

Necessidade de reconfiguração do financiamento do SUS diante da austeridade: uma revisão narrativa

Need to reconfigure SUS financing in the face of austerity: a narrative review

Necesidad de reconfigurar el financiamiento del SUS ante la austeridad: una revisión narrativa

Recebido: 07/03/2022 | Revisado: 14/03/2022 | Aceito: 21/03/2022 | Publicado: 30/03/2022

Kamyla de Arruda Pedrosa

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5675-8097>
Universidade Estadual do Ceará, Brasil
E-mail: kamylaapedrosa@gmail.com

Daniely Bezerra de Castro Sena

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4362-0317>
Universidade Estadual do Ceará, Brasil
E-mail: daniely.sena@aluno.uece.br

José Reginaldo Pinto

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8682-7559>
Universidade Estadual do Ceará, Brasil
E-mail: j.rpinto2018@gmail.com

Márcio de Oliveira Mota

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7725-3335>
Universidade Estadual do Ceará, Brasil
E-mail: marcio@marciomota.com

Resumo

O financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) é um avanço na saúde pública no Brasil, apreciado pela seguridade social para a viabilização do direito e da cobertura universal aos serviços ofertados por esse sistema. O alto crescimento dos custos pelo incremento das tecnologias, mudanças do perfil demográfico e epidemiológico, judicialização e a austeridade ocasionada pela Emenda Constitucional nº 29 e a pandemia do coronavírus trazem reflexões sobre a capacidade de construir um novo financiamento para a sustentabilidade do SUS. O objetivo desta pesquisa foi identificar as evidências em estudos sobre o financiamento desse sistema para a cobertura universal da seguridade social relativas à saúde no Brasil, por meio de uma revisão narrativa da literatura, resultando na análise de 22 estudos. Baseado nos resultados, identificamos que a medida de austeridade econômica e os custos com a pandemia impactam no déficit público e prejudicam a cobertura universal e a atenção integral da saúde ao cidadão. É necessária a reconfiguração da alocação dos recursos financeiros para a garantia do direito aos serviços de saúde no SUS. Além disso, há a necessidade de mudança da cultura e modelo da gestão da saúde, implantar questões de qualidade e proporcionar uma maior cooperação entre os entes federativos de forma solidária com o fortalecimento da participação social.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde; Seguridade social; Política social; Financiamento.

Abstract

The financing of the Unified Health System (SUS) is an advance in public health in Brazil, appreciated by social security for the viability of the right and universal coverage to the services offered by this system. The high growth in costs due to the increase in technologies, changes in the demographic and epidemiological profile, judicialization and the austerity caused by Constitutional Amendment No. 29 and the coronavirus pandemic bring reflections on the ability to build new funding for the sustainability of SUS. The objective of this research was to identify the evidence in studies on the financing of this system for universal coverage of social security related to health in Brazil, through a narrative review of the literature, resulting in the analysis of 22 studies. Based on the results, we identified that the economic austerity measure and the costs of the pandemic impact the public deficit and undermine universal coverage and comprehensive health care for citizens. It is necessary to reconfigure the allocation of financial resources to guarantee the right to health services in the SUS. In addition, there is a need to change the culture and model of health management, implement quality issues and provide greater cooperation between federative entities in a solidary way with the strengthening of social participation.

Keywords: Healthcare System; Social security; Social policy; Financing.

Resumen

La financiación del Sistema Único de Salud (SUS) es un avance de la salud pública en Brasil, apreciado por la seguridade social para la viabilidad del derecho y la cobertura universal de los servicios ofrecidos por este sistema. El

alto crecimiento de los costos por el aumento de tecnologías, los cambios en el perfil demográfico y epidemiológico, la judicialización y la austeridad provocada por la Enmienda Constitucional N° 29 y la pandemia del coronavirus traen reflexiones sobre la capacidad de construir nuevos financiamientos para la sostenibilidad del SUS. El objetivo de esta investigación fue identificar la evidencia en los estudios sobre el financiamiento de este sistema para la cobertura universal de la seguridad social relacionada con la salud en Brasil, a través de una revisión narrativa de la literatura, resultando en el análisis de 22 estudios. Con base en los resultados, identificamos que la medida de austeridad económica y los costos de la pandemia impactan en el déficit público y socavan la cobertura universal y la atención integral en salud de los ciudadanos. Es necesario reconfigurar la asignación de recursos financieros para garantizar el derecho a los servicios de salud en el SUS. Además, existe la necesidad de cambiar la cultura y el modelo de gestión en salud, implementar temas de calidad y brindar una mayor cooperación entre las entidades federativas de manera solidaria con el fortalecimiento de la participación social.

Palabras clave: Sistema Único de Salud; Seguridad social; Política social; Financiación.

1. Introdução

Em 1988 foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), resultado de inúmeras crises e reformas sanitárias, protagonizado pela VIII Conferência Nacional da Saúde, em 1986, trazendo consigo novos pilares de apoio como os princípios da universalidade, equidade e integralidade, sancionados e regulamentados em 1990, pelas Leis n° 8.080/1990 e n° 8.142/1990 (Brasil, 1988, 1990a, 1990b). Assim, produziu um avanço na saúde pública e viabilizou o direito à saúde com embasamento na apreciação da seguridade social e assegurou o financiamento do SUS (Paiva & Teixeira, 2014). A Constituição de 1988 produziu métodos para sustentar o desenho político de ampliar a todos os brasileiros o direito à saúde. A finalidade foi alcançada e o SUS, hoje, é um fato: dele dependem excepcionalmente cerca de 71,5% da população total brasileira (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2013). O SUS pode ser compreendido como sistema privilegiado de observação do vínculo e de descentralização entre os poderes constituídos no Brasil. As arestas não aparadas entre os poderes executivo, legislativo e judiciário tornam-se mais visíveis quando observadas pelo ângulo do financiamento do SUS (Santos et al., 2016).

Nos últimos anos a partir dos anos 2000, as melhorias nas condições de saúde da população brasileira têm sido atribuídas às mudanças positivas nos indicadores e determinantes sociais da saúde e à reforma setorial, com a Emenda Constitucional n° 29, que estabelecia um repasse mínimo de recursos para a saúde nas três esferas governamentais. A EC 29 determinava a inserção da União, Estados e Municípios no financiamento do SUS e tinha como objetivo prover a suficiência de recursos, bem como avançar no que concerne à solidariedade federativa, ao estabelecer parâmetros para as relações fiscais intergovernamentais dentro do SUS, definindo que os estados e municípios iniciassem a alocar no mínimo 7% de suas receitas anuais na área da saúde, e até o ano de 2004 atingissem um mínimo de 12% e 15%, respectivamente, e sujeitando o ente infrator às penalidades já existentes na Lei Complementar n°. 101/2000 (Lei de Responsabilidade Fiscal) (Brasil, 2000a; Cislighi et al., 2011; Santos, 2015).

O SUS somente teve a regulamentação de sua Lei Orgânica em 2011, com o Decreto n° 7.508/2011 e, em 2012, surge a Lei Complementar n° 141/2012, a qual estabelece a necessidade de criar uma metodologia de distribuição dos recursos da União para Estados e Municípios e define, para fins de cumprimento do mínimo constitucional, quais são os gastos com saúde e as despesas que não podem ser declaradas como Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), declarar e homologar bimestralmente os recursos aplicados em Saúde, por meio do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) (Brasil, 2011, 2012).

Os anos de crises e reformas sanitárias em prol de um financiamento adequado e suportável ao SUS não resguardaram o setor da dependência ao crescimento exponencial de seus custos, seja pelo incremento de novas tecnologias aplicadas à saúde, pelas taxas de desenvolvimento da população ou pelo crescente judicialização do direito à saúde (Mendes & Funcia, 2016; Romão, 2019).

A disputa por recursos financeiros para uma política universal do SUS vem sendo comprometida em todo o país, devido a mudanças no perfil demográfico (envelhecimento populacional, compatível com a diminuição das taxas de

natalidade), ao acréscimo da incidência de doenças crônicas que demandam inúmeros recursos durante extensos períodos de tratamento, ao aumento do índice de vida, a introdução de novas tecnologias e drogas e, em alguns casos muito específicos, ao custo coligado à violência e morte por causas externas (Brasil, 2013).

No decorrer de mais de 30 anos da Constituição, o SUS estabilizou-se como uma das mais respeitáveis políticas sociais de Estado, sob incumbência da União, dos estados e dos municípios. Falta, porém, com alguns comprometimentos nos perfis demográficos, progredir e construir um novo padrão de financiamento capaz de dar sustentabilidade ao sistema, de suportar tais mudanças e pressões de custos, bem como impedir a obsolescência do fluxo de atendimento. São imprescindíveis mais recursos públicos e, concomitantemente, maiores resultados em saúde com o mesmo dinheiro (Santos et al., 2016).

Na descentralização dos recursos financeiros do Ministério da Saúde (MS), foi publicada a Portaria MS nº 204/2007. O financiamento e as transferências dos recursos federais para ASPS eram realizados por meio de seis blocos de financiamento ou blocos financeiros, sendo eles: 1) bloco de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar; 2) bloco de atenção básica; 3) bloco de vigilância em saúde; 4) bloco de assistência farmacêutica; 5) bloco gestão do SUS; 6) bloco de investimento (Brasil, 2007). E, com a atual Portaria do Ministério da Saúde nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017, os recursos federais são repassados em dois blocos financeiros: custeio e investimento (Brasil, 2017). No entanto, antes da mudança dos blocos, em 2016, com a EC 95 surgiu o Novo Regime Fiscal para vigorar um novo teto de gastos na saúde, alterando o orçamento público da saúde (Brasil, 2016; Santos, 2018).

Em relação ao financiamento repassado fundo a fundo do governo federal aos entes federativos estaduais e municipais, Marques (2017) mostra que o subfinanciamento do SUS é estrutural, e Pereira e Faleiros (2019) mostram renúncias fiscais, além da própria crise econômica, assim, ocasionando a redução dos valores disponíveis para as capilaridades neste sistema descentralizados.

Não obstante a estes fatores descritos anteriormente, em 2020 o sistema de saúde brasileiro enfrenta o combate aos efeitos da COVID-19 e teve o incremento da oferta de serviços de saúde, realizando ajustes imediatos em virtude da demanda e impactando nos gastos em saúde, tornando-se uma urgência não somente brasileira, mas também a nível mundial (Grasselli et al., 2020; Legido-Quigley et al., 2020; Wang et al., 2020).

É a partir do exposto, e sob o quadro referencial maior, que este artigo concentra sua discussão com base no estabelecimento da seguinte questão norteadora: “O financiamento da saúde no Sistema Único de Saúde assegura a cobertura universal da seguridade social relativas à saúde no Brasil?”. O objetivo é identificar as evidências em estudos sobre o financiamento da saúde no Sistema Único de Saúde na cobertura universal da seguridade social relativas à saúde no Brasil.

Trata-se de distinguir, nesse quadro socioeconômico e político, as articulações viventes com a área econômica do governo, evidenciando as condicionantes estabelecidas ao financiamento e ao julgamento de saúde, enquanto universal e integrante social.

2. Metodologia

Esse estudo descritivo foi realizado por meio de uma revisão narrativa da literatura. Salienta-se que a pesquisa descritiva busca apurar os acontecimentos para posteriormente registrá-los e analisá-los, correlacionando-os sem fazer qualquer manipulação. É utilizado em estudos de acontecimentos e fenômenos de um determinado espaço físico e, em especial, do mundo humano sem que o pesquisador interfira (Rampazzo, 2011).

A revisão narrativa possibilita sintetizar o conhecimento sobre uma determinada temática, promovendo o aprofundamento dos conhecimentos e levando ao pensamento crítico, pontos relevantes à prática diária em saúde, a partir de pontos de vista teóricos ou contextuais, tendo como finalidade de descrever e discutir o estado da arte (Barros & Leheld, 2000; Rother, 2007). As revisões narrativas são consideradas como de menor evidência científica devido à seleção arbitrária de

artigos e por estar sujeita a viés de seleção (Rother, 2007; Cordeiro et al., 2007). Contudo, são consideradas essenciais para contribuições no debate de determinadas temáticas, levantando questões e colaborando para a atualização do conhecimento (Rother, 2007). A revisão narrativa não prevê, necessariamente, a explicitação dos critérios utilizados no processo de seleção dos materiais, o que não significa que não há nenhuma regra determinada pelos pesquisadores (Green et al., 2001).

As buscas aconteceram em janeiro de 2022 nas bases: *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) via PubMed, Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Web of Science*, *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), Scopus e *ScienceDirect*. A literatura cinza foi recuperada em três fontes: Google Scholar, Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD), Catálogo de Teses e Dissertações (CTD) da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). O recorte temporal foi de 2018 a 2021, pois a temática do financiamento do SUS foi alterada em 28 de dezembro 2017, pela publicação da Portaria do Ministério da Saúde, de nº 3.992, a qual trata de alteração das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do SUS (Brasil, 2017). A estratégia de busca foi construída com vocabulários controlados em saúde, Descritores em Ciência da Saúde (DeCS), *Medical Subject Headings* (MeSH) e termos na linguagem natural, em conjunto com operadores booleanos AND e OR, para obtenção de amplo espectro de resultados nas diferentes bases e bancos de dados (Araújo, 2020). Nas bases e bancos de dados eletrônicas pesquisadas, utilizou-se a estruturação apresentada no Quadro 1, bem como mostrando a pergunta norteadora e o objetivo da pesquisa.

Quadro 1. Objetivo, pergunta norteadora, bancos e bases de dados eletrônicos e as respectivas estratégias de busca. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2022.

Questão ou pergunta norteadora: o financiamento da saúde no Sistema Único de Saúde assegura a cobertura universal da seguridade social relativas à saúde no Brasil?	Objetivo: identificar as evidências em estudos sobre o financiamento da saúde no Sistema Único de Saúde na cobertura universal da seguridade social relativas à saúde no Brasil.	
	Banco e base de dados eletrônicos	Estratégia de busca
	BVS	“unified health system” OR “sistema único de saúde” AND “healthcare financing” OR “financiamento da saúde” AND “social security” OR “seguridade social” AND brazil OR brasil
	PubMed/Medline	
	<i>Science Direct</i>	
	Scielo	
	Scopus	
	<i>Web of Science</i>	
	BDTD	
	CAPES	
Google acadêmico		

Fonte: Autores (2022).

Conforme demonstrado no Quadro 1, esta pesquisa trata-se de uma revisão narrativa, apresentando a temática do financiamento de forma mais aberta, partindo de uma questão específica ou norteadora, sem a exigência de um protocolo rígido para sua elaboração, a busca das fontes foi determinada por estratégias de busca “unified health system” OR “sistema único de saúde” AND “healthcare financing” OR “financiamento da saúde” AND “social security” OR “seguridade social” AND brazil OR brasil, conforme os bancos e bases de dados, no entanto, a seleção dos artigos foi de modo arbitrário, priorizando os estudos de maiores relevância (Cordeiro, 2007). Os estudos selecionados foram estudos publicados em qualquer idioma, sendo incluídos estudos em consonância com o objetivo dessa pesquisa abordando sobre o financiamento da saúde no Sistema Único de Saúde, cobertura universal, seguridade social, antes e durante o contexto da pandemia COVID-19, sendo todos os estudos relativos à saúde no Brasil, sendo publicados em revistas científicas, sites governamentais e em entidades representativas da saúde.

Com a finalidade de organizar a apresentação dos resultados dos estudos selecionados, as características principais

dos artigos contendo autores, ano de publicação, título e principais evidências dos estudos selecionados nesta pesquisa foram dispostos num quadro.

3. Resultados

Nesta pesquisa foram elencados 22 estudos, para compor à questão do objetivo e pergunta norteadora, demonstrados no Quadro 2 contendo o título, autor/ano e principais evidências. Em relação aos anos de publicações são sete estudos de 2018 (27%), seis de 2019 (32%), cinco de 2020 (23%) e quatro de 2021 (18%).

Quadro 2. Título, autor/ano e principais evidências dos estudos selecionados nesta pesquisa. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2022.

Título	Autor/ Ano	Principais evidências
Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no SUS	Mendes et al. (2018)	Nunca se conseguiu implantar uma forma de alocação dos recursos federais, que se orientasse por critérios de rateio com base em necessidades em saúde. A EC 95, desfinanciando o SUS, haverá problemas com efeitos diretos na atenção em função das necessidades em saúde da população.
Direito à saúde e austeridade fiscal: o caso brasileiro em uma perspectiva internacional	Santos e Vieira (2018)	Medidas demonstram que a austeridade adotada no Brasil não é universal, pois não atinge toda a sociedade brasileira igualmente, e tampouco tem efeitos temporários, pois não está focada na redução do desequilíbrio momentâneo nas contas públicas. Mostra caminhos alternativos à política de austeridade fiscal empregada para a crise econômica.
Capitalismo contemporâneo em crise e sua forma política: o subfinanciamento e o gerencialismo na saúde pública brasileira	Mendes e Carnut (2018)	As propostas “reformistas” de partida são coniventes com os problemas de saúde apresentados, pois apostam na construção das políticas públicas como forma de concretizar o direito à saúde, de forma incremental, regular e contínua, entretanto a história contemporânea demonstra o contrário: desmonte, desfinanciamento e desresponsabilização.
As formas político-jurídicas do Estado no capitalismo contemporâneo e as renúncias fiscais na saúde	Machado et al. (2018)	A renúncia fiscal em saúde é um dos mecanismos que atua implicitamente na desestruturação do direito à saúde. Os recursos do fundo público de saúde, compostos por impostos e contribuições sociais dos brasileiros, são apropriados pelas classes dominantes, fazendo com que o Estado realize o pagamento de juros da dívida pública, desfinanciando as políticas sociais através das renúncias, no intuito de drenar recursos para setores que mais investem na financeirização.
Gastos público e privado com saúde no Brasil e países selecionados	Figueiredo et al. (2018)	Como resultado das medidas de austeridade, percebeu-se queda nos gastos com saúde. No Brasil, com a implantação do ‘Novo Regime Fiscal’, espera-se que os gastos públicos com saúde apresentem maior redução, dada a severidade da política de austeridade.
Financiamento do SUS: uma revisão de literatura	Sousa e Soares (2018)	É inerente questionar tantas problemáticas dentro do sistema, isto leva às discussões que se movem para além do contexto saúde, perpassando as crises econômicas e perfis de morbimortalidade da população.
Desafios da política de saúde e finanças na América Latina e no Caribe: uma perspectiva econômica	Medici e Lewis (2019)	O financiamento é inadequado, apesar do fato de que a região tem a maior desigualdade no acesso e gasta mais em saúde. Cultura de gestão da saúde baseada em processos e não em resultados. Cultura de modelos baseados em taxa por serviço e oferta, em que os gastos são independentes dos resultados. As reformas das políticas de saúde precisam abordar a eficiência em vez da equidade. As questões de qualidade do sistema de saúde foram amplamente ignoradas, desde o financiamento da saúde à prestação da saúde, não estão na agenda política.
Sistemas Nacionais de Saúde do Brasil e da França: uma análise comparativa	De Cassia et al. (2019)	Como resultado, entendeu-se que ambos os sistemas de saúde estavam estruturados como acesso universal e atenção integral. Eles têm o mesmo desenho operacional: hierarquizados pelo nível de atendimento à saúde, política e administrativamente descentralizado, onde a saúde é percebida como um direito dos cidadãos com base na solidariedade.
Vinculação orçamentária do gasto em saúde no Brasil: resultados e argumentos a seu favor	Vieira et al. (2019)	A vinculação orçamentária do gasto em saúde continua sendo imprescindível, pois os gastos com saúde ainda são muito baixos comparados com os de países de renda semelhante e que não possuem sistema universal de saúde. A estabilidade no financiamento do SUS é fundamental para que a provisão não

		sofra solução de continuidade e, para isso, a vinculação orçamentária cumpre papel vital e garante recursos suficientes para o financiamento do SUS, diante dos desafios de questões epidemiológicas, demográficas e tecnológicas que impulsionam o crescimento dos gastos em saúde.
Uma análise abrangente sobre os sistemas de saúde na América Latina	Calderon et al. (2019)	Desde 2019, o Brasil investe cerca de 9,1% de seu PIB no financiamento do SUS. Os impactos positivos do SUS ocorreram por meio das políticas relacionadas particularmente atenção básica e imunização, bem como melhores padrões ambientais e culturais diversos, os quais tornaram o Brasil líder em muitas áreas, inclusive infraestrutura e capacidade de resposta a epidemias.
Relações fiscais e político-orçamentárias no nível estadual: implicações para o financiamento e a gestão da política de saúde no Brasil	Contarato, 2019	A despesa em saúde per capita apresentou tendência de crescimento, mesmo em momentos de crise econômica e queda da arrecadação. A implantação de um sistema de transferências que diminua as desigualdades e estabeleça maior cooperação entre os entes é um grande desafio para a federação, particularmente em um cenário de austeridade e fortes restrições ao financiamento público da saúde.
O “novo regime fiscal” e a violação da progressividade e da proibição da regressão social no direito à saúde	Soares e Costa (2019)	Prova que os direitos sociais fundamentais geram custos, impactando no orçamento público; mostra que a alteração do indexador do gasto público com saúde vai gerar impacto negativo no orçamento e, por fim; demonstra que o “Novo Regime Tributário” impõe uma situação regulatória mais prejudicial à efetivação do direito à saúde, baseado na teoria constitucional.
A judicialização do direito à saúde à luz da emenda constitucional nº 95: uma análise a respeito do impacto do Novo Regime Fiscal na saúde pública federal	Silva (2019)	A judicialização da saúde reflete a desigualdade no acesso ao judiciário, além de gerar desequilíbrio no orçamento destinado à saúde pública federal. As demandas de saúde, no âmbito dos Estados abarcados por aquela jurisdição Federal, aumentaram nos exercícios de 2017 a 2018, período em que foi inaugurado o Novo Regime Fiscal.
Financiamento federal da Atenção Básica à Saúde no SUS: uma revisão narrativa	Amorim e Mendes (2020)	A fragmentação da AB e do sistema de saúde como um todo tornou-se terreno fértil para a expansão do setor privado e captura de parcelas significativas da população pelo mercado privado de saúde. Ampliar o financiamento da saúde, reformular as formas de transferência de recursos e enfrentar as políticas de austeridade e desregulamentação do sistema de saúde são ações fundamentais para a garantia do mandato constitucional do direito à saúde.
Previne Brasil, Agência de desenvolvimento da Atenção Básica à Saúde e Carteiras de Serviços: radicalização da política de privatizações da Atenção Básica?	Morosini et al. (2020)	A reconfiguração do SUS no sentido de um sistema no qual agentes públicos ou privados podem participar, aprofundando a ruptura com o compromisso constitucional da saúde como dever do Estado. As mudanças na alocação dos recursos públicos, a instituição de novas possibilidades de relação entre o Estado e empresas privadas e a adequação do modelo de atenção às particularidades da gestão de mercado revelam o sentido privatizante dessas medidas.
Novo regime fiscal frente à garantia constitucional de financiamento adequado das políticas públicas de saúde	Bevilacqua et al. (2020)	A EC nº 95/2016 afronta as diretrizes constitucionais da integralidade e universalidade que regem o SUS, já que tende a agravar o déficit de financiamento do Sistema, impedindo o oferecimento adequado e progressivo, agravando a inefetividade do direito à saúde.
Revisão da literatura e análise de mapeamento dos fatores econômicos que contribuem para a cobertura universal de saúde no Brasil, Rússia, Índia e China	Feil (2020)	A análise concluiu que o crescimento econômico contínuo e o investimento na cobertura de saúde são essenciais para a implementação e expansão bem-sucedidas da cobertura universal de saúde.
Democracia e Saúde: reflexões e desafios para a 16ª Conferência Nacional de Saúde do Brasil	Bispo Jr. e Morais (2020)	É necessário o fortalecimento da participação social e o monitoramento das propostas aprovadas na conferência. Necessita-se de recursos financeiros suficientes e adequadamente utilizados para a garantia do direito à saúde e para a consolidação dos princípios do SUS. A principal medida que compromete a sustentabilidade financeira do SUS foi a aprovação da EC 95, em 2016, ficando os gastos em saúde ficam congelados por 20 anos.
O direito à saúde no ordenamento jurídico brasileiro: uma análise histórico-legislativa-conceitual da (Des)centralização do Sistema de Saúde	Ramos et al. (2021)	Constata-se que existem problemas estruturais e uma regressão da legislação pátria quando trata do tema direito à saúde. Há ainda a problemática da complexidade do sistema de repartição de receitas, com a maior parte dos recursos municipais de saúde sendo provenientes da União e o enxugamento de valores dispendidos a garantia dos direitos sociais, após a EC 96/2018.
Necessidades em (de) saúde: conceitos, implicações e desafios para o SUS	Carnut e Ferraz (2021)	Os principais desafios da aplicação das necessidades no SUS transitam entre o simbólico, o crítico-político, a coerência entre financiamento-princípios, o Estado, a política macroeconômica, a gestão e as ações locais. Investir na superação dos desafios elencados pode ser um guia para a efetivação das necessidades como o centro da ação sanitária.
Financiamento do SUS e COVID-19: histórico, participações federativas e respostas à pandemia	Servo et al. (2020)	No caso do financiamento para o enfrentamento da pandemia com grande dependência da atuação do governo federal. A participação dos governos estaduais teve que assumir o protagonismo das respostas à crise sanitária.

		Uma preocupação central é o enorme aumento do déficit público consequente à pandemia, que tenderá a comprometer o financiamento disponibilizado ao SUS.
Os impasses no financiamento do sistema único de saúde na era da mundialização do capital'	Couri (2021)	A política da austeridade fiscal permanente, o que facilita o processo de desfinanciamento e subfinanciamento crônico do SUS. O Brasil financia, diretamente, por meio do fundo público, ações e serviços públicos de saúde e, indiretamente, por meio das desonerações tributárias, reforça o setor privado.

Fonte: Autores (2022).

4. Discussão

No contexto da democratização da sociedade brasileira e da saúde, foi instituído em 1988, pela Constituição Federal, o Sistema Único de Saúde (SUS), buscando assim assegurar o direito à saúde como dever do Estado, abrangendo desde consultas ambulatoriais até transplante de órgãos. O SUS é considerado como um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, hierarquizado pelo nível de atendimento à saúde, política e administrativamente descentralizado, com garantia de acesso integral, universal e gratuito a toda população brasileira, o que torna possível mensurar a dimensão da sua responsabilidade social, onde a saúde é percebida como direito à saúde com base na solidariedade (Brasil, 1988, 1990a; Sousa & Soares, 2018; De Cassia et al., 2019).

A Constituição de 1988 estabelece que saúde, previdência e assistência social fazem parte da seguridade social, e compõem um único bloco de fontes relacionadas ao Orçamento da Seguridade Social (OSS) (Brasil, 1988). Em seu art. 195 está definido que o financiamento da seguridade social provém de recursos da União, dos Estados, do Distrito Federal, dos Municípios, e das contribuições sociais, as quais são compostas por contribuição dos empregadores (incidente sobre a folha de salários, o faturamento, o lucro líquido); contribuição dos trabalhadores e 50% da receita de concursos e prognósticos (loteria) (Machado et al., 2018). Apesar dos avanços que resultaram na construção do SUS, em 2015, seu gasto foi de 3,9% do PIB (União – 1,7%; estados – 1,0%; e municípios – 1,2%), enquanto a média do gasto público em saúde dos países europeus com sistemas universais correspondeu a 8,0% do PIB (Mendes & Funcia, 2016; Mendes et al., 2018).

A cobertura universal de saúde e a atenção integral no Brasil vem enfrentando desafios como a fraqueza estrutural, as crises econômicas e políticas e as políticas de austeridade, que limitaram o crescimento dos gastos públicos e estão ameaçando sua sustentabilidade e seus resultados. Houve a expansão da cobertura universal de saúde no período de 2003 a 2014, e os problemas estruturais persistem no SUS, incluindo lacunas na organização e governança, baixo financiamento público e alocação de recursos abaixo do ideal. Consequentemente, existem grandes disparidades regionais no acesso a serviços de saúde e resultados de saúde, com regiões mais pobres e grupos socioeconômicos mais desfavorecidos da população. Esses problemas e disparidades estruturais provavelmente irão piorar com as medidas de austeridade introduzidas pelo atual governo e podem reverter as conquistas do SUS (Massuda et al., 2018; Contarato, 2019).

O orçamento planejado do governo federal para a área de atuação saúde foram R\$ 121,86 bilhões, R\$ 127,07 bilhões, R\$ 187,51 bilhões, R\$ 189,41 bilhões e R\$ 153,48 bilhões, respectivamente, nos anos de 2018, 2019, 2020, 2021 e 2022. Assim, demonstrando um aumento nos anos de 2020 e 2021 devido a abertura de créditos extraordinários de recursos financeiros destinados ao enfrentamento à pandemia da COVID-19, e um decréscimo de aproximadamente de 20% em relação aos anos de 2021 a 2022. Em relação ao total de despesas executadas para a área de atuação saúde identificou-se que há um déficit sobre o orçamento planejado sendo executados R\$ 108,18 bilhões, R\$ 114,18 bilhões, R\$ 150,46 bilhões e R\$161,44 bilhões nos anos de 2018 a 2021 (Controladoria Geral da União [CGU], 2022).

O Tesouro Nacional também estima que as necessidades projetadas de financiamento da saúde, em diferentes cenários, ultrapassarão o piso de gastos federais, o que poderia levar a problemas de subfinanciamento (Tesouro Nacional, 2018). Historicamente, o piso tem sido a referência para a aplicação efetiva, exceto nos exercícios em que houve a necessidade

de alocação adicional de recursos para combater epidemias e pandemias como a dengue, gripe H1N1 e Covid-19 (Santos & Funcia, 2020). O Tribunal de Contas da União prevê um déficit de financiamento significativo na união em 2030 considerando a inflação da saúde e as mudanças demográficas como o envelhecimento da população (Tribunal de Contas da União [TCU], 2020).

A cobertura universal visa fornecer serviços de saúde de qualidade a todas as pessoas de uma sociedade, sem sofrer dificuldades financeiras, pois em momentos de crise econômica e queda de arrecadação, a despesa per capita apresentou tendência de crescimento (Contarato, 2019; Gitahi & Cashin, 2021). Os gastos públicos com saúde demonstram o nível de compromisso do governo em fornecer cobertura universal de saúde, bem como o progresso que cada país fez para alcançar proteção financeira ao aumentar a parcela dos gastos com saúde pública em relação ao desembolso (Brasil, 2018), medido pela porcentagem das despesas públicas com saúde. O Brasil possui uma das menores proporções de gasto público em saúde (Massuda et al., 2018; Bispo Jr. & Morais, 2020). Como agravante, surgem as políticas de austeridade fiscal que influenciam na diminuição dos investimentos na proteção social, e reduz a atuação do estado no desenvolvimento das políticas públicas (Lima, 2019; Bispo Jr. & Morais, 2020).

Mesmo diante de tamanha responsabilidade social e de inúmeros avanços alcançados, o SUS enfrenta desafios referentes às questões epidemiológicas, demográficas e tecnológicas que impulsionam o crescimento dos gastos em saúde, o cumprimento da garantia do direito à saúde pública e de qualidade a toda a população, bem como o seu financiamento. Para a garantia do direito à saúde faz-se necessário não somente a ampliação do financiamento da saúde, mas também a reformulação das formas de transferência de recursos, o enfrentamento das políticas de austeridade e a desregulamentação do sistema de saúde, sendo o maior desafio o político (Barros & Piola, 2016; Bahia & Cardoso, 2019; Vieira et al, 2019; Amorim & Mendes, 2020).

Assim, foi aprovado pelos constituintes que fosse destinado à área da saúde o equivalente a 30% do Orçamento da Seguridade Social (OSS), até que a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) fosse elaborada. No entanto, na prática, o valor destinado era sempre menor (Vieira, 2016; Brasil, 2018; Sousa & Soares, 2018). Assim, mais de duas décadas de normativas se passaram, buscando melhores alternativas de financiamento, e talvez ainda não haja uma forma efetiva para tal (Sousa & Soares, 2018), não somente por tratar-se de uma temática bastante complexa, mas também por ser indispensável considerar o contexto e as realidades sociais, o momento político, as características individuais, as especificidades locais, as crises econômicas, entre outros aspectos.

Apesar das inúmeras tentativas de assegurar recursos mínimos ao SUS por meio da implementação de diferentes modelos de vinculação orçamentária do gasto em saúde no Brasil, das EC nº 29/2000, nº 86/2015 e nº 95/2016 (Brasil, 2000b, 2015, 2016; Santos, 2015), recentemente, em virtude da crise fiscal e das mudanças no ambiente político do país, cogita-se a extinção desta vinculação caso a proposta dos 3D's (Desindexar, Desobrigar e Desvincular o orçamento) mencionada pelo Ministro da Economia se concretize (Paim, 2019; Lima, 2019).

Com a instituição da EC 95 (Brasil, 2016), passa a vigorar o “teto de gastos”, novas disposições de regulação geral e normativas do orçamento da União, denominado de Novo Regime Fiscal (NRF). Consiste na diminuição das despesas públicas, porém, ocasiona prejuízos acumulados no SUS. Esta EC alterou as regras referentes ao orçamento da União, impondo uma regulação prejudicial à efetivação do direito à saúde (Soares, 2018; Soares & Costa, 2019). Nessa perspectiva, o subfinanciamento do SUS certamente enfrentará um processo de desfinanciamento, haja vista que os recursos federais destinados ao SUS devem reduzir de 1,7% do PIB para 1,0% até 2036, acumulando perdas superiores a três orçamentos anuais nesse período de 20 anos (Mendes & Funcia, 2016) (Mendes & Carnut, 2018). Segundo Mendes e Carnut (2018), esta EC, além de impor à saúde pública uma desestruturação e uma privatização crescente, limita a expansão dos gastos públicos (despesas primárias) pelos próximos 20 anos, revelando, assim, uma sintonia do Estado com o capitalismo contemporâneo,

especialmente porque não estabelece limites para juros e outras despesas financeiras. Esta emenda determina o quantitativo mínimo de despesas para as ações e serviços de saúde, uma sistemática semelhante à regra principal do NRF para a totalidade do orçamento federal, estabelecendo um limite de despesas que terá sua variação determinada pela inflação (Freire & Hamilton, 2019).

Essa EC constitucionaliza a política de saúde como alvo de estratégias de contenção de gastos, de contingenciamento e de congelamento dos valores financeiros, levando ao subfinanciamento do SUS, comprometendo não apenas a universalização, mas também a expansão das ações e serviços públicos, com tendência ao agravamento da inefetividade do direito à saúde. Ela também afronta as premissas constitucionais de garantia de financiamento adequado e progressivo das ações e serviços de saúde, subvertendo a instrumentalidade dos orçamentos e dos recursos públicos, em nome da austeridade fiscal. Dessa forma, facilitariam a privatização e a mercantilização sob a lógica da contenção de gastos e da seleção das demandas populacionais a serem atendidas. O que institui novas possibilidades de relação entre o Estado e empresas privadas e a adequação do modelo de atenção às particularidades da gestão de mercado, favorecendo a privatização (Agostini & Castro, 2019; Paim, 2019; Bevilacqua et al., 2020; Morosini, Fonseca & Baptista, 2020).

Ante ao exposto, e em meio a tempos difíceis de supremacia do capital financeiro, sob a influência dos interesses corporativistas, o apoio do Estado brasileiro ao setor privado ocasiona riscos à saúde universal, não somente devido à insuficiência de recursos, mas também pela adoção de novas modalidades de gestão com mecanismos gerenciais mercantis (Vieira, 2016; Mendes & Carnut, 2018). Estudos evidenciam claramente o apoio do Estado à iniciativa privada (planos de saúde) por meio de benefícios tributários via renúncia fiscal, enfraquecendo sua capacidade de arrecadação, e prejudicando severamente o financiamento do SUS (Machado, 2017; Couri, 2021).

Todavia, mesmo considerando que a diminuição das despesas é uma ação básica e necessária à boa administração dos recursos públicos, e que as dotações orçamentárias devem ser aplicadas com base em critérios de prioridades e de eficiência do gasto público, acontece de a política de saúde ser alvo de estratégias de contenção de gastos, de contingenciamento e, de congelamento dos valores financeiros (Agostini & Castro, 2019). Quanto à limitação destas despesas, alega-se que o comprometimento dos limites mínimos de financiamento da administração pública nega a efetivação dos direitos fundamentais (Freire & Hamilton, 2019). Ademais, acrescenta-se que a negação da eficácia aos direitos fundamentais não é permitida pela própria CF, invalidando a reforma constitucional.

Como resultado das medidas de austeridade, focadas na redução do desequilíbrio nas contas públicas, o Brasil foi o país com menor participação do gasto público em saúde, divergindo do ocorrido em países com sistemas de saúde similares, universais e públicos (Marques et al., 2016; Figueiredo et al., 2018; Santos & Vieira, 2018). Bispo Jr. e Morais (2020) apontam que o Brasil gasta em torno de 8% do PIB em saúde, enquanto a média dos países com sistemas universais gira em torno de 12% em 2016.

Em busca da efetivação desse direito social da prestação da saúde pelos serviços públicos de saúde, vem aumentando no Brasil a judicialização da saúde por demandas individuais. Com isto, gera-se desequilíbrio no orçamento destinado à saúde pública, e tem aumentado após o Novo Regime Fiscal. Diante dos desequilíbrios orçamentários e sociais, ocasiona o congelamento dos gastos, a estagnação dos investimentos públicos em saúde, a escassez e limitação da oferta de ações e serviços de saúde (Romão, 2019; Silva, 2019; Ramos Queiroz & Silva, 2021).

No contexto atual, com o desafio de ofertar um Sistema de Saúde com alocação de recursos de forma equitativa e igualitária, com qualidade no acesso e na assistência ofertada, se faz necessário o resgate do movimento social pela saúde. Torna-se imprescindível construir uma vontade coletiva de mobilização, buscando democratizar a consciência sanitária, enfrentando coletivamente a onda conservadora do mercado e efetivando a saúde como um direito público e não como mera mercadoria (Carnut & Ferraz, 2021). Um grande desafio seria a forma de alocação dos recursos federais que seja orientado por

critérios de rateio com base nas necessidades de saúde, a mudança da cultura de gestão da saúde baseada em processos para resultados e da cultura de modelos baseada em taxa por serviços e oferta em que os gastos são independentes dos resultados (Mendes et al., 2018; Medici & Lewis, 2019).

Servo et al. (2020) argumentam acerca da urgência por financiamento no SUS em 2020 diante da pandemia do COVID-19 e para ampliação do seu financiamento no período pós-pandêmico. Com a queda do PIB brasileiro em 2020, os gastos em saúde como proporção do PIB tenderão a aumentar, ainda que não exista aumento ou haja redução das despesas em termos reais, dando a impressão de gastos excessivos (Glied & Levy, 2020; Servo et al., 2020). O crescente investimento no financiamento do sistema de saúde no Brasil em direção à cobertura universal de saúde ainda é muito lento, e o surgimento mundial de novas doenças, como a COVID-19, demonstra como as epidemias podem se alastrar rapidamente ocasionando graves impactos sociais e econômicos (Calderon et al., 2019; Feil, 2020; Krech et al., 2021).

5. Considerações Finais

Baseado nos resultados encontrados nos estudos selecionados nesta pesquisa percebeu-se que durante crise econômica o Brasil adotou austeridade com o intuito de reduzir o desequilíbrio das contas públicas. Essa medida ocasionou o desfinanciamento das políticas sociais públicas, prejudicando o direito à saúde, a cobertura universal e a atenção integral, impactando no aumento da judicialização da saúde e reforçando a privatização. Há uma preocupação com o enorme déficit público em consequência da pandemia do COVID-19, considerando que a maior parte dos recursos financeiros são provenientes da união e os gastos no Brasil ainda são menores quando comparados aos países de baixa renda com sistemas públicos de saúde e universais

Identificamos que é necessária a reconfiguração do Sistema Único de Saúde no Brasil, focando na alocação dos recursos financeiros por critérios de rateio baseados nas necessidades de saúde, mudança da avaliação baseada em processos, serviços e oferta para resultados, implantar as questões de qualidade, uma maior cooperação entre os entes federativos de forma solidária e fortalecer a participação social.

Por fim, para direcionar as próximas pesquisas sobre o financiamento da saúde, sugerimos a coleta de dados com outras estratégias de buscas, e também, buscas em fontes de dados de domínio público com o intuito de verificar os valores dos orçamentos e gastos públicos no SUS, antes e durante o enfrentamento da pandemia COVID-19.

Referências

- Agostini, R., & Castro, A. M. (2019). O que pode o Sistema único de Saúde em tempos de necropolítica neoliberal? *Saúde em debate*, 43, 175-188. <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S813>
- Amorim, D. A., & Mendes, A. N. (2020). Financiamento federal da atenção básica de saúde no SUS: uma revisão narrativa. *JMPHC Journal of Management & Primary Health Care*, 12, 1-20.
- Araújo, W. C. O. (2020). Recuperação da informação em saúde: construção, modelos e estratégias. *Convergências em Ciência da Informação*, 3, 100-134. <https://doi.org/10.33467/conci.v3i2.13447>
- Bahia, L., & Cardoso, A. M. (2019). Saúde em tempos de hiperajuste fiscal, restrição à democracia e obscurantismo. In: Fundação Perseu Abramo (Ed.), *Brasil: incertezas e submissão?* (251-269). São Paulo: Fundação Perseu Abramo.
- Barros, A.J.S., & Lehfeld, N.A.S. (2000). Fundamentos de metodologia científica: um guia para a iniciação científica. 2ª Edição ampliada, Makron Editora, São Paulo, SP.
- Barros, M. E. D., & Piola, S. F. (2016). O financiamento dos serviços de saúde no Brasil. In: Associação Brasileira de Economia da Saúde, *Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento* (101-138). Brasília: Ministério da Saúde.
- Bevilacqua, L., Soares, F. F., & Santos, J. M. T. (2020). Novo regime fiscal frente à garantia constitucional de financiamento adequado das políticas públicas de saúde. *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*, 9, 74-98.
- Bispo Junior, J. P., & Morais, M. B. (2020). Democracia e Saúde: reflexões e desafios frente a 16ª Conferência Nacional de Saúde. *Revista de Saúde Pública*, 54, 1-6.

- Brasil. (1988). Constituição da República Federativa do Brasil (1988). Brasília: Senado Federal.
- Brasil. (1990a). Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União.
- Brasil. (1990b). Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União.
- Brasil. (2000a). Lei Complementar nº 101, de 04 de maio de 2000. Lei de Responsabilidade Fiscal. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Diário Oficial da União.
- Brasil. (2000b). Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Diário Oficial da União.
- Brasil. (2007). Portaria GM/MS nº 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Diário Oficial da União.
- Brasil. (2011). Lei nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União.
- Brasil. (2012). Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Diário Oficial da União.
- Brasil. (2013). Financiamento público de saúde. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2015). Constituição da República Federativa do Brasil. Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015. Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que específica. Diário Oficial da União.
- Brasil. (2016) Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Diário Oficial da União.
- Brasil. (2017). Portaria nº 3992, de 28 de dezembro de 2017. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União.
- Brasil. (2018). Saúde Brasil 2017: uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). Brasília: MS/OPAS.
- Calderon, M., Haque, S., Gallagher, M., Jackson, K., Khatry, M., & Solimano, E. (2019). Uma análise abrangente sobre os sistemas de saúde na América Latina. Austin: The University of Texas. <https://repositories.lib.utexas.edu/bitstream/handle/2152/79847/Health%20Systems%20Final%20Report.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Carnut, L., & Ferraz, C. B. (2021). Necessidades em (de) saúde: conceitos, implicações e desafios para o Sistema Único de Saúde. Saúde em debate, 45, 451-466. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202112916>.
- Cislaghi, J. F., Teixeira, S. O., & Souza, T. (2011). O Financiamento do SUS: principais dilemas. Brasília: Code.
- CGU. Controladoria Geral da União (2022). Portal da Transparência. <https://www.portaltransparencia.gov.br/>
- Contarato, P. C. (2019). Relações fiscais e político-orçamentárias no nível estadual: implicações para o financiamento e a gestão da política de saúde no Brasil [Tese de Doutorado em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro].
- Cordeiro A. M., Oliveira, G. M., Rentería, J. M., & Guimarães, C. A. (2007). Revisão sistemática: uma revisão narrativa. *Rev Col Bras Cir.*, 34, 428-431.
- Couri, J. R. (2021). Os impasses no financiamento do Sistema Único de Saúde na era da mundialização do capital [Tese de Doutorado, Universidade de Brasília, Brasília].
- Feil, C. (2020). Literature review and mapping analysis of the economic factors contributing to Universal Healthcare Coverage in Brazil, Russia, India, and China. *CJUR*, 1, 23-28.
- Figueiredo, J. O., Prado, N. M. B.L., Medina, M. G., & Paim, J. S. (2018). Gastos público e privado com saúde no Brasil e países selecionados. *Saúde em Debate*, 42, 37-47.
- Freire, S. G., & Hamilton, P. D. V. (2019). Novo Regime Fiscal: normas orçamentárias a serviço da fragilização da autonomia do direito. Santa Cruz do Sul: UNISC. Disponível em: <https://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/sidspp/article/view/19588>
- Gitahi G., Cashin C. (2021) Universal Health Coverage. In: Haring R., Kickbusch I., Ganten D., Moeti M. (eds) Handbook of Global Health. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-05325-3_69-1
- Glied, S., & Levy, H. (2020). The Potential Effects of Coronavirus on National Health Expenditures. *JAMA*, 323, 2001-2002.
- Grasselli, G., Pesenti, A., & Cecconi, M. (2020). Critical care utilization for the COVID-19 outbreak in Lombardy, Italy: early experience and forecast during an emergency response. *Jama*, 323, 1545-1546.

Green, B. N., Johnson, C. D., & Adams, A. (2001). Writing narrative literature reviews for peer-reviewed journals: secrets of the trade. *Sports Chiropr Rehabil*, 15, 5-16.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2013). Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação. IBGE. <http://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>.

Krech, R., Soucat, A., & Diaz, T. (2021). Avaliação do desempenho do sistema de saúde e qualidade dos cuidados de saúde. *Handbook of Global Health*.

Legido-Quigley, H., Mateos-García, J. T., Campos, V. R., Gea-Sánchez, M., Muntaner, C., & McKee, M. (2020). The resilience of the Spanish health system against the COVID-19 pandemic. *The Lancet Public Health*, 5, 251-252. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30060-8](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30060-8)

Lima, D. (2019). Esquerda vê risco de a possível soltura de Lula reorganizar apoio a Bolsonaro. São Paulo: Folha de São Paulo. <https://painel.blogfolha.uol.com.br/2019/10/20/esquerda-ve-risco-de-a-possivel-soltura-de-lula-reorganizar-apoio-a-bolsonaro/>

Machado, F. G. (2017). Renúncia de arrecadação fiscal em saúde no estado brasileiro: forma política-jurídica no capitalismo contemporâneo [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo].

Machado, F. G., Mendes, A. N., & Carnut, L. (2018). As formas político-jurídicas do Estado no capitalismo contemporâneo e as renúncias fiscais em saúde. *Saúde em debate*, 42, 354-363.

Marques, R. M. (2017). Notas exploratórias sobre as razões do subfinanciamento estrutural do SUS. *Planejamento e Políticas Públicas*, 49, 35-53.

Marques, R. M., Piola, S. F., & Ocké-Reis, C. O. (2016) Desafios e perspectivas futuras no financiamento do SUS. In: Associação Brasileira de Economia da Saúde, *Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento*, 1-22. Ministério da Saúde.

Massuda, A., Hone, T., Leles, F. A. G., Castro, M. C., & Atun, R. (2018). O sistema de saúde brasileiro em uma encruzilhada: progresso, crise e resiliência. *BMJ Global Health*, 3, 1-9.

Medici, A., & Lewis, M. (2019). Desafios da política de saúde e finanças na América Latina e no Caribe: uma perspectiva econômica. Oxford research encyclopedia of economics and finance.

Mendes, Á., & Funcia, F. O SUS e seu financiamento. (2016). In: Associação Brasileira de Economia da Saúde. Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento (139-168). Brasília: Ministério da Saúde.

Mendes, A., & Carnut, L. (2018). Capitalismo contemporâneo em crise e sua forma política: o subfinanciamento e o gerencialismo na saúde pública brasileira. *Saúde & Sociedade*, 27, 1105-1119.

Mendes, A., Carnut, L., & Guerra, L. D. S. (2018). Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate*, 42, 224-243. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S115>

Morosini, M. V. G. C., Fonseca, A. F., & Baptista, T. W. F. (2020). Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? *Cadernos de Saúde Pública*, 36, p. 1-20.

de Cassia Nugem, R., Bordin, R., Schott-Pethelaz, A. M., & Michel, P. (2019). *World Journal of Advance Healthcare Research. World*, 3(6).

Paim, J. S. (2019). Os sistemas universais de saúde e o futuro do Sistema Único de Saúde. *Saúde em debate*, 43, 15-28. <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S502>

Paiva, C. H. A., & Teixeira, L. A. (2014). Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 21, 15-35.

Pereira, B. L., & Faleiros, D. (2019). Desvinculação Orçamentária e o Financiamento da Saúde. Brasília: Conasems. [https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2019/04/Desvinculação-Orçamentária-Análise-Conasems-1.pdf](https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2019/04/Desvincula%C3%A7%C3%A3o-Or%C3%A7ament%C3%A1ria-An%C3%A1lise-Conasems-1.pdf)

Ramos, E. B., Queiroz, F. D. S., Silva, D. M. (2021). O direito à Saúde no ordenamento Jurídico Brasileiro: uma análise histórico-legislativa-conceitual da (Des) centralização do Sistema de Saúde. *Florianópolis: Revista de Direito Brasileira*, 28, 104-116.

Rampazzo, L. (2011). *Metodologia Científica*. Loyola.

Romão, A. L. P. A. (2019). O financiamento da saúde frente ao novo regime fiscal. *Revista de Direito Sanitário*, 20(1), 86-106. <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v20i1p86-106>

Rother, E. T. (2007). Revisão sistemática X revisão narrativa. *Acta Paul Enferm*, 20, 5-7.

Santos, N. R. (2015). SUS fora do rumo: busca de luzes: acima do SUS. *Saúde debate*, 39, 582-600.

Santos, A.O., Delduque, M. C., & Alves, S. M. A. (2016). Os três poderes do Estado e o financiamento do SUS: o ano de 2015. *Cad. Saúde Pública*, 32, 1-10.

Santos, I. S. & Vieira, F. S. (2018). Direito à saúde e austeridade fiscal: o caso brasileiro em perspectiva internacional. *Ciência & Saúde Coletiva* 23(7), 2303-2314. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018237.09192018>.

Santos, L. & Funcia, F.R. (2020). Histórico do financiamento do SUS: Evidências jurídico-orçamentárias do desinteresse governamental federal sobre a garantia do direito fundamental à saúde. [http://idisa.org.br/domingueira/domingueira-n-21-maio-2020?lang=pt#:~:text=%C3%89%20oportuno%20alertar%20que%2C%20historicamente,H1N1%20e%20Covid%2D19\)](http://idisa.org.br/domingueira/domingueira-n-21-maio-2020?lang=pt#:~:text=%C3%89%20oportuno%20alertar%20que%2C%20historicamente,H1N1%20e%20Covid%2D19)).

Servo, L. M. S., Santos, M. A. B. D., Vieira, F. S., & Benevides, R. P. D. S. (2020). Financiamento do SUS e Covid-19: histórico, participações federativas e respostas à pandemia. *Saúde em Debate*, 44, 114-129.

- Silva, A. M. (2019). A judicialização do direito à saúde à luz da emenda constitucional nº 95: uma análise a respeito do impacto do Novo Regime Fiscal na saúde pública federal (Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação). Universidade Federal de Pernambuco, Recife. <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/33726>
- Soares, H. C. (2018). O novo regime fiscal e o direito fundamental à saúde: violação da progressividade e da proibição de retrocesso. *Espaço Jurídico Journal of Law [EJL]*, 19(1), 201–216. <https://doi.org/10.18593/ejl.v19i1.12952>
- Soares, H. C., & Costa, J. R. C. (2019). O “Novo Regime Fiscal” e a violação da progressividade e da proibição de retrocesso em matéria de direito à saúde. *Novos Estudos Jurídicos*, 24, 103-127, 2019.
- Sousa, R. S., & Soares, C. L. M. (2018). Financiamento do Sistema Único de Saúde: uma revisão da literatura. *Saúde em Debate*, 58, 115-129.
- TCU. Tribunal de Contas da União (2020). Sustentabilidade do Sistema Único de Saúde - TC 014.791/2019-6, <https://portal.tcu.gov.br/imprensa/noticias/tcu-realiza-levantamento-sobre-a-sustentabilidade-do-sus.htm>.
- Tesouro Nacional (2018). Aspectos Fiscais da Saúde no Brasil, <https://www.tesourotransparente.gov.br/publicacoes/aspectos-fiscais-da-saude-no-brasil/2018/30>.
- Vieira, F. S. (2016). Implicações de decisões e discussões recentes para o financiamento do Sistema Único de Saúde. *Saúde em debate*, 40, 187-199. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201610915>.
- Vieira, F. S., Piola, S. F., & Benevides, R. P. S. (2019). Vinculação orçamentária do gasto em saúde no Brasil: resultados e argumentos a seu favor. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.
- Wang, C., Horby, P. W., Hayden, F. G., & Gao, G. F. (2020). A novel coronavirus outbreak of global health concern. *The Lancet*, 395 470-473. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30185-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30185-9)