

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS
DEPARTAMENTO DE ECONOMIA E RELAÇÕES INTERNACIONAIS**

ANA PAULA HARDOK DA CUNHA

**SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA: MARCO LEGAL, FINANCIAMENTO E VOLUME DE
DESPESAS NO PERÍODO DE 2011 A 2021**

Porto Alegre

2023

ANA PAULA HARDOK DA CUNHA

**SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA: MARCO LEGAL, FINANCIAMENTO E VOLUME DE
DESPESAS NO PERÍODO DE 2011 A 2021**

Trabalho de conclusão submetido ao Curso de Graduação em Ciências Econômicas da Faculdade de Ciências Econômicas da UFRGS, como requisito parcial para obtenção do título Bacharela em Economia.

Orientador: Prof. Dr. Róber Iturriet Avila

Porto Alegre

2023

CIP - Catalogação na Publicação

Cunha, Ana Paula Hardok da
SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA: MARCO LEGAL,
FINANCIAMENTO E VOLUME DE DESPESAS NO PERÍODO DE 2011
A 2021 / Ana Paula Hardok da Cunha. -- 2023.
66 f.
Orientador: Róber Iturriet Avila.

Trabalho de conclusão de curso (Graduação) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade
de Ciências Econômicas, Curso de Ciências Econômicas,
Porto Alegre, BR-RS, 2023.

1. Sistema Único de Saúde. 2. Financiamento. 3.
Despesas. 4. Emenda Constitucional nº 95. 5. Pandemia
do COVID-19. I. Iturriet Avila, Róber, orient. II.
Titulo.

ANA PAULA HARDOK DA CUNHA

**SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA: MARCO LEGAL, FINANCIAMENTO E
VOLUME DE DESPESAS NO PERÍODO DE 2011 A 2021**

Trabalho de conclusão submetido ao Curso de Graduação em Ciências Econômicas da Faculdade de Ciências Econômicas da UFRGS, como requisito parcial para obtenção do título Bacharela em Economia.

Aprovada em: Porto Alegre, 31 de março de 2023.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Róber Iturriet Avila – Orientador

UFRGS

Prof. Dr. Ario Zimmermann

UFRGS

Prof. Dr. Hermógenes Saviani Filho

UFRGS

AGRADECIMENTOS

Agradeço inicialmente àqueles que me apoiaram desde pequena, meus avós Peter e Luisa e tia Ketí (in memoriam). Em especial, meu avô, que mesmo não tendo completado os primeiros anos escolares, sempre me incentivou e até mesmo se propôs a me ajudar nas disciplinas da escola até a sua partida. Sei o quanto ele se esforçou e torcia para que alcançasse meus maiores sonhos.

À minha mãe, Anelise Hardok, exemplo de dedicação e humildade, minha maior incentivadora e a pessoa que não mediu esforços para isso se tornar realidade junto comigo.

Aos meus familiares Elói Hardok, Alice Hardock, Gilson Hardock, Lisiane Camargo, obrigada por todo apoio nessa jornada, e principalmente, por entenderem minha ausência nos últimos meses, o apoio de vocês foi fundamental para o encerramento desta etapa. Aos meus cachorros de estimação, que muito me apoiaram nas noites de estudo e tornaram meus dias de trabalho e estudos em casa melhores, Melissa e Bob.

À minha amiga, Amanda Barth, um presente que ganhei ao iniciar os estudos para entrar na UFRGS. Aos meus amigos David Trola, Marina Borba, Matheus Ribeiro, Paola Guimarães. Aos meus colegas de graduação, que se tornaram grandes parceiros nesta jornada Vinicius Cabral e Max Gian. Aos meus colegas e amigos do trabalho, Diego Krause, João Luz e Taís Graff, obrigada por todas as palavras de motivação e pelas trocas no dia a dia. A rotina de mensagens como “Ana, você consegue”, foram vistas com grande carinho e me deram muita força para continuar.

À Mariana Valle, dupla de diversas cadeiras e hoje uma grande amiga, obrigada por ser uma incentivadora nesta etapa final e por tornar esse processo um pouco mais leve.

Ao Prof. Sérgio, por toda a sua paciência e dedicação com os seus alunos na cadeira de TCC 2 e por nos passar uma tranquilidade nesta etapa final, os conselhos e as reuniões foram fundamentais para dar sequência neste trabalho.

Ao meu orientador, Prof. Róber, pela maestria nas aulas durante a graduação. É nítido ver o seu entusiasmo ao compartilhar conhecimento e a dedicação em cada aula.

Agradeço a paciência, os conselhos e todos os ensinamentos nos últimos meses, foram de grande importância para a construção deste trabalho.

Por fim, agradeço à UFRGS pelo ensino gratuito e de extrema qualidade, pelas oportunidades e aprendizados dentro da faculdade. Aos professores da Universidade, em especial da Faculdade de Ciências Econômicas, por toda a dedicação e por sempre estarem dispostos a nos ajudar. À Biblioteca da FCE e a Lilian, por toda a ajuda na normatização deste trabalho e a todos as pessoas que me auxiliaram desde o meu ingresso. A todos os colaboradores da FCE e a todos que participaram em algum momento deste capítulo tão importante e almejado na minha vida.

“A vida é curta demais pra gente viver o mínimo das coisas.” – landê Albuquerque

RESUMO

O presente trabalho analisa a construção histórica e legal da saúde pública brasileira, assim como a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da sua promulgação em 1990. Ao longo da sua história, o SUS tem enfrentado diversos desafios, principalmente relacionados ao seu financiamento, que é dividido entre os três níveis de governo: União, Estados e Municípios. O objetivo principal deste trabalho é compreender como foi o comportamento das despesas e do financiamento na saúde pública no Brasil, dentro do período de 2011 a 2021, para que seja possível analisar as políticas públicas e emendas constitucionais impostas a fim de solucionar os problemas que um sistema complexo, como o SUS, enfrenta. Em 2016 foi instituída a Emenda Constitucional nº 95, impactando no congelamento de gastos públicos por vinte exercícios financeiros a partir de 2017. Dessa forma, foram utilizados os métodos descritivos, pesquisas bibliográficas e análise de dados dos três níveis de governo, para se obter os resultados. Após a EC nº 95 (2016), os dados de volume de despesas e do financiamento da saúde pública no Brasil, mostram um grande impacto nas ações e serviços do SUS. Ainda assim, em 2020, surge a pandemia do COVID-19, que evidenciou a importância do sistema, como uma grande conquista para a população brasileira. Da mesma forma, se resulta na redução gradual da participação do setor público no total de gastos com saúde, sendo possível visualizar os impactos negativos do congelamento de gastos públicos.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde (SUS). Financiamento. Despesas. Emenda Constitucional nº 95. Pandemia do COVID-19.

ABSTRACT

The present work analyzes the historical and legal construction of Brazilian public health, as well as the implementation of the Unified Health System (SUS), from its enactment in 1990. Throughout its history, the SUS has faced several challenges, mainly related to its financing, which is divided between the three levels of government: Union, States and Municipalities. The main objective of this work is to understand how was the behavior of expenses and financing in public health in Brazil, within the period from 2011 to 2021, so that it is possible to analyze the public policies and constitutional amendments imposed in order to solve the problems that a complex system, such as the SUS, faces. In 2016, Constitutional Amendment No. 95 was instituted, impacting the freezing of public spending for twenty financial years from 2017. Thus, descriptive methods, bibliographic research and data analysis from the three levels of government were used to obtain the results. After EC nº 95 (2016), data on the volume of public health expenditures and financing in Brazil show a great impact on SUS actions and services. Even so, in 2020, the COVID-19 pandemic emerged, which highlighted the importance of the system, as a great achievement for the Brazilian population. Likewise, it results in a gradual reduction in the share of the public sector in total health expenditures, making it possible to visualize the negative impacts of the freezing of public expenditures.

Keywords: Unified Health System (SUS). Financing. Expenses. Constitutional Amendment No. 95. COVID-19 pandemic.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Cronologia da saúde pública brasileira 1808 - 1990	15
Quadro 2 - Cronologia da saúde pública brasileira 1991 - 2021	22
Quadro 3 - Legislações relacionadas ao financiamento do SUS.....	28
Quadro 4 - Financiamento e Despesas com Saúde nos três níveis de governo entre 2011 e 2021.....	35
Quadro 5 - Participação do gasto total em saúde entre o setor público e privado no período de 2011 e 2021.....	37
Quadro 6 - Histórico da pandemia do COVID-19.....	40
Figura 1 - Pirâmide etária do Brasil	41
Gráfico 1 - Dados de casos novos e óbitos acumulados do COVID-19.....	46
Gráfico 2 - Dados dos óbitos acumulados do COVID-19 entre fevereiro 2020 a dezembro 2021.....	47

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CEBES	Centro Brasileiro De Estudos De Saúde
CF 1988	Constituição Federal de 1988 (Constituição Cidadã)
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
EC	Emenda Constitucional
ENAP	Escola Nacional de Administração Pública
ESPII	Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PNO	Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação Contra a
COVID-19	
SAMU	Serviços de Atendimento Móvel de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 HISTÓRICO DA FORMAÇÃO DE POLÍTICAS DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL..	14
2.1 PERSPECTIVA CRONOLÓGICA ANTES DE 1990	14
2.2 PERSPECTIVA CRONOLÓGICA APÓS 1990	20
3 FINANCIAMENTO E VOLUME DE DESPESAS: ANÁLISE E DESCRIÇÃO NO NÍVEL FEDERAL, ESTADUAL E MUNICIPAL	26
3.1 LEGISLAÇÃO DO FINANCIAMENTO NA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA	26
3.2 O NOVO REGIME FISCAL: PEC DO TETO DE GASTOS.....	32
3.3 ANÁLISE DOS DADOS DE FINANCIAMENTO E VOLUME DE DESPESAS ENTRE 2011 A 2021.....	34
4 POLÍTICAS PÚBLICAS DA SAÚDE NA PANDEMIA DO COVID-19.....	39
4.1 ESTUDO DE CASO DA PANDEMIA DO COVID-19 NO BRASIL	39
5 CONCLUSÃO	49
REFERÊNCIAS.....	52
ANEXO A – DADOS DE CASOS NOVOS/ACUMULADOS.....	64
E ÓBITOS NOVOS/ACUMULADOS	64

1 INTRODUÇÃO

A partir da década de 70, iniciaram-se propostas e ideias sobre a implantação de um sistema de saúde universal sendo disponibilizado a todos os cidadãos, fundamentado por movimentos sociais e pelo Centro Brasileiro De Estudos De Saúde. Por meio do processo da redemocratização do Brasil, surgiu em 1988, uma nova Constituição Federal, onde no art. 196, é estabelecido que a saúde é um direito de todos os brasileiros e dever do Estado em garantir que esse acesso seja universal e igualitário (BRASIL, 1988). Surgindo-se três princípios considerados como doutrinas: a universalidade, a integralidade e a equidade (BRASIL, 1988). Entende-se que com os três princípios, o Estado tem o dever de controlar e assegurar a acessibilidade a todos, de maneira integral durante todo o ciclo de vida, e ainda, prestar um atendimento de acordo com a necessidade de cada indivíduo.

O estabelecimento de uma política de Estado de tal grandeza como o Sistema Único de Saúde requer grande aporte e controle nas finanças públicas. Por conta de ser uma política ampla e custosa, torna-se necessário estabelecer legalmente a fonte de financiamento e ter um forte controle nas despesas. Na própria Constituição, no art. 195, é definido que o sistema será financiado com recursos do Orçamento da Seguridade Social, nos três níveis (BRASIL, 1988).

A dinâmica econômica está sujeita a crises periódicas, fazendo com que torne necessário mudanças constantes de acordo com as necessidades do momento. Na saúde pública não é diferente, assim como ocorreu no ano de 2020, com o surgimento da pandemia global do coronavírus - COVID-19. De acordo com os dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2021a), a pandemia, foi decorrente de uma doença infecciosa, originada pelo vírus SARS-CoV-2, dentre os sintomas mais comuns estão a tosse e o cansaço, e também sintomas respiratórios graves, em que era necessário a busca pelo atendimento emergencial nas unidades de saúde e alto índice de internações. O Estado, com o papel de responsável pela garantia e segurador do cumprimento das políticas de saúde, bem como o financiador do SUS, mostra-se essencial para combater e auxiliar na minimização dos danos, em meio a uma pandemia.

A partir da sua promulgação, o SUS configura-se como uma grande conquista para a população brasileira (REIS, 2018). Tornando-se necessário o acompanhamento e análise do financiamento proposto legalmente e dos recursos em prol do sistema. Levanta-se também uma nova necessidade, a fiscalização da seguridade por parte do Estado em cumprir os princípios e diretrizes estabelecidos na legislação.

É de grande relevância entender e analisar o histórico das políticas públicas voltadas à saúde, relacionando os dados dispostos de financiamento e despesas. Deste modo, o presente trabalho limita-se ao período de 2011 a 2021, pela complexidade do sistema de saúde pública e por ser um período de longo prazo, sendo possível visualizar alguma mudança, positiva ou não, nos dados de financiamento e despesa pública. O período analisado também passa por importantes acontecimentos no governo brasileiro, além de ter o marco de mais de 20 anos da criação do SUS.

Sob tal pano de fundo, o objetivo principal deste trabalho é explorar e apresentar de quais formas o debate econômico e legal na saúde pública brasileira interferiram no financiamento e volume das despesas, dentro do período analisado.

Faz-se necessário, o levantamento de três objetivos específicos, abordados ao longo do trabalho:

- a) apresentar cronologicamente a implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil e detalhar a perspectiva histórica da saúde pública de 1990 a 2021;
- b) descrever o financiamento e volume de despesas no nível de governo federal, estadual municipal, em termos reais e em percentuais do PIB e entender qual foi o papel do Estado, assim como as leis que alteraram as fontes de financiamento e destino das despesas;
- c) analisar o impacto das políticas públicas na saúde no período de 2020 a 2021 da pandemia do COVID-19.

Para atingir os objetivos propostos e o problema central deste trabalho, faz-se necessário a utilização de diferentes métodos de análise, em grande parte, sendo utilizados os métodos descritivos, pesquisa bibliográfica e análise de dados.

O processo da construção do SUS é composto por uma série de legislações, emendas constitucionais e leis complementares. Assim, inicia-se elaborando a linha cronológica da implantação e surgimento da saúde pública, e universal posteriormente,

no Brasil, como principal fonte de informações, serão utilizados documentos e dados produzidos por órgãos governamentais. Destacam-se a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e o Ministério da Saúde. Como base para análise do financiamento e volume de despesas, serão compilados dados retirados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística e do Ministério da Saúde, também será necessária revisão teórica de estudos feitos a partir do período de 2020 a fins de 2021, para realizar estudo de caso da pandemia do COVID-19.

No capítulo 2, com a finalidade de entender a consolidação do sistema universal, será necessário efetuar um breve apanhado histórico de como foi a construção da saúde pública no Brasil. Dessa forma, será exposto o histórico da formação e implantação do Sistema Único de Saúde, contendo as motivações e marcos legais que contribuíram para a sua criação, e serão analisadas as alterações legais no período entre 1990 e 2021.

No capítulo 3, será descrito e analisado os dados de financiamento e volume de despesas. Analisando os três níveis de governo, a fim de entender o papel do Estado como segurador das políticas públicas e as legislações que impactam o destino do financiamento na saúde.

Por fim, no capítulo 4, será realizado um estudo de caso e em seguida, discutido o impacto das propostas criadas pelo Governo durante o período da pandemia do COVID-19, na saúde pública.

2 HISTÓRICO DA FORMAÇÃO DE POLÍTICAS DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

Para contextualizar a construção do Sistema Único de Saúde, o presente capítulo tem como objetivo percorrer a cronologia histórica das primeiras aparições da saúde pública para os cidadãos brasileiros. Também descrever e analisar o período pré-SUS. O capítulo será dividido em duas seções. A seção 2.1 irá abordar a perspectiva histórica antes do marco legislativo de 1990 e na seção posterior irá ser abordado a perspectiva histórica pós 1990.

2.1 PERSPECTIVA CRONOLÓGICA ANTES DE 1990

A saúde pública no Brasil tornou-se universal apenas em 1990. A história e a luta por um sistema de saúde universal e igualitário se iniciou antes da chegada da Família Real Portuguesa, aos territórios brasileiros.

Segundo Carvalho (2013), a história dos cuidados com a saúde, inicia-se, pela filantropia religiosa, originada pelas Santas Casas de Misericórdia. Onde o atendimento aos doentes era realizado pelas instituições solidárias e de origem católica, como atos de caridade (SANTOS; GABRIEL; MELLO, 2020). De maneira breve, em 1808, com a chegada da Monarquia Portuguesa, na época do Brasil Colônia, inicia-se um movimento de entrada e saída de pessoas, resultando em aglomerações e epidemias sanitárias. Com a ascensão destas epidemias, surgem também novas doenças infecciosas como varíola, febre amarela e cólera. Em decorrência da precariedade sanitária, no século XIX, torna-se necessário o desenvolvimento de uma assistência de saúde, para que seja combatido e amenizado os efeitos das doenças.

Na época, o Estado fazia algumas ações de saúde apenas diante de epidemias (CARVALHO, 2013). Da mesma maneira que Carvalho, os autores Piola e Vianna (2009) enfatiza que a presença do Estado apenas era percebida em episódios como os casos de epidemias e catástrofes naturais.

No intuito de sistematizar os principais marcos históricos para a edificação da saúde pública brasileira, foi elaborado o quadro 1, que sintetiza os acontecimentos históricos mais destacados.

Quadro 1 - Cronologia da saúde pública brasileira 1808 - 1990

Período	Governo	Ano	Acontecimento
Brasil Colônia	Dom João VI de Portugal	1808	Família Real no Brasil
Brasil Império	Dom Pedro I	1824	1ª Constituição Brasileira
República Velha (1889-1930)	Manuel Deodoro da Fonseca	1889	Proclamação da República
		1891	2ª Constituição Brasileira
	Francisco de Paula Rodrigues Alves	1904	Revolta da Vacina
	Epitácio Lindolfo da Silva Pessoa	1920	Caixas de Aposentadoria e Pensão
	Artur da Silva Bernardes	1923	Aprovação da Lei Eloy Chaves
Era Vargas (1930-1945)	Getúlio Dornelles Vargas	1930	Ministério da Educação e Saúde
		1933	Institutos de Aposentadorias e Pensões
		1934	Criação da Licença Maternidade
		1934	3ª Constituição Brasileira
		1937	Conselho Nacional de Saúde
			4ª Constituição Brasileira
		1941	1ª Conferência Nacional de Saúde
		1942	Plano Beveridge
1943	Consolidação das Leis Trabalhistas		
República Populista (1945-1964)	Eurico Gaspar Dutra	1946	5ª Constituição Brasileira
		1950	2ª Conferência Nacional de Saúde
	Getúlio Dornelles Vargas	1953	Criação do Ministério da Saúde
	João Belchior Marques Goulart	1963	3ª Conferência Nacional de Saúde
Regime Militar (1964-1985)	Humberto de Alencar Castello Branco	1964	Início da Ditadura Militar
		1966	Fusão dos Institutos de Aposentadorias e Pensões e criação do Instituto Nacional de Previdência Social

Período	Governo	Ano	Acontecimento
	Artur da Costa e Silva	1967	4ª Conferência Nacional de Saúde
			6ª Constituição Brasileira
	Emílio Garrastazu Médici	1970	Movimento da Reforma Sanitária
		1973	Programa Nacional de Imunizações
	Ernesto Beckmann Geisel	1975	5ª Conferência Nacional de Saúde
		1977	6ª Conferência Nacional de Saúde
			Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
	João Baptista de Oliveira Figueiredo	1978	Conferência de Alma-Ata
		1979	1º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde (CEBES)
		1980	7ª Conferência Nacional de Saúde
Nova República (início 1985)	José Sarney de Araújo Costa	1983	Diretas Já
		1986	8ª Conferência Nacional de Saúde
		1987	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
		1988	7ª Constituição Brasileira

Fonte: Adaptado de Brasil ([2023]).

Em 1824, após a chegada da família Real, é outorgada pelo imperador Dom Pedro I, a 1ª Constituição Brasileira. Conhecida como a Constituição Política do Império do Brasil (BRASIL, 1824). A partir deste movimento, inicia-se uma sequência de constituições ao passar dos anos. Promovendo novos direitos e legislações nos territórios brasileiros.

Para contextualizar-se o momento, em 1889, ocorre a Proclamação da República do Brasil, marcando o fim do Império e início da República Velha, desempenhada pelo presidente Deodoro da Fonseca.

As epidemias que eclodiram no início dos anos 1800, continuaram e arrastaram o país, como foi o caso da varíola no período (BITTENCOURT; VILELA; NUNES, 2011). A epidemia da varíola tornou-se um momento de preocupação e crise na saúde brasileira, principalmente na cidade do Rio de Janeiro. O presidente Rodrigues Alves,

necessitou tomar medidas preventivas com o objetivo de melhorar a situação sanitária da cidade. Foi aprovada então, no dia 31 de outubro de 1904, no Rio de Janeiro, a Lei nº 1261, que tornou a vacinação e a revacinação contra a varíola obrigatórias (BRASIL, 1904).

Com a Lei nº 1261, sugerida e apoiada pelo médico sanitarista Oswaldo Cruz, exigiu-se a comprovação vacinal para poder trabalhar, estudar, viajar e realizar demais atividades do cotidiano. Causando uma extrema revolta durante cinco dias, a conhecida Revolta da Vacina. A motivação da revolta foi a contrariedade da população com a campanha de vacinação obrigatória implantada (DANDARA, 2022).

Antes mesmo de existir o SUS, aconteceram movimentos que visavam tornar a saúde igualitária e disponível para todos os brasileiros. Assim como foi nas Conferências Nacionais de Saúde, onde têm-se como objetivo reunir cidadãos pela defesa da garantia dos seus direitos e a ampliação do debate e diálogo sobre a implementação das políticas e propostas na saúde. Toda CNS tem um tema central, sendo relacionados ao período em que o país enfrenta, voltado para as necessidades da população. Em 1941, realizou-se a 1ª Conferência Nacional de Saúde, representando mais um importante momento para o país, começando as conferências com o debate da situação sanitária brasileira, iniciando uma sequência de Conferências abrangendo os três níveis: federal, estadual e municipal (BRASIL, 1941).

Em relação ao contexto internacional, surge na década de 40, após uma sequência de marcos históricos, como a criação do Plano Beveridge (1942), o Acordo de Bretton Woods (1944), o final da Segunda Guerra Mundial (1945) e o início da Guerra Fria (1947), o Welfare State, ou Estado de Bem-Estar Social. Anos antes, em 1929, a “crise de 29”, nos Estados Unidos, ocasionou desemprego e uma crise do capitalismo liberal no país. Entretanto, foi a partir da Segunda Guerra Mundial, na Europa, que o Welfare State entrou em vigor. Devido às incertezas na economia, como as guerras e crises no século, resulta-se em uma série de movimentos sindicais realizados por trabalhadores, em prol de melhores condições de vida (MEDEIROS, 2001; HAMMOUD, 2013; GURGEL; JUSTEN, 2021).

De acordo com Hammoud (2013), o Welfare State surge como um incentivador nas relações entre mercado, Estado e sociedade. Principalmente na relação do Estado

e sociedade, o surgimento do Welfare State é tido também como um marco histórico nos movimentos sociais, já que o Estado assume um papel de garantir, proteger e promover os direitos e o bem-estar da sociedade. A partir da intervenção do Estado na criação e manutenção de políticas públicas.

Como principais referências ao Welfare State, têm-se os autores Gosta Esping-Andersen e Richard Morris Titmuss. Em seus trabalhos sobre os movimentos sociais no século XX, Titmuss (1963) diferencia em dois tipos o Welfare State e Andersen (1991) em três diferentes tipos de regimes. Para Titmuss (1963), há dois tipos de Welfare State, determinados pela atuação do Estado: residual e institucional. No tipo residual, o Estado exerce uma mínima função em ações sociais; já no tipo institucional, o Estado torna-se principal ator nas ações em prol da sociedade. E para Andersen (1991), existem três tipos de regimes de Welfare State:

- a) Welfare State Liberal;
- b) Welfare State conservador-corporativo;
- c) Welfare State social-democrata.

O Liberal traz o Estado como assistência apenas para os que comprovarem sua pobreza. O conservador-corporativo, se limitou à proteção social de acordo com os seguros sociais da época. E por fim, o social-democrata, traz o princípio da universalidade, visando atender igualmente a todos os cidadãos. Ambos os autores defenderam o Estado de Bem-Estar Social (GURGEL; JUSTEN, 2021; ESPING-ANDERSEN, 1991).

O Brasil não ficou de fora dos impactos internacionais da época, tendo forte influência do Welfare State na sociedade. Conforme destacam Teixeira e Paiva (2014), na década de 60, os movimentos internacionais estavam ainda mais fortes. A intensificação da Guerra Fria (1960), divide o mundo entre potências capitalistas e socialistas, sabendo-se que diversos países da América Latina passariam por golpes de Estado e a instalação de regimes autoritários (TEIXEIRA; PAIVA, 2014). Em 1964, o país sofreu o golpe de Estado, iniciando-se a ditadura no Brasil. Com a promessa de instituir a ordem, fortalecer a economia e restaurar o regime democrático em curto prazo, os militares acabam permanecendo no poder por mais de 20 anos na história brasileira (TEIXEIRA; PAIVA, 2014). A partir do Welfare State iniciou o surgimento de

diversos movimentos com pautas sociais, como aconteceu em 1970, com a Reforma Sanitária, contribuindo com o processo de luta pela volta da democracia no país (GERSCHMAN, 2004). Em paralelo, surgiu o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, oriundo a partir de um grupo de sanitaristas da Universidade de São Paulo, fundando o “Saúde em Debate” (1976), sendo mais um marco na história da saúde brasileira.

Em 1979, realizou-se o primeiro Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, da Câmara dos Deputados, evento que contribuiu com a construção do sistema público, tendo como base um texto produzido pelo CEBES (TEIXEIRA; PAIVA, 2014). Conforme Paim (2018) aborda, o CEBES compõe o movimento da Reforma Sanitária no Brasil, por mais de quatro décadas de história e de compromisso com a defesa do direito universal à saúde. O documento apresentado pelo grupo, intitula-se *A questão democrática na área da saúde*, tornando-se o marco inicial do SUS. A partir deste documento, o CEBES mostra a necessidade de um sistema universal e igualitário de saúde no Brasil, contribuindo para o debate e a luta em prol da democracia.

O Brasil retomava o regime democrático em 1986. No mesmo ano, realizou-se a histórica 8ª Conferência Nacional de Saúde. Até essa data, as Conferências eram técnicas, e passou-se a contar com participação paritária da sociedade civil (PIOLA; VIANNA, 2009). Como grande marco histórico na saúde, a 8ª CNS foi a primeira conferência aberta à sociedade e o seu relatório final serviu como base para a construção da Constituição de 1988. Foi após a 8ª CNS, que o movimento sanitário teve seu ápice, ao integrar todas as propostas da Reforma Sanitária (MORAZ, 2011).

Em 1988, a 7ª Constituição Federal Brasileira, tornou-se conhecida como a Constituição Cidadã, por estabelecer direitos e garantias para os cidadãos, que até então, não existiam. Foi durante o governo do presidente José Sarney, que a CF 1988 abordou o projeto da Seguridade Social, onde julgava-se forte articulação entre as políticas econômicas e sociais, com o objetivo de ancorar um modelo de desenvolvimento que promovesse, ao mesmo tempo, um crescimento econômico sustentado e geração de renda e emprego, com a redução das desigualdades e ampliação dos direitos sociais brasileiros (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2017).

Como ponto de partida na legislação brasileira sobre a saúde pública, é definido na seção II da CF 1988: “Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado,

garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” (BRASIL, 1988).

A partir deste artigo a saúde torna-se um direito legislativo a todos os cidadãos brasileiros e o Estado fica como responsável por assegurar o funcionamento dele.

2.2 PERSPECTIVA CRONOLÓGICA APÓS 1990

A promulgação e regulamentação do SUS efetuou-se dois anos após, em 19 de setembro de 1990, com a Lei nº 8080, chamada “Lei Orgânica da Saúde”. Onde é definida a organização das ações e serviços, bem como as atribuições aos níveis de governo para a promoção e utilização do SUS. Determina-se como objetivos do SUS:

Art. 5º São objetivos do Sistema Único de Saúde:

I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;

II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social;

III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas (BRASIL, 1990a).

A legislação determina que as ações e serviços públicos de saúde serão desenvolvidos de acordo com os princípios e diretrizes descritos na CF (1988) e na Lei nº 8080 (1990). De modo geral, são as diretrizes e os princípios do SUS que formam a base para funcionamento e organização do sistema, materializando os direitos conquistados no longo processo histórico da saúde brasileira (MATTA, 2007). No art. 9 da Lei nº 8080 (1990), é definido que cada nível de governo terá seu exercício a partir dos seguintes órgãos: no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde; no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.

É destacado as diretrizes do sistema, no art. 198 da CF (1988), sendo elas:

- a) descentralização;
- b) atendimento integral;

c) participação da comunidade.

Em relação ao item a, é relacionada a descentralização em distribuir a responsabilidade e o poder entre os três níveis de governo, com o objetivo de tornar a fiscalização e promoção de saúde mais assertiva em cada escopo. O item b, considera-se a pessoa como um todo, onde o objetivo é atender todas as suas necessidades, desde a prevenção de doenças, o tratamento e até processos de reabilitação. E o item c, abre as portas para a sociedade participar e promover o sistema de saúde no dia a dia, dentro do escopo de cada nível de governo, participando ativamente, por exemplo, dos Conselhos e Conferências de Saúde (BRASIL, 1988; 1990a; 2009; CARVALHO, 2013).

Como princípios bases do SUS, têm-se a universalidade, a equidade e a integralidade. O princípio da universalidade afirma-se a partir do art. 196 (BRASIL, 1988), onde é constituído a saúde como um direito de todos, e igualdade de acesso sem distinção de raça, sexo, religião ou qualquer outra forma de discriminação do cidadão (MATTA, 2007). Sobre o princípio da equidade, vêm à tona a luta histórica pela igualdade no país, o objetivo deste princípio é diminuir as desigualdades, visando atender e promover a saúde com maior intensidade àqueles que necessitarem, se adequando a população. E da mesma forma, que fora abordado nas diretrizes, o princípio da integralidade.

Ainda assim, existem os princípios organizativos, que são: a regionalização e hierarquização, descentralização e participação popular (BRASIL, 1990a). Em relação a regionalização e hierarquização, os serviços de saúde se organizam de acordo com a complexidade requerida e a área geográfica, visando atender de maneira unificada e personalizada cada região. Como já visto anteriormente, os princípios de descentralização e participação popular, seguem os mesmos moldes (MATTA, 2007).

Em dezembro do mesmo ano, promulgou-se a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que trata sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais dos recursos financeiros na área da saúde. À vista disso, é estabelecido que cada esfera do governo terá as seguintes instâncias colegiadas: a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde (BRASIL, 1990b). Percebe-se a importância da participação popular nas decisões da saúde pública.

(BRASIL, 2009). Gomes (2020) ainda ressalta que a Lei nº 8142 (1990), buscava também preencher as lacunas deixadas pela Lei Orgânica da Saúde em relação ao financiamento e a participação social.

Após a CF 1988 iniciou-se a criação e promoção de programas e políticas voltadas para a saúde, conforme é possível observar no quadro 2. Programas abrangendo a saúde da família, saúde mental, saúde da pessoa com deficiência, saúde da pessoa idosa, saúde da mulher e do homem, saúde indígena, e também programas promovendo a medicina em todo o território brasileiro, como, por exemplo, o programa Mais Médicos e o programa Médicos pelo Brasil.

Em 2003 implantou-se o Programa de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Cortês (2014) afirma que o propósito do programa era a melhora ao acesso e a qualidade do tipo de atendimento prestado emergencial. Um ano após, em 2004, mais um programa destinado às necessidades da população brasileira surgiu, o Programa Farmácia Popular, destinado ao pagamento por medicamentos, ou seja, uma parcela do pagamento era o Estado que efetuava e o restante o cidadão. Condizente com a escrita dos autores Machado, Lima e Baptista (2017), mostra-se a expansão da cobertura do Programa de Saúde Família, o SUS abrange distintas áreas na saúde. No ano de 2019, é realizada a 16ª CNS, tratando-se também de um marco histórico na saúde, com o tema central “Democracia e Saúde”. A recente CNS traz uma proposta temática resgatando ainda, a memória da 8ª CNS, tida como o marco inicial do SUS.

Quadro 2 - Cronologia da saúde pública brasileira 1991 - 2021

Período	Governo	Ano	Acontecimento
Nova República (início 1985)	Fernando Affonso Collor de Mello	1990	Lei nº 8080
			Lei nº 8142
		1991	NOB 91
			Fundação Nacional de Saúde
			Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
			Programa de Agentes Comunitários de Saúde

Período	Governo	Ano	Acontecimento
		1992	9ª Conferência Nacional de Saúde
			NOB 92
		1891	2ª Constituição Brasileira
	Itamar Augusto Cautiero Franco	1993	NOB 93
		1994	Programa Saúde da Família
	Fernando Henrique Cardoso	1996	10ª Conferência Nacional de Saúde
			NOB 96
		1999	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
		2000	Emenda Constitucional nº 29/2000
			11ª Conferência Nacional de Saúde
		2001	NOAS 01
			Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras drogas
			Estratégia Saúde da Família
		2002	Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência
			NOAS 02
	Luiz Inácio Lula da Silva	2003	12ª Conferência Nacional de Saúde
			Programa SAMU
		2004	Política Nacional de Assistência Social
			Programa Brasil Sorridente
			Programa Farmácia Popular
Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher			
2006		Pacto pela Saúde	
		Política Nacional de Atenção Básica	
		Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa	
2007		13ª Conferência Nacional de Saúde	
2009	Política Nacional de Saúde do Homem		

Período	Governo	Ano	Acontecimento
			Regulamento do Sistema Único de Saúde
		2010	Secretaria Especial de Saúde Indígena
	Dilma Vana Rousseff	2011	14ª Conferência Nacional de Saúde
			Programa Saúde Não Tem Preço
		2012	Lei Complementar nº 141
			Movimento Saúde +10
		2013	Programa Mais Médicos
		2015	Emenda Constitucional nº 86/2015
	15ª Conferência Nacional de Saúde		
	Michel Miguel Elias Temer Lulia	2016	Emenda Constitucional nº 95/2016
	Jair Messias Bolsonaro	2019	Programa Previne Brasil
			16ª Conferência Nacional de Saúde
			Médicos pelo Brasil
		2020	Início da Pandemia do COVID-19
			Lei nº 13.979
			Portaria nº 467: Telemedicina
Portaria GM/MS nº 1.434: Conecte SUS			
2021		Vacinação contra o COVID-19	

Fonte: Adaptado de Brasil ([2023]).

Durante o longo processo de implantação do SUS, sabe-se que o Brasil passou por diferentes tipos de crises. O SUS, por sua complexidade, não é um serviço de política estática, tendo efeitos tanto internos do país, quanto em relação à economia internacional e aos movimentos populares em vigor. Por fim, entende-se que podem ocorrer retrocessos, políticas públicas ou Emendas Constitucionais para o estabelecimento do SUS, mas segundo Paim (2018), ainda que aconteça ataques ou golpes na saúde brasileira, o SUS não é plausível de extinção.

No próximo capítulo deste trabalho serão abordadas as legislações e restrições no financiamento, que impactaram no volume de despesas da saúde pública no Brasil.

3 FINANCIAMENTO E VOLUME DE DESPESAS: ANÁLISE E DESCRIÇÃO NO NÍVEL FEDERAL, ESTADUAL E MUNICIPAL

Para o SUS tornar-se efetivo, e disponibilizar as ações e serviços de saúde pública para a população, torna-se extremamente necessário recursos financeiros para a implementação. O art. 195 da CF 1988 discorre:

Art. 195. A seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e das seguintes contribuições sociais:

I—do empregador, da empresa e da entidade a ela equiparada na forma da lei, incidentes sobre:

a) a folha de salários e demais rendimentos do trabalho pagos ou creditados, a qualquer título, à pessoa física que lhe preste serviço, mesmo sem vínculo empregatício;

b) a receita ou o faturamento;

c) o lucro;

II—do trabalhador e dos demais segurados da previdência social, não incidindo contribuição sobre aposentadoria e pensão concedidas pelo regime geral de previdência social de que trata o art. 201;

III—sobre a receita de concursos de prognósticos;

IV—do importador de bens ou serviços do exterior, ou de quem a lei a ele equiparar (BRASIL, 1988).

A partir do § 1o, do art. 198 é determinado: “O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do Orçamento da Seguridade Social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.” (BRASIL, 1988).

O SUS será financiado com recursos provenientes do Orçamento da Seguridade Social, abrangendo os três níveis de governo, conforme ratificado na Constituição Federal. À vista disso, ao longo deste capítulo, serão abordadas as legislações que impactam diretamente o financiamento do SUS no período de 2011 a 2021.

3.1 LEGISLAÇÃO DO FINANCIAMENTO NA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA

Em relação a Lei nº 8080 (1990a), determina-se na Seção II, as competências de cada nível de governo. Afirma-se a descentralização do SUS, em cada esfera de governo há competências hierárquicas específicas a serem seguidas, com grande

relevância no financiamento dos serviços de saúde (BARROS; PIOLA, 2016). As competências de cada nível de governo ficam como responsabilidade dos seus respectivos órgãos. O nível da União, coordena em âmbito nacional, tendo sob seu dever a formulação e implementação das políticas nacionais de saúde, bem como a coordenação dos sistemas de saúde de alta complexidade. O nível estadual, é responsável por promover a organização de redes regionais, pela cooperação técnica e financeira com os municípios e atuar, em caráter complementar, nas ações e serviços de saúde. E por fim, o nível municipal é o principal responsável pela provisão das ações e execuções dos serviços de saúde, especialmente pela atenção básica de saúde (SAMPERT, 2015; BARROS; PIOLA, 2016).

A partir de amplas discussões e negociações entre os representantes dos três níveis de governo, além dos Conselhos de Saúde, são implantadas as Normas Operacionais Básicas (NOBs), prosseguindo com o processo de debates que já acontecia a partir da 8º CNS (CLEMENTE; FRAGA; MARQUES, 1999). As NOBs, tem como objetivo complementar e atualizar aquilo que não havia sido implementado na CF em 1988 e na Lei Orgânica da Saúde (1990). Os autores Piola e Vianna (2009) destaca que as NOBs foram instrumentos fundamentais no processo do SUS, principalmente no período entre 1991 e 2000.

No quadro 3 constam as principais legislações voltadas para o financiamento da saúde pública brasileira. Como no caso da NOB 91, cujo objetivo é fornecer instruções aos responsáveis pela implantação e operacionalização do SUS. Na Resolução nº 258 de 07 de janeiro de 1991, também trata da nova política de financiamento, dividindo-o em cinco itens:

- a) financiamento da atividade ambulatorial proporcional à população;
- b) recursos transferidos na forma de AIHs a cada unidade executora, proporcional à população;
- c) custeio da máquina administrativa do INAMPS/MS;
- d) custeio de Programas Especiais em saúde.
- e) investimentos (despesas de capital), alocados no Plano Quinquenal de Saúde MS/INAMPS, em lei orçamentária de iniciativa do Poder Executivo aprovados

pelos Congressos Nacionais, e em caráter excepcional a critério do Ministro de Estado da Saúde (BRASIL, 1991)

Dessa forma, inicia-se uma sequência de Normas, para reforçar a promoção do SUS, bem como preencher supostas lacunas que as legislações anteriores, como a CF, haviam deixado (BRASIL, 1991).

Quadro 3 - Legislações relacionadas ao financiamento do SUS

Ano	Legislação	Objetivo
1991	Norma Operacional Básica – SUS/1991	Fornecer instruções aos responsáveis pela implantação e operacionalização do SUS, elaborada de conformidade com as Leis nº 8.074/90 e 8.080/90.
1992	Norma Operacional Básica – SUS/1992	Normalizar a assistência à saúde no SUS, estimular a implantação, o desenvolvimento e o funcionamento do sistema, assim como garantir e efetivar o acesso universal, integral e igualitário conforme havia sido promulgado na CF 1988.
1993	Norma Operacional Básica - SUS/1993	Disciplinar o processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde na perspectiva de construção do Sistema Único de Saúde.
1996	Norma Operacional Básica – SUS/1996	Promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus municípios, com a consequente redefinição das responsabilidades dos Estados, do Distrito Federal e da União, avançando na consolidação dos princípios do SUS.
2000	Emenda Constitucional nº 29	Ratificar os recursos mínimos para o financiamento dos serviços e ações no SUS.
2001/2002	Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001 e Norma Operacional da Assistência à Saúde 01/2002 - NOAS-SUS 01/02	Ampliação das responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; regulamentação do processo de regionalização do SUS, instituindo o Plano Diretor de Regionalização (PDR); criação de mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS.
2006	Pacto pela Saúde	Compromisso de alcançar maior efetividade, eficiência e qualidade nos serviços de saúde. Criando três componentes: Pacto pela Vida, Pacto de Gestão e Pacto em Defesa do SUS.
2012	Lei Complementar nº 141	Regulamentou a Emenda Constitucional nº 29 (2000).
2015	Emenda Constitucional nº 86	Tornar obrigatória a execução da programação orçamentária.
2016	Emenda Constitucional	Estabelecer o Novo Regime Fiscal entre os Orçamentos Fiscais e

Ano	Legislação	Objetivo
	nº 95	da Seguridade Social da União, vigorando por vinte anos.
2019	Programa Previne Brasil	Estabelecer um novo modelo de financiamento, para aumentar o acesso das pessoas aos serviços da Atenção Primária à Saúde.

Fonte: Adaptado de Brasil ([2023]).

Como sequência da NOB 91, têm-se a NOB 92. Onde o objetivo se ampliava, reforçando e enfatizando os princípios determinados pelo SUS, como o acesso universal, integral e equânime aos serviços e ações de saúde. É responsável por estabelecer uma base operacional esclarecendo os papéis entre os três níveis de governo, prevendo tornar-se uma nova referência para o permanente desenvolvimento do SUS no passar dos anos (BRASIL, 1992). Conforme destaca Moraz (2011), a NOB 92, além dos objetivos citados, é criada com o intuito de promover a implantação, o desenvolvimento, o funcionamento e operacionalizar a efetivação do conceito de saúde e assistência à saúde.

Em maio de 1993, foi aprovada a NOB 93, que vira um marco no avanço da municipalização no direcionamento da política de saúde (PIOLA; VIANNA, 2009). A Norma, conforme está no quadro 3, se refere ao processo de descentralização da gestão das ações e serviços do SUS, tendo como fundamento as Leis nº 8080 (1990) e nº 8142 (1990), além do documento “Descentralização das Ações e Serviços de Saúde: A Ousadia de Cumprir a Fazer Cumprir a Lei” (BRASIL, 1993). Com o processo da iniciativa do gerenciamento e descentralização, institui diferentes gestores para os três respectivos âmbitos:

- a) âmbito nacional: Comissão Intergestores Tripartite; Conselho Nacional de Saúde;
- b) âmbito estadual: Comissão Intergestores Bipartite; Secretário de Saúde; Conselho Estadual de Saúde
- c) âmbito municipal: Conselho Municipal de Saúde (BRASIL, 1993)

Três anos após, é criada a NOB 96, com o objetivo da consolidação do pleno exercício de gestor da atenção à saúde por parte dos municípios e seus munícipes, incluindo também a redefinição dos papéis em relação à responsabilidade dos Estados,

do Distrito Federal e da União (BRASIL, 1996; MORAZ, 2011). O ano de 1996 é um novo momento marcante para a legislação do SUS, principalmente em relação ao financiamento, por trazer as responsabilidades de cada esfera, mais bem delineadas. (FARIA, 2020). Ainda que tenha grande impacto na busca pela plena responsabilidade do poder dos municípios, o papel da família, da sociedade e dos próprios indivíduos, na execução, proteção e recuperação da saúde não é excluído, tornando-se um complemento para que a NOB 96 tenha excelência (BRASIL, 1992).

Em setembro de 2000, é criada a Emenda Constitucional nº 29, onde é determinada a alteração dos arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da CF 1988 e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde (BRASIL, 2000). A finalidade da Emenda é definir os percentuais mínimos de recursos aplicados no financiamento das ações e serviços do SUS pelas três esferas de governo, inicialmente dentro do período 2000 a 2004, após o exercício seria referida a Emenda por uma Lei Complementar, ou caso não tivesse a edição dessa lei, permaneceria válido os mesmos critérios estabelecidos na EC nº 29 (BRASIL, 2000; BARROS; PIOLA, 2016).

Fica determinado que a União será responsável, no primeiro ano, por destinar à saúde a aplicação de, no mínimo, 5% em relação ao orçamento empenhado do período anterior, e para os seguintes, o valor apurado no ano anterior é corrigido pela variação do PIB nominal. Os Estados deveriam aplicar anualmente, no mínimo, 12% da arrecadação do Imposto sobre a Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS), do Imposto de Transmissão Causa Mortis (ITCM), do Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores (IPVA) e das transferências constitucionais feitas pela União, deduzidas as parcelas destinadas aos respectivos municípios. Para o Distrito Federal, fica o percentual entre 12% a 15%, no mínimo, a depender da competência do imposto, sendo estadual ou municipal. E por fim, os municípios deveriam aplicar anualmente, no mínimo 15%, a partir da arrecadação do Imposto Predial e Territorial Urbano (IPTU), do Imposto de Transmissão Intervivos (ITBI), do Imposto sobre Serviços (ISS) e das transferências constitucionais feitas pela União e pelos estados aos municípios (PIOLA; SERVO; SÁ; PAIVA, 2013; BARROS; PIOLA, 2016; MENDES; FUNCIA, 2016; ROMÃO, 2019).

A partir da EC nº 29, foi propiciado que os Estados e municípios participassem de maneira mais assertiva no financiamento do SUS, tornando-se bem-sucedida a previsão constitucional de um sistema descentralizado (BARROS; PIOLA, 2016; ROMÃO, 2019). Representando um importante avanço para a diminuição da instabilidade no financiamento na saúde pública. O sistema de financiamento imposto pela EC nº 29/2000 vigorou até o ano de 2015, quando foi aprovada a EC nº 86 (ROMÃO, 2019).

No entanto, apenas em 2012, com a Lei Complementar nº 141 (2012), a EC nº 29 (2000) foi regulamentada (GOMES, 2020). Onde é determinado no art 1º:

- I - o valor mínimo e normas de cálculo do montante mínimo a ser aplicado, anualmente, pela União em ações e serviços públicos de saúde;
- II - percentuais mínimos do produto da arrecadação de impostos a serem aplicados anualmente pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios em ações e serviços públicos de saúde;
- III - critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados aos seus respectivos Municípios, visando à progressiva redução das disparidades regionais;
- IV - normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal (BRASIL, 2012).

Após o contínuo movimento de reorganização e pactuação entre os três níveis de gestão, são implantadas as Normas Operacionais da Assistência à Saúde, respectivamente nos anos de 2001 e 2002. Seguindo a finalidade de reforçar a promoção da saúde, assim como fora com as NOBs anteriormente, são criadas as NOAS, enfatizando ainda mais as questões relacionadas à garantia de acesso de toda a população, por meio da implantação de novos padrões para a regionalização funcional das redes de serviço e da definição mais assertiva para a regulação do acesso (PIOLA; VIANNA, 2009). Resultando na instituição do Plano Diretor de Regionalização, torna-se um meio de atingir o princípio da universalidade e organizar de forma regionalizada e hierarquizada a assistência à saúde (BRASIL, 2002). A partir das NOAS 01 e 02, produziu-se um debate mais vigoroso para a conformação de uma nova realidade territorial de gestão do SUS (FARIA, 2020).

Em 2015, em meio a um contexto de crise econômica, conforme destaca Romão (2019), foi aprovada a EC nº 86, que foi sucessora da EC nº 29 de 2000. “Visando ao

reajuste das contas públicas e à implementação de medidas de austeridade, a EC nº 86 instituiu o que se denominou “orçamento impositivo” (ROMÃO, 2019, p-92), onde reviu-se os percentuais de vinculação à saúde. No art. 198 da CF 1988, ocorreram alterações no modelo de financiamento proposto anteriormente, como foi o caso da União, em que teve como determinação aplicar a Receita Corrente Líquida do respectivo exercício de no mínimo 15%, diferente do que havia sido colocado em 2000 (DANIEL, 2021).

Um ano após a aprovação de alterações no modelo de financiamento com a EC nº 86 (2015), é aprovada pelo então presidente da República, Michel Temer, um novo modelo de Regime Fiscal, que será tratado com maior profundidade na próxima seção.

3.2 O NOVO REGIME FISCAL: PEC DO TETO DE GASTOS

Um ano após, em dezembro de 2016, o governo de Michel Temer aprova a EC nº 95. Conhecida comumente como “PEC do Teto dos Gastos”, tendo como finalidade principal a instituição de um Novo Regime Fiscal (BRASIL, 2016; GOMES, 2020). No Art. 1º, da emenda é determinado que o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias passa a vigorar acrescido dos seguintes arts. 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113 e 114:

Art. 106. Fica instituído o Novo Regime Fiscal no âmbito dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social da União, que vigorará por vinte exercícios financeiros, nos termos dos arts. 107 a 114 deste Ato das Disposições Constitucionais Transitórias."

Art. 107. Ficam estabelecidos, para cada exercício, limites individualizados para as despesas primárias:

I - do Poder Executivo;

II - do Supremo Tribunal Federal, do Superior Tribunal de Justiça, do Conselho Nacional de Justiça, da Justiça do Trabalho, da Justiça Federal, da Justiça Militar da União, da Justiça Eleitoral e da Justiça do Distrito Federal e Territórios, no âmbito do Poder Judiciário;

III - do Senado Federal, da Câmara dos Deputados e do Tribunal de Contas da União, no âmbito do Poder Legislativo;

IV - do Ministério Público da União e do Conselho Nacional do Ministério Público; e

V - da Defensoria Pública da União (BRASIL, 2016).

Institui na referida Emenda, o congelamento dos gastos federais e é vetado o crescimento real das despesas primárias por parte da União, pelos próximos vinte exercícios financeiros, ou seja, até 2036, passando a vigorar a partir do ano 2017

(SOSA, 2018; GOMES, 2020). A PEC do Teto dos Gastos, desconsidera as mudanças demográficas, epidemiológicas, evoluções tecnológicas e até mesmo fatores presentes no Brasil, como a desigualdade social e o envelhecimento populacional (REIS, 2018).

Para contextualizar, o que é congelado e vetado na Emenda, segundo Busatto (2009), a despesa é o instrumento utilizado pelo Estado para afetar diretamente a vida dos cidadãos. Em relação à saúde pública, as ações que visam promover a saúde, são financiadas pela despesa pública, tendo como finalidade principal influenciar o bem-estar da população. Em relação a classificação das despesas primárias, de acordo com o Escola Nacional de Administração Pública (2017) tem como conceito: “[...] são os gastos realizados pelo governo para prover bens e serviços públicos à população, tais como saúde, educação, construção de rodovias, além de gastos necessários para a manutenção da estrutura do Estado (manutenção da máquina pública).” (ENAP, 2017, p. 15). Entretanto, para melhor controle nos níveis governamentais, a despesa pública é fixada na legislação, tendo parâmetros e percentuais máximos e mínimos a serem cumpridos (BUSATTO, 2009).

A EC nº 95 resulta em impacto direto nas funções do executivo, legislativo e judiciário, além dos Estados e municípios, incluindo as políticas públicas que se tornam essenciais para o desenvolvimento do Brasil, como a educação e a saúde, sendo notório os efeitos da EC nº 95, nos gastos da União (CUNHA, 2021). Em contrapartida, a EC nº 29 (2000) determina que as alterações do orçamento público federal da saúde serão atualizadas por uma correção de valor da pela variação nominal do PIB. No entanto, a EC nº 95 (2016), apenas corrige a quantidade de recursos pela inflação, utilizando como referência o Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA). O Teto de Gastos torna-se visto como uma medida de austeridade (GOMES, 2020; CUNHA 2021).

A política pública de saúde brasileira, para muitos autores, como é o caso de Cunha (2021), foi mantida em toda sua história em condições de subfinanciamento crônico, de maneira que os recursos destinados ao SUS eram inferiores à necessidade do sistema. Após a EC nº 95 (2016) entrar em vigor, o financiamento declinou, entrando em uma fase, a qual Cunha (2021) denomina de desfinanciamento contínuo. A crise que o país enfrenta, coloca em risco o SUS e o seu futuro (CUNHA, 2021). O subfinanciamento crônico no Brasil, agravado pelo congelamento de gastos, pode levar

a uma maior dependência do setor privado em saúde, comprometendo a igualdade no acesso e a equidade do SUS (PIOLA; BENEVIDES, 2018).

Há uma divergência de opiniões entre os autores estudados para a elaboração deste trabalho e o Estado em relação à PEC do Teto de Gastos. Os autores Funcia e Reis (2018), ao analisar o histórico político que acontecia em 2016, citam a necessidade da anulação da EC nº 95 (2016). Na literatura, abordam os motivos de que mesmo que houvesse a redução dos investimentos públicos e dos gastos sociais da União, iria intensificar a privatização do Sistema de Saúde e o quadro da desigualdade social brasileira, o que já está implantado no histórico legal do país (FUNCIA; REIS-OCKÉ, 2018). Funcia (2017) na literatura intitulada *Subfinanciamento e Orçamento Federal do SUS: referências preliminares para a alocação adicional de recursos*, enfatiza que tanto a EC nº 95 (2016) quando a EC nº 86 (2015) são emendas com efeitos negativos, para o planejamento e execução orçamentária e financeira do Ministério da Saúde, o que conseqüentemente, agrava o processo de subfinanciamento do SUS (FUNCIA, 2017).

3.3 ANÁLISE DOS DADOS DE FINANCIAMENTO E VOLUME DE DESPESAS ENTRE 2011 A 2021

Souza (2020) destaca que os recursos públicos destinados à saúde pública, tem um histórico de insuficiência para a garantia dos princípios e diretrizes do SUS, onde se objetiva o acesso universal, integral e de qualidade à população (SOUZA, 2020). Da mesma forma que os autores Funcia e Reis-Ocké concordam, ainda adicionam que sem o recebimento destes recursos para ampliação e cumprimento da universalidade e integralidade do SUS, é caracterizado fortemente o processo de subfinanciamento do sistema (FUNCIA; REIS-OCKÉ, 2018). Dessa forma, nesta seção será analisado os dados de financiamento e volume de despesas com a saúde pública nos três níveis de governo, entre o período de 2011 a 2021.

Quadro 4 - Financiamento e Despesas com Saúde nos três níveis de governo entre 2011 e 2021

Financiamento e Despesas com Saúde da União, Estados e Municípios (2011-2021)											
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Financiamento da União (R\$ bilhões - IPCA)	99,45	106,71	115,48	119,68	126,91	131,38	137,43	141,27	146,34	147,89	148,79
Despesas da União (R\$ bilhões - IPCA)	108,58	116,12	125,64	132,77	139,34	146,52	151,26	157,69	159,52	157,52	162,16
% das despesas da União em relação ao PIB	2,16%	2,15%	2,20%	2,20%	2,19%	2,20%	2,20%	2,19%	2,10%	1,91%	1,91%
Financiamento dos Estados (R\$ bilhões - IPCA)	32,63	36,68	39,31	40,49	42,31	43,99	45,81	47,54	49,02	50,22	51,7
Despesas dos Estados (R\$ bilhões - IPCA)	33,85	36,9	39,12	41,06	43,06	44,28	45,66	47,76	49,36	50,33	51,22
% das despesas dos Estados em relação ao PIB	0,67%	0,68%	0,69%	0,68%	0,67%	0,67%	0,67%	0,69%	0,65%	0,60%	0,61%
Financiamento dos Municípios (R\$ bilhões - IPCA)	60,52	65,47	74,11	76,08	79,09	80,98	83,95	87,56	89,81	95,03	98,91
Despesas dos Municípios (R\$ bilhões - IPCA)	65,61	70,02	78	79,76	82,87	84,67	88,49	92,1	95,17	100,37	104,32
% das despesas dos Municípios em relação ao PIB	1,31%	1,29%	1,36%	1,32%	1,29%	1,27%	1,29%	1,33%	1,26%	1,20%	1,24%
Total do Financiamento (R\$ bilhões - IPCA)	192,6	208,86	228,9	236,25	248,31	256,35	267,19	276,37	285,17	293,14	299,4
Total das Despesas (R\$ bilhões - IPCA)	208,04	223,04	242,76	253,59	265,27	275,47	285,41	297,55	304,05	308,22	317,7
Total % das despesas em relação ao PIB	4,14%	4,12%	4,25%	4,20%	4,15%	4,14%	4,16%	4,21%	4,01%	3,71%	3,76%

Fonte: Brasil; Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) [(2023)].

Para realizar a análise, no quadro 4 foram utilizados dados de saúde pública, excluindo setor privado e famílias. A partir do ano de 2011 a 2015, faz-se uma observação nos dados em relação às despesas em ambas as análises, em termos absolutos e em proporção ao PIB, onde é possível relacionar um aumento dos gastos públicos nas três esferas. Na União, dentro do período, tem um aumento de R\$ 30,76 bilhões em termos absolutos, assim como, no Estado e no Município, respectivamente, aumentam em R\$ 9,21 bilhões e R\$ 17,26 bilhões.

O aumento das despesas da União com saúde em relação ao PIB foi desacelerado após a implementação da EC nº 95 (2016), passando de 2,20% em 2016 para 1,91% em 2021. Esse cenário pode ser atribuído à restrição orçamentária imposta pela política de austeridade, afetando não somente a União, mas também os gastos dos Estados e Municípios. Segundo os autores Piola e Benevides (2018), a limitação pode comprometer a capacidade dos governos locais de atender às demandas crescentes da população, sobretudo em áreas como APS e promoção da saúde, além da possibilidade de prejudicar ações preventivas e comprometer a detecção e o controle de doenças (PIOLA; BENEVIDES, 2018).

Ao verificar os anos de 2017 a 2021, as despesas em termos absolutos, nos três âmbitos, União, Estado e Município, mostram-se uma tendência de estagnação e redução dos gastos em saúde, decorrente do congelamento dos gastos públicos. Conforme visto na seção anterior, o congelamento de gastos públicos com a EC nº 95 (2016), gerou impactos significativos. Silveira e Gaiger (2021) criticam a PEC e o congelamento dos gastos públicos, onde citam: “criação nacional que foge dos padrões internacionais de institucionalidade de regras fiscais de controle do gasto público, afeta profundamente os gastos em saúde e educação.” (SILVEIRA; GAIGER, 2021, p. 50). Na literatura, os autores enfatizam o aumento da demanda por serviços públicos de saúde, especifica-se que a população dependente exclusivamente da saúde pública demandou ainda mais do SUS, o que fica mais claro com as evidências dos dados (SILVEIRA; GAIGER, 2021). Em relação aos municípios, torna-se necessário o destaque de que em grande parte são dependentes dos repasses dos níveis de governo federais e estaduais.

Nos anos de 2020 e 2021, o mundo passa pela pandemia do COVID-19, tema que será abordado no capítulo posterior. Entretanto, o contexto em que o país se encontrava com a chegada da pandemia do COVID-19, era do congelamento do teto de gastos presente. Torna-se necessário a criação de medidas provisórias para que fosse contornado a situação econômica do país (FUNCIA; BRESCIANI; BENEVIDES; REIS-OCKÉ, 2022).

Em novembro de 2019, é instituído pela Portaria nº 2.979, o Programa Previne Brasil, onde se estabelece um novo modelo de financiamento no SUS, em relação ao custeio da APS, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. O Previne Brasil, tem como objetivo principal aumentar o acesso da população brasileira aos serviços da APS, assim como se restabelecer em decorrência das mudanças sociais e culturais que ocorreram nos últimos anos (BRASIL, 2019; HARZHEIM, 2020).

Quadro 5 - Participação do gasto total em saúde entre o setor público e privado no período de 2011 e 2021

DADOS DE PARTICIPAÇÃO DO GASTO TOTAL EM SAÚDE ENTRE SETOR PÚBLICO E PRIVADO

ANO	Gasto total em saúde (R\$ bilhões - IPCA)	Setor público (R\$ bilhões - IPCA)	% do setor público em relação ao gasto total em saúde	Setor privado (R\$ bilhões - IPCA)	% do setor privado em relação ao gasto total em saúde
2011	298,22	151,5	50,81%	146,72	49,19%
2012	324,03	168,72	52,10%	155,3	47,90%
2013	347,73	183,02	52,64%	164,71	47,36%
2014	369,81	193,51	52,29%	176,29	47,71%
2015	395,79	207,77	52,46%	188,02	47,54%
2016	413,84	211,51	51,08%	202,33	48,92%
2017	428,1	215,98	50,40%	212,11	49,60%
2018	446,3	224,13	50,21%	222,16	49,79%
2019	462,25	232,23	50,23%	230,02	49,77%
2020	462,11	234,43	50,68%	227,68	49,32%
2021	475,81	243,92	51,23%	231,89	48,77%

Fonte: IBGE; Brasil [(2023)].

Nota: valores estão deflacionados com base no ano de 2021 (IPCA).

Na perspectiva histórica do Brasil, Rodrigues (2014) afirma que o país tem uma grande parcela de saúde no setor privado. Na figura 2 é apresentado o gasto total em saúde no Brasil, separando os valores de origem do setor público e setor privado, dentro do período em análise 2011-2021.

Considera-se o Brasil, um dos maiores setores privados de saúde de todo o mundo, apesar de também ser um país com grandes índices de desigualdade social e econômica. O ponto de partida desse crescimento no setor privado, pode ser dado a partir do período do regime militar, em decorrência do sustento de políticas voltadas para o seu desenvolvimento. O setor privado, e principalmente as empresas de seguros privados de saúde, transformaram-se em um poderoso adversário ao SUS. O subfinanciamento da saúde pública e os incentivos governamentais para o setor privado, contribuem para o aumento da participação do gasto público em relação ao gasto total com saúde (PIOLA; SERVO; SÁ; PAIVA, 2013).

De acordo com os dados expostos, durante o período analisado de 2011 a 2021, o financiamento e as despesas em relação a saúde, tiveram um aumento, entretanto não teve uma progressão contínua do mesmo, por conta das Emendas Constitucionais e de mais legislações que foram determinadas pelo governo, que incentivaram também o setor privado na atuação. As medidas tomadas pelo governo, em relação ao financiamento e despesas da saúde, pelos dados, limitaram o crescimento das mesmas, em relação ao PIB.

4 POLÍTICAS PÚBLICAS DA SAÚDE NA PANDEMIA DO COVID-19

A disseminação da pandemia de COVID-19 no Brasil, conforme destacam Braga e Oliveira (2022) revelou-se alarmante, resultando em uma crise sanitária, também nomeada como uma tripla crise, englobando a parte sanitária, econômica e social, que tiveram grandes impactos acompanhados pela pandemia. Se faz necessário, tomar medidas, como políticas públicas com a chegada de uma epidemia, como aconteceu a partir de 2020 (ORAIR, 2022). Na seção 4.1, será analisado a pandemia do COVID-19, como foi o surgimento, as políticas públicas adotadas pelo governo, índices de contágio e óbitos, e também como foi a evolução da vacina para a população brasileira.

4.1 ESTUDO DE CASO DA PANDEMIA DO COVID-19 NO BRASIL

A partir de um crescimento atípico de casos de pneumonia na cidade de Wuhan, República Popular da China, em dezembro de 2019, a China realizou um comunicado à Organização Mundial de Saúde (OMS), alertando o cenário em que se encontrava a saúde local (MONTEIRO, 2020). Após o alerta emitido pelo país, se identificou que os casos de pneumonia eram de grande risco à humanidade, tratando-se de um tipo novo de coronavírus, chamado Sars-Cov-2. A OMS declarou o estado de Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), após a proliferação dos casos de contágio, alertando o mundo sobre a doença iniciada em Wuhan (FUNCIA; BENEVIDES; REIS-OCKÉ, 2021; OPAS, 2021). Em relação aos sintomas apresentados ao ter a contaminação do vírus não eram específicos e variam de acordo com a gravidade e a potência da contaminação. Desde sintomas gripais, como tosse, dor de garganta ou coriza, a desconfortos respiratórios, em casos mais críticos (BRASIL, 2021a).

Poucos dias após a declaração da OMS, em 30 de janeiro de 2020, a doença infecciosa causada pelo novo coronavírus, a COVID-19, afeta o mundo de diferentes maneiras (MASSUDA; MALIK; VECINA; TASCA; JUNIOR, 2020).

Quadro 6 - Histórico da pandemia do COVID-19

Ano	Acontecimento
2019	1º caso na China
2020	Lei nº 13.979
	1º caso no Brasil
	Declarado estado de pandemia no Brasil
	Portaria nº 467: Telemedicina
	Emenda Constitucional nº 106
2021	Portaria GM/MS nº 1.434: Conecte SUS
	Vacinação contra o COVID-19

Fonte: Adaptado de Brasil (2020, 2021); OPAS [(2023)].

Conforme observa-se no quadro 4, a Lei nº 13.979 foi sancionada, em 6 de fevereiro de 2020, onde determinou-se as medidas para o enfrentamento e combate da ESPII resultante do coronavírus, responsável pelo surto iniciado em 2019 (BRASIL, 2020). No Art. 2º considera-se:

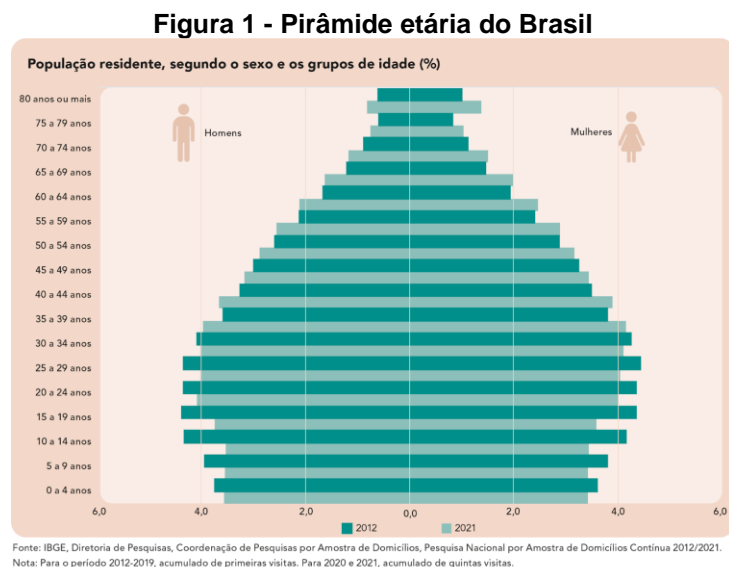
- I - isolamento: separação de pessoas doentes ou contaminadas, ou de bagagens, meios de transporte, mercadorias ou encomendas postais afetadas, de outros, de maneira a evitar a contaminação ou a propagação do coronavírus;
- e
- II - quarentena: restrição de atividades ou separação de pessoas suspeitas de contaminação das pessoas que não estejam doentes, ou de bagagens, contêineres, animais, meios de transporte ou mercadorias suspeitos de contaminação, de maneira a evitar a possível contaminação ou a propagação do coronavírus (BRASIL, 2020).

Em 26 de fevereiro de 2020, o Ministério da Saúde anunciou o primeiro caso de contágio oficial de COVID-19 no Brasil (FUNCIA; BENEVIDES; REIS-OCKÉ, 2021). Meses depois do seu primeiro caso na China, foi decretado a COVID-19 como pandemia, em de março de 2020 (SILVA; LIMA, 2021). Além disso, neste mesmo mês, o Governo Federal brasileiro decreta estado de calamidade pública, em decorrência ao aumento dos casos de contágio ocasionados pela doença, conforme é possível observar no gráfico 1 (FUNCIA; BENEVIDES; REIS-OCKÉ, 2021).

Conforme destacam Piola e Vianna (2009) seria ingênuo supor que no SUS não há desigualdades. Arrisca-se dizer que o processo de desigualdade é uma luta diária, em todos os cenários políticos e econômicos de um país. No Brasil não seria diferente, principalmente ao falar de financiamento e despesas (PIOLA; VIANNA, 2009)

A desigualdade social no país é vista em diferentes aspectos, como a tripla crise exposta no capítulo anterior. Da mesma forma que com o processo de implantação do SUS, é possível notar as dificuldades de ter uma sociedade igualitária no Brasil, sendo implementadas legislações onde visassem à igualdade à todos. Com a crise instaurada pelo COVID-19, a elevada desigualdade teve maior expressão em relação a disparidade do acesso aos serviços de saúde, os quais já existiam antes mesmo da pandemia, acabou ficando ainda mais explícito. Entretanto, para Braga e Oliveira (2022), a pandemia tem dois lados, o primeiro revelou-se o caráter imprescindível do SUS, e o segundo, mostrou-se os problemas do sistema, decorrente do seu subfinanciamento, que prevalece desde a promulgação da saúde pública brasileira (BRAGA; OLIVEIRA, 2022).

Além das desigualdades sociais e econômicas que o Brasil enfrenta em seu arcabouço histórico, o envelhecimento populacional torna-se uma pauta em destaque, principalmente ao citar o SUS (WONG; CARVALHO, 2006). A partir de dados do IBGE, é construída a seguinte pirâmide etária:



Fonte: IBGE (2021).

Os dados da pirâmide estão divididos em sexo e os grupos de idade, comparando o ano de 2012 e 2021. Faz-se necessário o destaque para os acontecimentos dentro deste período, assim como fora as crises sanitárias que o país percorreu, bem como crises em seu financiamento e a mais recente, a crise da pandemia do COVID-19, a partir do ano de 2020. O envelhecimento populacional torna-se uma realidade, ao analisar os grupos de idade mais jovens, que ao comparar o ano de 2012 tinham uma participação maior do que no ano de 2021, onde mostra-se um aumento gradativo nos grupos no topo da pirâmide, tendo um foco no grupo etário de 80 anos ou mais. Com o avanço do envelhecimento populacional, como observa-se no decorrer dos anos no país, há um aumento na demanda por serviços da saúde pública, ainda mais com a chegada do COVID-19. Os grupos etários do topo da pirâmide, tornaram-se prioridades no recebimento da vacina assim que fora liberada, inclusive no atendimento emergencial, caso necessário (WONG; CARVALHO, 2006; COSTA; MESQUISA; PORTO; MASSUDA, 2011; IBGE, 2021).

Durante todo o seu processo de implantação, o SUS passou e ainda passa por crises em relação ao financiamento público destinado aos seus serviços (GOMES, 2020). E as condições em que a saúde pública brasileira se encontrava, antes mesmo de ser declarada a pandemia do COVID-19 era preocupante, segundo Souza (2020), em consequência das medidas tomadas para o controle dos gastos públicos e o congelamento deles.

A partir da implantação de medidas preventivas e isolamento social, em 20 de março de 2020, publica-se a Portaria nº 467. Onde é regulamentado as ações de Telemedicina, com o intuito de regulamentar e operacionalizar as medidas e normas estabelecidas para a diminuição do contágio do COVID-19. Além de tornar-se possível o atendimento médico e disponibilização de receitas para tratamento à distância, caso necessário. Uma medida necessária e que respeita as determinações do Estado, sobre o isolamento social em decorrência da epidemia que acontecia no mundo (BRASIL, 2020a).

A Telemedicina ou Telessaúde, não é uma novidade para o SUS, existindo há 15 anos no país. Todavia, tornou-se um desafio para disseminar a utilização entre todos os cidadãos, ao analisar as desigualdades sociais e tecnológicas dentro do Brasil. O

movimento do Telessaúde visa a união de diversas áreas da saúde, além da medicina em si, realizando cuidados ao integral do paciente (SCHERER, 2023).

Para Ferrari e Cunha (2020), a aplicação do isolamento social como medida universal, foi um fator que manteve os indicadores correntes de contaminação e de óbito em patamares parcialmente baixos, e torna-se necessário principalmente para que a normalidade possa se restabelecer o quanto antes (FERRARI; CUNHA, 2020). Entretanto, segundo Lima e Silva (2021), as campanhas de esclarecimento e conscientização, tornam-se menos disruptivas e custosas, em comparação com as medidas mais drásticas e intrusivas que foram tomadas, como a adoção de um lockdown nacional. Ambos os autores nos seus artigos incentivaram e defenderam a não normalidade, em prol da diminuição de contágio (FERRARI; CUNHA, 2020; LIMA; SILVA, 2021).

A partir da determinação das medidas preventivas, a não-normalidade, afeta diretamente a vida econômica, sem haver renda nas famílias, o consumo delas tende a cair, pressionando o caixa das empresas, e que para diminuir os custos, terão a necessidade de demitir os seus funcionários, o que gera uma nova pressão sobre as empresas e assim sucessivamente. O país se encontra num início de crise, com os índices de contágio e óbitos em ascensão, o país entra em um período de depressão, onde visa-se a preservação da economia (FERRARI; CUNHA, 2020). Todavia, a perda completa da renda e do sustento de uma família, não era uma escolha para grande parte da população brasileira, que não teria a possibilidade de adotar o isolamento social. Faz-se necessário ações por parte do governo federal, o qual, somente ele seria capaz de ampliar os recursos para enfrentar a pandemia, e aplicar a transferência de renda à população, enquanto as medidas preventivas estivessem em vigor, como por exemplo, auxílio emergencial (DWECK; MORETTI; MELO, 2021).

Em maio de 2020, é instituído pela Portaria nº 1.434, o Programa Conecte SUS, de nível federal, coordenado pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Com o objetivo principal de garantir o acesso à informação em saúde bem como assegurar a continuidade do cuidado do cidadão brasileiro, além de materializar a Estratégia de Saúde Digital para o Brasil (BRASIL, 2020b). O Conecte

SUS é uma plataforma de saúde para o cidadão, profissionais e gestores de saúde. Onde foi utilizado, principalmente, com o início da vacinação contra a COVID-19.

Conforme visto no capítulo anterior, o SUS teve em sua história o gasto público inferior ao gasto privado, resultado dos planos de saúde e de cuidados diretamente pelas famílias (SILVEIRA; GAIGER, 2021). Esses autores acreditam que a dificuldade em aumentar a participação do gasto público na saúde, seja relacionada a “[...] à instabilidade nas fontes de financiamento, ao apoio fiscal e tratamento regulatório concedido ao segmento da saúde mercantil e à valoração societária dos chamados serviços públicos mercantilizado” (SILVEIRA; GAIGER, 2021, p. 8). Os autores, complementam que essa medida de reconhecer o estado de calamidade pública decorrente da pandemia, foi uma forma de contornar os constrangimentos à atuação do governo no período decorrente de três regras fiscais do governo: regra de ouro, regra do primário e a PEC do Teto de Gastos (SILVEIRA; GAIGER, 2021).

Em maio de 2020, é promulgada a EC nº 106, onde institui-se o regime extraordinário fiscal, financeiro e de contratações para enfrentamento de calamidade pública nacional decorrente da pandemia (BRASIL, 2020). No art. 1º é definido:

Art. 1º Durante a vigência de estado de calamidade pública nacional reconhecido pelo Congresso Nacional em razão de emergência de saúde pública de importância internacional decorrente de pandemia, a União adotará regime extraordinário fiscal, financeiro e de contratações para atender às necessidades dele decorrentes, somente naquilo em que a urgência for incompatível com o regime regular, nos termos definidos nesta Emenda Constitucional (BRASIL, 2020).

A medida é tomada com o objetivo específico de enfrentar o contexto em que o país se encontra, e autorizar a União a seguir com o não cumprimento das regras fiscais que impediam o aumento de despesas diretas ou tributárias (SILVEIRA; GAIGER, 2021).

Em 2021, é elaborado o Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação Contra a COVID-19 pelo Ministério da Saúde, baseado em discussões desenvolvidas por grupos técnicos da Câmara Técnica Assessora em Imunização e Doenças Transmissíveis de acordo com a Portaria nº 28 de 03 de setembro de 2020 (BRASIL, 2021c). A vacinação contra a COVID-19 iniciou-se no dia 17 de janeiro de 2021, com a

aprovação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Ao iniciar a vacinação contra o COVID-19 no Brasil, havia o total de 8.697.368 casos confirmados acumulados até a data, e 214.147 óbitos, decorrente do vírus (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021). O mês de janeiro no ano de 2021 trouxe esperança para a população, mais um passo dado para o combate e o fim da pandemia do COVID-19 (VACINAÇÃO..., 2022).

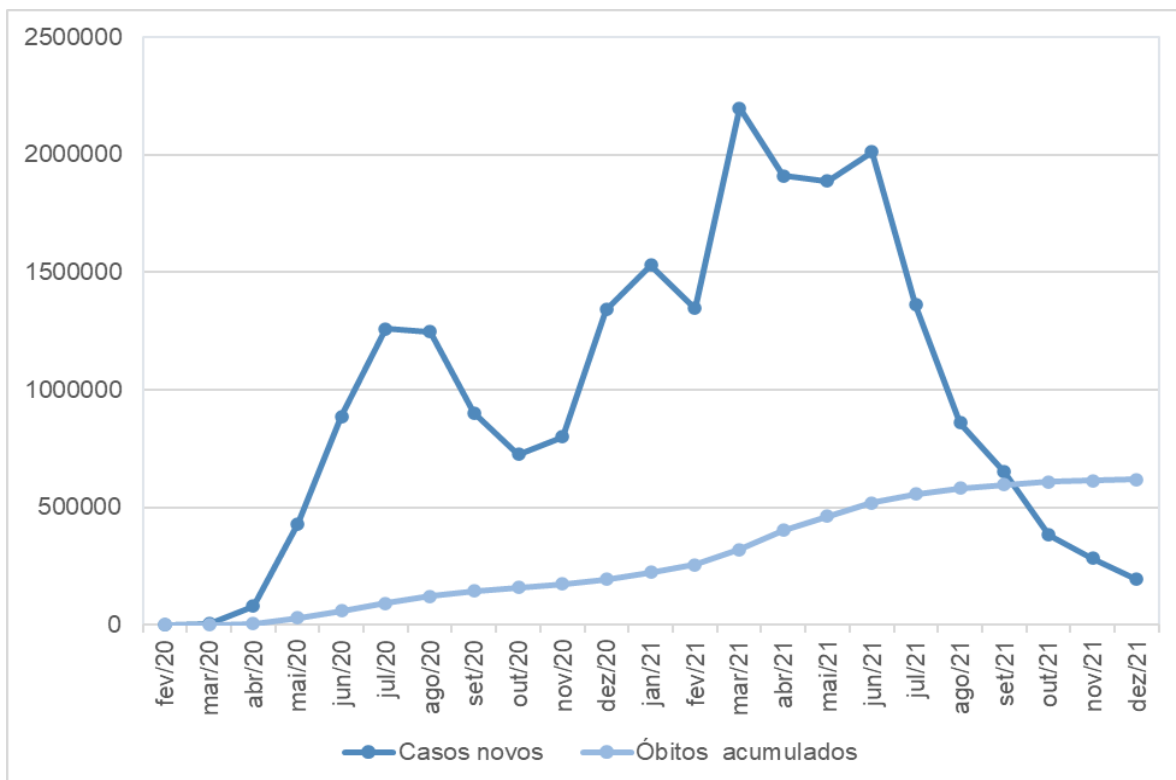
O plano analisa as vacinas candidatas em fase de pesquisa que entraram na validação da OMS, bem como o estudo de que cerca de 60 a 70% da população brasileira precisaria estar imune para interromper a disseminação do vírus por meio de cadeias de transmissão. Onde via, também, de a vacinação acontecer em 85% ou mais da população para se ter uma redução considerável da doença, entretanto, dependerá da efetividade da vacina no controle do vírus (BRASIL, 2021c).

Foi definido que haveria pessoas com prioridade para a vacinação, a partir do Programa Nacional de Imunização e do Ministério da Saúde, onde foram elencados como grupos prioritários os seguintes:

- a) pessoas com 90 anos ou mais;
- b) pessoas com Deficiência Institucionalizadas;
- c) povos indígenas vivendo em terras indígenas;
- d) trabalhadores de saúde;
- e) pessoas com comorbidade.

Conforme a vacinação avançava, se ampliava a aplicação para os grupos não prioritários, em modelo de fases de vacinação (BRASIL, 2021c). A vacinação do COVID-19 ficou conhecida como a maior Campanha de Vacinação do Brasil (BRITO, 2021). Entretanto, para Silva e Lima (2021), a aquisição e o desenvolvimento das vacinas se agravaram pelo momento em que o país estava, como a adoção de políticas voltadas à redução do gasto público no período recente (SILVA; LIMA, 2021).

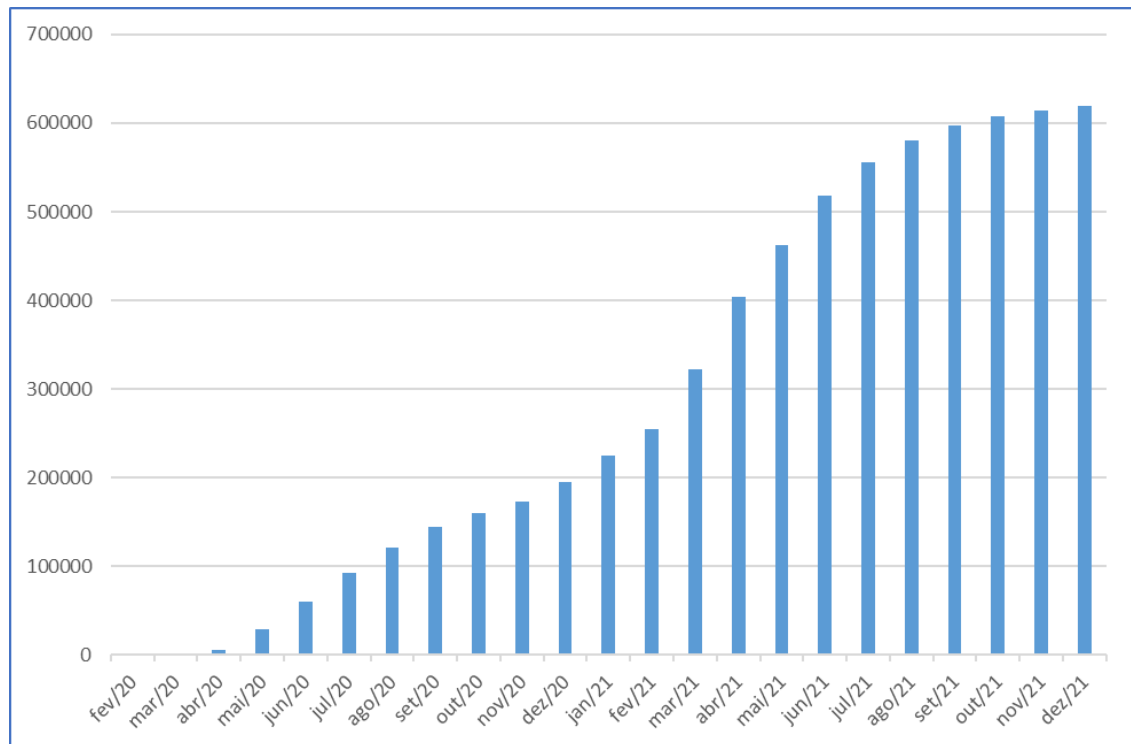
Gráfico 1 - Dados de casos novos e óbitos acumulados do COVID-19



Fonte: Brasil (2020, 2021).

Com base nos dados do Ministério da Saúde, no gráfico 1, destaca-se do mês de fevereiro de 2020 a dezembro de 2021, a progressão mensal de novos casos confirmados de COVID-19 em comparação ao acúmulo dos óbitos decorrentes da pandemia em relação ao respectivo mês. De acordo com os dados, o mês com maior número de confirmação de casos foi em março de 2021, encerrando o mês com um total de 2.197.488 novos casos. No Anexo 1 deste trabalho é possível observar ambos os dados, de casos novos e acumulados, assim como óbitos novos mês a mês e o acumulado.

Segundo a Lei nº 13.979, com a determinação do isolamento social e da quarentena para as pessoas contaminadas pelo vírus, entre fevereiro e julho, ainda assim ocorreu um pico de contaminação no Brasil, resultando no mês de julho o acumulado de 2.662.485 casos (BRASIL, 2020a).

Gráfico 2 - Dados dos óbitos acumulados do COVID-19 entre fevereiro 2020 a dezembro 2021

Fonte: Brasil (2020, 2021).

No quadro 5, é exposto o aumento dos óbitos acumulados mensalmente até dezembro de 2021, número que chega a 619.056 brasileiros que vieram a falecer em decorrência da pandemia do COVID-19. Os autores Moretti, Funcia e Reis-Ocké (2020), destacam a revolta de ver o Brasil chegar ao número de milhares de mortes, bem como os milhões de casos confirmados, e assumem que um dos motivos do agravo seria a EC nº 95 (2016), para os autores, se torna necessário revogar a EC nº 95 (2016), principalmente em relação ao período pós-pandemia, onde requer maior atenção nas despesas primárias da saúde (MORETTI; FUNCIA; REIS-OCKÉ, 2020).

De acordo com os autores Ferrari e Cunha (2020), a vida econômica e social, seria profundamente afetada, em concordância com o autor Orair (2022) que destaca o rápido contágio global da doença e a severidade da tripla crise, deixando rastros entre e após a pandemia (FERRARI; CUNHA, 2020; ORAIR, 2022).

O Brasil enfrentou a pandemia do COVID-19, com um SUS fragilizado e com menor resiliência. De um lado havia as orientações sanitárias pelo Ministério da Saúde, e de outro lado, a presidência estava sob o argumento de proteger a economia e o

congelamento de gastos, dessa forma iniciava-se um conflito de opiniões. Ainda assim, diante dos altos índices e números de casos confirmados e óbitos, o SUS foi evidenciado pela população brasileira, após a vacinação ter sido iniciada no país. Para o país se reerguer após a pandemia do COVID-19, um dos principais desafios será fortalecer o SUS. Em destaque pontos como o problema do subfinanciamento público, o afinamento das bases e sistemas de informações de saúde pública, entre outros pontos que dependem, em grande parte, de uma melhora na gestão do SUS e do seu financiamento (MASSUDA; MALIK; VECINA; TASCA; JUNIOR, 2020).

À vista da intensa disseminação do COVID-19 no Brasil, em dezembro de 2021, o total acumulado de casos confirmados chegou a mais de 22 milhões de pessoas. Para Orair (2021), o país mostrou-se ineficaz no controle da pandemia e no avanço lento da vacinação contra o vírus. Com isso, as incertezas em relação à superação da crise econômica e social brasileira, acentuam-se e tornam-se questionáveis (ORAIR, 2022).

5 CONCLUSÃO

No decorrer dos anos, começou a ser visto a complexidade do SUS pela sua grandeza, dessa forma, aconteceram dezenas de emendas e políticas públicas voltadas a realizar ajustes que foram necessários, para que o sistema continuasse em vigor. Em grande parte dos problemas analisados do SUS, eram voltados ao seu financiamento e às suas despesas. Inicialmente, não foi previsto e determinado situações de calamidades públicas ou pandemias.

O objetivo principal deste trabalho era entender como as despesas e o financiamento da saúde pública se comportaram no período de 2011 a 2021. Como objetivos secundários, torna-se necessário entender os marcos em relação à construção histórica do SUS, assim como descrever as legislações em relação ao financiamento, e para finalizar, fazer o estudo de caso sobre a pandemia do COVID-19.

Ao analisar os capítulos 3 e 4, onde foram abordados dados de financiamento e volume de despesas, assim como o estudo de caso da pandemia do COVID-19 e seus dados, é possível ver que as restrições no financiamento, como foi a EC nº 95 (2016), prejudicou o desenvolvimento das políticas públicas na saúde, principalmente em 2020 e 2021. O Brasil tem um histórico intenso em relação às legislações e o financiamento dos recursos no SUS.

A saúde pública brasileira tem um longo histórico desde a sua promulgação, a partir da Lei Orgânica da Saúde, em 1990, onde a saúde tornou-se um direito de todos os cidadãos brasileiros, sendo vista como uma grande vitória para a população. Há uma divisão histórica pré-SUS e pós-SUS. Antes da CF 1988, o país sofria um processo de redemocratização e desenvolvimento dos direitos sociais, onde já se debatia sobre um sistema público, pelos estudos do CEBES e a partir da criação das Conferências Nacionais de Saúde. O Estado atuava com a saúde pública não universal, sendo destinada apenas a emergências sanitárias, como por exemplo a epidemia da Varíola.

O processo de implantação foi lento e gradual, e até mesmo autores estudados para a elaboração deste trabalho concordam que ainda não se há uma implantação completa. Como construção na legislação brasileira, o SUS fica em torno, basicamente, de três documentos: CF 1988, Lei nº 8080 (1990) e a Lei nº 8142 (1990).

Para que a saúde pública, a partir das ações e serviços do SUS se tornem realidade, são necessários os níveis de governo e o Estado, dispor de recursos financeiros para a sua implementação e manutenção. A partir do art. 198 da CF 1988 é definido que o SUS será financiado com recursos do Orçamento da Seguridade Social, da União, dos Estados e dos Municípios.

Com a imposição da EC nº 95 (2016), durante o governo de Michel Temer, é instituído um novo regime fiscal, a finalidade principal era o congelamento dos gastos federais e o crescimento real das despesas primárias, pelos próximos vinte anos. Entretanto, não foram gerados resultados tão positivos assim. Os efeitos foram vistos imediatamente e ainda se mostrou o subfinanciamento crônico que a saúde pública brasileira enfrenta.

A pandemia do COVID-19 surge em 2020, como um novo tipo de coronavírus, inicialmente na China, mas que avança rapidamente por conta do seu alto nível de contágio, para uma pandemia global. Dessa forma, com a crise do COVID-19 e tendo a EC nº 95 (2016) em vigor, o congelamento de gastos afeta diretamente o controle adequado para a diminuição deste contágio.

Conclui-se que ao analisar dados de 2011 a 2021, é possível ver um crescimento gradual no financiamento total com saúde pública. Em 2011 chegava a R\$ 192,6 e em 2021 chegou a R\$ 299,4 bilhões. Com os acontecimentos e em decorrência das medidas tomadas pelo Governo, ao falar de despesas totais com saúde em relação ao PIB, mostra-se uma desaceleração, em 2011 tinha 4,14% e em 2021 teve uma queda, chegando a 3,76%. Em um dos momentos mais emergenciais na saúde mundial, mostra se os efeitos do congelamento do teto de gastos.

Acima de tudo, no seu histórico legal e social, o SUS sofreu ataques e até mesmo descrenças por parte da população brasileira. O que pôde ser analisado, a partir dos dados dos gastos em saúde pelo setor privado e pelo setor público. Nos últimos 10 anos, o setor privado absorveu grande parcela do gasto total da saúde, em anos que por décimos não se igualou ao setor público. Em 2021, o total de gastos em saúde chegou a R\$ 475,81 bilhões, sendo 48,77% proveniente do setor privado e 51,23% do setor público, sendo um ano que o setor público esteve em ascensão na participação em relação ao gasto total em saúde.

O ano de 2021 foi visto como um momento de esperança e avanço na história da saúde pública no Brasil. Em meio a um sistema fragilizado, gastos públicos restritos e um novo regime fiscal em vigor, o SUS mostrou o seu valor a todos aqueles que descreditaram na etapa da vacinação do COVID-19. Uma etapa anterior, nas orientações e medidas preventivas para a não proliferação do vírus no país, foram tomadas significativas medidas que visavam o menor contato possível no Brasil.

Como resultado, é possível analisar dois lados, um deles mostra uma evolução e um sistema de saúde pública que se tornou possível a sobrevivência em meio ao caos, com a etapa de vacinação completa e ainda em vigor, além da retomada das medidas preventivas, mas outro lado mostra a quantidade de 619.056 de pessoas que vieram a óbito dentro do período de março de 2020 a dezembro de 2021.

O mundo, e especificamente neste trabalho, o Brasil, enfrentou uma - senão, a maior catástrofe na sua saúde, e sem o SUS, os resultados seriam muito piores. Em contrapartida, teria sido um momento menos crítico, se não estivesse em vigor no período anterior e durante a pandemia, as restrições orçamentárias impostas pelo Governo, e ainda, se os representantes dos níveis de governo tivessem dado total apoio e incentivo à vacinação desde o início, também poderiam ter resultados diferentes. De tal forma, mesmo com suas dificuldades e fragilidades, o SUS se mantém ativo e buscando melhorias, e cumprir aquilo que foi proposto há mais de 30 anos: integralidade, universalidade e equidade.

REFERÊNCIAS

- BARROS, Maria Elizabeth Diniz; PIOLA, Sérgio Francisco. O financiamento dos serviços de saúde no Brasil. *In*: MARQUES, Rosa Maria; PIOLA, Sérgio Francisco; OCKÉ-REIS, Carlos Octávio (org.). **Sistema de Saúde no Brasil**: organização e financiamento. Rio de Janeiro: ABrES, 2016. p. 101-138. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude_brasil_organizacao_financiamento.pdf. Acesso em: 30 jan. 2023.
- BITTENCOURT, Isaiane Santos; VILELA, Alba Benemérita Alves; NUNES, Emanuelle Caires Dias. Políticas públicas de saúde no Brasil: evolução histórica. **Enfermagem Brasil**, Vitória da Conquista, v. 20, n. 2, p.131-136, 2011. Disponível em: <https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/3851/5851> Acesso em: 15 jan. 2023.
- BRAGA, José Carlos de Souza; OLIVEIRA, Giuliano Contento de. Dinâmica do capitalismo financeirizado e o sistema de saúde no Brasil: reflexões sob as sombras da pandemia de COVID-19. **Cad. Saúde Pública**, Campinas, v. 38, n. 2, p. 1-14, 2022. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/static/arquivo/1678-4464-csp-38-s2-00325020.pdf>. Acesso em: 8 nov. 2022.
- BRASIL. Controladoria Geral da União. **Portal da Transparência do Governo Federal**, Convênios por Estado/Município: banco de dados. 2023. Disponível em: <https://portaldatransparencia.gov.br/>. Acesso em: 10 jan. 2023.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS**. 2023. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br>. Acesso em: 15 fev. 2023.
- VACINAÇÃO contra a Covid-19 no Brasil completa um ano. **Portal Fiocruz**, Rio de Janeiro, 18 jan. 2022. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/vacinacao-contra-covid-19-no-brasil-completa-um-ano>. Acesso em: 10 jan. 2023.
- BRASIL, Ministério da Educação e Saúde. **1ª Conferência Nacional de Educação e 1ª Conferência Nacional de Saúde**. Rio de Janeiro, 1941. Disponível em: http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_1.pdf. Acesso em: 05 jan. 2023.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Sintomas**. 2021a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/sintomas>. Acesso em: 10 fev. 2023.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **O Conecte SUS**. 2021b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-digital/o-programa-conecte-sus/>. Acesso em: 9 dez. 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra A Covid-19**. 8. ed. Brasília, 2021c. Disponível em: https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2021/ministerio-da-saude/2021_07_09-plano-nacional-operacionalizacao-vacinacao-8-edicao.pdf. Acesso em: 10 jan. 2023.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Lei nº 1.261, de 31 de outubro de 1904**. Torna obrigatórias, em toda a República, a vacinação e a revaccinação contra a variola. Rio de Janeiro, 1904. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1900-1909/lei-1261-31-outubro-1904-584180-publicacaooriginal-106938-pl.html>. Acesso em: 10 dez. 2022.

BRASIL. **Constituição Da República Federativa Do Brasil De 1988**. Brasília, DF, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 25 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **8ª Conferência Nacional da Saúde: relatório final**. 1986. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf. 1986. Acesso em: 01 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Com gestão alinhada e foco na atualização de cadastro, Santo Antônio do Retiro recebe nota máxima no Previnde Brasil**. 2022. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/18456>. Acesso em: 10 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **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. Brasília, DF, 1990a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.html. Acesso em: 30 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.142, 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. Brasília, DF, 1990b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.html. Acesso em: 30 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.434, de 28 de maio de 2020**. Institui o Programa Conecte SUS e altera a Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para instituir a Rede Nacional de Dados em Saúde e dispor sobre a adoção de padrões de interoperabilidade em saúde. Brasília, DF, 2020b. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-1.434-de-28-de-maio-de-2020-259143327>. Acesso em: 5 dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996**. Aprovar, nos termos do texto anexo a esta Portaria, a NOB 1/96, a qual redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, constituindo, por conseguinte, instrumento

imprescindível à viabilização da atenção integral à saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do Sistema. Brasília, DF, 1996. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html. Acesso em: 12 dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.979, De 12 De Novembro De 2019**. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Brasília, DF, 2019. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979_13_11_2019.html. Acesso em: 10 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 234, de 7 de fevereiro de 1992**. Editar a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde para 1992 (NOB – SUS/92), conforme texto constante no Anexo I da presente Portaria. Brasília, DF, 1992. Disponível em: http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria%20234_07_02_1992.pdf. Acesso em: 12 dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002**. Aprovar, na forma do Anexo desta Portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. Brasília, DF, 2002. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html. Acesso em: 20 dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, DF, 2006. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html. Acesso em: 10 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 467, de 20 de março de 2020**. Dispõe, em caráter excepcional e temporário, sobre as ações de Telemedicina, com o objetivo de regulamentar e operacionalizar as medidas de enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional previstas no art. 3º da Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, decorrente da epidemia de COVID-19. Brasília, DF, 2020b. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-467-de-20-de-marco-de-2020-249312996>. Acesso em: 11 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993**. Norma Operacional Básica - NOB 01/1993. Brasília, DF, 1993. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html. Acesso em: 12 dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001**. Aprovar, na forma do Anexo desta Portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; define o processo de regionalização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. Brasília, DF, 2001. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html. Acesso em: 20 dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 258, de 07 de janeiro de 1991**. Aprovar a Norma Operacional Básica/SUS nº 01/91, constante do Anexo I da presente Resolução, que trata da nova política de financiamento do Sistema Único de Saúde – SUS para 1991. Brasília, DF, 1991. Disponível em: http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20258_07_01_1991.pdf. Acesso em: 12 dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SUS a Saúde do Brasil**. Brasília, DF, 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_saude_brasil_3ed.pdf. Acesso em: 10 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SUS Instrumentos de Gestão em Saúde**. Brasília, DF, 2002. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_instrumento.pdf. Acesso em: 10 jan. 2023.

BRASIL. Presidência da República. **Constituição política do império do Brasil (de 25 de março de 1824)**. Brasília, DF, 1824. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao24.htm. Acesso em: 03 jan. 2023.

BRASIL. Presidência da República. **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. Brasília, DF, 2000. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm. Acesso em: 30 jul. 2022.

BRASIL. Presidência da República. **Emenda Constitucional nº 106, de 7 de maio de 2020**. Institui regime extraordinário fiscal, financeiro e de contratações para enfrentamento de calamidade pública nacional decorrente de pandemia. Brasília, DF, 2020. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc106.htm. Acesso em: 11 dez. 2022.

BRASIL. Presidência da República. **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 especifica. Brasília, DF, 2015.

Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc86.htm. Acesso em: 20 dez. 2022.

BRASIL. Presidência da República. **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. Brasília, DF, 2016. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm. Acesso em: 15 ago. 2022.

BRASIL. Presidência da República. **Lei Complementar Nº 141, De 13 De Janeiro De 2012**. Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor 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 nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Brasília, DF, 2012. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm. Acesso em: 30 jul. 2022.

BRASIL. Presidência da República. **Lei Nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020**. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. Brasília, DF, 2020a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/l13979.htm. Acesso em: 7 fev. 2023.

BRASIL. Senado Federal. **Constituições brasileiras**. Brasília, DF, 2023. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/glossario-legislativo/constituicoes-brasileiras>. Acesso em: 10 dez. 2022.

BRITO, Fernando. **Retrospectiva 2021**: as milhões de vacinas Covid-19 que trouxeram esperança para o Brasil. Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2021-1/dezembro/retrospectiva-2021-as-milhoes-de-vacinas-covid-19-que-trouxeram-esperanca-para-o-brasil>. Acesso em: 19 dez. 2022.

BUSATTO, Leonardo Maranhão. **Análise da efetividade da despesa pública dos municípios**. 2009. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Administração Pública Eficaz) – Escola de Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/71087>. Acesso em: 6 nov. 2022.

CARVALHO, Gilson. A saúde pública no Brasil. **Estudos avançados**, v. 27, n. 78, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-40142013000200002>. Acesso em: 5 ago. 2022.

CLEMENTE, Flávia da Silva; FRAGA, Maria da Conceição; MARQUES, Rosana. **O financiamento da política de saúde no Brasil-SUS**. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 1999. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/36801>. Acesso em: 7 fev. 2023.

COELHO, Ivan Batista. Democracia sem equidade: um balanço da reforma sanitária e dos dezoito anos de implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. Belo Horizonte, v. 15, n. 1, 2010. p. 171-183. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000100023>. Acesso em: 8 nov. 2022.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS. **O Sistema Único de Saúde e a qualificação do acesso**. Brasília, DF, 2009. Disponível em: https://www.conass.org.br/conassdocumenta/cd_19.pdf. Acesso em: 13 nov. 2022.

CORTÊS, Soraya Maria Vargas. O Sistema Único de Saúde no Brasil: uma avaliação. *In*: MADEIRA, Lígia Mori (org.). **Avaliação de políticas públicas**. Porto Alegre: UFRGS, 2014. p. 179-194. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/108189>. Acesso em: 11 nov. 2022.

CUNHA, Jarbas Ricardo Almeida. O (des)financiamento do direito à saúde no Brasil: uma reflexão necessária. **Revista de Direitos Sociais, Seguridade e Previdência Social**, v. 7, n. 1, p. 59–77, 2021. Disponível em: <https://indexlaw.org/index.php/revistadssps/article/view/7686/pdf>. Acesso em: 13 nov. 2022.

DANDARA, Luana. Cinco dias de fúria: Revolta da Vacina envolveu muito mais do que insatisfação com a vacinação. **Portal Fiocruz**, 09 jun. 2022. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/cinco-dias-de-furia-revolta-da-vacina-envolveu-muito-mais-do-que-insatisfacao-com-vacinacao>. Acesso em: 13 dez. 2022.

DELDUQUE, Maria Célia; OLIVEIRA, Mariana Siqueira de Carvalho. O Papel do Ministério Público no campo do direito e saúde. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde; FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Questões atuais de direito sanitário**. Brasília: MS, 2006. p. 7-19. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/46378>. Acesso em: 2 fev. 2023.

DWECK, Esther; MORETTI, Bruno; MELO, Maria Fernanda G. Cardoso. Pandemia e desafios estruturais do CEIS: financiamento do SUS, federalismo da saúde e as relações público-privadas. **Cadernos do Desenvolvimento**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 28, p. 239-265, jan./abr. 2021 Disponível em:

<https://cee.fiocruz.br/sites/default/files/CEIS%204.0%20no%20contexto%20da%20Covid-19%20-%20Cadernos%20do%20Desenvolvimento.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2022.

Escola Nacional de Administração Pública - ENAP. Diretoria de Comunicação e Pesquisa. **Módulo 2 Receita e Despesa Públicas**. Brasília, DF, 2017. Disponível em: <https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/3168/1/Modulo%202%20-%20Receita%20e%20Despesa%20Publicas.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2023.

ESPING-ANDERSEN, Gosta. As três economias políticas do Welfare State. **Lua Nova**, n. 24, p. 85-116, set. 1991. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-64451991000200006>. Acesso em: 13 fev. 2023.

FARIA, Rivaldo Mauro de. A territorialização da Atenção Básica à Saúde do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 11, p. 4521-4530, nov. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202511.30662018>. Acesso em: 8 nov. 2022.

FERRARI, Andrés; CUNHA, André Moreira. A pandemia de covid-19 e o isolamento social: saúde versus economia. **Comunicação e Mídia**, Porto Alegre, 28 mar. 2020. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/coronavirus/base/artigo-a-pandemia-de-covid-19-e-o-isolamento-social-saude-versus-economia/>. Acesso em: 05 jan. 2020.

FUNCIA, Francisco R. Subfinanciamento e Orçamento Federal do SUS: referências preliminares para a alocação adicional de recursos. **Futuros do Brasil: Textos para debate**, Rio de Janeiro, n. 6, p. 1-12, jul. 2017. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/28236>. Acesso em: 9 nov. 2022.

FUNCIA, Francisco R.; REIS-OCKÉ, Carlos Octávio. Efeitos da política de austeridade fiscal sobre o gasto público federal em saúde. *In*: ROSSI, Pedro et al (Org). **Economia para poucos: Impactos Sociais da Austeridade e Alternativas para o Brasil**. São Paulo: Autonomia Literária, 2018. p. 83-97. Disponível em: <https://pedrorossi.org/wp-content/uploads/2019/09/Economia-para-Poucos.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2022.

FUNCIA, Francisco R; BENEVIDES, Rodrigo; REIS-OCKÉ, Carlos Octávio. O Enfrentamento da Covid-19: Financiamento Lento, Gradual e Restrito. *In*: NASCIMENTO, Claudio Ferreira do; BITENCOURT, Ruth Ribeiro; CONTE, Lizandra Nunes Coelho (org.). **O Financiamento do SUS: uma luta do controle social**. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2021. p. 83-95. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2022/04/Livro-O-Financiamento-do-SUS-uma-luta-do-controle-social.pdf>. Acesso em: 26 jan. 2023.

FUNCIA, Francisco; BRESCIANI, Luís Paulo; BENEVIDES, Rodrigo; REIS-OCKÉ, Carlos Octávio. Análise do financiamento federal do Sistema Único de Saúde para o enfrentamento da Covid-19. **Saúde debate**, v. 46, n. 133, 2022. p. 263-276. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213301>. Acesso em: 20 dez. 2022.

GERSCHMAN, Silvia. **A democracia inconclusa**: um estudo da reforma sanitária brasileira. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788575415375>. Acesso em: 10 dez. 2022.

GOMES, Aline Marques. **Receitas e despesas no Sistema Único de Saúde (SUS)**: uma análise a partir do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) nos municípios do estado do Rio de Janeiro, no período de 2011-2018. 2020. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/46191> Acesso em: 9 nov. 2022.

GURGEL, Claudio; JUSTEN, Agatha. Estado de bem-estar social no Brasil: uma revisão ou a crise e o fim do "espírito de Dunquerque". **Cadernos EBAPE.BR**, Rio de Janeiro, v.19, n.3. 2021. p.395-407. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1679-395120200033>. Acesso em: 10 fev. 2023.

HAMMOUD, Ricardo Hussein Nahra. **O Welfare State e a integração econômica**: trajetórias, mudanças e resiliências. Tese (Doutorado em Economia do Desenvolvimento) - Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/79100>. Acesso em: 10 nov. 2022.

HARZHEIM, Erno. "Previne Brasil": bases da reforma da Atenção Primária à Saúde. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 25, 2020. p. 1189-1196. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01552020>. Acesso em: 10 fev. 2023.

HOCHMAN, Gilberto. Saudades do futuro ou um sistema de saúde em tempos democráticos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29. n. 10, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311XCO071013>. Acesso em: 20 jan. 2023.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **PNAD Contínua**: pirâmide etária. 2023. Disponível em: <https://educa.ibge.gov.br/jovens/conheca-o-brasil/populacao/18318-piramide-etaria.html>. Acesso em: 13 fev. 2023.

MACHADO, Cristiani Vieira; LIMA, Luciana Dias de; BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. **Cadernos de Saúde Pública**, v.33, 2017. p.1-19. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/23547>. Acesso em: 8 nov. 2022.

MARQUES, Rosa Maria; PIOLA, Sérgio Francisco; OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. O financiamento do SUS numa perspectiva futura. *In*: MARQUES, Rosa Maria; PIOLA, Sérgio Francisco; OCKÉ-REIS, Carlos Octávio (org.). **Sistema de Saúde no Brasil**: organização e financiamento. Rio de Janeiro: ABrES, 2016. p. 247-258. Disponível em: https://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude_brasil_organizacao_financiamento.pdf. Acesso em: 30 jan. 2023.

MASSUDA, Adriano; MALIK, Ana Maria; VECINA, Gonzalo; TASCA, Renato; JUNIOR, Walter Cintra Ferreira. **A resiliência do Sistema Único de Saúde frente à COVID-19.** Cad. EBAPE.BR, v. 19, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1679-395120200185>. Acesso em: 13 nov. 2022.

MATTA, Gustavo Corrêa. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. *In*: MATTA, Gustavo Corrêa; PONTES, Ana Lucia de Moura (Org.). **Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde.** Rio de Janeiro, 2007. p. 61-80. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/39223>. Acesso em: 9 nov. 2022.

MEDEIROS, Marcelo. **A trajetória do Welfare State no Brasil:** papel redistributivo das políticas sociais dos anos 1930 aos anos 1990. IPEA, Brasília, 2001. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/2058>. Acesso em: 15 nov. 2022.

MENDES, Áquilas; RÓZSA FUNCIA, Francisco. O SUS e seu financiamento. *In*: MARQUES, Rosa Maria; PIOLA, Sérgio Francisco; OCKÉ-REIS, Carlos Octávio (org.). **Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento.** Rio de Janeiro: ABrES, 2016. p. 139-168. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude_brasil_organizacao_financiamento.pdf. Acesso em: 30 jan. 2023.

MONTEIRO, Nercilene Santos da Silva. O Estado em desmonte frente à epidemia da Covid-19. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, 2020. p. 1-9. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/54539>. Acesso em: 7 nov. 2022.

MORAZ, Gabriele. **O sistema único de saúde no Brasil:** Uma avaliação do seu financiamento. Dissertação. Mestrado em Saúde Pública. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Ciências Econômicas. Programa de Pós-Graduação em Economia. Porto Alegre, 2011. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/36105>. Acesso em: 20 ago. 2022.

MORETTI, Bruno; FUNCIA, Francisco R.; OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. O Teto de Gastos faz mal à saúde. *In*: DWECK, Esther; ROSSI, Pedro; OLIVEIRA, Ana Luíza Matos de (org.). **Economia pós pandemia: desmontando os mitos da austeridade fiscal e construindo um novo paradigma econômico no Brasil.** São Paulo. Autonomia Literária, 2020. p. 172-182. Disponível em: <https://library.fes.de/pdf-files/bueros/brasilien/17101.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2023.

ORAIR, Rodrigo Octávio. Pandemia, Resposta Emergencial e os Riscos da Austeridade Fiscal no Brasil. *In*: MARQUES, Rudinei; JUNIOR, José Celso Cardoso (org.). **Dominância Financeira e Privatização das finanças públicas no Brasil.** Brasília, DF: Fonacate, 2022. p. 497-516. Disponível em: <https://fonacate.org.br/wp-content/uploads/2022/05/Domina%CC%82ncia-Financeira-e-Privatizac%CC%A7a%CC%83o-das-Financ%CC%A7as-Pu%CC%81blicas-no-Brasil.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS. **Folha informativa sobre COVID-19**. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19>. Acesso em: 16 jan. 2023.

Organização Pan-Americana da Saúde. **Histórico da pandemia de COVID-19**. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>. Acesso em: 16 jan. 2023.

PAIM, Jairnilson. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, 2013. p. 1927-1953. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00099513>. Acesso em: 9 nov. 2022.

PAIM, Jairnilson. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, 2018. p. 1723-1728. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/29600>. Acesso em: 13 nov. 2022.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio da Silva. **Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 21, n. 1, 2014. p. 15-35. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702014000100002>. Acesso em: 7 nov. 2022.

PIOLA, Sergio Francisco; BENEVIDES, Rodrigo Pucci de SÁ; VIEIRA, Fabiola Sulpino. **Consolidação do gasto com ações e serviços públicos de saúde: trajetória e percalços no período de 2003 a 2017**. Rio de Janeiro: Ipea, 2018. (Texto para discussão nº 2439). Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8934/1/td_2439.pdf. Acesso em: 16 outubro. 2022.

PIOLA, Sérgio Francisco; SERVO, Luciana Mendes Santos; SÁ, Edvaldo Batista de; PAIVA, Andrea Barreto de. **Estruturas de financiamento e gasto do sistema público de saúde**. São Paulo: Fiocruz, 2013. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/z9374/pdf/noronha-9788581100180-03.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2022.

PIOLA, Sérgio Francisco; VIANNA, Solon Magalhães (org.). **Saúde no Brasil: algumas questões sobre o Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: CEPAL, 2009. Disponível em: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/1349/LCbrsR200_pt.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 5 fev. 2023.

REIS, Ademar Arthur Chioro dos. O que será do Brasil e do SUS? **RECIIS - Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, 2018. p. 119-124. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/27479>. Acesso em: 7 nov. 2022.

RODRIGUES, Paulo Henrique de Almeida. Desafios políticos para a consolidação do Sistema Único de Saúde: uma abordagem histórica. **História, Ciências, Saúde-**

Manguinhos, v. 20, n. 2, 2014. p.37-59. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702014000100003>. Acesso em: 3 fev. 2023.

ROMÃO, Ana Luisa Pereira Agudo. O financiamento da saúde frente ao novo regime fiscal. **Revista De Direito Sanitário**, v. 20, n. 1, 2019. p. 86-106. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/164206> Acesso em: 8 nov. 2022.

SAMPERT, Roberta. **Incentivos fiscais do governo federal aos serviços de saúde privados no Brasil**: o caso das renúncias fiscais. Trabalho de Conclusão de Curso - Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/130343>. Acesso em: 25 set. 2022.

SANTOS, Iralde Ferreira dos; GABRIEL, Mariana; MELLO, Tatiana Ribeiro de Campos. Sistema Único de Saúde: marcos históricos e legais dessa política pública de saúde no Brasil. **Revista Humanidades e Inovação**, v. 7, n. 5, 2020. Disponível em: <https://revista.unitins.br/index.php/humanidadesinovacao/article/view/2964>. Acesso em: 10 nov. 2022.

SCHERER, Tanise. **Telemedicina no SUS**: como é e quais os desafios para avançar. 2023. Disponível em: <https://futurodasaude.com.br/telemedicina-no-sus/>. Acesso em: 20 jan. 2023.

SILVA, Hudson Pacífico da; LIMA, Luciana Dias de. Política, economia e saúde: lições da COVID-19. **Cad. Saúde Pública**, v. 37, n. 9, 2021. p. 1-5. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00200221>. Acesso em: 10 nov. 2022.

SILVEIRA, Fernando Gaiger; GAIGER, Maria Luiza Campos. O gasto em saúde e suas bases de financiamento: dinâmica e tendências para o Brasil. Fundação Oswaldo Cruz, Série Saúde Amanhã. **Textos para Discussão**, Rio de Janeiro, 2021. p. 74. 58. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/52125>. Acesso em: 6 jan. 2023.

SOSA, Laura Duarte. **Qualidade do gasto público brasileiro**: uma análise dos gastos estaduais com saúde, educação e segurança. Trabalho de Conclusão de Curso - Faculdade de Ciências Econômicas Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2018. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/193442>. Acesso em: 6 nov. 2022.

SOUZA, Diego de Oliveira. O subfinanciamento do Sistema Único de Saúde e seus rebatimentos no enfrentamento da Covid-19. **Revista De Saúde Coletiva**, v. 30, Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300313>. Acesso em: 10 dez. 2022.

SOUZA, Gustavo Corrêa de Araújo; COSTA, Isabela do Carmo Cardoso. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Saúde e Sociedade**, v. 19, n. 3, 2010. p. 509-517. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902010000300004>. Acesso em: 13 nov. 2022.

TESTON, Luan Marques; MENDES, Áquilas; CARNUT, Leonardo; JUNQUEIRA, Virgínia. Avaliação no SUS: uma crítica à ideologia do produtivismo no capitalismo contemporâneo. **Saúde Debate**, v. 42, n. spe3, 2018. p. 226-239. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S317>. Acesso em: 8 nov. 2022.

**ANEXO A – DADOS DE CASOS NOVOS/ACUMULADOS
E ÓBITOS NOVOS/ACUMULADOS**

Mês/ano	Casos novos	Casos acumulados	Óbitos novos	Óbitos acumulados
fev/20	2	2	0	0
mar/20	5715	5717	201	201
abr/20	79663	85380	5700	5901
mai/20	428820	514200	23413	29314
jun/20	887841	1402041	30280	59594
jul/20	1260444	2662485	32881	92475
ago/20	1245787	3908272	28906	121381
set/20	902663	4810935	22571	143952
out/20	724670	5535605	15932	159884
nov/20	800273	6335878	13236	173120
dez/20	1340095	7675973	21829	194949
jan/21	1528758	9204731	29555	224504
fev/21	1346528	10551259	30438	254942
mar/21	2197488	12748747	66573	321515
abr/21	1910264	14659011	82266	403781
mai/21	1886543	16545554	59010	462791
jun/21	2011587	18557141	55275	518066
jul/21	1360714	19917855	38304	556370
ago/21	859015	20776870	24043	580413
set/21	650203	21427073	16336	596749
out/21	383782	21810855	11075	607824
nov/21	283604	22094459	6857	614681
dez/21	193062	22287521	4375	619056

Fonte: Brasil (2020, 2021).