** – Série histórica da distribuição dos recursos federais com saúde, por áreas de financiamento, no Projeto de Lei Orçamentária Anual de 2016 a 2020.<sup>29-33</sup>



Fonte: Autoria própria

A influência parlamentar está fortemente presente nos processos de decisão e distribuição de recursos nas LOAs. O orçamento expressa uma estimativa de alocação financeira, todavia, ao longo do ano, ajustes são necessários, impactando diretamente na execução orçamentária efetiva<sup>36</sup>. Ao analisar uma série histórica de 2009 a 2017 das execuções orçamentárias das subfunções da saúde (Figura 3), mantém-se perceptível a tendência crescente de valorização das alocações na assistência hospitalar e ambulatorial, tal qual as LOAs. Contudo, a disparidade percentual entre a Atenção Básica e a Assistência Hospitalar e Ambulatorial é intensificada no dispêndio realizado em comparação ao orçado, como pode ser observado nos anos de 2016 e 2017, presentes nas figuras 2 e 3.

**Figura 3** - Participação percentual das principais subfunções em termos de valores empenhados e razão entre as subfunções “Atenção Básica/Assistência Hospitalar Ambulatorial” no período 2009-2017<sup>36</sup>.

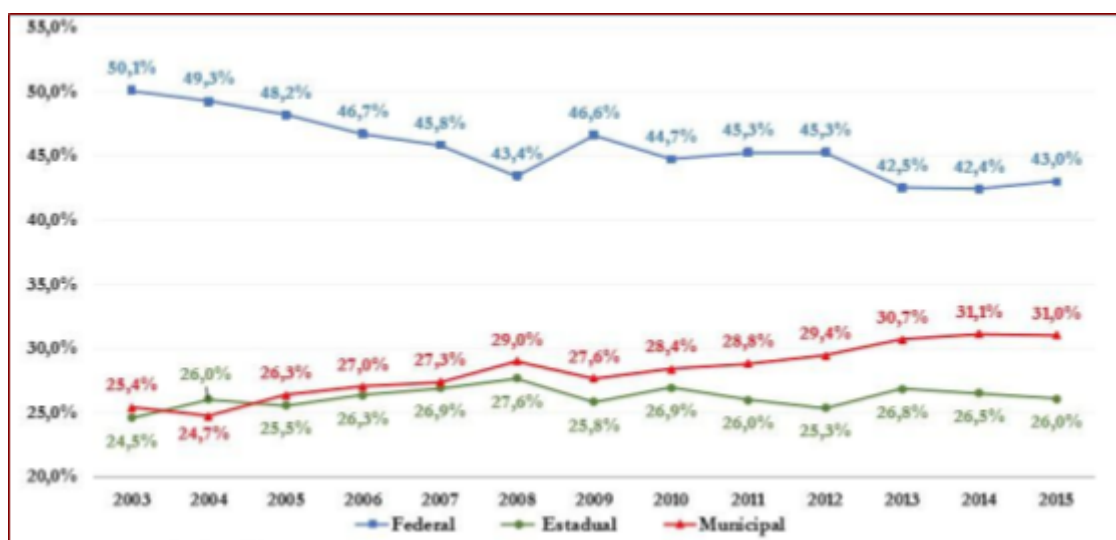


Fonte: Autoria própria

É crescente a oneração das esferas subnacionais, justificada sob o princípio da descentralização de receitas e atribuições, sem, contudo, haver a real descentralização de encargos e tributos, os quais permanecem, em sua

maior parte e volume pertencentes à esfera federal para posterior repasse aos entes subnacionais. Os reflexos incidem, acentuadamente, nos municípios (Figura 4), tornando estes aqueles que mais contribuem com a saúde, em termos proporcionais de sua arrecadação<sup>37</sup>.

**Figura 4** – Composição do gasto público (% do total) com saúde por ente federativo, entre 2003 e 2015.<sup>5</sup>



Fonte:: Autoria própria

Em análise comparativa entre os anos de 2003 e 2015, a proporção de gastos públicos com saúde dos estados e municípios passou de 24,5% e 25,4% (Figura 4), respectivamente, para 26% e 31%<sup>5</sup>. Em termos de gastos per capita, os gastos municipais com saúde, considerando recursos próprios e repasses do governo federal, cresceu 226%, passando de R\$315,70 em 2003 para R\$716,50 em 2014 (valores ajustados pela inflação). Porém, desde 2015, o gasto per capita está em declínio, passando de R\$617,10 em 2016<sup>3</sup> até R \$560,41 em 2019<sup>36</sup>.

Enquanto as esferas de governo debatem a quem cabe a parcela mais expressiva dos gastos públicos com saúde, mais da metade dos gastos com saúde no país são gastos privados. Deste montante, os planos de saúde respondem por 40,4% e o desembolso direto, pela parcela mais onerosa. Os



planos de saúde são adquiridos por cerca de 25% das famílias, concentradamente por grupos de maior renda (média a alta). À medida que a renda aumenta, maior a parcela de famílias com planos de saúde, e maior o valor gasto. O desembolso direto é a forma de pagamento utilizada, principalmente, por trabalhadores de baixa-renda, os quais comprometem, proporcionalmente, maior parcela da renda familiar com insumos de saúde do que as famílias de maior renda<sup>23,38</sup>.

A desigualdade no acesso a planos de saúde foi uma das justificativas utilizadas para a proposta de planos de saúde populares, com menor cobertura para doenças mais graves. Portanto, caso o usuário do plano popular desenvolva uma das doenças descobertas, este recairia sob a responsabilidade do SUS em garantir a sua saúde, sem a possibilidade de ressarcimento do poder público pela operadora do plano privado. É o privilégio dos interesses privados, em detrimento ao público. É colocar em risco, intencional, a segurança do cidadão brasileiro<sup>9,39</sup>.

De uma forma geral, os valores transferidos pelo Ministério da Saúde são insuficientes para financiar uma APS integral e resolutive, fazendo com que os municípios se responsabilizem por parcela considerável do financiamento da APS ou levando a estruturação de uma APS seletiva e focalizada<sup>9,17,40</sup>.

O quadro atual, porém, não se compara à catástrofe anunciada com o “Novo Regime Fiscal”. A contenção de despesas do setor público, estabelecida na EC 95/2016, centrada na redução de gastos com áreas de interesse social, é nocivo à sociedade<sup>23</sup>.

Ao ser aprovada, a EC 95 permite a alocação de 15% da Receita Corrente Líquida (RCL) de 2017 no cálculo do orçamento da saúde para o de 2018. O congelamento do limite orçamentário por 20 anos é, porém, passível de correção anual pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), principal marcador da inflação. A despeito dessa ressalva, o resultado será a progressiva redução da participação da esfera federal na parcela do PIB

com o gasto público em saúde<sup>5</sup>.

Diante do decréscimo da participação do Estado na oferta de serviços de saúde públicos, a exploração da demanda reprimida, dos usuários desassistidos, caberá às empresas privadas de saúde<sup>10</sup>. Afinal, sob a imagem de crise perene, a solução comumente apresentada para desonerar as contas públicas é fomentar o mercado de planos e serviços privados em saúde e eximir o Estado da sua atribuição de ofertar saúde aos cidadãos brasileiros, ou seja, trata-se da ruptura do direito constitucional à saúde.

A coexistência do setor privado no SUS é nefasta, e direciona o país a processo de americanização do sistema de saúde. Essa é uma demanda histórica dos movimentos em defesa da saúde pública no Brasil, que esbarra em constrangimentos políticos e econômicos impostos pelo capitalismo contemporâneo “financeirizado” e sua crise estrutural<sup>9,40</sup>.

Todavia, é sustentada por setores economicistas no Estado e na sociedade, enquanto o sistema padece, “sem força para sustentar um projeto estratégico que resista ao alargamento da hegemonia neoliberal”<sup>11:1351</sup>.

#### **2.4 AS MÃOS QUE RESISTEM: O ABRIGO ABANDONADO TORNA-SE ASILO NA TORMENTA**

Crises, sejam pontuais ou aparentemente perenes, colocam em risco a situação socioeconômica da população, em especial, dos que se apresentam em maior vulnerabilidade social<sup>41</sup>. E, em seguimento a mudanças negativas dos hábitos de vida e alteração das condições mentais, eleva-se o risco à saúde. Esses indivíduos serão dependentes de serviços públicos de saúde para sua assistência<sup>10,42</sup>. Nesse cenário, uma realidade de austeridade econômica coloca em risco a saúde da população<sup>43</sup>.

No final de 2019, foi identificado um novo coronavírus, cujas manifestações foram denominadas de *Coronavirus disease 19* (Covid-19), ou em português, doença do coronavírus 19<sup>44</sup>. Em um mundo globalizado, com transportes em massa que cruzam longas distâncias, rapidamente, tornou-se uma pandemia, alcançando o Brasil, oficialmente, no primeiro trimestre de

2020<sup>45-47</sup>.

Pandemias causam sobrecarga dos serviços de saúde, sejam de assistência direta, auxiliares ou de suporte, devido à elevação do número de casos em curto período. Os sistemas de saúde precisam reorganizar suas práticas, a fim de agir de forma ágil e precisa, tanto nas medidas de prevenção de novos casos, como a identificação precoce dos casos e seus contactantes e promover estratégias de contenção de casos, além de ofertar assistência à população, em todos os níveis de complexidade<sup>48</sup>. A execução dessas ações exige alto gasto, em curto prazo, sem orçamento ou planejamento prévio.

A Covid-19, em comparação a outras doenças respiratórias virais, possui alta transmissibilidade e gravidade clínica<sup>49,50</sup>. Essas características implicam em rápida sobrecarga de serviços de alta densidade tecnológica, como unidades de terapia intensiva (UTI), agravada pela falta de medidas farmacológicas de prevenção e tratamento eficaz. Como estratégia de retardo do contágio, foram adotadas medidas de distanciamento e isolamento social, levando ao fechamento de espaços de livre circulação e aglomeração públicas<sup>17,50,51</sup>, impactando no comércio, especialmente o de atividades não essenciais. Une-se, assim, no Brasil, a crise sanitária à crise econômica.

O Brasil está há um bom tempo assistindo à adoção de políticas austeras por parte do Estado, com redução dos direitos sociais, especialmente na área da saúde, intensificando mecanismos de mercado e de privatização no seu interior<sup>36,40,51,52</sup>. Em meio a decreto de calamidade pública, foram aprovadas diversas medidas emergenciais para o enfrentamento da Covid-19. Entre medidas provisórias, portarias, leis e emendas constitucionais, destaca-se a aprovação da EC n. 106/2020, conhecida como “Orçamento de Guerra”. Em virtude da doença, foram necessários ajustes imediatos do sistema de saúde tendo em vista o incremento da oferta de determinados serviços<sup>17,40,51</sup>. Assim, foi possível criar um orçamento paralelo destinado exclusivamente ao combate ao vírus, livre das restrições legais exigidas na normalidade. Como, por exemplo, o descumprimento da “regra de ouro”, a qual impedia o Estado de

tomar empréstimo para o pagamento de despesas correntes<sup>23,47,51,53-55</sup>, cujas regras utilizadas intensificaram a desigualdade no sistema, além de não guardar necessariamente conexão com fatores epidemiológicos ou sociais<sup>17,55-57</sup>.

O aumento dos gastos da União vem acompanhado por controvérsias. No Orçamento de Guerra, a União concentra recursos e poder de decisão sobre as ações, gerando marcada assimetria de poder com os entes subnacionais. Há também foco exacerbado na atuação do Banco Central, segundo um conjunto de regras que privilegiam número limitado e elitizado de empresas, sem aporte significativo de recursos no setor produtivo nacional, o qual possui maior distribuição geográfica e volume, tanto em número de empresas como de consumidores. E, o relaxamento das normas legais, sem a garantia de transparência das fontes e motivações das ações, pode abrir margem para o exercício da corrupção<sup>54,56-58</sup>. Ademais, para o recebimento de auxílio financeiro emergencial da União a estados e municípios, foi exigida a suspensão do aumento salarial de servidores públicos até dezembro de 2021. Houve, porém, o reconhecimento do papel crucial de algumas áreas durante a pandemia, excluindo-se do congelamento os servidores da saúde, segurança pública e forças armadas<sup>56,59</sup>.

O quadro atual é, sim, formado por novos problemas, somados a desafios antigos, em meio a contextos político e econômico favoráveis às necessidades do mercado capitalista e neoliberal. É notória a historicidade do posicionamento nacional na valorização do mercado exterior (preocupação com superávit primário, metas da inflação etc.), além da manutenção das relações de poder e concentração de renda em pequenos grupos populacionais<sup>60</sup>. Difere, porém, que não somente foram expostas, as fragilidades do SUS, estimulando a discussão (nacional e internacional) quanto aos desmontes paulatinamente engendrados, principalmente pela esfera nacional, como também, forçosamente, foi necessário reconhecer a vitalidade da existência do SUS<sup>17,48,50,52,59</sup>.

São os sistemas públicos de saúde com caráter universal, aqueles com

melhor potencial de resposta ágil a pandemias, devido a uma maior distribuição no território e no acesso da população aos serviços de saúde, além da capacidade de articulação de ações entre entes federativos<sup>45,46,59</sup>.

### 3 CONCLUSÃO

Os debates que antecederam a CF 1988 em torno da saúde pública brasileira foram provocados pelo movimento de Reforma Sanitária Brasileira (RSB), marcados na VIII Conferência Nacional de Saúde, considerada um ponto importante para o debate do SUS e sua introdução na Constituição. Contudo, é possível observar que no contexto da sustentabilidade financeira do SUS nunca houve de fato uma política que promovesse a necessária segurança e estabilidade orçamentária para que o sistema pudesse se desenvolver de forma plena. Dessa forma, comparado a outros países que possuem um sistema de saúde semelhante ao brasileiro, é nítido o baixo investimento em saúde.

Nesse sentido, o subfinanciamento demonstra ser um problema que tende a se cristalizar dentro do quadro nacional de prioridades para o SUS. Não é possível conceber um sistema que se apresente como universal, com mecanismos de contenção orçamentária que impossibilitem a expansão ao acesso a serviços públicos de saúde e que não retratem a realidade brasileira e sua vasta diversidade populacional e territorial. É preciso salientar que este quadro de subfinanciamento se agrava ainda mais em termos de ações políticas, uma vez que, atualmente, o país vivencia uma crise orgânica e são postos em prática mecanismos de ordem constitucional que diminuem gastos nas áreas públicas. O desafio quanto à manutenção e desenvolvimento do SUS está posto e aparente. Parece-nos indispensável à sustentabilidade do SUS:

- a) o financiamento adequado das ações e serviços públicos de saúde, adequado à magnitude de sistemas universais, pois a manutenção da EC n. 95/2016 é incompatível com a proposta de ofertar saúde pública de qualidade;
- b) a eliminação da interdependência nociva, com o fim da duplicidade de

oferta, entre setor público e privado, fazendo jus ao nome do Sistema “Único” de Saúde; e

c) elaboração de política nacional de financiamento da saúde em concordância com a ordem de necessidades de gastos dos programas e políticas de saúde.

## REFERÊNCIAS

1. Gomes FBC. Impasses no financiamento da saúde no Brasil: da constituinte à regulamentação da emenda 29/00. *Saúde Debate*. 2014; 38: 6-17.
2. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*. 2011; 377(9779): 1778-97.
3. Massuda A, Hone T, Leles FAG, de Castro MC, Atun R. The Brazilian health system at crossroads: progress, crisis and resilience. *BMJ Glob Health*. 2018; 3(4): e000829.
4. Santos IS, Vieira FS. Direito à saúde e austeridade fiscal: o caso brasileiro em perspectiva internacional. *Cien Saude Colet*. 2018; 23: 2303-14.
5. Vieira FS, Benevides RPS. O direito à saúde no Brasil em tempos de crise econômica, ajuste fiscal e reforma implícita do Estado. *Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas*. 2016; 10(3): 28.
6. Pavani J. O Ensaio como Gênero Textual. V Simpósio Internacional de Estudos de Gêneros Textuais: O ensino em foco. Caxias do Sul: Ago. 2009.
7. Soares SV, Picolli IRA, Casagrande JL. Pesquisa bibliográfica, pesquisa bibliométrica, artigo de revisão e ensaio teórico em administração e contabilidade. *Administração: ensino e pesquisa*. 2018; 19(2): 1-19.
8. Rother ET. Revisão sistemática X revisão narrativa. *Acta Paulista de Enfermagem [online]*. 2007; 20(2): v-vi.
9. Saldiva PHN, Veras M. Gastos públicos com saúde: breve histórico, situação atual e perspectivas futuras. *Estud. Av.* 2018; 32(92): 47-61.

10. Malta DC, Silva Junior JB. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. *Epidemiol Serv Saude*. 2013; 22(1): 151-64.
11. Ocké-Reis CO. Desafios da reforma sanitária na atual conjuntura histórica. *Saúde Debate*. 2017; 41(113): 365-71.
12. Santos NR. Conjuntura atual: instigando a busca de rumos e o que fazer. *Saúde em Debate* 2017; 41(113):353-364.
13. Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA. O desafio da organização do Sistema Único de Saúde universal e resolutivo no pacto federativo brasileiro. *Saude Soc*. 2017; 26(2): 329-35.
14. Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2016; 19(3): 507-19.
15. Rodrigues PHA. Desafios políticos para consolidação do Sistema Único de Saúde: uma abordagem histórica. *Hist Cienc Saude Manguinhos*. 2014; 21(1): 37-59.
16. Paim JS, Almeida-Filho N. *Saúde coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Medbook; 2014.
17. Godoy Vieira A, Mendes Áquilas, Carnut L. Economia brasileira e saúde: percepção de alunos de saúde pública sobre as contrarreformas e seus efeitos no sistema único de saúde (SUS) a partir de um processo de educação emancipatória. *J Manag Prim Health Care* [Internet]. 2019;11 [citado 26º de abril de 2022]. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/901>
18. Giovanella, L, Mendoza-Ruiz A, Pilar ADCA, Rosa MCD, Martins GB, Santos IS, et al. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. *Cien Saude Colet*. 2018; 23: 1763-76.
19. Mendes A. A longa batalha pelo financiamento do SUS. *Saude Soc*. 2013; 22(4): 987-93.

20. Dain S. Os vários mundos do financiamento da Saúde no Brasil: uma tentativa de integração. *Cien Saude Colet.* 2007;12: 1851-64.
21. da Silva AC, Batista JHS, Santos WCM. Desmonte e sucateamento do sus: o ataque neoliberal à política de saúde no Brasil. *Anais Seminário FNCPS: Saúde em Tempos de Retrocessos e Retirada de Direitos; 27-29 out 2017; Maceió/AL.*
22. Noronha JCD, Noronha GSD, Pereira TR, Costa AM. Notas sobre o futuro do SUS: breve exame de caminhos e descaminhos trilhados em um horizonte de incertezas e desalentos. *Cienc Saude Colet.* 2018; 23(6): 2051-59.
23. Ocké-Reis CO. Gasto privado em saúde no Brasil. *Cad Saude Publica.* 2015; 31: 1351-3.
24. Vieira FS, Sá RP. O direito à saúde no Brasil em tempos de crise econômica, ajuste fiscal e reforma implícita do Estado. *Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas.* 2016; 10(3): 28.
25. Vieira FS, Benevides RPS. Nota Técnica nº 28: Os impactos do Novo Regime Fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil. Brasília: Ipea, 2016.
26. Jaccoud L, Vieira FS. Federalismo, integralidade e autonomia no SUS: desvinculação da aplicação de recursos federais e os desafios da coordenação. Brasília: Ipea, 2018.
27. Mendes A, Marques R. O financiamento da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde. *Saúde Debate.* 2014; 38(103): 900-16
28. Fattorelli ML. Explicação sobre o gráfico do orçamento elaborado pela auditoria cidadã da dívida [internet]. Auditoria Cidadã; 2016 [publicado em 28 out 2016; acesso em 19 ago 2018]. Disponível em: <https://auditoriacidada.org.br/conteudo/explicacao-sobre-o-grafico-do-orcamento-elaborado-pela-auditoria-cidada-da-divida/>
29. Secretaria de Orçamento Federal. Orçamento Cidadão: Projeto de Lei Orçamentária Anual – PLOA 2016. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; 2015.



30. Secretaria de Orçamento Federal. Orçamento Cidadão: Projeto de Lei Orçamentária Anual – PLOA 2017. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; 2016.
31. Secretaria de Orçamento Federal. Orçamento Cidadão: Projeto de Lei Orçamentária Anual – PLOA 2018. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; 2017.
32. Secretaria de Orçamento Federal. Orçamento Cidadão: Projeto de Lei Orçamentária Anual – PLOA 2019. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; 2018.
33. Secretaria de Orçamento Federal. Orçamento Cidadão: Projeto de Lei Orçamentária Anual – PLOA 2020. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; 2019.
34. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Famílias gastam 36% mais por pessoa com saúde que o governo [internet]. Agência de Notícias do IBGE, 2017 [publicado em 20 dez 2017; acesso em 14 out 2021]. Disponível em:  
<https://censos.ibge.gov.br/2012-agencia-de-noticias/noticias/18917-conta-satelite-de-saude-noticia.html>
35. World Health Organization. Global Health Expenditure Database [internet]. WHO; 2018 [atualizado em 14 nov 2021; acesso em 14 nov 2021]. Disponível em: <http://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>.
36. Funcia FR. Subfinanciamento e orçamento federal do SUS: referências preliminares para a alocação adicional de recursos. Cien Saude Colet. 2019; 24(12): 4405-4415.
37. Araújo CEL, Gonçalves GQ, Machado JA. Os municípios brasileiros e os gastos próprios com saúde: algumas associações. Cien Saude Colet. 2017; 22: 953-63.
38. Garcia LP, Ocké-Reis CO, Magalhães LCGD, Sant'Anna AC, Freitas LRSD. Gastos com planos de saúde das famílias brasileiras: estudo descritivo com dados das Pesquisas de Orçamentos Familiares 2002-2003 e 2008-2009.

Cien Saude Colet. 2015; 20: 1425-34.

39. Bahia L, Scheffer M, Poz MD, Travassos C. Planos privados de saúde com coberturas restritas: atualização da agenda privatizante no contexto de crise política e econômica no Brasil. *Cad Saude Publica*. 2016; 32: e00184516.

40. Amorim DA, Mendes Áquilas N. Financiamento federal da atenção primária à saúde no sistema único de saúde (SUS): Uma revisão integrativa. *J Manag Prim Health Care* [Internet]. 2019;11 [citado 26º de abril de 2022]. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/845>

41. Marques, TS, Matos FL. Crise e vulnerabilidade social: uma leitura territorial. In: *Geografia, paisagem e riscos: livro de homenagem ao Prof. Doutor António Pedrosa*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra; 2016.

42. Alves AAM, Rodrigues NFR. Determinantes sociais e económicos da Saúde Mental. *Rev Port Saúde Pública*. 2010; 28(2): 127-131.

43. Jordão NM, Freitas C, García Ramírez M. Efeitos da crise económica e das políticas de austeridade na saúde e no acesso aos cuidados de saúde da população migrante em países do sul da Europa: revisão scoping. *REMHU, Rev Interdiscip Mobil Hum*. 2018; 26(54): 213-30.

44. Kronbichler A, Effenberger M, Eisenhut M, Lee KH, Shin JI. Seven recommendations to rescue the patients and reduce the mortality from COVID-19 infection: An immunological point of view. *Autoimmun Rev*. 2020;19(7): 102570.

45. Ferreira CF, Dias GN, Franciscon IN, Oliveira TQ. Pandemias em um mundo globalizado: desafios para o acesso universal à saúde. In: CÂNDIDO, Débora Antônia Lobato et al. (Org.). *Justiça Enquanto Responsabilidade: o potencial transformador dos agentes no mundo contemporâneo*. Brasília: UNB, 2014.

46. Rodriguez-Morales AJ, Gallego V, Escalera-Antezana JP, Méndez CA, Zambrano LI, Franco-Paredes C, et al. COVID-19 in Latin America: The implications of the first confirmed case in Brazil. *Travel Med Infect Dis*. 2020; 35: 101613.

47. World Health Organization. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): situation report, 85 [internet]. WHO; 2020 [atualizado em 14 abr 2020; acesso em 14 nov 2021]. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200414-sitrep-85-covid-19.pdf>.
48. Abreu LC. Integrated actions and strengthening of Public Health System in Brazil in a time of pandemic. *J Hum Growth Dev.* 2020; 30(1): 05-08.
49. Freitas ARR, Napimoga M, Donalisio MR. Análise da gravidade da pandemia de Covid-19. *Epidemiol Serv Saude* [online]. 2020; 29(2): e2020119.
50. Oliveira WK, Duarte E, França GVA, Garcia LP. Como o Brasil pode deter a COVID-19. *Epidemiol Serv Saude* [online], 2020; 29(2): e2020044.
51. Nahas TC, Martinez L. Considerações sobre as medidas adotadas pelo Brasil para solucionar os impactos da pandemia do COVID-19 sobre os contratos de trabalho e no campo da Seguridade Social e da de prevenção de riscos laborais. *Notícias CIELO.* 2020: 10.
52. Abrasco. Uma Carta de Esperança no Futuro – 4º CBPPGS [internet]. São Paulo: Abrasco; 2021 [atualizado em 26 mar 2020; acesso em: 06 out 2021]. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/eventos/congresso-brasileiro-de-politica-planejamento-e-gestao-em-saude/uma-carta-de-esperanca-no-futuro-4o-cbppgs/57421/>
53. Zanetta BL, Carnut L. Metodologias para alocação equitativa de recursos federais a estados e municípios ao redor do mundo: uma revisão integrativa – primeiros resultados. *J Manag Prim Health Care* [Internet]. 2019; 11 [citado 26º de abril de 2022]. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/793>
54. de Albuquerque Maranhão R, Senhoras EM. Orçamento de guerra no enfrentamento à covid-19: entre manobras parlamentares e batalhas políticas. *Boletim de Conjuntura (BOCA).* 2020; 2(6): 113-32.
55. Vaz GDA, Bulgareli JV, Carnut L. Uma análise a literatura científica sobre acesso ao serviço de saúde no sistema único de saúde (SUS): uma

revisão sistematizada. J Manag Prim Health Care [Internet]. 2019;11 [citado 26º de abril de 2022]. Disponível em:

<https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/813>

56. Senado Federal. Aprovado congelamento de salários do setor público; saúde e segurança ficam de fora. Agência Senado [internet]. Brasília: Senado Federal; 2020 [atualizado em 03 mai 2020; acesso em 20 de jun 2020].

Disponível em:

<https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2020/05/03/aprovado-congelamento-de-salario-do-setor-publico-saude-e-seguranca-ficam-de-fora>

57. Fernandes, Gustavo Andrey de Almeida Lopes e Pereira, Blenda Leite Saturninos desafios do financiamento do enfrentamento à COVID-19 no SUS dentro do pacto federativo. Revista de Administração Pública [online]. 2020, v.

54, n. 4 [Acessado 26 Abril 2022] , pp. 595-613. Disponível em:

<<https://doi.org/10.1590/0034-761220200290>

<https://doi.org/10.1590/0034-761220200290x>>. Epub 28 Ago 2020. ISSN

1982-3134. <https://doi.org/10.1590/0034-761220200290>.

58. Servo, Luciana Mendes Santos et al. Financiamento do SUS e Covid-19: histórico, participações federativas e respostas à pandemia. Saúde em Debate [online]. 2020, v. 44, n. spe4 [Acessado 26 Abril 2022] , pp. 114-129. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042020E407>>. Epub 23 Ago 2021. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E407>.

59. Pereira GO. Ataque aos servidores públicos sob o COVID-19: orçamento de pessoal em questão. In: MOREIRA, Elaine et al. (org.). Em tempos de pandemia: propostas para defesa da vida e de direitos sociais. Rio de Janeiro: UFRJ, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Escola de Serviço Social; 2020.

60. Machado FG, Mendes AN, Carnut L. As formas político-jurídicas do Estado no capitalismo contemporâneo e as renúncias fiscais em saúde. Saúde Debate. 2018; 42: 354-63