

A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL E OS DESAFIOS DE FINANCIAMENTO

Rosalina Lima Izepão¹, Elohá Cabreira Brito², Ivan Augusto Cecílio e Silva³

Resumo: O Sistema Único de Saúde (SUS), criado a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988 (CF/88), tem como objetivo atender as necessidades de saúde da população brasileira, com base nos princípios da universalidade, integralidade e igualdade. Contudo, desde a sua implantação, o SUS vem sendo objeto de muitos debates e preocupações por não conseguir, de fato, atender as necessidades básicas da população em termos de saúde e, portanto, não atuar em consonância com a suas próprias diretrizes previstas em lei. Diante do exposto, o objetivo deste artigo é analisar a evolução da organização da saúde pública no Brasil, que deu origem à implantação do SUS, após a CF/88, enfatizando-se o seu financiamento, as dificuldades na efetivação das diretrizes estabelecidas na Constituição, com destaque à Emenda Constitucional 95/2016. Metodologicamente, trata-se de um estudo histórico-bibliográfico. As considerações finais enfatizam que o gasto com saúde pública no país apresentou um lento crescimento no período analisado, sendo que os melhores resultados foram os municipais. Contudo, a inadequação, dos gastos com saúde, aos padrões brasileiros tende a ser agravada pelo congelamento instituído pela EC 95/2016, que contribuirá para a precarização do SUS e o não atendimento as garantias constitucionais de universalização da saúde. Para reverter esse cenário é necessária a participação populacional na luta pela melhoria do SUS, para que de fato ocorra a universalização garantida pela Constituição Federal.

Palavras-chave: Brasil; Sistema Único de Saúde; Financiamento da Saúde Pública.

PUBLIC HEALTH IN BRAZIL AND FINANCING CHALLENGES

Abstract: The Unified Health System (SUS), created after the promulgation of the Federal Constitution of 1988 (CF/88), aims to attend the health needs of the Brazilian population, based on the principles of universality,

-
- 1 Graduada em História pela Universidade Estadual de Maringá (UEM), com Especialização em História Social do Trabalho e Mestrado em Economia pela mesma instituição, e Doutorado em História Econômica pela Universidade de São Paulo. Professora do Departamento de Economia da UEM. E-mail: rlizepao@uem.br.
 - 2 Graduada em Ciências Econômicas pela Universidade Estadual de Maringá (UEM), com Mestrado em Economia Aplicada pela mesma instituição. Professora do Departamento de Economia da UEM. E-mail: eloha.cabreira@gmail.com.
 - 3 Graduado em Ciências Econômicas pela Universidade Estadual de Maringá (UEM). E-mail: ivanaugustocs@gmail.com.

-- ARTIGO RECEBIDO EM 05/12/2018. ACEITO EM 21/03/2019. --

integrality and equality. However, since its implementation, the SUS has been the subject of many debates and concerns about not actually attending the basic health needs of the population and, therefore, not acting in accordance with its own guidelines provided by law. In view of the above, the objective of this article is to analyze the evolution of the public health organization in Brazil, which gave rise to the implementation of SUS, after the CF/88, emphasizing its financing, the difficulties in implementing the guidelines established in the Constitution, with emphasis on Constitutional Amendment 95/2016. Methodologically, this is a historical-bibliographic study. The final considerations emphasize that public health spending in the country presented a slow growth in the analyzed period, and the best results were the municipal. However, the inadequacy of health spending to Brazilian standards tends to be exacerbated by the freeze instituted by EC 95/2016, which will contribute to the precariousness of SUS and the failure to meet the constitutional guarantees of universal health. To reverse this scenario requires populational participation in the struggle for the improvement of SUS, so that in fact the universalization guaranteed by the Federal Constitution occurs.

Keywords: Brazil; Health Unic System; Public Health Financing.

1 INTRODUÇÃO

No ano de 2018 comemoraram-se os 30 anos da promulgação da Constituição Federal de 1988, por meio da qual se estabeleceu a saúde como um direito de todos e dever do Estado, dando origem, em 1990, à regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio de leis orgânicas. Embora seja um Sistema controverso em relação ao atendimento dos seus objetivos e dos princípios propostos pela Constituição, são inegáveis os avanços das políticas públicas governamentais ofertadas à população, em geral, pelo SUS, no campo da assistência à saúde, quando se compara este Sistema a tudo que existiu anteriormente, nesta área, no Brasil. O que, por si só, torna plenamente justificável qualquer estudo sobre o tema e, que, mesmo de maneira singela, possa de alguma maneira contribuir para a ampliação das reflexões sobre a sua organização, funcionamento, gestão, mazelas e/ou perspectivas.

Entende-se que embora o SUS tenha sido criado para atender as necessidades de saúde de toda a população do país, com base nos princípios da universalidade, integralidade e igualdade, conforme dita a Constituição Federal de 1988, a sua realidade ainda se revela muito distante da forma para a qual foi idealizada. No debate setorial, por exemplo, existem muitas controvérsias em relação aos problemas enfrentados pelo Sistema, embora se destaquem as discussões que envolvem o seu financiamento e gestão.

Modernamente, não só no Brasil, mas em várias partes do mundo, a preocupação com sistemas de saúde relaciona-se, diretamente, aos estados nacionais dado que os mesmos se preocupam com sua força de trabalho e o seu vigor físico e mental, necessário para a produção e a produtividade, ainda que enfrentem dificuldades em termos de recursos para o atendimento desta demanda. Neste sentido, os estudos sobre saúde coletiva envolvem, necessariamente, políticas públicas, ou seja, das formas sobre como a saúde é gerida em termos mais amplos pela sociedade e o Estado. A *World Health Organization* ou Organização Mundial da Saúde (OMS) a define saúde como: “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de afecções e enfermidades” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1946, p. 1).

Considerando-se o exposto, o objetivo deste artigo é analisar a evolução da organização da saúde pública no Brasil, que deu origem à implantação do SUS, após a Constituição Federal de 1988, enfatizando-se o seu financiamento, as dificuldades na

efetivação das diretrizes estabelecidas na CF/88, com destaque à Emenda Constitucional 95/2016. Metodologicamente, trata-se de um estudo histórico-bibliográfico, em que foram utilizadas como fontes dados secundários qualitativos e quantitativos, obtidos em livros artigos científicos, encontrados em *sites* de órgãos do governo como o Ministério da Saúde e o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA).

O artigo encontra-se estruturado em cinco seções. Na primeira tem-se esta introdução, na segunda buscou-se compreender os aspectos históricos sobre saúde pública no Brasil até a promulgação da Constituição Federal de 1988. Na terceira seção discute-se a origem do SUS, a partir da CF/88, bem como as diretrizes e leis constitucionais que o norteiam. Na quarta seção é feita a análise dos SUS nos governos subsequentes à promulgação da CF/88, da Emenda Constitucional 95/2016, além de apresentar os dados sobre o gasto público com saúde no Brasil e de alguns países selecionados. Por fim, na quinta seção apresentam-se as considerações finais que enfatizam a necessidade da participação populacional na luta pela melhoria do SUS, para que de fato ocorra a universalização garantida pela Constituição Federal.

2 ASPECTOS HISTÓRICOS SOBRE A SAÚDE NO BRASIL ATÉ A CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988

De acordo com Paim (2015), o sistema de saúde brasileiro, historicamente, envolve várias organizações públicas e privadas. Durante o Brasil colonial (1500-1822), a organização sanitária local espelhava a da metrópole, Portugal, assim, o cirurgião-mor dos exércitos de Portugal comandava os serviços de saúde das tropas militares, enquanto o saneamento e a profilaxia de doenças epidêmicas eram responsabilidade do físico-mor e seus delegados nas capitanias. O físico-mor também comandava o trabalho de médicos, farmacêuticos, cirurgiões, boticários e curandeiros. Estes serviços eram pedidos, por meio de cartas, ao Rei de Portugal, pelos moradores da colônia, mas, na época era difícil encontrar profissionais dispostos a migrarem para o Brasil. Somente a partir de 1543 foram criadas a Irmandade da Misericórdia e o Hospital de Todos os Santos, em Santos e as santas casas de Olinda, Bahia, Rio de Janeiro, Belém e São Paulo. Portanto, a caridade cristã era a única assistência aos pobres, enquanto os militares eram cuidados pelas famílias ricas e atendidos por cirurgiões militares em hospitais das santas casas, com taxas pagas pelo governo da colônia.

Durante o Império (1822-1889), as doenças pestilenciais e a necessidade de vigilância sanitária nos portos e no comércio levaram à criação de estruturas de saúde voltadas para o atendimento destas finalidades. A partir de 1828, as responsabilidades da saúde pública foram atribuídas aos municípios. Em 1850, foi criada a Junta de Higiene Pública para combater os casos de febre amarela no Rio de Janeiro. Nesta época, também foram criadas a Inspetoria-Geral de Higiene, de Saúde dos Portos e um Conselho Superior de Saúde Pública, sendo adotadas as primeiras medidas para a higiene escolar e proteção de crianças e adolescentes no trabalho das fábricas. Tudo era organizado de maneira muito incipiente (PAIM, 2015).

De acordo com Santos (2005), com a Constituição Federal de 1891, promulgada a partir da proclamação da República, em 1889, tanto as ações de saúde e saneamento, quanto a educação passaram a fazer parte das atribuições dos estados. Em 1897 foi

criada a Diretoria-Geral de Saúde Pública, para cuidar das ações ligadas à saúde onde a intervenção dos governos estaduais não era pertinente, a exemplo, da vigilância sanitária nos portos. Na fase de transição para o século XX, as epidemias de febre amarela, peste e varíola comprometeram a economia agroexportadora e os portos, levando o governo a organizar campanhas de vacinação e inspeções sanitárias, além da tomada de medidas visando combater os vetores. O interesse estatal tinha o viés mais econômico do que social (COSTA, 1985).

Em 1903, o médico sanitário Oswaldo Cruz, do Instituto Pasteur, que já havia participado ativamente das campanhas sanitárias contra epidemias como a febre amarela e a varíola, assumiu a chefia da Diretoria Geral de Saúde Pública. Por meio desta implementou, em 1904, um Código Sanitário que abordava medidas de controle das infestações, inclusive domiciliares, notificações permanentes de doenças e vacinação obrigatória (COSTA, 1985).

A partir de então houve um movimento de intensa mudança na organização sanitária brasileira, sob a liderança de Oswaldo Cruz, principalmente no período que se estendeu de 1903 a 1909. Em 1920, após forte movimento carreado por sanitários e negociações políticas com o Governo Federal, foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), que ficou sob a direção de Carlos Chagas até 1926. Isto representou avanços importantes porque, por meio deste Departamento, foram viabilizados recursos financeiros para ações públicas mais efetivas no setor da saúde e saneamento básico em todo o país (HOCHMAN, 1998).

O desenvolvimento econômico e o processo de industrialização tornaram necessária a Lei Elói Chaves, instituída pelo Decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923, que levou à criação de uma Caixa de Aposentadoria e Pensões para os empregados das estradas de ferro. Era um sistema de proteção específica para o trabalhador e seus dependentes contra a perda ou redução da capacidade laboral por motivos de morte, invalidez, idade avançada e tempo de serviço. Esta Lei daria origem ao atual sistema previdenciário brasileiro. Na gestão de Getúlio Vargas (1930-1945) foram criados o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos (IAPM) em 1933, dos Comerciantes (IAPC) e dos Bancários (IAPB) em 1934, dos Industriários (IAPI) em 1936, e de outras categorias profissionais nos anos seguintes, estendendo a previdência social à maior parte dos trabalhadores urbanos. Era um sistema precário e incipiente, que não atendia a maioria da população brasileira, que trabalhava sem carteira assinada (SANTOS; FARIA, 2006).

O Ministério da Saúde foi criado pela Lei nº 1.920, de 25 de julho de 1953. Desmembrado do Ministério da Educação e Saúde, buscava-se, com ele, a centralização dos serviços de saúde, então fragmentados, e pela separação entre saúde pública e assistência médica, ideias respaldadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), criada em 1946 (LIMA; PINTO, 2003). No Governo militar realizou-se reformas de cunho privatista da saúde. Os institutos de aposentadoria e pensão dos trabalhadores privados foram unificados, em 1966, no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Entre 1970 e 1974, hospitais privados foram reformados e construídos com recursos federais e as empresas privadas, com assistência médica aos funcionários, receberam descontos no imposto de renda. Assim, a oferta de cuidados médicos e planos de saúde privados cresceu significativamente (PAIM et al, 2011).

O Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) foi criado em 1977, pela Lei nº 6.439, que instituiu o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social. Reformulou-se, ainda, o sistema previdenciário, atribuindo a assistência médica aos segurados (somente quem tinha carteira de trabalho assinada) para o Inamps, enquanto o INPS ficou com a concessão de benefícios. Posteriormente, o INPS foi transformado em INSS. Em resposta à fragmentação do sistema de saúde no Brasil e à falta de cobertura a imensa maioria da população, sem direitos trabalhistas, surgiu nos anos 1970, um movimento social defendendo a democratização da saúde no Brasil, formado por segmentos populares, estudantes, pesquisadores e profissionais da saúde. Era o chamado movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), cuja principal proposta foi a de 1979, que abordava a implantação do SUS, durante o I Simpósio de Política Nacional de Saúde da Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, através do documento “A questão democrática na área da saúde” apresentado pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), uma das entidades de representação do movimento (PAIM, 2015).

Nos anos 1980, houve o aumento de cobertura da previdência social e a capitalização do mercado de saúde, por meio de pagamentos a prestadores do setor privado, gerando crise de financiamento na previdência social que, juntamente com a crise econômica do país, fez surgir a defesa de nova reforma sanitária. Para Faleiros et al. (2006), tanto o sistema de proteção social, quanto o de saúde continuam fragmentados e desiguais. Com a redemocratização do país, a partir da implantação da Nova República, em 1985, o movimento pela Reforma Sanitária Brasileira (RSB) atingiu seu ápice, tornando possível em 1986, a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde que estabeleceu os alicerces para a construção do SUS. Nela se aprovou o conceito de saúde como um direito do cidadão e se desenvolveu estratégias que permitiram a criação de um sistema unificado, por meio da coordenação, a integração e a transferência de recursos entre as instituições de saúde federais, estaduais e municipais.

Conforme destaca Faleiros et al. (2006), o movimento sanitário levou ao Decreto nº 94.657, de 20 de julho de 1987, que criou o Programa de Desenvolvimento dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (Suds), estratégia-ponte para o SUS. Durante a Assembleia Constituinte, a oposição por parte do setor privado era forte e mobilizada, mas o movimento da reforma sanitária e seus aliados garantiram a aprovação da reforma.

3 A SAÚDE NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988

De acordo com Marques e Mendes (2005), no campo social, a Constituição Federal de 1988 gerou grandes transformações na forma em que as questões sociais eram concebidas pelo Estado, quando, os constituintes asseguraram, por meio desta, os direitos essenciais e universais de cidadania à população brasileira, nos quais se insere a saúde pública. A regulamentação das diretrizes constitucionais do SUS ocorreu por meio das leis orgânicas nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro do mesmo ano. Além das diretrizes, estas leis também estabelecerem diversos dispositivos acerca das transferências federais de recursos direcionados ao SUS, para a gestão nos estados e municípios.

O conceito de saúde também foi redefinido pela Constituição Federal de 1988: “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 igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, art. 196). No seu art. 198 estão as diretrizes para a sua organização: “I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade” (BRASIL, 1988, art. 198).

Quanto às fontes de financiamento da saúde pública, tem-se na CF/88: “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, art.198). Apesar do SUS se constituir em um sistema universal na Constituição Federal, Nishijima, Cyrillo e Biasoto Júnior (2010) destacam que na própria constituição existe espaço para o setor privado, caracterizado por um sistema complementar. Neste sentido, segundo os autores não surpreende a dimensão que este segmento já apresentava, em 2000, representando 59,2% dos gastos com saúde no país.

O SUS é um sistema universal, vinculado à condição de cidadania e financiado solidariamente por toda a sociedade por meio de contribuições e impostos. Embora nenhuma nação possua um modelo único de gestão do sistema de saúde, pode-se observar em alguns grupos de países a predominância de determinada forma de organização financiamento. O sistema de seguridade social, por exemplo, ocorre no Brasil, mas, também em países como Inglaterra, Canadá, Cuba, Suécia, França. Na Inglaterra existe o National Health Service (NHS), criado em 1948, que é universal e igualitário, com políticas voltadas para a prevenção e a cura. É financiado por recursos oriundos de impostos, mas os serviços são administrados separadamente na Inglaterra, Irlanda do Norte, Escócia e País de Gales (NUNES, 2015). Contudo, o sistema inglês, apesar dos diversos processos de reestruturação, vem passando por um processo de financeirização que, segundo Giovanella (2016), não é um modelo que deva ser seguido. No caso francês, o sistema de saúde é considerado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como muito bom. Trata-se de um sistema que atende mais de 60% da população e o controle das relações entre as instituições financeiras, médicos e pacientes é feita pelo Estado. Na Suécia a população, na sua totalidade, possui seguros e benefícios sociais assegurados pelo sistema público, embora existam serviços privados de saúde.

No caso brasileiro, entende-se que a implementação do SUS representou avanços na assistência à saúde no país, apesar das dificuldades que ainda persistem em relação à aplicação do princípio da universalidade. Para Faleiros et al. (2006), as propostas do SUS vieram da sociedade e foram materializadas na Constituição Federal de 1988, assim, não se trata de meritocracia ou filantropia, mas um direito do povo.

Por outro lado, têm-se autores como Nishijima, Cyrillo e Biasoto Júnior (2010), por exemplo, para os quais o SUS teve a sua criação fundamentada nos princípios: universalidade, integralidade e descentralização, mas um dos problemas enfrentados por este é o fato de não conseguir atender a demanda da população por bens e serviços de assistência médica, resultando num prolongado tempo de espera para consultas e tratamentos, sobretudo para

os casos que não são configurados como emergência. Assim, aquela parcela da população que tem acesso aos planos de saúde privados acaba obtendo maior acesso aos bens e serviços de saúde com internações ofertadas pelo setor público, por exemplo, do que a população que só pode contar com a assistência ofertada pelo SUS. Isto ocorre porque o setor de saúde no Brasil é constituído de interrelações entre o setor público e o privado, considerando-se que na própria CF/1988 existe este espaço para o setor privado.

4 A IMPLEMENTAÇÃO DO SUS, O FUNCIONAMENTO NOS DIFERENTES GOVERNOS E A EMENDA CONSTITUCIONAL 95/2016

4.1 A Instituição do SUS na Gestão Collor e seu Funcionamento nas Gestões Administrativas Posteriores

Foi na gestão administrativa de Fernando Collor de Mello (1990-1992), primeiro presidente eleito por voto direto após o Regime Militar (1964-1985), que se criou o SUS. O momento histórico era desfavorável financeiramente, em razão da crise econômica mundial marcada pelo avanço da mundialização das economias, estabelecimento de novos padrões de acumulação de capital e pelo empobrecimento dos estados nacionais. Os reflexos da conjuntura internacional desfavorável associados aos problemas macroeconômicos brasileiros contribuíram para a precarização das políticas públicas sociais no país, entre as quais estão inseridas as voltadas para a assistência à saúde.

Segundo Mendes e Funcia (2016), o cenário nos anos 1990 era de incertezas quanto à disponibilidade de recursos financeiros para a saúde no país, dado que os demais campos e setores da economia não são imunes à situação econômica nacional. Assim, quando uma crise aconteceu afetou, diretamente, a capacidade de oferta de serviços públicos para a população brasileira. Junta-se a isto o fato de que na fase inicial de implantação do SUS ocorrem intensas negociações e conflitos para obtenção e repasse de verbas entre os governos municipais, estaduais e o governo federal. O mesmo ocorreu entre os Ministérios da Saúde, da Previdência e da Fazenda.

De acordo com Faleiros et al. (2006), a implementação do SUS não foi fácil, nem um processo tranquilo, pois envolveu conflitos com os servidores, resistência por parte do funcionalismo em ser transferido para estados e municípios, reivindicações e greves por isonomia salarial dos servidores estaduais com os do Inamps. A estes problemas, que foram repassados para a gestão administrativa do presidente Itamar Franco (1992-1995) associaram-se, ainda, as crises estruturais ligadas à saúde, tais como: (i) a crise do pacto federativo; (ii) de reestruturação da gestão das políticas sociais; e (iii) a crise financeira.

Ressalta-se que Faveret e Oliveira (1989 apud NUNES, 2011) reforçam a ideia de que a crise fiscal presente na fase de origem do SUS contribuiu para a deficiência no setor público de saúde e para o fortalecimento da saúde privada suplementar. Para os autores, embora isto não tenha sido intencional, passou a funcionar como mecanismo de exclusão social ao incorporar as camadas mais pobres da população, mediante, inclusive à oferta de serviços de pouca qualidade.

O problema do pacto federativo relaciona-se à carência de isonomia normativa entre federação e estados para, por exemplo, criar conselhos de saúde, extinguir o Inamps e se organizar financeiramente. A crise de reestruturação da gestão das políticas sociais manifestou-se na transferência e alocação de servidores, nas demandas de salários e capacitação. O que resultou em greves nos setores de saúde em nível estadual e municipal, enquanto a crise financeira agravou-se com o corte do repasse de recursos da previdência social para a saúde, o que levou à criação da Contribuição Provisória sobre Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira (CPMF), pela Emenda Constitucional nº 12, de 15/8/1996, destinada integralmente ao Fundo Nacional de Saúde.

A extinção do Inamps ocorreu em 1993, com a Lei nº 8.689 e abriu espaço para a municipalização do sistema de saúde, em consonância com a 9ª Conferência Nacional de Saúde, que abordou esse tema. Da mesma forma criou-se maior interferência do setor privado de saúde nas prefeituras, pois passaram a ter peso maior na definição das políticas de saúde, mesmo com a participação dos conselhos. O município tornou-se gestor, havendo a transferência automática de recursos, além de serem criadas as Comissões Intergestores Bipartite, de âmbito estadual e, Tripartite de caráter nacional para negociação, pactuação, articulação e integração entre gestores (BRASIL, 1993). Os conselhos de saúde tornaram-se fundamentais na deliberação e fiscalização da saúde para evitar, inclusive o clientelismo, o nepotismo e as trocas de favores entre os governantes. Criou-se, ainda na gestão Itamar Franco, o Programa de Saúde da Família (PSF) e as discussões sobre a Reforma Psiquiátrica, medicamentos genéricos e regulação do sistema de assistência médica suplementar (SAMS).

No governo de Fernando Henrique Cardoso (1995-2002), reduziram-se as funções do Estado em favor do mercado, isto trouxe reflexos importantes na saúde e sua gestão. Os gastos no setor de saúde permaneceram estáveis no governo FHC, mas ameaçados pela prioridade conferida à estabilidade fiscal. A questão orçamentária continuou sendo objeto constante do movimento social e sanitário, enquanto o processo de implementação do SUS teve continuidade. A partir da Emenda Constitucional nº 37, de 12/06/2002, a CPMF passou a destinar parte de seus recursos para a Previdência Social e para o Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza, deixando de ser exclusiva para a saúde. A vigência da CPMF que terminaria em 2007, foi prorrogada até 2011. Em 1996, o Brasil também passou, por meio do Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids (DST/Aids), de 1986, a distribuir gratuitamente medicamentos aos portadores do HIV e aos doentes de aids (FALEIROS et al., 2006).

Em 1999 criou-se, também, a política nacional dos medicamentos genéricos, por intermédio da Lei nº 9.787. Com relação à normatização e fiscalização do SUS, citam-se as legislações: (i) Lei nº 9.656, de 03/06/1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, regulando o Sistema de Assistência Médica Supletiva (SAMS); (ii) A Lei nº 9.782, de 26/01/1999, que criou a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), uma autarquia presente em todo o território nacional responsável pelo registro e fiscalização de medicamentos e alimentos; (iii) A Lei nº 9.961, de 28/01/2000, que criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a assistência suplementar à saúde (BRASIL, 2000).

Com relação ao direito à saúde para grupos diversos, cumpre destacar as seguintes leis instituídas nesse período: (i) Lei nº 9.836, de 23/09/1999, Lei Arouca, que instituiu a saúde do indígena como parte do SUS; (ii) Lei nº 10.216, de 06/04/2001, Lei da Reforma Psiquiátrica, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais.

Contudo, a Emenda Constitucional nº 29, de 13/09/2000, representa o principal destaque, pois determina a vinculação e estabelece a base de cálculo e os percentuais mínimos de recursos orçamentários que a União, os Estados, Distrito Federal e Municípios são obrigados a aplicar em ações e serviços públicos de saúde (BRASIL, 2000).

A Tabela 01 mostra que os percentuais mínimos de vinculação da receita própria dos estados cresceram de 7%, em 2000, para 12%, em 2004. Nos municípios os percentuais foram de 7%, para 15%, respectivamente, no mesmo período.

Tabela 1 – Percentuais mínimos de vinculação da receita própria de Estados e Municípios em ações e serviços de saúde – Emenda Constitucional nº 29

Ano	Estados	Municípios
2000	7,0%	7,0%
2001	8,0%	8,6%
2002	9,0%	10,2%
2003	10,0%	11,8%
2004	12,0%	15,0%

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados de Brasil (2000).

De acordo com Campelli e Calvo (2007), 59% dos municípios brasileiros cumpriram a EC 29, em 2000; 33%, em 2001; 41%, em 2002 e 52%, em 2003. A média percentual de recursos aplicados pelos municípios foi de 13,67%, em 2000; 14,82%, em 2001; 16,54%, em 2002 e 17,40%, em 2003. A EC 29 seria substituída por uma Lei Complementar, em 2004, mas a referida Lei não foi criada até 2012, mantendo os percentuais mínimos estabelecidos em 2004. Os Estados ficaram obrigados a aplicar, em saúde, 12% da sua arrecadação de impostos e os municípios 15%. A Lei Complementar criada em 2012, também manteve esses percentuais.

Nas gestões administrativas do presidente Luiz Inácio Lula da Silva eleito em 2002 e reeleito em 2006, foram aperfeiçoados alguns programas já existentes e outros foram criados. Entre as ações implementadas destacam-se: (i) Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), em 2003, para o atendimento pré-hospitalar móvel de vítimas em situação de emergência; (ii) Programa Farmácia Popular, em 2004, concedendo subsídios para que drogarias credenciadas vendam produtos farmacêuticos com até 90% de desconto; (iii) Política Nacional de Saúde Bucal (Programa Brasil Sorridente), em 2003; (iv) Unidades de Pronto-Atendimento (UPA) 24h, em 2008, em municípios com populações maiores que 100 mil habitantes; (v) Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), em 2008, agregando ao PSF profissionais como farmacêuticos, nutricionistas, assistentes sociais, fisioterapeutas,

psicólogos, terapeutas ocupacionais, professores de educação física, fonoaudiólogos, acupunturistas, homeopatas e médicos (BRASIL, 2008).

Outras ações se destacam na gestão Lula: (a) o Pacto pela Saúde, em 2006, um acordo no qual os gestores das três esferas de governo assumem compromissos mútuos sobre as metas e responsabilidades em saúde; (b) o Pacto pela Vida, que estabelece um conjunto de compromissos e metas sanitárias importantes; (c) o Pacto em Defesa do SUS, com estratégia de mobilização para obtenção de financiamento compatível com as necessidades de saúde, incluindo a regulação da EC nº 29; (d) o Pacto de Gestão do SUS, para o fortalecimento da cooperação entre os gestores, além de tratar das transferências de recursos federais para reduzir sua fragmentação e trazer maior autonomia; (e) o Programa Mais Saúde, uma espécie de “PAC da saúde”, com a proposta de aumentar os investimentos na saúde também deve ser ressaltado. De acordo com Menicucci (2011), com exceção do Pacto em Defesa do SUS, os demais foram cumpridos.

Na primeira gestão da presidente Dilma, uma das primeiras questões abordadas foi a desigualdade na distribuição de médicos no país. Por isto, criou, em 2011, o Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (Provab), para atrair médicos recém-formados a regiões carentes, em 2013, o Programa Mais Médicos, buscando fixar médicos, brasileiros ou estrangeiros, na rede pública de saúde em municípios do interior e nas periferias de grandes cidades (BRASIL, 2013). Quanto à forma de participação da União no financiamento do SUS continuou a mesma, não havendo crescimento nos recursos para garantir a universalidade da saúde. A crise econômica contribuiu para o enfraquecimento do financiamento da seguridade social e da saúde, principalmente (MENDES; FUNCIA, 2016).

Em 2015, as fontes de financiamento do SUS foram descaracterizadas pela Lei nº 13.097, que permitiu a entrada do capital estrangeiro na saúde. A aprovação da EC nº 86/2015, consolidou o subfinanciamento do SUS. Foi elaborada a PEC da DRU, mecanismo criado desde 1994, que permite a desvinculação de receitas do Orçamento da Seguridade Social (saúde, previdência e assistência social) para pagamento de juros da dívida, aprovada pelo Senado em 2016, prorrogando a DRU até 2023 e ampliando seu percentual de 20% para 30%. Os efeitos foram ruins para a seguridade social, com corte de recursos de R\$ 69,9 bilhões, em 2015 e corte de R\$ 10,0 bilhões para ações e serviços de saúde. Ao final de 2015, a presidente vetou a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), de 2016, Lei nº 13.242, de 30/12/2015, sendo que os pontos vetados buscavam preservar minimamente os recursos destinados ao SUS, em 2016 (MENDES; FUNCIA, 2016).

4.2 O Novo Regime Fiscal Na Gestão Temer e a EC 95/2016

Em geral, a política fiscal envolve a arrecadação de tributos e o controle de despesas do governo, com três funções principais: a) alocativa: fornecimento de bens públicos; b) distributiva: distribuição de renda de forma justa para a sociedade; c) estabilizadora: política econômica visando emprego, estabilidade de preços e crescimento econômico. Na gestão Temer, com o agravamento da crise econômica em 2015 e 2016, o discurso sobre austeridade fiscal voltou ao debate como o caminho possível promoção da recuperação econômica do país. Em outubro de 2016, o então ministro da Fazenda, Henrique Meirelles,

em seu pronunciamento sobre a situação econômica do país e o teto de gastos públicos, explicou:

[...] assumi o Ministério da Fazenda quando o Brasil enfrenta a pior recessão de sua história. Os gastos públicos foram elevados muito além da arrecadação nos últimos anos. Para você ter uma ideia, só neste ano o nosso déficit será de 170 bilhões de reais. Ou seja, esse é o tamanho do prejuízo que tivemos que assumir. E isso já vinha ocorrendo em anos anteriores. O governo vinha se endividando e pagando juros muito altos para poder financiar essa conta. A inflação saiu do controle e está acima dos limites aceitáveis. O clima de insegurança tomou conta da economia. Os investidores cancelaram seus projetos. Com isso, milhões de pessoas perderam seus empregos. Na sua casa todos sabem que não podem se endividar para gastar mais do que ganham, continuamente. Com o governo acontece a mesma coisa. Temos que sair da crise e reverter esse quadro de recessão e desemprego. É por isso que defendemos o equilíbrio das contas do país. O governo Temer enviou uma proposta para mudar a constituição e equilibrar o orçamento nos próximos anos. É necessário um prazo para ajustar as contas de forma gradual, sem retirar direitos, sem cortar o dinheiro dos projetos mais importantes, aqueles essenciais. Saúde e educação, por exemplo, serão preservados. Estamos criando mecanismos para garantir que essas áreas prioritárias não terão perdas. Com o controle dos gastos, o Brasil vai recuperar a credibilidade. A confiança de consumidores, investidores e empresários já está retornando. Já notamos os primeiros sinais dessa mudança. Confiamos que o Congresso aprovará essa medida que vai equilibrar as contas públicas. Este é o caminho para a volta do crescimento de nossa economia e para a criação de empregos que nosso povo precisa. O momento exige de todos nós dedicação e esforço para que o Brasil volte a crescer e gerar prosperidade. Não aceitamos mais inflação e desemprego. Porque os mais pobres é que pagam essa conta. Com a aprovação da proposta que equilibra as contas públicas vamos superar este momento e recolocar o Brasil no caminho da justiça social com desenvolvimento de verdade (MEIRELLES, 2016, p. 18).

Assim, no mesmo ano, o governo apresentou à Câmara dos Deputados a PEC 241/2016, chamada por governistas de PEC do Novo Regime Fiscal ou “PEC do teto de gastos” e pela oposição de “PEC da Morte”. A ideia era instituir um teto de gastos para diversas áreas do governo federal, para equilibrar as contas públicas a partir de 2017, com validade de 20 anos. As mudanças para a saúde e educação entrariam em vigor a partir de 2018. Esta PEC foi muito criticada por propor o congelamento do financiamento em setores importantes como a segurança, a saúde, a educação pública e outros gastos sociais. Em 05/10/16, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) manifestou-se contra a PEC por entender que a mesma sucatearia o SUS, prejudicando, em especial a população de baixa renda, sem condições de pagar planos de saúde privados (ABRASCO, 2016).

Apesar das fortes críticas, inclusive pela sua abrangência temporal, após articulação do governo, a PEC 241 foi aprovada pela Câmara dos Deputados, chegando ao Senado Federal renomeada de PEC 55, aprovada também neste Plenário e promulgada como Emenda Constitucional nº 95, em dezembro de 2016, com vigência a partir da sua data de publicação. A vitória do governo abriu espaço para a Reforma Trabalhista, aprovada em 2017.

Este Emenda Complementar institui o Novo Regime Fiscal no âmbito dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social da União, que vigorará por vinte exercícios financeiros, sendo que para 2017 os limites equivaliam: (i) à despesa primária paga no exercício de 2016, incluídos os restos a pagar e demais operações que afetam o resultado primário, corrigida

em 7,2%; (ii) à saúde, destinação de no mínimo 15% da Receita Corrente Líquida, isto é, o somatório arrecadado pelo governo deduzido das transferências obrigatórias previstas na Constituição; (iii) à educação, destinação de no mínimo 18% da receita de impostos do governo federal (critério anterior à EC 95) (BRASIL, 2016).

Para os exercícios posteriores, ao valor do limite referente ao exercício imediatamente anterior, corrigido pela variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), acumulado em doze meses encerrado em junho do exercício anterior à lei orçamentária (BRASIL, 2016).

Algumas despesas não estarão sujeitas ao teto. Por exemplo: transferências do Governo Federal aos municípios, gastos para realização de eleições, verbas para fundos ligados à educação básica, entre outras (BRASIL, 2016).

A lei orçamentária deverá prever limites, individualizados, para as despesas primárias dos três poderes: Executivo, Legislativo e Judiciário, do Ministério Público e da Defensoria Pública. Serão previstos limites por órgão dentro de cada Poder; se as despesas de uma área extrapolarem a inflação, outra terá que ser corrigida abaixo, como compensação. O órgão que desrespeitar o seu teto ficará proibido, no ano seguinte, de dar aumento salarial, contratar pessoal ou criar despesa, até que retorne ao limite previsto pelo teto (BRASIL, 2016). Como já mostrado, o financiamento da saúde pública no Brasil sempre foi questão complexa e que envolve muitos interesses. A implementação da EC 55 poderá dificultar ainda mais o processo de universalização da saúde no país e a população mais carentes será a grande prejudicada.

A Tabela 2 apresenta a despesa com ações e serviços públicos de saúde (ASPS) por esfera de governo no período de 2003-2017. A análise da despesa em % do PIB evidencia um maior crescimento na esfera municipal e estadual, respectivamente, 0,46 p.p. e 0,26 p.p., enquanto a esfera federal apresentou o menor crescimento das despesas com ações e serviços públicos de saúde, 0,17 p.p..

Tabela 2 – Despesa com ações e serviços públicos de saúde (ASPS) de 2003-2017

Ano	Federal		Estadual		Municipal		Total	
	por habitante (em R\$)	(% PIB)						
2003	336	1,58%	164	0,78%	170	0,80%	670	3,16%
2004	374	1,67%	197	0,88%	188	0,84%	759	3,39%
2005	393	1,71%	208	0,91%	214	0,93%	815	3,55%
2006	408	1,69%	230	0,95%	236	0,98%	875	3,62%
2007	424	1,63%	249	0,95%	253	0,97%	925	3,55%
2008	436	1,57%	277	1,00%	291	1,05%	1.004	3,61%
2009	493	1,75%	273	0,97%	292	1,04%	1.057	3,75%
2010	493	1,60%	297	0,96%	313	1,01%	1.103	3,57%
2011	535	1,65%	307	0,95%	340	1,05%	1.182	3,65%
2012	557	1,66%	312	0,93%	362	1,08%	1.230	3,67%
2013	539	1,56%	338	0,98%	389	1,12%	1.266	3,66%

Ano	Federal		Estadual		Municipal		Total	
	por habitante (em R\$)	(% PIB)						
2014	556	1,59%	347	0,99%	407	1,17%	1.310	3,75%
2015	553	1,68%	333	1,01%	397	1,20%	1.283	3,89%
2016	533	1,70%	318	1,01%	394	1,25%	1.245	3,96%
2017	552	1,75%	329	1,04%	397	1,26%	1.279	4,05%

Fonte: Piola, Benevides e Vieira (2018).

Nota: Os valores da despesa por habitante estão corrigidos para preços médios de 2017, conforme variação média anual do Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA).

Piola, Benevides e Vieira (2018) destacam o maior esforço dos municípios expresso na evolução dos gastos com ASPS, evidenciado na análise dos gastos por habitante, que revelam uma tendência contínua de crescimento, atingindo R\$ 397,00 em 2017, apresentando crescimento real no período analisado de 133,53%.

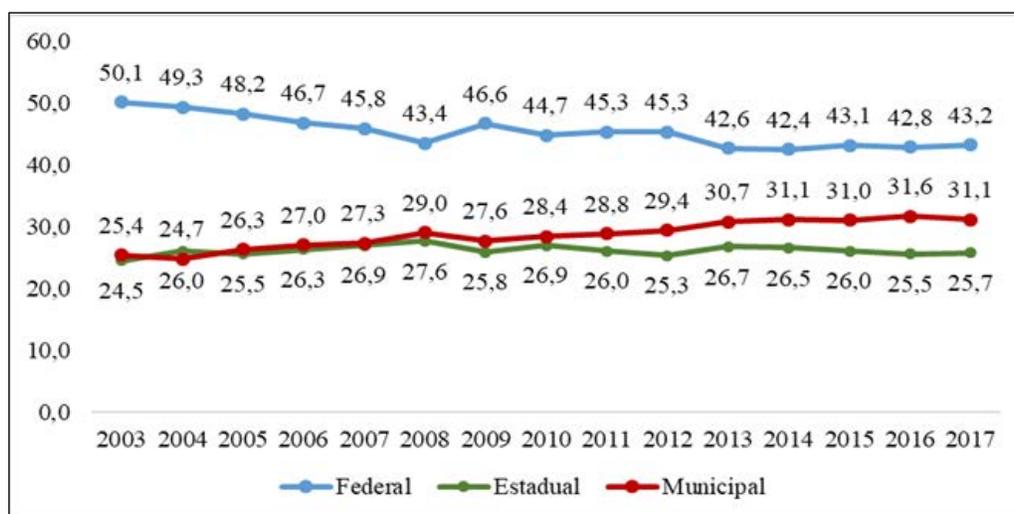
Na esfera federal o crescimento contínuo do gasto por habitante ocorreu até 2009, com retomada do crescimento em 2011 até 2012, quando atingiu R\$ 557,00. A partir de 2014 a tendência se reverte, atingindo em 2017 R\$ 552,00, entretanto, no período analisado houve crescimento real de 64,29%, abaixo do crescimento real total, que correspondeu a 90,90%.

Na esfera estadual, o comportamento foi semelhante ao da esfera federal, contudo evolução da primeira foi superior a segunda, pois o crescimento real do período foi de 100,61%. Até 2008 o gasto estadual apresentou contínuo crescimento, atingindo R\$ 277,00, todavia em 2009, 2015 e 2016 houve queda dos gastos por habitante, e em 2017 crescimento, atingindo R\$ 329,00 por habitante.

Essas proporções são baixas para atender as diversas demandas de saúde da população. Assim, sem aumento nos valores relativos ao financiamento da saúde, os problemas do setor se perpetuam ao longo do tempo, ficando, cada vez mais difícil, a garantia da universalização da saúde, como direito de todos, conforme prevê a Constituição Federal de 1988. Além disso, a relativa estabilidade dos gastos da União é consequência da EC nº 29/2000, cuja regra de correção do valor da despesa empenhada em ASPS, pela variação nominal do PIB, manteve a proporção do gasto federal em relação ao PIB (VIERIA; BENEVIDES, 2016).

A aplicação obrigatória de um percentual mínimo de 12% das receitas estaduais e 15% das receitas municipais também aumentou a participação de estados e principalmente de municípios no gasto total com saúde. O Gráfico 1 mostra a composição do gasto público em saúde por esfera de governo de 2003 a 2017, portanto, antes da aprovação da EC 55/16.

Gráfico 1 – Distribuição do gasto público com saúde por esfera de governo, 2003-2017



Fonte: Piola, Benevides e Vieira (2018).

Observa-se, por meio do Gráfico 1, que o gasto do Governo Federal com saúde apresentando uma queda no período analisado de 6,9 p.p.. A participação dos estados no total de gastos apresentou uma variação pequena no período, crescendo 1,2 p.p., já os municípios se descaram com a elevação de 5,7 p.p. na participação dos gastos totais com saúde no período analisado, passando de 25,4% em 2003 para 31,1% em 2017.

A Lei Orçamentária Anual fixa o patamar de gasto, conforme as receitas esperadas pelo governo ao longo de cada ano, para cada uma de suas áreas. A partir dos dados da Tabela 3 é possível observar que a participação da saúde no orçamento da União se reduziu de 6,54%, em 2013, ano que apresentou a maior participação, para 5,52%, em 2019. No período 2017-2019, a participação da saúde no Orçamento da União aumentou, o que pode ser explicado pela redução do tamanho total do Orçamento. No período 2017-2019, o crescimento anual médio das despesas autorizadas foi de R\$ 1,1 bilhão. Em comparação, no período 2012-2017, o crescimento anual médio das despesas autorizadas foi de R\$ 6,28 bilhões, o que demonstra o congelamento posterior dos recursos. Além disso, destaca-se o não cumprimento de toda a despesa autorizada, embora os dados indiquem um maior esforço neste sentido, especialmente em 2018.

Tabela 3 – Despesa Autorizada e Empenhada em Saúde, Participação no Orçamento Efetivo da União de 2012-2019

Ano	Autorizado/ Planejado (em R\$ bilhões)	Participação no Orçamento da União	Empenhado/ Comprometido (em R\$ bilhões)	Cumprimento sobre o Planejado
2012	89,0	5,91%	80,0	89,89%
2013	93,1	6,54%	85,5	91,84%
2014	100,3	6,15%	94,2	93,92%

Ano	Autorizado/ Planejado (em R\$ bilhões)	Participação no Orçamento da União	Empenhado/ Comprometido (em R\$ bilhões)	Cumprimento sobre o Planejado
2015	113,0	5,78%	102,3	90,53%
2016	112,3	5,63%	108,4	96,53%
2017	120,4	5,14%	117,6	97,67%
2018	121,9	5,48%	120,9	99,18%
2019	122,6	5,52%	32,1*	26,18%*

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados de Senado Federal (2019).

Nota: (*) Os valores empenhados, em 2019, correspondem ao período até 15 de março.

A Tabela 4 apresenta o gasto *per capita* em saúde de 2014, para alguns países selecionados. Chama a atenção o gasto do Brasil ser inferior ao gasto de 9 dos 10 países analisados, só não sendo menor que o gasto da Argentina. Nota-se que o gasto *per capita* brasileiro foi US\$ 474,00 menor que o uruguaio e US\$ 431,00 menor que o chileno. Países como Cuba, Reino Unido, França, Canadá e Suécia tem a saúde com sistema universal (NUNES, 2015).

Tabela 4 – Gasto *per capita* em saúde de 2014, países selecionados

País	Gasto	País	Gasto
Argentina	1.137	Reino Unido	3.377
Brasil	1.318	França	4.508
Chile	1.749	Canadá	4.641
Uruguai	1.792	Suécia	5.219
Cuba	2.475	EUA	9.403

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados de WHO (2017).

Nota: O dólar internacional utiliza uma base de paridade de poder de compra (PPC) para estimar o mesmo poder aquisitivo de um dólar americano nos Estados Unidos, permitindo comparações entre os diferentes países.

A redução dos investimentos públicos na área da saúde impacta na economia, não somente, em virtude da precarização do atendimento da população e do não cumprimento da universalidade garantida por lei, mas em razão do efeito multiplicador dos investimentos/gastos públicos. Abrahão, Mostafa e Herculano (2011) afirmam que o gasto público em saúde tem importante papel como propulsor do crescimento econômico no Brasil, apresentando efeitos multiplicadores sobre o PIB de R\$ 1,70 e sobre a renda das famílias de R\$ 1,44, para cada R\$ 1,00 investido em saúde.

Na avaliação de Vieira e Benevides (2016), esse congelamento de gastos pressupõe que as despesas públicas com saúde encontram-se em níveis adequados e que a melhoria dos serviços de saúde decorreriam da melhor aplicação dos mesmos. Além disso não ser verdade, como os dados da comparação internacional, abordados pela Tabela 4, sugeriram, tal congelamento deteriora ainda mais a situação do SUS, uma vez que no período de 20 anos o crescimento e o envelhecimento da população pressionarão a demanda destes serviços e elevarão seus custos. Sem a contrapartida de aumento da disponibilização de recursos,

haverá crescimento da desigualdade social e não atendimento dos direitos constitucionais de acesso à saúde pública.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A criação do SUS representa avanço, significativo, no acesso à saúde de grande parte da população brasileira que, com rendimento baixo, não possui recurso para pagar planos de saúde privados. O problema é que o SUS tem dificuldades financeiras para colocar em prática, de fato, as suas diretrizes previstas na CF/88. Um dos aspectos mais afetados é a sua gestão. Com novo regime fiscal e a aprovação da EC 55/16, a situação tende a se agravar. Uma vez que o congelamento dos gastos por 20 anos, mesmo se partisse de um ponto de financiamento adequado, o que não é o caso brasileiro, como sugere a análise das comparações internacionais, ainda haveria a impossibilidade do atendimento do princípio de universalização da saúde, em razão do crescimento e envelhecimento populacional que ocorreria neste período elevando os custos do SUS, sem contrapartida de aumento das receitas. Assim, para a saúde pública, a EC55/16 representa o afastamento das diversas conquistas obtidas por meio do movimento de Reforma Sanitária Brasileira (RSB) que resultou na implementação do SUS.

Como foi demonstrado ao longo do artigo, as medidas de austeridade adotadas pelo governo apresentam três problemas principais: (i) impedimento ao crescimento econômico e atuação anticíclica do Estado; (ii) sucateamento dos serviços sociais, em especial educação e saúde; (iii) supressão do poder da sociedade para moldar o tamanho do Orçamento Público, conforme seus interesses e necessidades.

O SUS está em aperfeiçoamento e adaptação, desde sua origem no movimento de RSB, mas será afetado diretamente pelo congelamento dos gastos previstos na EC55/16. Assim, embora o SUS seja positivo, importante e inovador em diversos aspectos, também, vem padecendo por problemas de financiamento, gestão e ineficiências que precisam ser reavaliadas e sanadas ao longo do tempo, para que se alcance seu objetivo constitucional.

Essa discussão sobre o direito universal à saúde partiu da sociedade, e na falta de diálogo com o governo, a luta por melhorias no SUS deve continuar sendo feita pela população. Não se pode partir do pressuposto de que os recursos públicos para a saúde já estão em níveis adequados para a garantia do acesso aos bens e serviços de saúde e que problema seja apenas gestão. O que se espera é que a universalização da saúde no Brasil saia, de fato, do papel, e se torne uma realidade para todos os brasileiros, em especial, às pessoas que não tem acesso aos bônus da riqueza do país.

REFERÊNCIAS

ABRASCO. **Carta Aberta – Contra a PEC 241**: em defesa do SUS, dos direitos sociais e da democracia. Rio de Janeiro, 5 out. 2016. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/institucional/carta-aberta-abrasco-contra-a-pec-241-em-defesa-do-sus-dos-direitos-sociais-e-da-democracia/20711/>>. Acesso em: 31 out. 2017.

ABRAHÃO, J.; MOSTAFA, J.; HERCULANO, P. Gastos com a política social: alavanca para o crescimento com distribuição de renda. **Comunicados do Ipea**. N. 75. Brasília: IPEA, 2011.

BRASIL. GOVERNO FEDERAL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/ConstituicaoCompilado.htm>. Acesso em: 8 jan. 2017.

_____. Emenda Constitucional nº 12, de 15 de agosto de 1996. Outorga competência à União, para instituir contribuição provisória sobre movimentação ou transmissão de valores e de créditos e direitos de natureza financeira. **Diário Oficial da União**, de 16 de agosto de 1996. Brasília, 1996.

_____. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. **Diário Oficial da União**, de 14 de setembro de 2000. Brasília, 2000.

_____. Emenda Constitucional nº 37, de 12 de junho de 2002. Altera os arts. 100 e 156 da Constituição Federal e acrescenta os arts. 84, 85, 86, 87 e 88 ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. **Diário Oficial da União**, de 13 de junho de 2002. Brasília, 2002.

_____. 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. **Diário Oficial da União**, de 18 de março de 2015. Brasília, 2015.

_____. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, de 16 de dezembro de 2016. Brasília, 2016.

_____. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. **Diário Oficial da União**, de 04 de junho de 1998. Brasília, 1998.

_____. Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, de 27 de janeiro de 1999. Brasília, 1999.

CAMPELLI, M. G. R.; CALVO, M. C. M. O cumprimento da Emenda Constitucional nº. 29 no Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 1613-1623, jul. 2007.

COSTA, N. R. **Lutas urbanas e controle sanitário**: origens das políticas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Vozes, 1985.

FALEIROS, V. P. et al. (Orgs.). **A construção do SUS**: histórias da reforma sanitária e do processo participativo. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

GIOVANELLA, L. “Austeridade” no Serviço Nacional de Saúde inglês: fragmentação e mercantilização – um exemplo para não seguir. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 32, n. 7, jul. 2016.

HOCHMAN, G. **A era do saneamento**: as bases da política de saúde pública no Brasil. São Paulo: Hucitec, 1998.

LIMA, A. L. G. S.; PINTO, M. M. S. Fontes para a história dos 50 anos do Ministério da Saúde. **História, Ciências, Saúde**. Mangueiras, v. 10, n. 3, p. 1037-1051, set./dez. 2003.

MARQUES, R. M; MENDES, A. Os dilemas do financiamento do SUS no interior da seguridade social. **Economia e Sociedade**, v.14, n. 1 (24), p. 159-175, jan/jun, 2005.

MEIRELLES, H. **Pronunciamento sobre o teto de gastos públicos em 06/10/16**. Vídeo. 3’19”. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/economia-e-emprego/2016/10/natv-henrique-meirelles-explica-necessidade-do-teto-dos-gastos-publicos>. Acesso em: 31 out. 2017.

MENDES, A.; FUNCIA, R. O SUS e seu financiamento. In: MARQUES, R. M., PIOLA, S. F., ROA, C (Orgs.). **Sistema de saúde no Brasil**: organização e financiamento. v. 1. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Economia da Saúde/Brasília, 2016. p. 139-168.

MENICUCCI, T. M. G. A política de saúde no governo Lula. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 2, p. 522-532, jun. 2011.

NISHIJIMA, M; CYRILLO, D. C; BIASOTO JUNIOR, G. Análise econômica da interação entre infraestrutura da saúde pública e privada no Brasil. **Economia e Sociedade**. Campinas, v. 19, n. 3 (40), p. 589-6111, dez. 2010.

NUNES, E. **Principais sistemas de saúde no mundo**. Rets/Fiocruz, 2015. Disponível em: www.rets.epsjv.fiocruz.br. Acesso em 14 mar 2019.

NUNES, A. As teorias de justiça e a equidade no Sistema Único de Saúde no Brasil. In: IPEA. **Planejamento e Políticas Públicas**. Brasília, n. 37, p. 09-38, jul./dez. 2011.

PAIM, J. et al. **O sistema de saúde brasileiro**: história, avanços e desafios. The Lancet: London, 2011. Disponível em: http://actbr.org.br/uploads/conteudo/925_brazil1.pdf. Acesso em: 25 jul. 2017.

PAIM, J. **Reforma Sanitária Brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: Edufba; 2008, Rio de Janeiro: Fiocruz; 2015.

PIOLA, S. F.; BENEVIDES, R. P. S.; VIEIRA, F. S. **Consolidação do gasto com ações e serviços públicos de saúde: trajetória e percalços no período de 2003 a 2017**. Texto para Discussão n. 2439. Rio de Janeiro: IPEA, 2018.

SANTOS, L.A. C.; FARIA, L. O ensino da saúde pública no Brasil: os primeiros tempos no Rio de Janeiro. **Trabalho, educação e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. v. 4, n. 2, p. 291-324, set. 2006.

SANTOS, W. G. **O ex-leviatã brasileiro**: do voto disperso ao clientelismo concentrado. Rio de Janeiro: Record, 2005.

SENADO FEDERAL. **SIGA Brasil**. Portal do Orçamento. Paineis Cidadão. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/orcamento/sigabrasil>. Acesso em: 17 mar. 2019.

VIEIRA, F. S.; BENEVIDES, R. P. S. Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil. **Nota Técnica do Ipea**, n. 28. Brasília: IPEA, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Constitution of the World Health Organization**. New York: World Health Organization, 1946. Disponível em: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf. Acesso em: 31 out. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Countries**. Disponível em: <http://www.who.int/countries/en/>. Acesso em: 31 out. 2017.