

FINANCIAMENTO DO SUS: UMA QUESTÃO DE RECURSOS OU GESTÃO?

SUS FINANCING: A RESOURCE OR MANAGEMENT ISSUE?

Camilla Oliveira Haddad¹, Heloísa Geminiano²,
Isabela Yurie Yamada³, Isadora Borges de Brito⁴, Júlia Schwingel⁵

RESUMO

Introdução: O Sistema Único de Saúde (SUS) surge em um contexto de redemocratização política no Brasil, por isso está fortemente associado a um momento de ampliação dos direitos, no qual a saúde passa a ser vista como universal e irrestrita. O SUS teve todo seu processo de implementação regido pelas Leis Orgânicas de Saúde (LOS), que discorrem sobre as regras acerca do seu financiamento, regulamentando seu repasse e direcionamento. No entanto, essas leis sofrem constantes atualizações por meio de projetos e emendas que influenciam de maneira positiva e negativa a infraestrutura da saúde. **Objetivo:** Promover a reflexão acerca da Saúde Pública brasileira, com enfoque no financiamento do SUS, buscando concluir se suas falhas originam da insuficiência de recursos, da administração deficitária ou ambas. **Métodos:** Para tanto, realizou-se uma revisão integrativa a partir das produções científicas registradas nas bases de dados BVS e Scielo. As buscas foram realizadas em abril e maio de 2021 utilizando os seguintes descritores: “Financiamento”, “Sistema Único de Saúde”, “SUS”, “Organização e Administração”, “Atenção Primária a Saúde” e “Gestão”, sendo incluídos periódicos em português e publicados de 2008 a 2020 que atendiam os objetivos propostos. **Resultados:** Conforme os critérios pré-estabelecidos, 20 materiais foram selecionados, sendo 16 estudos e 4 normas legislativas, que explicam como se dá o financiamento no SUS. **Conclusão:** Por fim, os achados demonstram que os problemas envolvendo a temática dependem tanto de uma fonte eficiente de verba, quanto de uma gestão qualificada, apontando uma ação conjunta de ambos os fatores no cenário observado.

Palavras-chave: Financiamento da assistência à saúde. Sistema Único de Saúde. Gestão em saúde. Organização e administração.

ABSTRACT

Introduction: The Unified Health System (SUS) appears in a context of political redemocratization in Brazil, so it is strongly associated with a moment of expansion of rights, in which health is seen as universal and unrestricted. The SUS had its entire implementation process governed by the Organic Health Laws (LOS), which discuss the rules regarding its financing, regulating its transfer and direction. However, these laws are constantly updated through projects and amendments that positively and negatively influence the health infrastructure. **Objective:** To promote reflection about Brazilian Public Health, focusing on the financing of the SUS, trying to conclude whether its failures are due to insufficient resources, deficient administration, or both. **Methods:** For that, an integrative review was carried out based on the scientific productions registered in the BVS and Scielo databases. Searches were carried out in April and May 2021 using the following descriptors: "Financing", "Unified Health System", "SUS", "Organization and Administration", "Primary Health Care" and "Management", including periodicals in Portuguese and published in the period from 2008 to 2020 that met the objectives of this review. **Results:** According to the pre-established criteria, 20 materials were selected, being 16 studies and 4 legislative norms, which explain how the financing of the SUS is done. **Conclusion:** Finally, the findings demonstrate that the problems involving the financing of the SUS depend both on an efficient source of funds and on a qualified management, which demonstrates a joint action of both factors in the observed scenario.

Keywords: Healthcare financing. Unified Health System. Health management. Organization and administration.

¹ Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD), Dourados, MS, Brasil. ORCID: 000-0003-4568-5018. E-mail: camillahaddad@hotmail.com

² Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD), Dourados, MS, Brasil. ORCID: 0000-0001-8377-317X. E-mail: heloisa.geminiano@gmail.com

³ Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD), Dourados, MS, Brasil. ORCID: 0000-0002-6389-6970. E-mail: isabelayurie@gmail.com

⁴ Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD), Dourados, MS, Brasil. ORCID: 000-0002-3444-983X. E-mail: isadorabrito@gmail.com

⁵ Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD), Dourados, MS, Brasil. ORCID: 0000-0003-0529-3140. E-mail: julia.schwingel@yahoo.com.br



INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) surge fruto de um longo processo histórico (LOBATO; GIOVANELLA, 2012) em um contexto de retomada democrática e, por isso, é totalmente atrelado ao conceito de saúde como direito de todos indivíduos. Durante o século XX, a saúde pública no Brasil passou a ter um foco maior por parte dos governos, mas sua abordagem foi através de campanhas com caráter autoritário, que obrigavam os habitantes a implementarem ações sanitárias, sem qualquer espécie de preocupação em levar conhecimento e orientação.

Além disso, os direitos civis e sociais foram por muito tempo associados à posição dos indivíduos no mercado de trabalho. A junção dessas abordagens citadas fazia com que vários grupos sociais se opusessem com frequência, levando inclusive a levantes populares, como a Revolta da Vacina (PAIM *et al.*, 2011) e atravancava o desenvolvimento brasileiro, limitando o acesso à saúde.

Destarte, a garantia de saúde na Constituição de 1988 e a posterior criação do SUS em 1990 coroam o início de um período de ampliação dos direitos (PAIM *et al.*, 2011). A saúde passa a ser vista como fundamental e irrestrita a condições financeiras ou sociais, um direito fundamental do ser humano e ao Estado cabe agora a obrigação de concretizar o seu pleno exercício.

Assim que as leis orgânicas da saúde (LOS) foram sancionadas em 1990, surgiram parâmetros imprescindíveis para a formação do SUS. Além da própria mudança no conceito de saúde, as duas leis trouxeram regulamentação de serviços, promoção e organização do sistema. A primeira a ser promulgada foi a lei 8080 (BRASIL,1990), a qual expôs acerca da criação e fiscalização de políticas econômicas e sociais, com enfoque na saúde preventiva, afirmando que todas as ações de saúde do país passariam a ser regulamentadas por ela, até mesmo as de iniciativa privada. Tal medida também frisou os objetivos e atribuições do SUS, junto com os princípios e diretrizes, iniciando o direcionamento dos recursos econômicos, como seriam geridos e sua origem. A lei 8142 (BRASIL,1990), por sua vez, regulamentou o repasse automático e regular de recursos financeiros para as esferas citadas na lei anterior e ainda dispôs sobre a participação da comunidade na gestão.

Dessa forma, a LOS discorre acerca do financiamento do SUS. O orçamento provém da seguridade social e é destinado de acordo com a proposta elaborada pela sua direção nacional, incluindo a participação de órgãos da Previdência Social e da Assistência Social. A administração desses recursos é distribuída entre as três esferas do governo e, na federal, ela fica a cargo do Ministério da Saúde (MS), por meio do Fundo Nacional de Saúde. Já a distribuição de valores entre estados e municípios, incluindo o Distrito Federal, seguirá uma proporção através análise de critérios, sejam relacionados ao perfil demográfico e epidemiológico da região, sejam pelos níveis de participação do setor saúde nos orçamentos e características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área (BRASIL, 1990).

Apesar de a LOS ter trazido importantes avanços, ainda existiam lacunas em como elas seriam aplicadas no país. Por isso, surgiram emendas e portarias que reconheceram essas dificuldades e complementaram os regulamentos anteriores. Uma que se destaca é a Emenda Constitucional número 29 (EC-29/2000), que determinou a porcentagem mínima de investimento econômico dos estados e municípios nas transferências constitucionais, as quais passaram a ser de 12% para os estados e 15 % para os municípios. Outro marco é o Pacto da Saúde, de 2006, que engloba o Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. A partir desse pacto, a distribuição de recursos federais começou a ser direcionada para cinco grandes blocos (atenção básica, atenção de média e alta complexidade, vigilância em saúde, assistência farmacêutica e gestão do SUS), separando em grupos com especificidades para o repasse econômico (MENDES; MARQUES, 2014).

Em 2016, foi aprovada a Emenda Constitucional nº 95, consolidando um novo regime fiscal. Ela foi apoiada na Emenda Constitucional nº 86, do ano anterior, e seu principal objetivo estava no congelamento dos gastos da União até 2036, definindo um teto para a despesa federal e a correção do piso constitucional para a saúde apenas pela inflação a partir de 2018 (PAIVA *et al.*, 2017). Tal medida, na prática, tende a diminuir a participação do Governo Federal no financiamento do SUS e aumentar a pressão pela redução da despesa pública (FUNCIA, 2019), dificultando o crescimento do gasto federal em saúde.

A última atualização foi feita por meio da portaria nº 2979, de 2019, na qual foi instituído o Programa Previne Brasil, que estabeleceu um novo modelo de financiamento para a Atenção Primária à Saúde (APS). Nesse plano, o repasse de recursos é proporcional ao número de usuários cadastrados na equipe de Saúde da Família (eSF) e equipe de Atenção Primária (eAP). A finalidade dessa mudança era incentivar as ações estratégicas na APS ao pagar por desempenho das equipes, gerando maior equidade na divisão de valores, para que esses cheguem às populações mais vulneráveis (BRASIL, 2019). Ainda não há muitas reflexões e comentários acerca de sua repercussão devido ao pouco tempo de vigência e ao período especial que foi concedida.

Diante do exposto, a presente revisão tem como objetivo promover a reflexão acerca da Saúde Pública brasileira, com enfoque no financiamento do SUS. Essa discussão se concretiza através da comparação entre leis e emendas de estruturação da gestão do sistema ao longo das últimas décadas e seus resultados práticos, tanto positivos quanto negativos de forma a entender se as falhas dentro da temática têm origem na insuficiência de recursos, na administração deficitária ou em ambos os pontos.

MÉTODOS

Este estudo constitui uma revisão de literatura com abordagem integrativa que investiga os efeitos do financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS), com base em produções científicas publicadas em diversas bases de dados. A opção pela revisão integrativa decorre da sua capacidade de permitir a mais ampla

abordagem metodológica referente às revisões, o que possibilita a compreensão completa do fenômeno avaliado (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

A revisão integrativa possui seis fases para o seu processo de composição: a primeira e mais importante é a elaboração da pergunta norteadora, é ela quem determina os estudos que serão incluídos, os meios para a identificação e as informações coletadas para o artigo; Na segunda fase são realizadas as buscas na literatura disponível e definidos os critérios de inclusão e exclusão; Depois, na terceira etapa, são coletados os dados por meio da utilização de um instrumento previamente definido; E posteriormente, na quarta, é realizada uma análise crítica dos estudos incluídos; Por fim, na quinta fase são discutidos os resultados, por meio da interpretação, síntese e comparação dos dados colhidos; Para que na última ocorra a apresentação da revisão integrativa (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Para formular essa revisão foi elaborada a seguinte questão norteadora: “As dificuldades relacionadas ao financiamento do SUS decorrem de problemas em sua gestão ou da falta de recursos aplicados?”

O parâmetro de elegibilidade dos artigos foi pautado com base na temática do financiamento e gestão do sistema público de saúde e no caráter argumentativo dos autores. Os critérios para inclusão foram artigos publicados na íntegra, em português, no período de 2008 a 2020, e indexados nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Scientific Electronic Library Online (Scielo). Foram excluídos periódicos que não condiziam com a problemática da revisão ou a discutiam de maneira superficial, artigos presentes em outras bases de dados e que estavam fora do período e idioma definido.

Como estratégia de busca foram utilizados os Descritores em Ciências de Saúde (DeCS) nas bases anteriormente mencionadas. A pesquisa ocorreu no período de abril a maio de 2021 com os seguintes termos chaves: “Financiamento”, “Sistema Único de Saúde”, “SUS”, “Organização e Administração”, “Atenção Primária a Saúde” e “Gestão”. Para a procura dos estudos foram realizadas combinações entre os descritores utilizando o operador booleano “AND”.

Os artigos foram escolhidos seguindo a questão norteadora e os critérios de inclusão e exclusão pré-estabelecidos. Inicialmente, após a busca nas bases de dados, foi feita a leitura dos títulos e resumos dos periódicos disponíveis e separados aqueles que eram relevantes para o assunto. Em seguida, eles foram lidos de maneira completa pelos autores e selecionados para integrar ou não essa revisão.

A partir disso, foram eleitos 20 materiais para compor esse estudo. Sendo 13 artigos e 3 livros encontrados durante a seleção nas bases de dados, os quais 5 estavam presentes na base de dados BVS, 6 na Scielo e 5 em ambas as plataformas de pesquisa. Além disso, para permitir uma maior capacidade argumentativa, ocorreu a utilização de 4 normativas, sendo duas leis, uma portaria e uma emenda.

Esses estudos, posteriormente, passaram por uma análise e suas informações foram categorizadas manualmente pelos autores de acordo com as variáveis consideradas relevantes, sendo elas: título, nome

dos autores, ano de publicação, tipo de estudo e objetivo. Não houve a utilização de programas digitais para a análise dos periódicos.

Como a finalidade do presente artigo – revisão bibliográfica - consiste no estudo e interpretação de dados de domínio público, o trabalho não passou por apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-CONEP), todavia preservou o rigor das normas estabelecidas em seu protocolo inicial.

Por fim, foram interpretados os resultados obtidos na análise e selecionadas as informações para compor a amostra final dessa revisão.

RESULTADOS

Com base nos 16 trabalhos científicos encontrados e nas 4 normativas relacionadas ao tema, notou-se que o assunto é frequentemente atualizado e discutido. Foram utilizadas duas leis, a lei 8080 e a lei 8142, para demonstrar os primeiros parâmetros descritos para o financiamento do SUS, em seguida foram utilizadas uma emenda e uma portaria, para comprovar como algumas dessas regras foram se adaptando para se adequar a realidade financeira vivida, além de se aprofundarem mais.

Os artigos consultados, apesar de aparecerem em grande número na busca, muitos se tornam desatualizados, ou distantes do tema, como por exemplo, foram classificados como não relevantes os que o problema comentado já havia sido solucionado, ou não tinham análises aprofundadas sobre ele. Foram mencionados artigos e livros que explicam como se dá o financiamento no Sistema Único de Saúde, desde sua origem, até os dias atuais, citando as principais alterações na destinação de verbas, e de como seriam geridas, exemplificando com dados o processo que se deu após a implementação de cada uma. De maneira geral, todos os recursos consultados foram citados na tabela a seguir, com seus objetivos e autores em destaque.

Quadro 1 – Descrição da bibliografia utilizada na revisão integrativa - por título e autor; nome do periódico e ano de publicação; tipo de estudo; objetivos do estudo.

(continua)

Numeração	Título e autor	Nome do periódico e ano de publicação	Tipo de estudo	Objetivos do estudo
I	A Gestão Administrativa e Financeira no SUS; CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE	- 2011	Livro	Melhorar a gestão administrativa e financeira do SUS e seu desempenho na garantia do acesso da população às políticas públicas de saúde, cumprindo todas as exigências da legislação vigente.

(continuação)

Numeração	Título e autor	Nome do periódico e ano de publicação	Tipo de estudo	Objetivos do estudo
II	Emenda Constitucional n. 29	- 2000	Emenda Constitucional	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.
III	Lei nº 8.080	- 1990	Lei Orgânica da Saúde	Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
IV	Lei nº 8.142	- 1990	Lei Orgânica da Saúde	Dispõe sobre a participação da comunidade no SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.
V	Estratégias para disseminação da informação em Economia da Saúde no SUS; MINISTÉRIO DA SAÚDE	- 2015	Livro	Ampliar do uso de estratégias de Economia da Saúde para apoiar a gestão do SUS por meio da produção e da disseminação do conhecimento sobre temas relacionados.
VI	Portaria nº 2.979	- 2019	Portaria	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 (SUS).
VII	Subfinanciamento e orçamento federal do SUS: referências preliminares para a alocação adicional de recursos; FUNCIA, F.R.	Ciência e Saúde Coletiva; 2019	Pesquisa documental e uso de fontes secundárias	Identificar novas fontes de receitas para a alocação adicional de recursos para o atendimento das necessidades de saúde da população fixadas nas despesas do orçamento federal, no contexto do processo de subfinanciamento do SUS e dos efeitos negativos da Emenda Constitucional 95/2016 para esse processo.

(continuação)

Numeração	Título e autor	Nome do periódico e ano de publicação	Tipo de estudo	Objetivos do estudo
VIII	Financiamento, gasto público e gestão dos recursos em saúde: o cenário de um estado brasileiro; LEITE, V. R.; LIMA, K. C.; VASCONCELOS, C. M.	Ciência & Saúde Coletiva; 2012	Pesquisa qualitativa e quantitativa	Examinar a composição, a direção e a gestão dos recursos na área da saúde.
IX	Federalismo fiscal e financiamento descentralizado do SUS: balanço de uma década expandida; LIMA, L. D.	Trabalho, Educação e Saúde online; 2008	Revisão bibliográfica e pesquisa empírica.	Abordar as repercussões do federalismo fiscal no financiamento descentralizado do Sistema Único de Saúde (SUS), no período de 1990 até o início dos anos 2000.
X	Sistemas de saúde: origens, componentes e dinâmica; LOBATO, L. V. C.; GIOVANELLA, L.	Editora Fiocruz; 2012	livro	Dar uma visão geral dos componentes e da dinâmica dos sistemas de saúde na atualidade.
XI	Health management in Brazil: dialogue with public and private managers; LORENZETTI, J. <i>et al.</i>	Texto & Contexto – Enfermagem; 2014	Pesquisa qualitativa	Identificar os principais problemas da gestão em saúde no Brasil, a partir da opinião de gestores escolhidos intencionalmente.
XII	Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde; MENDES, Á; CARNUT, L.; GUERRA, L. D. S.	Saúde em Debate; 2018	Ensaio	Discutir o financiamento federal da Atenção Básica no SUS, buscando ressaltar a persistência histórica da fragilidade desse financiamento em termos do modelo de transferências e de uma visão limitada do conceito de Atenção Básica.
XIII	O financiamento da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde; MENDES, Á; MARQUES, R. M.	Saúde em Debate; 2014	Ensaio	Analisar o financiamento do nível da Atenção Básica à saúde, com ênfase na expansão dos recursos alocados para a Estratégia Saúde da Família.

(continuação)

Numeração	Título e autor	Nome do periódico e ano de publicação	Tipo de estudo	Objetivos do estudo
XIV	Os problemas de gestão do SUS decorrem também da crise crônica de financiamento?; OCKÉ-REIS, C. O.	Trabalho, Educação e Saúde; 2008	Revisão bibliográfica	Defender que boa parte dos problemas de gestão do SUS é decorrente da crise crônica de financiamento do SUS.
XV	O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios; PAIM, J.S. <i>et al.</i>	The Lancet; 2011	Revisão bibliográfica e pesquisa documental	Examinar o desenvolvimento histórico e os componentes do sistema de saúde brasileiro, com foco no processo de reforma dos últimos quarenta anos, incluindo a criação do Sistema Único de Saúde.
XVI	Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos; PAIM, J. S.	Ciência & Saúde Coletiva; 2018	Artigo de opinião	Dialogar com alguns estudos e perguntas acerca do SUS ao completar 30 anos.
XVII	Coordenação Federativa e Financiamento da Política de Saúde: Mecanismos vigentes, mudanças sinalizadas e perspectivas para o futuro; PAIVA, A. B. <i>et al.</i>	Novos estudos CEBRAP; 2017	Revisão bibliográfica e pesquisa documental	Localizar e analisar as propostas recentes de alteração dos mecanismos de repasse dos recursos da União para os estados e municípios.
XVIII	O protagonismo dos gestores locais de saúde diante da Emenda Constitucional nº 29: algumas reflexões; RIBEIRO, J. D. T.; BEZERRA, A. F. B.	Saúde e Sociedade; 2013	Pesquisa qualitativa e quantitativa, do tipo triangulação de métodos	Apresentar algumas reflexões sobre a Emenda Constitucional nº 29 à luz do protagonismo dos gestores locais de saúde, em relação à contrapartida de recursos para o financiamento do setor.

(conclusão)

Numeração	Título e autor	Nome do periódico e ano de publicação	Tipo de estudo	Objetivos do estudo
XIX	Financiamento do Sistema Único de Saúde nos governos FHC, Lula e Dilma; SOARES, Adilson; SANTOS, N. R.	Saúde em Debate; 2014	Pesquisa exploratória	Comparar os compromissos assumidos com o SUS nas gestões dos presidentes FHC, Lula e Dilma.
XX	Efeitos da regulação federal sobre o financiamento da saúde; VAZQUEZ, D. A.	Cadernos de Saúde Pública; 2011	Revisão bibliográfica	Analisar os impactos dos mecanismos de regulação federal (vinculação de receitas e transferências condicionadas) sobre o financiamento em saúde.

Fonte: autoria própria.

DISCUSSÃO

Em setembro de 2010, foi realizada uma pesquisa nos oito maiores estados brasileiros quanto às problemáticas e desafios no país. Em primeiro lugar, a saúde (32,8%) foi apontada como o principal problema, seguido da segurança (23,2%) e da educação (10%). Embora essa pesquisa não tenha analisado tecnicamente a eficiência dos serviços de saúde, retratam a percepção e a insatisfação da população, sendo um importante indicador para que haja melhorias nas políticas e práticas de saúde (LORENZETTI *et. al*, 2014).

A administração/ gestão em saúde é a organização responsável por elaborar e executar políticas públicas, tomar decisões e fazer com que sejam cumpridas, abrangendo as três esferas do governo: federal, estadual e municipal. Compreende o conjunto de meios, humanos e materiais que o governo dispõe para poder aplicar suas políticas. Além do conjunto de ações a serem cumpridas por programas e políticas. Bem como a ciência da Administração Pública, que corresponde ao estudo e análise das condições de modo que os órgãos administrativos possam atuar de forma mais eficaz e assertiva (BRASIL, 2011).

É perceptível que o SUS é uma grande conquista da luta democrática no Brasil, entretanto há diversos desafios que evidenciam a não consolidação desse sistema, do contrário, o SUS asseguraria a atenção de saúde integral para todos. Como principais fragilidades administrativas do sistema destacam-se o despreparo e a alta rotatividade dos gestores, muitas vezes condicionadas a processos partidários e eleitorais, implicando na descontinuidade dos processos. Ademais, a lentidão na incorporação de novas tecnologias de informação

e gestão e as barreiras de legislação impedem um melhor atendimento à população (LORENZETTI *et. al*, 2014).

A implementação do SUS no Brasil a partir da Constituição Federal de 1988 foi influenciada, desde o início, pelo subfinanciamento crônico. Sendo que o mesmo consiste na alocação insuficiente de recursos orçamentários e financeiros tanto para cumprir os princípios norteadores de universalidade, integralidade e equidade, quanto para se equiparar aos padrões de gastos de outros países com sistemas similares (FUNCIA, 2019).

Nesse sentido, o perfil adotado de gastos em saúde no Brasil não conseguiu atender às expectativas da reforma sanitária dos anos 1980 (SOARES; SANTOS, 2014). O gasto público total adotado, de 3,6% do Produto Interno Bruto (PIB), é insuficiente para um sistema instituído nesses padrões. Em comparação com outros países que possuem um sistema de saúde semelhante, estima-se que o gasto com saúde no Brasil deveria ser de pelo menos 6% do PIB para atingir um padrão similar ao adotado internacionalmente (BRASIL, 2015).

O SUS enfrenta grandes dificuldades desde o início da sua implementação, tendo em vista o predomínio da doutrina neoliberalista nesse período, com as limitações do *Welfare State* nos países europeus e a crise econômica de 2008. Além disso, esse sistema sofre com uma grande oposição midiática e com interesses econômicos ligados a operadoras de planos de saúde, indústrias farmacêuticas e de equipamentos médicos (PAIM, 2018).

Nunca houve, portanto, um apoio maciço e de classe por esse sistema diante das vigências do modelo econômico atual, da dependência brasileira em relação a países desenvolvidos e do compromisso do governo em fazer o superávit primário para o pagamento da dívida pública. Em razão disso, o orçamento destinado à área de saúde sempre foi condicionado negativamente (FUNCIA, 2019; SOARES; SANTOS, 2014).

O subfinanciamento crônico do SUS é apontado como um dos maiores desafios para sua consolidação. Algumas medidas já foram adotadas para tentar superá-lo, como por exemplo a Emenda Constitucional 29 (EC-29/2000) e o movimento Saúde+10 (Projeto de Lei Complementar 321/2013), mas ambos não alteraram de maneira significativa a estrutura do gasto público (PAIM, 2018).

Para se ter uma ideia mais palpável do grau de subfinanciamento do SUS, observa-se que o art. 55 das Disposições Constitucionais Transitórias da Constituição Federal estabelece que 30% dos recursos da Seguridade Social sejam destinados à saúde. Mesmo assim, o orçamento da Seguridade Social no ano de 2015 foi de 694,5 bilhões. Sendo assim, aproximadamente 208 bilhões deveriam ser destinados para essa área, no entanto, a dotação foi de apenas metade desse valor (MENDES; CARNUT; GUERRA, 2018).

Outrossim, entre 1995 e 2015, o gasto do MS não foi alterado, mantendo-se em 1,7% do PIB, enquanto o gasto com juros da dívida representou 7,1%. Diante disso, é evidente a existência de um problema de financiamento do SUS que compromete o seu funcionamento e encaminha para o aniquilamento das suas tentativas de consolidação (MENDES; CARNUT; GUERRA, 2018).

Uma emenda que possui grande contribuição no processo de subfinanciamento do SUS é a Emenda Constitucional 86 (EC-86/2015), que introduziu efeitos negativos para o planejamento e execução financeira do Ministério da Saúde. Ela estabeleceu a execução orçamentária obrigatória das emendas parlamentares individuais em 0,6% da Receita Corrente Líquida como parte das despesas que são computadas para o piso federal (FUNCIA, 2019).

A gestão Federal de 2016/2018 deu continuidade a essa lógica de desmonte do SUS, com a introdução de um corte drástico dos gastos, que visa alcançar o equilíbrio fiscal. Isso foi feito, por meio da promulgação da Emenda Constitucional 95 (EC-95/2016) que limitou a expansão dos gastos públicos pelos próximos vinte anos (MENDES; CARNUT; GUERRA, 2018), constitucionalizando, portanto, o subfinanciamento crônico do SUS e solidificando as dificuldades acumuladas desde 1988 (PAIM, 2018). Com essa emenda, os recursos para o SUS devem reduzir de 1,7% do PIB (2016) para 1% até 2036, o que levaria a um acúmulo de perdas superior a três orçamentos nesse período (MENDES; CARNUT; GUERRA, 2018).

Em 2017, o primeiro ano de vigência plena da EC-95, as despesas totais pagas com Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) pelo MS foram de 107,6 bilhões, enquanto o piso para 2017 era de 109,1 bilhões, sendo esse valor inferior ainda ao piso de 2016 se levada em conta a inflação, ou seja, os valores totais pagos ficaram abaixo do piso de aplicação mínima. Essa situação leva a um cenário alarmante, em que o subfinanciamento federal não resolvido ao longo de toda a implementação do SUS tende a intensificação (MENDES; CARNUT; GUERRA, 2018).

A aprovação da EC-95, bem como a crise econômica no Brasil acarreta na insuficiência de recursos para manter a rede de serviços do SUS, remunerar os trabalhadores e investir na ampliação da infraestrutura pública. Nesse contexto, as responsabilidades do Estado são transferidas para o setor privado, assim a compra de serviços privados se fortalece, bem como a ideologia de privatização, constitucionalizando o subfinanciamento crônico do SUS. (PAIM, 2018)

Levando em consideração a restrição do orçamento, o Estado se mostra incapaz de cobrir as necessidades da população. A melhor prática seria a valorização do dinheiro na execução dos serviços médico-hospitalares, ou seja, cortar os desperdícios, alocar os recursos adequadamente, incentivos contratuais, combate à corrupção (OCKE-REIS, 2008).

A EC-95 é uma forte expressão da consonância entre o Estado e a lógica do capitalismo contemporâneo, tendo em vista o fato de não estabelecer limites para os juros e outras despesas financeiras. A opção por esse tipo de política tem efeitos significativos sobre o bem-estar da população, provocando efeitos negativos nas condições sociais e na saúde. Um dos seus resultados mais evidentes e rápidos na área da saúde é o aumento da mortalidade infantil, taxa que seguia em queda por 26 anos (MENDES; CARNUT; GUERRA, 2018).

Ademais, nesse contexto de redução das despesas federais, cresce a pressão da alocação de recursos estaduais e municipais para o financiamento do SUS (FUNCIA, 2019).

Dois terços das despesas do MS são repasses para estados, municípios e Distrito Federal, ou seja, os efeitos da EC-95 também são sentidos pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Em 2017 essas transferências foram de 67,9 bilhões, enquanto em 2016 elas eram de 66,7 bilhões, o que reflete um crescimento de 1,83%, valor menor do que o crescimento anual da inflação (MENDES; CARNUT; GUERRA, 2018).

Os recursos federais respondem pela maior participação no gasto público com saúde, porém esse quadro vem sendo revertido com o processo de descentralização do SUS e a aprovação da EC-29 (MENDES; CARNUT; GUERRA, 2018). Observa-se, portanto, uma tendência de queda na participação proporcional do governo federal nos gastos de saúde e uma transferência de responsabilidade para os estados e municípios (SOARES; SANTOS, 2014).

Em 1990, o governo federal era responsável por 74,4% do total do gasto com saúde, enquanto os estados participavam com 13,5% e os municípios 12,1%. Na criação da EC 29, no ano de 2000, a união passou a responder por 59,9% do total, ao passo que os estados correspondiam a 18,5% e os municípios a 21,7%. A partir dessa emenda, a participação do governo federal entrou em decréscimo e atingiu o valor de 43,2% em 2015, com um aumento significativo na participação dos estados e dos municípios, atingindo, respectivamente, os valores de 25,9% e 30,9% (MENDES; CARNUT; GUERRA, 2018).

Atualmente, a população em geral e os gestores têm à disposição diversos meios com informações quanto à organização e o desenvolvimento das ações de saúde, a exemplo o Datasus, que contém os orçamentos públicos em saúde. Essas informações poderiam ser utilizadas como instrumento de gestão para a melhor alocação dos recursos financeiros e atendimento das reais necessidades da população. Contudo, as informações são utilizadas apenas para obter valores e percentuais relativos ao percentual mínimo de 15% preconizado pela EC-29. Assim, os gestores demonstram preocupação apenas em cumprir a legislação e não na resolutividade dos problemas de cada território (RIBEIRO; BEZERRA, 2013).

A obrigatoriedade do cumprimento da EC-29 implica no protagonismo do gestor, ou seja, a sua importância enquanto formulador, proponente e deliberador das estratégias políticas para o SUS. Dessa forma, fica a cargo dos gestores públicos aprimorarem as leis orçamentárias para que mais recursos sejam garantidos ao setor, visto que essa emenda garante apenas a aplicação de recursos mínimos para a saúde (RIBEIRO; BEZERRA, 2013).

Diante da descentralização, cria-se o entendimento de que o governo federal exerça menor papel na determinação das políticas de saúde e que esse papel estaria sendo preenchido pelos municípios. No entanto, mesmo após as transferências intergovernamentais, a união ainda é a maior detentora dos recursos, fato que tornou a descentralização política de saúde demasiadamente dependente das transferências federais (MENDES; CARNUT; GUERRA, 2018; FUNCIA, 2019).

Ainda que tenha ocorrido uma redução na participação da união no financiamento da saúde pública, esse processo não foi seguido pela diminuição de sua presença na determinação da política, em especial no

nível de atenção básica. Ademais, essa transferência de responsabilidade não foi acompanhada de investimento mais significativos na rede pública de serviço, sendo os limitados recursos voltados, na maioria das vezes, para a manutenção de equipamentos (LEITE; LIMA; VASCONCELOS, 2012).

Os esforços dos municípios têm efeito reduzido devido a sua baixa arrecadação própria. A maioria deles apresenta um alto grau de dependência dos recursos da união. Uma avaliação dos municípios brasileiros com mais de 100 mil habitantes acerca de sua situação de financiamento do sistema demonstrou que 68% dos municípios do Nordeste recebem do SUS mais do que arrecadam com tributos, situação que se repete em 47% dos municípios da região Norte. O grau de dependência é menor no Sul e no Sudeste, onde os municípios participam com um volume maior de recursos próprios no financiamento (BRASIL, 2015).

Tal cenário aponta para a conclusão de que grande parte dos municípios brasileiros é altamente dependente dos recursos federativos. Segundo os dados, a receita tributária da maioria absoluta é insuficiente para cobrir os custos do sistema de saúde e das demandas da população. Portanto, dentro de um cenário de descentralização, a maioria dos municípios não é capaz de financiar seus sistemas de saúde sozinhos, situação que se agrava com as reduções nos repasses e com o subfinanciamento desse sistema (BRASIL, 2015).

A descentralização resultou na queda dos recursos federais e maior participação municipal no financiamento, entretanto não ocorreu uma redução da determinação política em nível federal. Além disso, não foi estabelecido funções e competências de gestão na área social, conseqüentemente não há uma participação social efetiva nem um controle público dos recursos. São necessárias medidas que aumentem a transparência e a equidade na utilização dos recursos (LEITE; LIMA; VASCONCELOS, 2012).

Em grande parte dos municípios, as prefeituras elaboram o planejamento dos recursos. É por meio do plano de saúde que são elaboradas as metas dos próximos 4 anos subsequentes. Com base na perspectiva dos indicadores da esfera municipal, são estipuladas as despesas em saúde, os compromissos e iniciativas que serão empregadas. Assim, têm-se como intuito geral analisar as demandas que não foram atendidas anteriormente, ou que surgiram durante a última gestão, além de repetir as soluções que funcionaram, e colocá-las no plano de saúde atual (BRASIL, 2015)

Entretanto, o direcionamento desses recursos não condiz com a necessidade da população. Geralmente, a Proposta Orçamentária dos municípios está de acordo com o Plano de Saúde, mas esses documentos são basicamente repetições das ações dos anos anteriores, visto que não são feitos estudos nem pesquisas acerca da demanda da população e é inexistente a articulação com técnicos da saúde e com o Conselho Municipal de Saúde (LEITE; LIMA; VASCONCELOS, 2012).

As secretarias municipais de saúde, em geral, se apresentam apenas como prestadoras de serviços. Apesar de haver instrumentos de planejamento que possam auxiliá-las, esses não são suficientes, visto que apresentam simplesmente os objetivos e metas, focados apenas em cumprir as exigências legais. Devido à

falta de estrutura nas secretarias municipais, ações de saúde ficam concentradas nas secretarias de finanças das prefeituras (LEITE; LIMA; VASCONCELOS, 2012).

Outra problemática é quanto aos demonstrativos orçamentários financeiros, que são documentos para o Conselho acompanhar e fiscalizar. Há lentidão no repasse dessas informações e os próprios conselheiros são incapazes de interpretar esses dados, ademais, são constantes as substituições de conselheiros, o que dificulta um planejamento contínuo (LEITE; LIMA; VASCONCELOS, 2012).

No contexto de restrição fiscal, portanto, o modelo de descentralização implementado no sistema de saúde serviu mais ao plano de retração da União e de contenção de gastos do que para sua expansão, como antes preconizado por seus idealizadores (LIMA, 2008).

Como resultado do processo de descentralização do SUS novas regras e incentivos foram implementados no financiamento da saúde com o objetivo de ampliar os recursos, a fim de garantir a priorização da atenção básica e viabilizar uma descentralização concreta. Em razão disso, a autonomia dos governos estaduais e municipais passou a ser influenciada por essa política, com o intuito de obter a cooperação dessas esferas e estabelecer um padrão aos programas locais (VAZQUEZ, 2011).

Como exemplo, algumas estimativas de recursos adicionais para o SUS são possíveis: em primeiro lugar a aprovação do Projeto Saúde+10, levaria a aplicação mínima de 10% das Receitas Correntes Brutas (RCB) da União, em 2018 isso resultaria na alocação de aproximadamente 36 bilhões de reais ao orçamento do SUS; como outra opção se com o processo de auditoria da dívida pública fosse possível reduzir 200 bilhões de reais, metade desse valor poderia retornar ao SUS quando o país voltasse a ter superávit primário; e por fim se a renúncia da receita federal fosse auditada, revisada e reduzida em 30%, haveriam 92 bilhões adicionais que poderiam ser alocados para o financiamento do SUS (FUNCIA, 2019).

Em resumo, as estimativas de recursos adicionais para o SUS apresentadas aumentariam o financiamento em saúde para cifras entre 300 e 365 bilhões de reais, o que levaria a 4,3% e 5,4% do PIB. Valor que não chegaria ao 7,9% do PIB recomendado pela Organização Mundial da Saúde para os sistemas de acesso universal à saúde, mas já elevaria os níveis de financiamento (FUNCIA, 2019). A União, portanto, deve também buscar novas fontes fixas e estáveis de arrecadação para o SUS, como a tributação de grandes fortunas e a auditoria da dívida pública (FUNCIA, 2019).

Diante disso, é possível inferir que há meios para buscar uma equação política que resulte em recursos adicionais para o financiamento do SUS a curto prazo sem necessidade de realização de uma reforma tributária e sem comprometer o equilíbrio das contas públicas. Um cenário que ainda contribuiria para estimular o crescimento econômico e social brasileiro (FUNCIA, 2019).

Mesmo frente às evidentes necessidades de maiores recursos para o financiamento do SUS, não existe contradição entre aqueles que defendem essa necessidade e aqueles que priorizam a gestão. Afinal, ambos são indispensáveis para o processo de consolidação do SUS, sendo possível afirmar que é necessária a maior alocação de recursos para permitir o aprimoramento da gestão e uma melhora no processo

administrativo para distribuir esses recursos de maneira adequada (FUNCIA, 2019; LEITE; LIMA; VASCONCELOS, 2012).

CONCLUSÃO

A presente revisão identificou a carência no número de artigos que se aprofundam a respeito do financiamento do SUS. A literatura, apesar de abordar o assunto de forma clara e precisa, carece de modelos de gestão, discorrendo, consideravelmente, a respeito da administração do SUS por regiões. Com isso, os achados desta revisão mostram que as duas dificuldades abordadas, alocação de recursos e gestão, exercem forte influência negativa no financiamento do SUS.

O estudo verificou que o financiamento do SUS tem sido desafiador, pois, desde sua implementação, os recursos repassados são insuficientes para que esse sistema se consolide como universal. A União não foi e ainda não tem sido capaz de atender as demandas orçamentárias da saúde, caracterizando esse sistema como subfinanciado cronicamente. Esse cenário se agravou ainda mais com as emendas constitucionais, que promovem restrição financeira. Com isso, o SUS, que já era enfraquecido, em razão da insuficiência orçamentária, pode se tornar inoperante.

Além disso, o levantamento da literatura constatou que as problemáticas enfrentadas com o financiamento do SUS não estão relacionadas apenas com a falta de recursos, mas, também, com a sua administração. As dificuldades na gestão dos serviços de saúde também se remontam desde a implantação do SUS, em virtude da inexperiência dos gestores. No entanto, com o agravamento financeiro das emendas constitucionais, os gestores têm se preocupado ainda mais com a legislação, enquanto o funcionamento dos serviços de saúde é preterido.

Portanto, as pesquisas indicam uma co-dependência entre os repasses financeiros e a capacidade de gestão. O adequado fornecimento de recursos promove a qualificação e o aperfeiçoamento da gestão, enquanto a especialização da administração coordena as verbas de maneira mais eficaz. Contudo, para que isso se torne tangível, o estudo também indica a necessidade de uma fonte distinta de verba. Conclui-se que, a partir disso, novas e eficientes modalidades de gestão poderão ser elaboradas, juntamente com as demandas locais, o que aprimorará os serviços de saúde à população.

AGRADECIMENTOS

O presente estudo foi desenvolvido na disciplina de Saúde Pública do curso de Medicina da Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD) sob a orientação da docente Ana Paula Dossi de Guimarães e Queiroz.

REFERÊNCIAS

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. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, p. 018055, 20 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade no SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, ano 128, n. 249, p. 25694-25695, dez 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Emenda Constitucional n. 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os art. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, ano 138, n. 178, p. 1-2, 14 de set. 2000.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Gestão Administrativa e Financeira no SUS** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2011, 132 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS, v. 8)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para disseminação da informação em Economia da Saúde no SUS / Organização Pan-Americana da Saúde**. Brasília, DF, 2015, 116 p. (Série Ecos, Economia da Saúde para Gestão do SUS, Eixo 1, v. 20).

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. **Diário Oficial da União**, seção 1, Brasília, DF, edição 220, p. 97, 13 nov. 2019.

FUNCIA, F. R. Subfinanciamento e orçamento federal do SUS: referências preliminares para a alocação adicional de recursos. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 24, n. 12, p. 4405-4415, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019001204405&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 abr. 2021.

LEITE, V. R.; LIMA, K. C.; VASCONCELOS, C. M. Financiamento, gasto público e gestão dos recursos em saúde: o cenário de um estado brasileiro. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 17, n. 7, p. 1849-1856, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000700024&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 01 maio 2021.

LIMA, L. D. Federalismo fiscal e financiamento descentralizado do SUS: balanço de uma década expandida. **Trab. educ. saúde**, v. 6, n. 3, p. 573-598, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462008000300010&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 01 maio 2021.

LOBATO, L. V. C.; GIOVANELLA, L. Sistemas de saúde: origens, componentes e dinâmica. In: GIOVANELLA L. V. C. *et al.* (orgs) **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012, p. 89.

LORENZETTI, J. *et al.* Health management in Brazil: dialogue with public and private managers. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 23, n. 02, p. 417-425, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072014000290013>. Acesso em: 25 maio 2021.

MENDES, Á.; CARNUT, L.; GUERRA, L. D. S. Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. **Saúde debate**, v. 42, n. especial, p. 224-243, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500224&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 abr. 2021.

MENDES, Á.; MARQUES, R. M. O financiamento da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 38, n. 103, p. 900-916, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140079>. Acesso em: 30 abr. 2021.

OCKE-REIS, C.O. Os problemas de gestão do SUS decorrem também da crise crônica de financiamento? **Trab. educ. saúde**, v. 6, n. 3, p. 613-622, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462008000300012&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 02 maio 2021.

PAIM, J. S. *et al.* O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet.**, v. 377, n. 9779, p. 11-31, 2011. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/artigos/artigo_saude_brasil_1.pdf. Acesso em: 30 abr. 2021.

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601723&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 abr. 2021.

PAIVA, A. B. *et al.* Coordenação Federativa e Financiamento da Política de Saúde: Mecanismos vigentes, mudanças sinalizadas e perspectivas para o futuro. **Novos estud. CEBRAP**, v. 36, n. 2, p. 55-81, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-33002017000200055&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 abr. 2021.

RIBEIRO, J. D. T.; BEZERRA, A. F. B. O protagonismo dos gestores locais de saúde diante da Emenda Constitucional nº 29: algumas reflexões. **Saúde soc.**, v. 22, n. 4, p. 1014-1023, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902013000400005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 02 maio 2021.

SOARES, A.; SANTOS, N. R. Financiamento do Sistema Único de Saúde nos governos FHC, Lula e Dilma. **Saúde debate**, v. 38, n. 100, p. 18-25, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000100018&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 abr. 2021.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Integrative review: what is it? How to do it? **Einstein**, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-45082010RW1134>. Acesso em: 15 maio 2021

VAZQUEZ, D. A. Efeitos da regulação federal sobre o financiamento da saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 6, p. 1201-1212, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000600017&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 01 maio 2021.

Conflito de Interesse: Os autores declaram não haver conflito de interesse.

RECEBIDO: 15/06/2021

ACEITO: 01/12/2021