PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

Faculdade de Economia, Administração, Contábeis e Atuariais

PUC-SP

Introdução à Gestão e Financiamento do SUS: O histórico brasileiro e o caso de São Paulo

José Guilherme Shiraishi Abrão - RA00184126

Orientadora: Prof. Dra. Mariana Ribeiro Jansen Ferreira

São Paulo - SP

Maio / 2023

José Guilherme Shiraishi Abrão

Introdução à Gestão e Financiamento do SUS:

O histórico brasileiro e o caso de São Paulo

Monografia apresentada à banca examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de BACHAREL em **Ciências Econômicas**, sob a orientação do(a) prof.(a), dr.(a) - **Mariana Ribeiro Jansen Ferreira**.

São Paulo

2023

Banca Examinadora

_____

_____

_____

_____

_____

À comunidade da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo pelo apoio permanente.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha mãe, que desde o começo da minha formação me deu todo o apoio que precisei para fazer este curso, sem ela não teria chegado até aqui.

Agradeço a Prof. Dra. Regina Maria d'Aquino Fonseca Gadelha, que me introduziu ao meio acadêmico por meio de uma iniciação cientifica, na qual me ensinou sobre trabalhos acadêmicos e como faze-los.

Agradeço a minha orientadora Prof. Dra. Mariana Ribeiro Jansen Ferreira, que me instruiu durante está monografia, na qual não teria sido possível redigi-la de forma tão concreta e concisa, tanto nos conteúdos e na sua forma.

E a toda a comunidade da PUC-SP.

É muito melhor lançar-se em busca de conquistas grandiosas, mesmo expondo-se ao fracasso, do que alinhar-se com os pobres de espírito, que nem gozam muito nem sofrem muito, porque vivem numa penumbra cinzenta, onde não conhecem nem vitória, nem derrota. (Theodore Roosevelt)

RESUMO

ABRÃO, José Guilherme Shiraishi. **Título de obra**: Introdução à Gestão e Financiamento do SUS: O histórico brasileiro e o caso de São Paulo

Esta monografia, sob a perspectiva de um economista, aborda o Sistema Único de Saúde (SUS) em três capítulos distintos. No Capítulo 1, baseado nos estudos de Alemão (2017), Braga (1978), Dos Santos (2018) e Falcão (2020), é discutido o histórico pré-SUS, destacando-se a sua origem como uma resposta à necessidade de universalizar o acesso à saúde e garantir o direito à saúde para todos os cidadãos. No Capítulo 2, com base nas obras de Piola (2023), Mendes e Maques (2009), Mendes e Carnut (2018), e Lucchese (2023), são analisadas as problemáticas do financiamento e gestão do SUS, ressaltando-se a insuficiência de recursos, a dependência de fontes incertas e a necessidade de maior eficiência na gestão. Por fim, no Capítulo 3, com base nos estudos de Duarte (2016, 2018) e Mendes (2005), é examinado o SUS no Estado de São Paulo, abordando seu histórico, o modelo de financiamento e as problemáticas específicas enfrentadas nessa região, como o financiamento insuficiente e a necessidade de aprimorar a gestão dos recursos disponíveis.

Essa monografia demonstra a importância de uma abordagem econômica para compreender e buscar soluções que fortaleçam o SUS em suas diferentes dimensões, visando garantir a sustentabilidade e efetividade do sistema de saúde brasileiro.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde; Financiamento; Gestão; Problemáticas do SUS; Gasto em Saúde

ABSTRACT

ABRÃO, José Guilherme Shiraishi. **Título de obra**: Introdução à Gestão e Financiamento do SUS: O histórico brasileiro e o caso de São Paulo

This thesis, from the perspective of an economist, addresses the Brazilian Unified Health System (SUS) in three distinct chapters. In Chapter 1, drawing from the works of Alemão (2017), Braga (1978), Dos Santos (2018) and Falcão (2020), the pre-SUS history is discussed, highlighting its origins as a response to the need for universal access to healthcare and the guarantee of the right to health for all citizens. Chapter 2, based on the writings of Piola (2023), Mendes and Maques (2009), Mendes and Carnut (2018), and Lucchese (2023), examines the challenges of financing and managing the SUS, emphasizing insufficient resources, dependence on uncertain funding sources, and the necessity for improved efficiency in management. Finally, Chapter 3, utilizing the studies of Duarte (2016, 2018) and Mendes (2005), explores the SUS in the state of São Paulo, covering its historical context, financing model, and specific issues faced in the region, such as inadequate funding and the need to enhance resource management.

This thesis underscores the importance of an economic perspective to comprehend and seek solutions that strengthen the SUS across its various dimensions, aiming to ensure the sustainability and effectiveness of the Brazilian healthcare system.

Keywords: Sistema Único de Saúde; Financing; Management; SUS Problems; Health Spending

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 – Modelo da pirâmide hierarquização e regionalização do SUS.....22

FIGURA 2 – Representação dos blocos de financiamento de fonte federal do SUS com base na Portaria 204/2008.....27

FIGURA 3: Modelo de funcionamento de Gestão do SUS.....41

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1: Gasto Federal em Saúde.....33

GRÁFICO 2: Gasto Estadual em Saúde.....33

GRÁFICO 3: Gasto Municipal em Saúde.....34

GRÁFICO 4 – Distribuição das transferências do FNS para os FMS por blocos de financiamento – Estado de São Paulo (2009-14) 46

GRÁFICO 5 – Participação da Receita Própria Estadual Aplicada em Saúde.....47

GRÁFICO 6 – Gasto por habitante Estadual e Total.....48

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Responsabilidades legais dos entes federativos - lei 8080 de 1990.....20
QUADRO 2 - Representação dos mecanismos de pagamento no Brasil -1973/2013.....30

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Gasto com ASPS no numerador da CTB (nCTB), na RCB e na RCB-TAPS (RCB descontadas as transferências de assistência e previdência e subsídios) (2002-2011) 35
TABELA 2 – Valor líquido das transferências do FNS para os FMS segundo bloco de financiamento – Estado de São Paulo (2009-14) 46

TABELA 3 –Gasto por habitante em São Paulo sobre o Total gasto no estado.....47

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS)

Atos das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT)

Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

Carga Tributária Bruta (CTB)

Constituição Federal de 1988 (CF/88)

Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF)

Contribuição Social para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins)

Contribuição sobre Lucro Líquido (CSLL)

Desvinculação das Receitas da União (DRU)

Direções Regionais de Saúde (DIR)

Emenda Constitucional (EC)

Escritório Regional de Saúde (Ersas)

Fundo de Desenvolvimento Social (Finsocial)

Fundo Nacional de Saúde (FNS)

Fundos Municipais de Saúde (FMS)

Imposto Provisório sobre Movimentação Financeira (IPMF)

Imposto sobre a Renda da Pessoa Jurídica (IRPJ)

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)

Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA)

Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO)

Lei Orçamentária Anual (LOA)

Ministério da Saúde (MS)

Orçamento da Seguridade Social (OSS)

Plano Plurianual (PPA)

Produto Interno Bruto (PIB)

Programação Anual de Saúde (PAS)

Relatório Anual de Gestão (RAG)

Receita Corrente Bruta (RCB)

Receita Corrente Líquida (RCL)

Secretaria de Estado da Saúde (SES)

Sistema Único de Saúde (SUS)

Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS)

Sistema de Informação Hospitalar (SIH)

Sistema Unificado de Descentralização da Saúde (SUDS)

Sumário

Introdução 16
CAPÍTULO 1: Formação do SUS: origem e características centrais 17
1.1 Origem do Sistema Único de Saúde – SUS 17
1.3 Financiamento no SUS 23
1.4 Distribuição de Recursos 25
1.5 Mecanismos de pagamento no SUS 28
Capítulo 2 – As problemáticas do Financiamento e Gestão do SUS 31
2.1 Financiamento do SUS 31
2.1.1 Financiamento SUS após a CF/88 31
2.1.2 Financiamento após EC-29/2000 32
2.1.3 Problemática do Financiamento de Saúde 36
2.2 Gestão do SUS 38
2.2.1 Análise do Planejamento e Gestão do SUS 38
2.2.2 Problemáticas da gestão do SUS 40
3. O SUS no Estado de São Paulo 43
3.1 Histórico do SUS em São Paulo 43
3.2 Financiamento do SUS no Estado de São Paulo 45
3.3 Problemáticas do SUS paulista 48
Considerações finais 49
BIBLIOGRAFIA 54

Introdução

O financiamento de saúde não é tão amplamente abordado pelos economistas do Brasil, mas é de extrema importância para um país, e na sua estruturação gestão. Antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), se via uma situação desorganizada e pouco acessível a população, sendo na Constituição Federal de 1988 (CF/88) que foi criado o Sistema Único de Saúde, que visou democratizar a saúde.

O objetivo desta monografia é analisar o histórico do sistema de público saúde brasileiro e como se desenvolveu no decorrer do tempo, no período que antecedeu o SUS e após sua criação, e os problemas com o financiamento que surgiram com o seu desenvolvimento, observando o caso brasileiro e o caso do Estado de São Paulo, analisando dados disponibilizados na internet e artigos sobre tal assunto de diversos autores.

No primeiro capítulo dessa monografia é apresentado um estudo sobre a formatação do que iria ser o SUS, suas bases e como acontecia antes de sua implementação na CF/88. No segundo capítulo prioriza-se a apresentação mais detalhada dos mecanismos de financiamento e gestão do sistema, com análise de suas dificuldades e limitações.

No terceiro capítulo está o recorte do Estado de São Paulo, demonstrando o gasto do estado e do munícipio de São Paulo, analisando as especificidades do sistema e, de forma mais recente, os efeitos da pandemia da Covid-19.

CAPÍTULO 1: Formação do SUS: origem e características centrais

O capítulo 1 tem como objetivo fornecer uma visão geral sobre o SUS, desde os seus precedentes, até sua criação, e as características gerais do funcionamento de seus mecanismos de gestão e financiamento.

1.1 Origem do Sistema Único de Saúde – SUS

A saúde surge como uma questão social no Brasil, no cenário em que a economia do país era centrada na produção e exportação cafeeira. A exportação cafeeira trouxe uma dinâmica no país, com um movimento dominado pelo capital comercial, desdobrando a economia em núcleos produtivos acoplando um segmento urbano que abriga o conjunto das atividades financeiras, comercialização, transportes, administração e industrias. Com isso, surge problemas relacionados à saúde, tanto na área urbana quanto na rural, como as endemias e desafios relacionados à falta de saneamento básico, dadas as condições do mercado de trabalho e do processo de trabalho que ocorre a nível das empresas agrícolas ou urbano-industriais. (BRAGA, 1978)

Uma política nacional com foco na saúde emerge entre os anos de 1930 e 1966, instalando-se aparelhos necessários à sua efetivação. Nesse contexto, o Brasil estava em um processo de industrialização, porém limitado em decorrência da insuficiência de mão de obra capacitada e de financiamento do próprio capital industrial. Com isso, reforça-se o agravamento das condições de saúde decorrentes desse processo. Assim, o setor de saúde se organiza, basicamente, em dois subsetores: o da saúde pública e o de medicina previdenciária. O setor de saúde pública foi o dominante até os meados de 1960, e seus traços fundamentais são usados até o momento, o setor de medicina previdenciária se amplificou a partir de 1950, começando a ser o predominante somente a partir de 1960. (idem, 1978)

Durante a década de 1970, houve uma política deliberada de massiva migração populacional para as cidades de grande e médio porte, devido a busca de mão de obra por parte das empresas e do próprio estado. No entanto, sem projetos de efetiva reorganização urbana, isso contribuiu para que parte significativa dessa população migrasse para condições inadequadas de moradia e saneamento. Isso causa uma intensificação da concentração de renda, o empobrecimento da população assim como a ampliação da tensão social. Como resposta a esse fenômeno, o governo concentrou se concentrou nas

prefeituras municipais, fazendo com que houvesse uma elevação de ofertas de serviços sociais básicos, ainda que mínimos e precários. (DOS SANTOS, 2018)

Nos anos de 1960 e 1970, o sistema de saúde era fortemente excludente e segmentado, com boa parte da população sem ter como utilizar desse recurso. Os poucos recursos que eram destinados para a saúde estavam centralizados no ministério da saúde que se responsabilizava pelas práticas de saúde pelo Brasil. (PIOLA et al., 2013). Ao fim de 1970, dezenas de municípios tinham Unidades Básicas em seus territórios, e acumulavam experiências de atenção integral universal e equitativa (essas experiências de princípios da universalidade, integralidade e igualdade, foram colocadas na CF/88). (DOS SANTOS, 2018).

Assim, antes da criação do Sistema Único de Saúde, funcionava um sistema triplo de atendimento para a saúde, sendo compostos pelas Santas Casas, Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e o Ministério da saúde. O atendimento era basicamente feito pelas Santas Casas, nas quais se fazia o atendimento de indigentes, possuindo poucos hospitais públicos, nos institutos o atendimento era restrito aos servidores empregados. (ALEMÃO, 2017)

> Com o SUS, obrigado em Lei, incluía-se no sistema público de saúde, nessa década, a metade da população antes excluída de qualquer sistema de saúde. Levantamento realizado sobre o período de 1990 a 2005 mostrou que os municípios passaram a ser responsáveis por 93% dos novos estabelecimentos e 69% dos trabalhadores públicos de saúde no país. Elevou-se a porcentagem média dos impostos municipais destinada à saúde, chegando a 14,4% em 2000 e 23,3% em 2015. E os municípios no contexto interfederativo vêm sendo a esfera de governo da saúde, que rompe com a cultura política antipública e antissocial de tratar o limite mínimo legal do investimento financeiro estipulado na EC-29, como teto. (DOS SANTOS, 2018)

Já o Ministério da Saúde se responsabilizava pela vigilância à saúde, pelo controle de doenças transmissíveis e vigilância sanitária, e até o 1988, o ministério participava com 20% dos recursos federais destinados ao financiamento da saúde no País.

O INAMPS era ligado ao Ministério da Previdência e assistência Social, e fornecia atendimento com uma ressalva, atendia apenas a população que trabalhava em empregos formais e contribuíam com a Previdência Social. Participava com 80% dos recursos destinados ao financiamento da saúde no país, sendo que em 1990 era 3,5 vezes maior que o orçamento total do Ministério da Saúde, evidenciando que havia uma forte

dependência do sistema de saúde dos recursos oriundos do INAMPS, consequentemente, do ministério da previdência e assistência social. (ALEMÃO, 2017)

Em 1988, com a promulgação da atual Constituição, o acesso à saúde passou a ser um direito social, sendo a lei 8.080/1990, que instaurou o SUS, tendo como principais princípios e diretrizes a universalidade de acesso em todos os níveis de assistência à saúde; igualdade na assistência, sem preconceitos e privilégio de qualquer gênero; integralidade a assistência; participação da comunidade; e descentralização político-administrativa. A lei 8.142 de 1990, dispôs sobre a participação da comunidade na gestão do SUS prevendo as Conferências e os conselhos de saúde, ratificando a defesa de participação social proposta pela Reforma Sanitária. (VIAVACA et al, 2018).

1.2 A gestão do SUS

O SUS foi promulgado na CF/88, sendo firmado na lei Nº 8080 de 19 de setembro de 1990. Na CF/88, foi conferido no Capitulo 2 seção 1 art. 194 até o art. 195 que compete ao poder público, nos termos de lei, organizar a seguridade social, garantindo o atendimento a todos os públicos, tendo como financiador a sociedade, de forma direta e indireta (tributos vindos de empregadores, folha de salários, receita ou faturamento, lucro, entre outros), provenientes dos orçamentos da União, Estados, Distrito Federal e Municípios. A partir da Seção 2 se dá foco na saúde, do art. 196 ao art. 200, começando que a saúde é direito de todos e dever do Estado, que garantirá por políticas sociais e econômicas maneiras para redução do risco de doenças, e o acesso igualitário. No art. 198 se encontra a referência à descentralização, ou melhor dizendo, a regionalização dos serviços públicos de saúde. Compete ao SUS todos os controles, execuções e fiscalizações, tanto de produtos de interesses para saúde quanto de ações de vigilância sanitária e epidemiológica. (BRASIL. 1988)

No entanto, somente na Lei 8080 de 1990 o SUS foi efetivamente institucionalizado, organizado, objetivado e regulamentando, em todo território nacional, em termos de ações e serviços de saúde, conforme premissas da CF/88 sobre universalidade do atendimento e garantia de atendimento. A lei explicitou as premissas administrativas da União, dos Estados e dos Municípios:

Quadro 1: Responsabilidades legais dos entes federativos - lei 8080 de 1990

União	• Coube formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição; • participar da formulação e implementação das políticas; • definir e coordenar os sistemas; • formular políticas de saneamento básico; • definir normas e mecanismos de controle; • coordenar e participar na execução das ações de vigilância epidemiológica; elaborar normas e critérios de qualidade; fiscalização de produtos; • dentre outros.
Estados	• Coordenar a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde; • acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do SUS; • prestar apoio técnico e financeiro aos municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde; • em caráter complementar, coordenar e executar ações e serviços; • participação junto aos órgãos o controle de agravos do meio ambiente que possam ter repercussão na saúde humana; • participar da elaboração de políticas juntamente aos órgãos públicos.
Municípios	• Coube todo o planejamento, organização, controle e avaliação das ações e dos serviços de saúde; • gerir e executar os serviços públicos de saúde, tendo que planejar, programar e organizar a rede regional e hierarquizada do SUS; • juntamente com a direção estadual, o controle das ações referentes aos ambientes de trabalho, a execução de serviços (vigilância sanitária e epidemiológica, saneamento básico, etc); • gestão das ferramentas públicas de saúde (laboratórios, hemocentros, insumos e equipamentos).
SUS	• suas funções devidas e sua competência para com a sociedade, atenção aos indígenas, casos domiciliares.

Fonte: BRASIL 1990. Elaboração feita pelo autor.

A fim de detalhar como a gestão do SUS, inicialmente citamos Márcia Mascarenhas Alemão (2017):

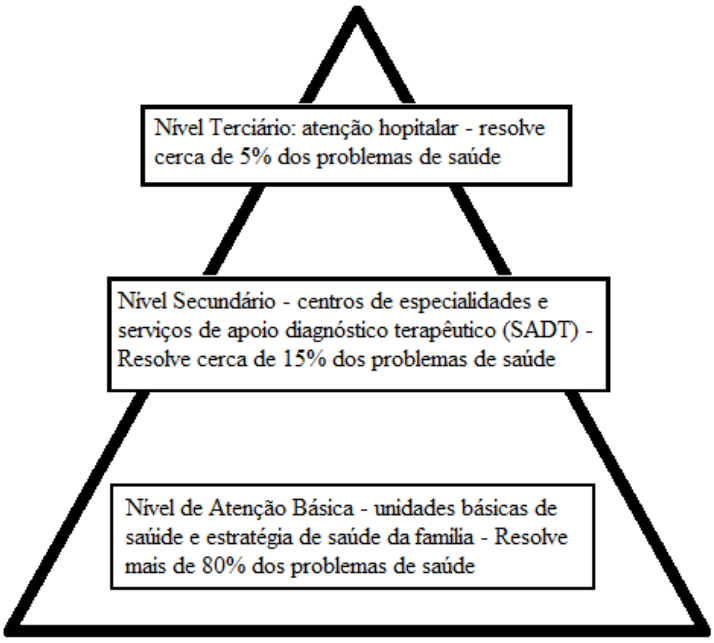
> Os modelos de atenção à saúde estabelecem a forma de organização das unidades prestadoras de serviços, incluindo os prestadores de serviços, as redes e os sistemas. Podem também ser compreendidos como forma de organizar a prestação de serviços, qualquer quase já ela: atendimento de demanda espontânea, oferta organizada de ações programáticas, vigilância das saúdes (de acordo com o território, as condições e o modo de vida) e integralidade. (p. 79),

O modelo do SUS pressupõe a constituição de uma rede de serviços organizada de forma regionalizada e hierarquizada, que conheça os problemas de saúde da população local. Isso favorece a realização de ações de vigilância epidemiológica e sanitários, controle de vetores e a educação em saúde, além do acesso a serviços com maior nível de complexidade, como ambulatorial e hospitalar (SOLLA; CHIORO, 2008). Os modelos de atenção refletem combinações tecnológicas dispostas nos meios de trabalho, sendo elas que orientam e organizam os meios de trabalho utilizados nas práticas de saúde (PAIM, 2008 apud ALEMÃO, 2017. p.79)

Alemão (2017) mostra o modelo de atenção mais difundido no SUS, que é um modelo hierarquizado que divide a atenção em três níveis: O primeiro é a atenção primária ou atenção básica, se referendo à atenção ambulatórias de primeiro contato e está direcionada a cobrir as afecções e condições mais comuns, bem como a resolver a maioria dos problemas de saúde de uma população (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008 apud ALEMÃO 2017).

O segundo é a atenção secundária ou atenção nível secundário, se referindo a ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população cuja complexidade de assistência, na prática clínica, demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para apoio diagnóstico e tratamento. Por último, a atenção terciária ou alta complexidade, se referindo pelos procedimentos que, no contexto do SUS, abrangem alta tecnologia e alto custo (BRASIL, 2011)

FIGURA 1 – Modelo da pirâmide hierarquização e regionalização do SUS.



Fonte: Alemão (2017, p. 80).

Na prática, apesar do desenho do SUS pressupor a centralidade da atenção básica, conforme explicitado na própria hierarquia desenha na Figura 1, o Brasil funciona com um modelo de hospitalocêntrico, imperando práticas hospitalares e curativas, em detrimento de práticas extra-hospitalares, especialmente do que tange a atenção básica, tanto nas preventivas, quanto nas curativas. Assim, o atendimento hospitalar ocupa papel-chave na prestação de serviços (ALEMÃO, 2017)

Mediante a criação de Pactos federativos, definiu-se a transferência da serviços, poderes, responsabilidades e recursos da esfera federal para a estadual e a municipal. Cabe destacar o Pacto de Gestão de 2006 (Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006), que estabeleceu as responsabilidades dos entes federados de forma a reduzir competências concorrentes e ampliar a gestão compartilhada e solidária do SUS. Avançou também na regionalização e na descentralização do SUS a partir da unidade de princípios e da diversidade operativa que respeita as particularidades de cada região. (idem, idem, 2017)

> Além disso, promoveu inovações nos processos e instrumentos de gestão na busca por maior eficiência e qualidade das respostas do SUS, estabelecendo as diretrizes para a gestão do SUS, com

> ênfase em descentralização, regionalização, financiamento, programação pactuada e integrada, regulação, participação e controle social, planejamento, gestão do trabalho e educação na saúde. Entre as principais prioridades estão o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão do SUS (ALEMÃO, 2017, p. 92).

1.3 Financiamento no SUS

A Lei 8.080/90 regulamentou o SUS com comando único em cada esfera do governo e define o ministério da Saúde como gestor no âmbito da União (BRASIL, 1990a). Por sua vez, a lei 8.142/90 dispôs sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, mas também sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, fazendo referência à obrigatoriedade da contrapartida de cada esfera do governo como condição para o recebimento dos recursos federais por parte dos estados e municípios (BRASIL, 1990)

O sistema de saúde brasileiro adotou uma forma mista de alocação aos municípios, no qual parte do orçamento é transferido para eles principalmente por repasses diretos ao Fundo Municipal de Saúde e outra parte paga diretamente para os estabelecimentos prestadores de serviços. Esse pagamento é conforme a produção e obedecendo aos valores da tabela padronizada de procedimentos do SUS. Ainda há uma outra fonte que é realizada por via direto do município, de um percentual mínimo de seus recursos próprios. Tal sistema de financiamento está em vigor, de acordo com o art. 198 da CF de 88, nas leis nº 8080/1990 e 141/2012, decreto nº 7508/2011, nas Normas de Operacionalização de Assistência à Saúde – Noas n^{os} 01/1996 e 01/2002. (SOARES et al, 2016)

Na CF de 1988, os recursos para o financiamento da seguridade social seriam repartidos entre a previdência, assistência social e a saúde; no caso a saúde, conforme o Artigo 55 do Ato das Disposições Constitucionais transitórias (ADCT), haveria uma vinculação de 30% dos recursos do orçamento do Orçamento da Seguridade Social (OSS), excluído o seguro-desemprego, dentro do aspecto do governo federal. Esse sistema deveria ter validade até que fosse aprovada a primeira Lei de Diretrizes Orçamentarias (LDO), que definiria, todos os anos, o percentual a ser destinado à saúde. (FALCÃO, 2020).

As fontes de recursos destinados à saúde agora não se restringem apenas à folha de pagamento, mas também ao faturamento empresarial. Isso se deve à incorporação e ao aumento da alíquota do Fundo de Desenvolvimento Social (Finsocial), que foi transformado em 1989 em Contribuição Social para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins). Além disso, as fontes de recursos agora também incluem o lucro líquido das empresas, graças à criação da Contribuição sobre o Lucro Líquido das Empresas (CSLL). (DE FRANÇA; COSTA, 2008)

Em 1993 foi instituído a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF)/Imposto Provisório sobre Movimentação Financeira (IPMF), e em 1996 foi adaptada para que fosse destinado os recursos arrecadados para a saúde, levando em conta quatro objetivos: 1. erradicação da dengue; 2. Redução da incidência de malária para 100.000 casos por ano; 3. Redução pela metade na taxa de mortalidade infantil; 4. elevação do valor pago pelo SUS por consulta ambulatorial. No entanto, nenhuma dessas metas foi cumprida até 1999, mesmo arrecadando cerca de 121 bilhões para a saúde de 1997 até 1999 (DE MARTINI, 1999)

Em 1994, com o decreto presidencial nº 1.232/94, foi regulado os repasses do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal: "*Estes repasses estão vinculados à existência de fundos de saúde e à apresentação de plano de saúde, aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde que também irá, como os demais órgãos de controle, fiscalizar a movimentação desses recursos* (BRASIL, 1994 apud FALCÃO, 2020 p.21)".

Em 1995 e 1996, a Cofins foi a principal fonte de recursos. No entanto, a partir de 1997, houve uma diminuição na contribuição das outras contribuições sociais, enquanto a CPMF começou a ter um papel de destaque, mantendo essa posição até o final do período em questão, com uma média de utilização de 30,29%. (DE FRANÇA; COSTA, 2008)

Tendo em vista a limitação de recursos advindos da CPMF, mediante a pressão para ampliação e garantia mais sistemática de recursos à saúde, em 2000 foi regulamentada a Emenda Constitucional nº29 (BRASIL, 2000 apud FALCÃO, 2020), que se torna efetivamente uma lei (Lei Complementar nº 141), apenas em janeiro de 2012 (BRASIL, 2012 apud FALCÃO, 2020). Tal lei estabeleceu a base de cálculo e os percentuais mínimos de recursos orçamentários que a União, os Estados, Distrito Federal

e municípios seriam obrigados a aplicar em ações e serviços públicos de saúde, além da definição e limitação do que deveria ser efetivamente considerado como ação e serviço em saúde (FALCÃO, 2020).

Porém, o parágrafo 3º deu uma nova redação do artigo 198, o que previu a possibilidade de os percentuais mínimos serem reavaliados por lei complementar, pelo menos a cada cinco anos desde a sua data de promulgação. (FALCÃO, 2020).

> A EC 29 definiu a base de cálculo como equivalente ao montante empenhado em ações e serviços de saúde no exercício financeiro de 1999, acrescido de, no mínimo, 5%. De 2001 até o ano de 2004, a base de cálculo correspondia ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual. (BRASIL, 2000 apud FALCÃO, 2020, p. 22).

Em 2016, após amplo processo de pressão para ampliar os recursos alocados no SUS, com relação ao previsto na Lei Complementar 141/2012, foi aprovada a Emenda Constitucional nº 86, a partir da qual a União passaria a aplicar, anualmente, no mínimo 15% do montante equivalente ao valor da Receita Corrente Liquida (RCL) do respectivo exercício financeiro em ações e serviços públicos de saúde - sendo que esse patamar poderia ser cumprido progressivamente. (FALCÃO, 2020).

Lançada em dezembro de 2016, a Emenda Constitucional (EC) 95 congela gastos federais básicos por 20 anos e reduz significativamente o custo da participação federal na saúde em 8,2% no primeiro ano, em relação à aplicadas recursos de saúde e reduzem sua sustentabilidade para a população (VIEIRA; BENEVIDES, 2016, apud FALCÃO, 2020).

1.4 Distribuição de Recursos

Em termos da distribuição dos recursos do SUS, entre 2007 e 2017, as transferências de recursos para Estados e municípios eram realizadas considerando cinco grandes blocos de financiamento, sendo eles: Atenção Básica; Média e Alta Complexidade de Assistência; Vigilância em saúde; Assistência Farmacêutica; e Gestão do SUS (BRASIL, 2006, apud FALCÃO, 2020).

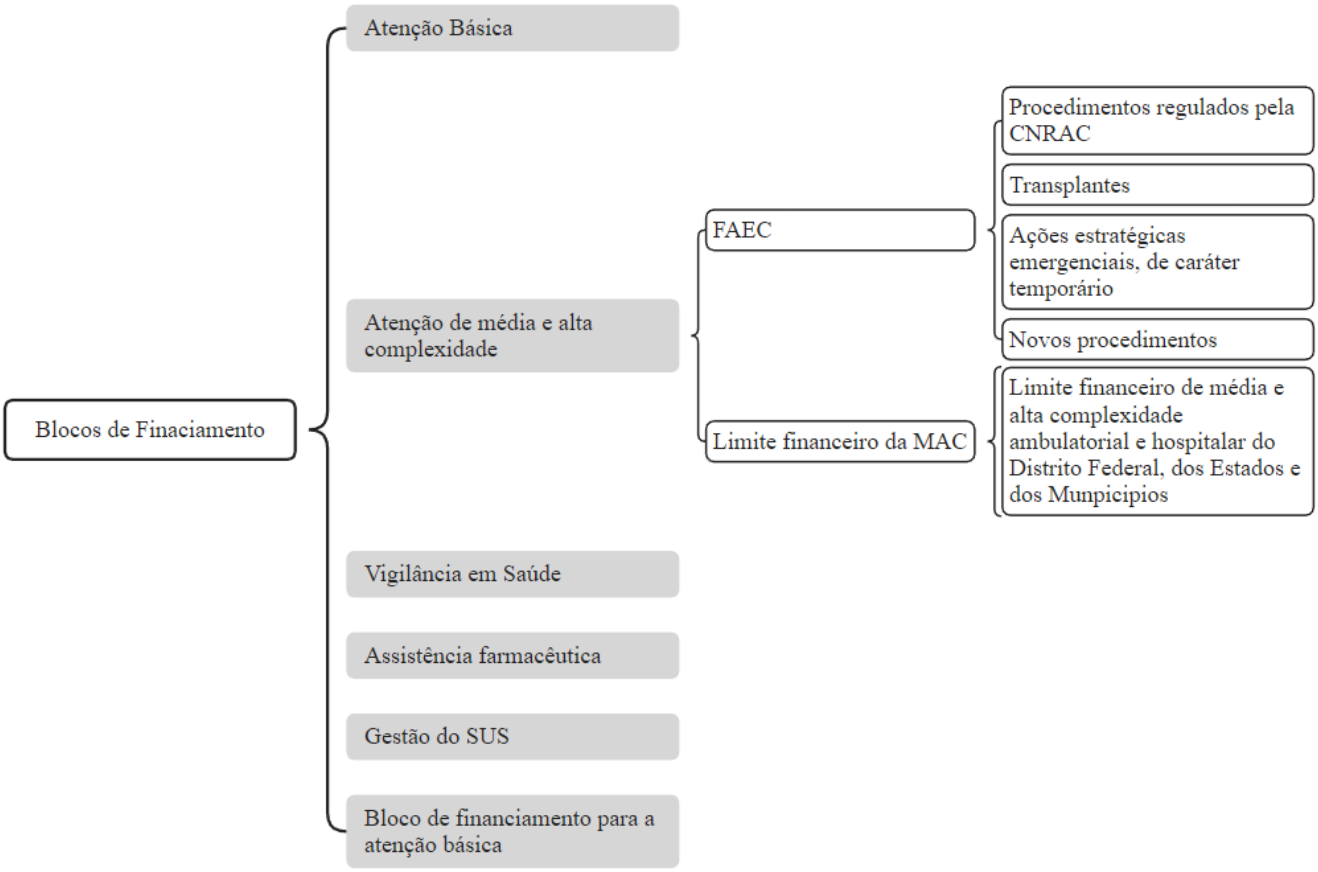
Em 28 de dezembro de 2017 foi publicada a Portaria GM/MS nº 3.992. No regulamento, o bloco de financiamento passou a ser dividido em duas partes: custeio e investimento. (BRASIL, 2017, apud FALCÃO, 2020). Para alcançar maior autonomia na utilização dos recursos financeiros do SUS, os gestores do sistema pactuaram que as contas de aplicação financeira e de contabilidade de custos passem a ser transferidas da União para outros entes federados. (PEREIRA; OLIVEIRA JÚNIOR; RESENDE, 2019, apud FALCÃO, 2020).

No tópico 1.2 desta monografia foi citado os pactos, dentre eles cabe aqui esmiuça-lo, pois esse pacto definiu princípios gerais do financiamento do SUS, Alemão (2017) deu destaque para os seguintes:

> (...)a responsabilidade de todos os entes federados; a necessidade de definição de metodologia de alocação de recursos que permita a redução de iniquidades, inclusive nas dimensões étnico-racial e social; a transferência de recursos entre os gestores preferencialmente por meio de repasse fundo a fundo; o financiamento de custeio com recursos federais constituídos, organizados e transferidos em blocos de recursos; a restrição do uso dos recursos federais para o custeio a cada bloco, com atendimento das especificidades previstas, conforme regulamentação específica; a necessidade de composição da base de cálculo, para fins históricos e de monitoramento, da formação dos blocos e dos montantes financeiros destinados aos Estados, Municípios e Distrito Federal (p. 92-93).

Para ajudar a entender esses blocos, Marcia Alemão (2017) apresenta a seguinte imagem.

FIGURA 2 – Representação dos blocos de financiamento de fonte federal do SUS com base na Portaria 204/2008.



Fonte: ALEMÃO (2017, p. 93).

O financiamento do SUS pode ter como enfoque a abordagem macroeconômica das entradas das fontes de recursos para sustentar o projeto político de estender o direito à saúde para todos os brasileiros, sendo um dos preceitos da criação do SUS (BRASIL, 2013c apud ALEMÃO, 2017). Nessa abordagem, destaca-se a relevância do volume de recursos repassados pelos entes federados, as fontes de recursos, a participação do setor público, do setor privado e das famílias, a fundamentação legal para transferências financeiras, além da recorrente falta de recursos para a saúde. (idem, idem 2017)

Já em uma abordagem microeconômica, a análise foca na utilização dos recursos e da remuneração dos prestadores de serviços ao SUS. Acrescenta-se, também, a interligação da remuneração dos prestadores de serviços ao SUS com as informações de custo dos serviços prestados (idem, idem 2017).

1.5 Mecanismos de pagamento no SUS

Na reflexão sobre o financiamento do SUS, cabe adicionar uma discussão sobre os mecanismos de pagamentos para os prestadores de serviços. As formas de remuneração aos prestadores de serviços de saúde são os mecanismos de pagamento pelos serviços prestados aos contratantes dos produtos fornecidos (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009 apud ALEMÃO, 2017). Tendo três tipos de mecanismos, conforme Andreazzi (2003): *ex post*, *ex ante* e esquemas mistos.

A remuneração *ex post* é aquela efetivada após o serviço, também conhecida como pagamento por produção de serviços, sendo a mais utilizada pelo SUS para pagar seus prestadores de serviços da rede credenciada (BRASIL, 2003 apud ALEMÃO, 2017)

A remuneração *ex ante* é a que se define previamente, independente da produção, tento como base critérios já preestabelecidos. Tendo como sua maior vantagem a previsibilidade orçamentária, permitindo separar os valores de investimento dos valores destinados à manutenção ou custeio da unidade de serviço (ANDREAZZI, 2003 apud ALEMÃO, 2017). Sendo vinculada a remuneração dos prestadores a objetivos ou metas, podendo ser relacionas a produtividade ou a qualidade. Essa remuneração é definida por um contrato de gestão entre a organização e o agente financiador com a estipulação dos orçamentos globais.

> A remuneração de *esquemas mistos* é a junção de pagamentos prefixados e o pagamento por produção de forma complementar (ANDREAZZI, 2003 apud ALEMÃO,2017), sendo utilizado pelo Ministério da Saúde para remunerar os prestadores de serviços, incluindo valores contratualizados e remuneração pós-produção, existe um modelo para fortalecimento desse modelo. (ALEMÃO, 2017 p.101-2)

O mecanismo de pagamento ou forma de remuneração dos prestadores de serviços atualmente utilizado pelo SUS é baseado em um sistema anterior a 1990 (SOUZA, 2002 apud, ALEMÃO 2017). Entender como esses pagamentos foram construídos ajuda a entender a lógica de pagamento atual. (idem, idem)

Até 1977, prestadores de serviço contratados pelo governo informavam qual era a quantidade de serviços prestados e o volume de recursos utilizados, com repasse do governo às caixas de previdência. (idem, idem).

A partir da década de 1980, o INAMPS passa a comprar serviços do setor público. Em decorrência da crise financeira da previdência, então, entre 1981 e meados da década de 1980, ocorreu a implantação do Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS), com o objetivo de processar os pagamentos de internações hospitalares aos hospitais contratados pelo INAMPS e definir o processo de prestação de serviços assistenciais aos beneficiários urbanos da Previdência Social. Em 1986, o SAMHPS foi estendido para aos hospitais filantrópicos e, em 1987, para os hospitais universitários e ensino. O SAMHPS, como instrumento de pagamento, utilizava a Autorização de Internação Hospitalar (AIH), fazendo-o por pacote (grupo de procedimentos), com preços estabelecidos em tabela. (idem, idem)

> A criação dessa tabela se fez, inicialmente, escolhendo-se 50 procedimentos de complexidade variada (básica, média e alta) de hospitais considerados referência em organização e usando-se o custo de cada um deles para estimar o custo dos demais. Em seguida, agruparam-se os procedimentos em pacotes e determinou-se o valor de cada pacote pelo valor médio dos procedimentos nele incluídos. Com a AIH, que apresentava uma sistemática bem mais simples de preenchimento da conta hospitalar e permitia uma tramitação mais versátil dos documentos, o SAMHPS facilitou sobremaneira o pagamento aos prestadores de serviços (LEVCOVITZ; PEREIRA, 1993, apud idem, idem 2017, p. 103).

Já no período de 1990 até 1993, pouco tempo após a criação do SUS, esse coexistia com o INAMPS, mantendo a lógica do financiamento e da alocação dos recursos, com isso, foi mantido a Tabela Nacional de Procedimentos e o Sistema de Informação Hospitalar (SIH) como instrumento de financiamento pelo Ministério da Saúde, dos serviços executados pelos Estados e municípios, com isso, se centralizou o processamento das informações e dos pagamentos no DATASUS. (idem, idem)

A seguir um quadro que ilustra como foi o histórico do financiamento da saúde:

QUADRO 2 - Representação dos mecanismos de pagamento no Brasil -1973/2013

Ano	Método
Antes de 1976	Processamento manual de dados
1976	criação do SNCPCH - Sistema Nacional de Controle de Pagamento de Contas Hospitalares, primeiro sistema informatizado de dados que vincula a transferência de recursos à produção dos serviços hospitalares ao a ato Volume significativo de fraudes
1983	Criação do SAMHPS - Sistema de Assistência Médico-Hospitalar de Previdência Social, primeiro sistema que utiliza o pagamento "por pacote"
1990	Criação do SIH - Sistema de Informação Hospitalar do SUS, primeiro sistema após a promulgação da CF/88 e do SUS
1994	NOB/93: Possibilidade de mais de uma AIH por internação Início da Gestão Plena com alteração do modelo de transferência de recurso aos prestadores e alteração dos mecanismos de pagamentos aos contratados Repasse fundo a fundo
2009	Unificação da Tabela SIH/SUS e SAI/SUS com alteração da foram de repasse aos prestadores de serviços
2013	Portaria nº 3.390/2013: instituição da PNHOSP - Política Nacional de Atenção Hospitalar Incentivo de repasses por Rede de Atenção à Saúde

Fonte: idem, idem p.105

Em 2017, o principal método de pagamento utilizado pelos prestadores de serviços do SUS é o pagamento baseado na quantidade de serviços prestados. É importante destacar que essa forma de remuneração incentiva tanto a superprodução e a subprodução de determinados serviços. Há um estímulo para a superprodução dos serviços com menor risco financeiro e uma subprodução dos serviços com maior risco. Como resultado, essa forma de remuneração tem um impacto limitado no desempenho e, de certa forma, até mesmo contribui para a ineficiência do sistema. Portanto, a remuneração baseada na quantidade de serviços prestados pode levar a distorções no sistema de saúde. (idem, idem)

Capítulo 2 – As problemáticas do Financiamento e Gestão do SUS

Tendo em vista os desafios em efetivar a garantia de universalidade e, principalmente, integralidade de cuidados do SUS, há um importante debate sobre os elementos centrais que limitam o sistema. Neste capítulo será abordada as problemáticas do Financiamento e Gestão do SUS, mostrando as perspectivas de diversos autores sobre esse assunto, com a intenção de fazer um paralelo entre as discussões e análises feitas pelos autores em relação aos desafios colocados em termos de limitação de Financiamento e de problemas na Gestão, debatendo se um desses dois elementos se sobrepõe como problema no SUS.

2.1 Financiamento do SUS

Neste tópico será explicado o funcionamento do financiamento do SUS, desde a sua origem na CF/88, e os problemas que o financiamento possui.

2.1.1 Financiamento SUS após a CF/88

Na busca para resolver a crise do financiamento da saúde, apresentada no capítulo 1 perante a dificuldade de efetiva implementação da Seguridade Social criada na CF/88, o governo apresenta como alternativa a criação de um novo imposto: a CPMF, criada em 1996[1], cujo produto arrecadado iria para o Fundo Nacional de Saúde.

Nos dois primeiros anos da CPMF, o Ministério da Saúde (MS) aplicou, em média, R$ 39,8 bilhões na saúde (em valores de 2011), e em 1997 ampliou para R$ 43,7 bilhões (em valores de 2011). Porém, a contribuição da CPMF apenas estabilizou o financiamento da saúde, não significou a ampliação dos recursos, uma vez que o impacto foi amortecido pela retração de outras fontes de financiamento da saúde. A CPMF passou a ser uma das principais fontes de recursos do MS, sendo que em 1997 já equivalia por 27,9% dos recursos, e no período em que vigorou, de 1997 a 2007, representou certa de 30% do total dos recursos federais para a saúde. (PIOLA, 2013 p.10-11).

[1] O Plano Real foi um programa econômico lançado em 1994 com o objetivo de controlar a inflação que assolava o Brasil há décadas. Ele foi implementado durante o governo de Itamar Franco, com Fernando Henrique Cardoso como ministro da Fazenda. O Plano Real incluiu uma série de medidas, como a criação de uma nova moeda, o Real, a adoção de um regime de câmbio flutuante, a estabilização dos preços e o aumento das reservas internacionais do país. (SILVA, 2023)
A IPMF foi um imposto criado em 1993 com o objetivo de ajudar a financiar a saúde pública no Brasil. O imposto tinha como base de cálculo as movimentações financeiras realizadas por pessoas físicas e jurídicas e tinha uma alíquota de 0,25%. Em 1996, a IPMF foi substituída pela CPMF, que tinha a mesma base de cálculo, mas com uma alíquota de 0,38%. A CPMF vigorou até 2007, quando foi extinta. (REIS, 2018).

Com a extinção da CPMF, em 2007, a participação das contribuições sociais para o financiamento da saúde se mante em um patamar médio de 89%. O Cofins exerce papel importante no financiamento, desde 2007, a sua participação tem crescido exponencialmente, demonstrando a substituição de fontes que parece ter ocorrido após a extinção da CPMF. (idem, 2013)

O acréscimo do Cofins e Contribuição sobre lucro líquido (CSLL) tinha como objetivo tornar o financiamento menos dependente de variações da economia, porém estudos posteriores indicaram que esses também são bem suscetíveis ao desempenho da economia. (MENDES e MARQUES, 2009)

Mendes e Marques (2009) afirmam que o país estava em um período de retração econômica, na década de 1990, com reflexos negativos no mercado de trabalho, porém não significou um impacto negativo nas contas da Seguridade Social ao longo dos anos 2000.

Logo após o "penoso" quadro financeiro da década de 1990, e caso o governo federal tivesse respeitado o conceito de Seguridade Social definindo na CF/88, e não fosse utilizado o mecanismo de desvinculação da Desvinculação das Receitas da União (DRU), este mecanismo de subfinanciamento funciona retirando 20% das receitas do OSS, destinando para o pagamento de juros da dívida, devido a política de manutenção de superavit primário, sob a exigência do capital portador de juros, o orçamento da Seguridade teria superávits, sendo R$ 27,3 bilhões em 2000, R$ 50,9 bilhões em 2006 (valores de 2009). Esses recursos excedentes foram alocados para o pagamento de gastos fiscais ou contabilizados diretamente no cálculo do superávit primário. A situação de indefinição dos recursos financeiros para a área da saúde gerou a busca por uma solução concreta, baseada na vinculação de recursos orçamentários das três esferas de poder diretamente à saúde.

2.1.2 Financiamento após EC-29/2000

Conforme apresentado no capítulo 1, no item 1.3, a EC-29/2000 determinou a alocação de no mínimo 5% de recursos próprios da União, 12% da receita dos estados e 15% da receita própria dos municípios para ações e serviço públicos em saúde levou ao SUS mais recursos e promoveu o aumento da participação dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios no financiamento do SUS. Entrando em vigor em 2000, quando

a União respondia por 60% do recurso público total aplicado em saúde. Após isso, foi-se diminuindo sua participação, ficando em torno de 44% em 2011, apesar de se observar um incremento real no montante destinado a saúde, com os estados passando de 18,5% para 25,7%, enquanto a dos municípios de 21,7% para 29,6%. (PIOLA, 2013 p.13-4)

Gráfico 1: Gasto Federal em Saúde

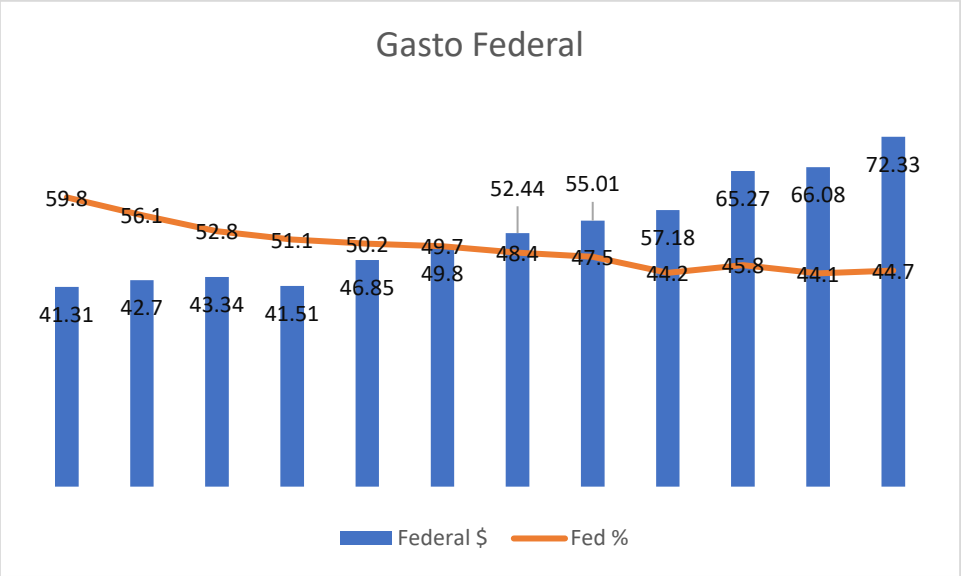


Gráfico 2: Gasto Estadual em Saúde

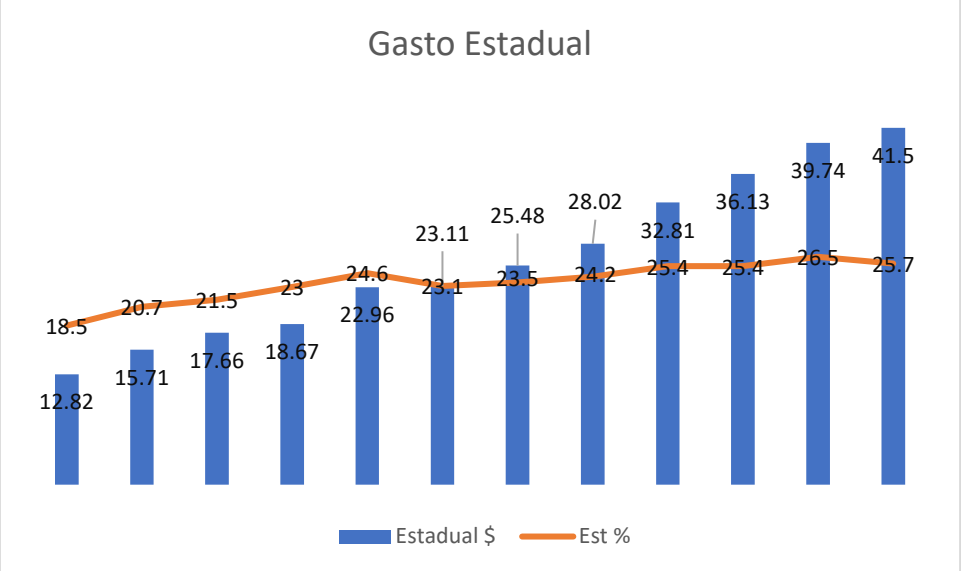
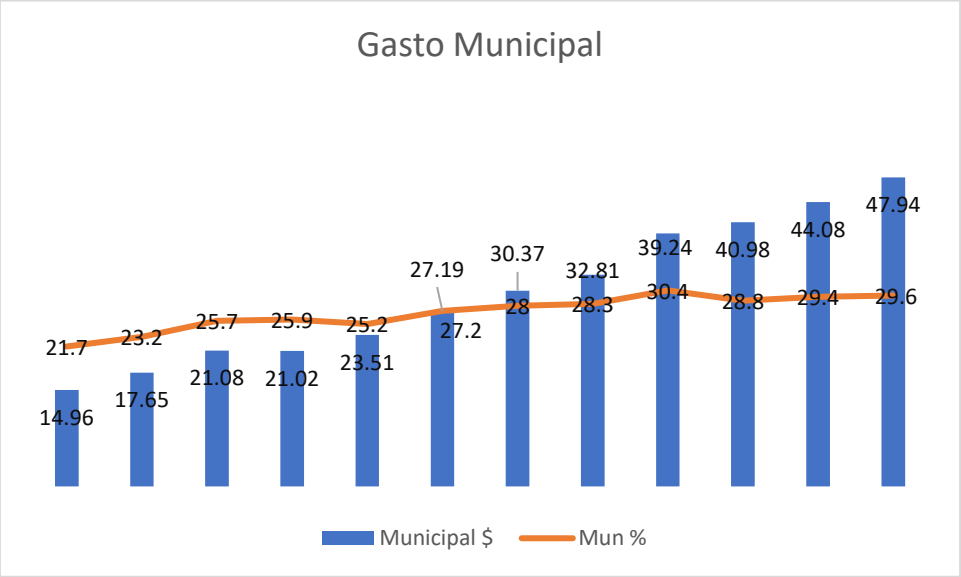


Gráfico 3: Gasto Municipal em Saúde



Fonte: PIOLA (ano, p.14).

A EC-29/2000 fez com que, entre 2000 e 2011, mais que triplicassem o volume de recursos destinados para a saúde, passando de R$ 28 bilhões para R$ 89 bilhões, um incremento de R$ 61 bilhões, sendo R$ 28 bilhões do incremento Estadual e R$ 32 bilhões do incremento municipal, a União, por sua vez, aumentou seus gastos em R$ 31 bilhões, correspondendo a 75% em relação a 2000. O valor do aumento total foi de R$ 92,7 bilhões. Assim, 2/3 do aumento dos recursos do período após a promulgação da EC-29/2000 veio dos Estados e municípios, e o outro 1/3 foi da União. Ainda assim, após esses aumentos, a alocação de recursos públicos em saúde representava apenas 3,8% do PIB, muito inferior ao praticado em outros países. (Idem p. 14-5)

Ao se analisar a participação do gasto público em saúde das três esferas do PIB, houve o aumento entre 2000 e 2011, de 2,89% para 3,91%. Esse aumento é explicado pelo aumento da participação de Estados e municípios no PIB, uma vez que a participação da União permaneceu estável no período. Isso indica o esforço feito pelos Estados e municípios foi maior do que o feito pela União, mesmo assim a União é a principal responsável pelo gasto em saúde. (idem p.15)

De forma a observar o esforço feito pelos entes federativos para com o financiamento da saúde, há de se analisar alguns indicadores que relacionam o gasto com

o financiamento com a arrecadação dos entes federativos[2]. A partir disso, foi elaborado, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), três indicadores que avaliam a participação do gasto em saúde dos entes. O primeiro se refere à participação deste gasto em relação aos valores nominais que compõem a Carga Tributária Bruta (CTB); o segundo avalia a participação do gasto em relação à Receita Corrente Bruta (RCB); e o terceiro "*o gasto com saúde será analisado à luz da RCB, descontadas as Transferências de Assistência e Previdência e Subsídios (TAPS)*" (PIOLA, 2013, p.16)

TABELA 1: Gasto com ASPS no numerador da CTB (nCTB), na RCB e na RCB-TAPS (RCB descontadas as transferências de assistência e previdência e subsídios) (2002-2011)

Ano	% da nCTB			% da RCB			% da RCB-TAPS		
	União	Estados	Municípios	União	Estados	Municípios	União	Estados	Municípios
2002	7.7	7.8	48.3	7.2	5.4	10.9	14,00	6.5	11.8
2003	7.5	8.2	47.1	7.1	5.8	11.1	14.8	7	12
2004	7.7	9.2	17.4	7.3	6.5	11.3	14.6	7.8	12.2
2005	7.5	8.9	52.6	7	6.1	12.2	13.8	7.3	13
2006	7.5	9.2	53.3	7	6.4	12.4	13.9	7.6	13.2
2007	7.1	9.4	51.6	6.7	6.5	12.3	13.4	7.7	13.1
2008	6.9	10	56.9	6.4	6.8	13.2	12.4	7.7	14.1
2009	8	11.2	57.4	7.5	7.6	13.2	16.1	9	14.1
2010	7.3	11	55	7	7.6	13	14.5	8.9	14.1
2011	7.2	11	54.7	7	7.5	13.5	14	9	14.7

FONTE: Secretaria do Tesouro Nacional/Ministério da Fazenda. *ibidem* p.18

Fazendo uma análise da tabela 1, observa-se que a participação dos gastos da União no período oscilou de 7% a 8%, e a participação dos Estados e municípios oscilou entre 7,8% a 11% e 47,1% a 57,4% consecutivamente. A CTB considera apenas os recursos próprios arrecadados pelos entes, não incluindo outras receitas correntes. Com isso, os tributos arrecadados da União, que parte são obrigatoriamente passados para os municípios, não são contabilizados como receitas dos municípios, ocorrendo também na esfera União e Estados e Estados e municípios. (idem, idem)

[2] Piola diz que esses indicadores são construídos para um ano especifico referente à União, aos Estados e municípios e não podem ser somados. Pois não há um denominador em comum.

2.1.3 Problemática do Financiamento de Saúde

O gasto líquido com ações e serviços de saúde realizado pelo MS em proporção ao Produto Interno Bruto (PIB) no período de 1995 a 2007, se manteve estável entre 1995 (1,73%) e 2007 (1,75%). (MENDES e MARQUES, 2009), e passando de 1,6% para 1,8% no período de 2008-2017. (BRASIL, 2018)

O subfinanciamento do SUS pode ser considerado um dos maiores obstáculos para o SUS, diversas iniciativas foram tomadas para contornar esse problema, como a CPMF, da EC-29/2000 e do movimento *Saúde+10*, porém não conseguiram alterar de forma significativa a estrutura do financiamento de forma que o gasto público em porcentagem do PIB destinado a saúde ainda estava menor que à proporção do gasto privado. A insuficiência de recursos, o SUS enfrenta problemas de manutenção da rede de serviços e remuneração, o que limita os investimentos para a ampliação da infraestrutura, com isso, há uma decisão da população em adquirir tratamentos via serviço privado, fortalecendo a ideologia da privatização. (PAIM, 2018)

A implantação de direitos sociais na CF/88, coincidiu com um período de elevada inflação e restrições macroeconômicas. Com isso, várias áreas, como saúde e educação, buscaram aplicar os princípios constitucionais para obter um aumento de recursos. A restrição de recursos gerou uma disputa interna, especialmente no que tange à Seguridade Social, entre as áreas da saúde e da previdência, sendo que no caso da saúde o percentual de 30% dos recursos da seguridade social não fora cumprido em 1990 e 1991. Com a disputa por recursos piorando, em 1993, as contribuições previdenciárias não compunham mais as fontes de financiamento da saúde. (PIOLA, 2013)

Desde a criação do SUS, a fragilidade de financiamento é uma marca, em decorrência da insuficiência de recursos destinados e do baixo volume de gastos com recursos públicos, indefinição das fontes próprias para saúde, da ausência de maior comprometimento da União com a alocação de recursos e com uma melhor distribuição de recursos na OSS, das elevadas transferências de recursos para o setor privado, entre outros. Deve-se ver que não adianta a proibição das privatizações e de terceirizações na saúde, sem leva em conta à extinção do limite com gastos em pessoal da saúde, previsto no art. 18 da Lei de Responsabilidade Fiscal (Brasil, 2000 apud MENDES e CARNUT). Essa impede que haja a contratação de trabalhadores na área da saúde pela administração direta, tratando-se apenas de um mecanismo para enviar recursos públicos para formas privadas de vínculo trabalhista. (MENDES; CARNUT. 2018)

O frágil esquema da EC 29/2000, para financiamento com base no cálculo do montante aplicado no ano anterior corrigido pela variação nominal do PIB, até a lei complementar nº 141/2012, de regulamentação da EC 29/2000 (BRASIL, 2012, apud, MENDES; 2015) que não modificou essa base de cálculo. Entre 1995 e 2016, o gasto do MS não foi alterado, mantendo-se 1,7% do PIB, enquanto o gasto com juros da dívida foi de 6,6% em média. Por outra via, não há falta de incentivos dos governos federais para que o setor privado crescesse a partir de 1990. (idem, idem)

Quando se compara os gastos públicos com a saúde e o gasto privado com relação ao PIB, no mesmo período, observa-se que há um crescimento significativo do gasto privado com relação ao público. Para exemplificar, em 1993 o gasto público com relação ao PIB foi de 2,8% e o privado foi de 1,4%; já em 2002 ambos cresceram, indo para 3,2% e 3,9%, respectivamente. (idem, idem)

O subfinanciamento começou a ser intensificado com a Emenda Constitucional nº 85/2015 alterando a base de cálculo de aplicação do governo federal para 13,2% da RCL em 2016, elevando de forma a chegar em 15% da RCL em 2020, com isso, há uma perda de R$ 9,2 bilhões para o orçamento do MS já no ano de 2016. O gasto em 2015 foi de 3,9% do PIB (União – 1,7%; Estados – 1,0%; e municípios – 1,2%), enquanto em média na Europa o gasto público foi de 8,0% do PIB. (idem, idem).

Com a aprovação da Emenda Constitucional nº 95/2016 (BRASIL, 2016 apud idem, idem), o subfinaciamento já existente passa a ser um efetivo desfinanciamento. A emenda revoga o escalonamento previsto na EC 86 e limitou a expansão dos gastos públicos pelos próximos 20 anos, com base no valor das despesas de 2017 corrigido pela variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e estatística (IPCA/IBGE). A EC 95 faz vigorar um teto para a saúde e 15% da RCL, mesmo assim, as perdas acumuladas para os próximos 20 anos para o SUS é de cerca de R$415 bilhões, considerando um crescimento do PIB de 2% ao ano e o IPCA de 4,5%. Fazendo com que o financiamento se torne um processo de “desfinanciamento”. Isso significa que esse processo fará com que os recursos federais do SUS reduza de 1,7% do PIB para 1,1%. (idem, idem)

Dentre os efeitos desta regressividade do sistema tributário brasileiro, deve-se mencionar os incentivos do governo federal para com o setor privado por meio de renúncias fiscais, prejudicando o financiamento do SUS. Referindo-se aos gastos

tributários (renúncia fiscal) em saúde com o Imposto sobrea Renda da pessoa Jurídica (IRPJ), a indústria farmacêutica e as organizações sem fins lucrativos (hospitais filantrópicos). O total desses valores vem crescendo, passando de R$ 8,6 bilhões em 2003, para R$ 25,4 bilhões em 2013. (OCKÉ-REIS; GAMA, 2016 apud idem, idem)

Outro mecanismo do subfinancianeto decorre da DRU, explicado no primeiro tópico desse capitulo; a partir da EC nº 93/2016 (BRASIL 2016 apud idem, idem) houve alteração na alíquota desse mecanismo, passando para 30%, em vigor até 2023. A apropriação da OSS por meio da DRU vem sendo materializada com a retirada de montantes: em 2010 R$ 45,9 bilhões; em 2012 R$ 58,1 bilhões; em 2014 R$ 63,4 bilhões; e em 2016 R$ 99,2 bilhões (ANFIP, 2017 apud idem, idem). Isso significou uma extração de em média de 77% do saldo superavitário da OSS entre 2010 e 2013, e em 2014 a retirada foi de 117,1%, em virtude da queda da arrecadação de receita no cenário da crise econômica.

Sendo assim, medidas adotadas devido ao tripé macroeconômico[3], desde o governo de Fernando Henrique Cardoso até o governo Dilma Rousseff, não colocaram como prioridade à saúde como política social, o que é explicitado pela quase estabilidade dos recursos federais para o SUS como participação do PIB, conforme previamente apontado. Já no governo de Michel Temer, após a aprovação da Emenda Constitucional nº 95/2016, passa a ocorrer uma efetiva tendência ao desfinanciamento do SUS, ou seja, de redução de recursos federais, além de um maior direcionamento da saúde como mercadoria.

2.2 Gestão do SUS

Neste tópico será abordado com mais detalhes como é o funcionamento da gestão e planejamento do SUS, e sua problemática.

2.2.1 Análise do Planejamento e Gestão do SUS

A gestão do SUS possui uma dimensão política, a partir da intermediação de interesses distintos, das interações de poder e de margens de autonomia. A gestão é

[3] É o conjunto de três fundamentos que sustentam a condução da política econômica no Brasil. Sendo composto por três pilares, sendo eles: Câmbio Flutuante, Meta de Inflação e Meta Fiscal. Seu objetivo é de manter a estabilidade econômica. (REDAÇÃO WARREN, 2021)

constituída a partir de ações ou comportamentos de atores sociais, expressos em distintas racionalidades da ação, que são desencadeadas de decisões formais e informais e consubstanciados em combinações tecnológicas, métodos, técnicas, instrumentos e atividades intermediárias nos sistemas institucionalizados de ação. A partir disso, "...*o propósito da gestão em saúde é a produção de decisões que desencadeiam o processo de intermediação e implementação políticas*" (CARVALHO, *et al*. ANO. P. 902)

O SUS é um exemplo de federalismo cooperativo mais aperfeiçoado, em relação ao federalismo no país, no qual os interesses são comuns e indissociáveis, devendo ser harmonizados em nome dos interesses locas, regionais, estaduais e nacional, todos sendo cotitulares dos interesses e todos devendo manter a garantia de sua autonomia. Assim, além do desenvolvimento de uma logística e tecnologia de regulação baseada em necessidades prioritárias, vulnerabilidades e riscos, também há a necessidade de um caráter político nas decisões, por meio de mediações e definições de diretrizes e de critérios a partir dos espaços de participação e de controle social.(idem)

No contexto da atual da gestão do SUS, há os pactos como já foram explicados no tópico 1.3, possuindo aspectos inerentes a esse processo, que, de acordo com Carvalho et al (2012): "...*precisam ser considerados para a construção de métodos que auxiliem os gestores a qualificar os processos e práticas de monitoramento e avaliação no âmbito da gestão do SUS, influencio de maneira positiva na tomada de decisão*" (p. 902).

De acordo com Lucchese (2003), o SUS passa, desde 2003, por mudanças na gestão, sendo relacionadas à instituição de deliberação democrática na gestão setorial como: realização de Conferências de Saúde, que já vinham acontecendo; institucionalização dos Conselhos de Saúde como órgãos colegiados permanentes e de caráter deliberativo sobre a política de saúde; e Criação das Comissões Inter gestores, nas esferas da União e Estado, como fóruns de negociação e pactuação entre os gestores das três instancias, relacionadas ao processo de descentralização. Essas mudanças refletem no progressivo fortalecimento das esferas subnacionais de governo e no estabelecimento de novas relações intergovernamentais na gestão pública do cuido à saúde; na operacionalização gradativa de suas novas atribuições e competências legais; e na definição de suas responsabilidades especificas no âmbito das estratégias nacionais de descentralização e reorganização da atenção à saúde por meio de Normas Operacionais Básicas do SUS editadas pelo MS.

A descentralização do SUS destaca a crescente autonomia desde os anos 2000 e a maior independência dos entes federativos no que diz respeito a gestão política e financeira, a partir das crescentes parcelas de recursos federais transferidas direta e automaticamente do Fundo Nacional de saúde para Estados e municípios. A EC 29, apresentada nos itens 1.3 e 2.1.2, consolidou uma gestão descentralizada e participativa do sistema e da política de saúde, e uma maior governabilidade setorial na garantia do direito à saúde.

O MS criou o Sistema de Planejamento do SUS ou PlanejaSUS, por meio da Portaria GM nº 3.332 de 28 de dezembro de 2006, que se via necessária devido aos Pactos já mencionados anteriormente. O sistema foi criado com os seguintes objetivos:

> (...) a) pactuar as diretrizes gerais para o processo de planejamento no âmbito do SUS; b) formular metodologias unificadas e modelos de instrumentos básicos do processo de planejamento; c) implementar e difundir a cultura de planejamento que integre e qualifique as ações do SUS entre as três esferas de governo e subsidie a tomada de decisão por parte de seus gestores; d) promover a integração do processo de planejamento e orçamento no âmbito do SUS; e) monitorar e avaliar o processo de planejamento das ações implementadas e dos resultados alcançados (VIEIRA, 2009, p. 1569).

A fim de alcançar tais objetivos, é importante destacar os instrumentos do PlanejaSUS:

> (...) a) Plano de Saúde (os); b) Programação Anual de Saúde (PAS); e c) Relatório Anual de Gestão (RAG). Os PS é o instrumento que, a partir da análise situacional, apresenta as intenções e resultados a serem alcançados no período de quatro anos, sendo estruturado em objetivos, diretrizes e metas. A PAS é o instrumento que operacionaliza as intenções do OS e o RAG apresenta os resultados alcançados com a execução da PAS (idem).

2.2.2 Problemáticas da gestão do SUS

De acordo com Lucchese (2003), as mudanças ditas relacionadas à instituição de deliberação democrática na gestão setorial no tópico anterior, não resultaram em uma redução substantiva das desigualdades com relação a saúde no país. Estudos evidenciam a persistência ao final dos anos 1990 de importantes iniquidades relacionadas à: "*1) à distribuição espacial da oferta de recursos humanos e de capacidade instalada; 2) ao acesso e utilização de serviços (públicos e privados); 3) à qualidade da atenção recebida;*

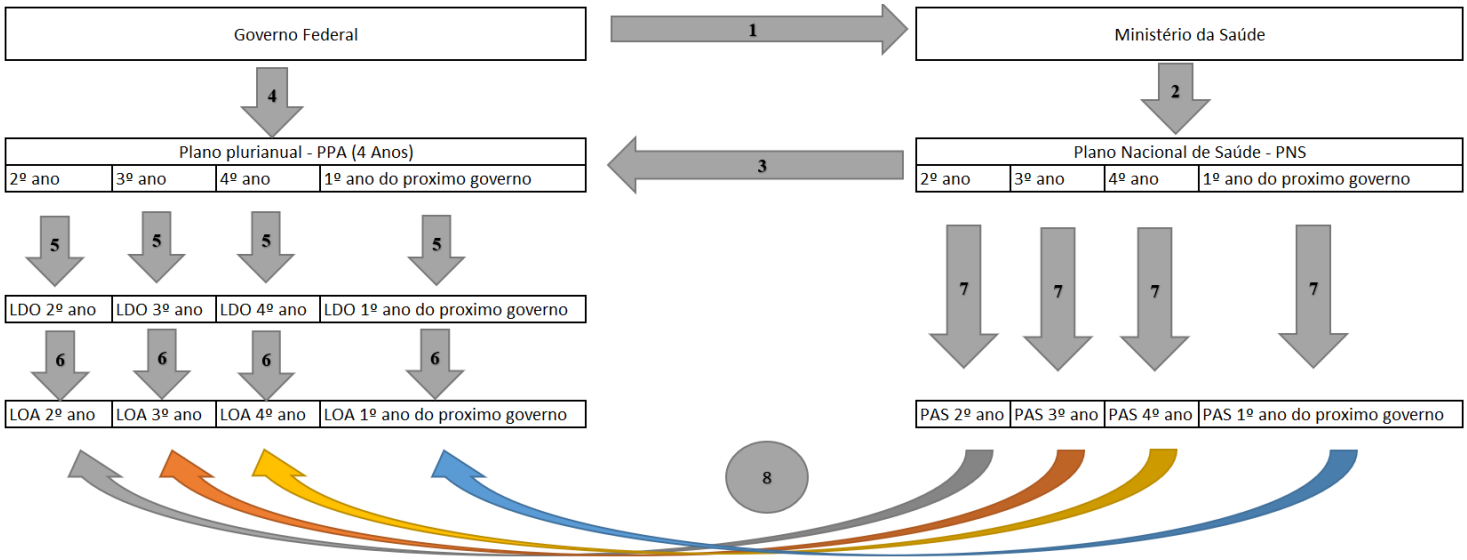
e 4) às condições de vida e de saúde da população nas diferentes localidades." (LUCCHESE, 2003, p. 440)

Vieira (2009) afirma que um dos grandes problemas de governança no SUS está na desarticulação entre os instrumentos de gestão do sistema e os instrumentos de planejamento e orçamento público, pois são elaborados de forma independente, ocorrendo deficiências no financiamento das ações planejadas. A partir disso:

> (...)considerando que os instrumentos de planejamento do orçamento como o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes orçamentarias (LDO) e a Lei Orçamentaria Anual (LOA), existem como leis de iniciativa do Executivo e já tiveram seus prazos de elaboração definidos em âmbito federal, faz-se necessário a regulamentação de prazos para a elaboração dos instrumentos de gestão do SUS que possibilitem a vinculação entre todos eles. (VIEIRA, 2009, p.1574)

Mediante a figura 3 fica evidenciada a relação entre os instrumentos de gestão do SUS e os de planejamento e orçamento da gestão pública.

FIGURA 3: Modelo de funcionamento de Gestão do SUS



Fonte: ibidem. Ano. p. 1574

A primeira fase mostra o momento em que as diretrizes do governo são formuladas para orientar as atividades, evidenciando que o MS elabora o Plano Nacional de Saúde e o Ministério do Planejamento, orçamento e Gestão na formulação do PPA que é demonstrado na etapa 4. A partir das orientações, o MS elabora o PNS, que é a etapa 2.

Assim, este plano deve subsidiar a formulação do PPA que deve estabelecer as diretrizes, objetivos e metas da administração pública federal para as despesas, etapa 3. Para cada ano de vigência do PPA elabora-se a LDO, com o objetivo de estabelecer as diretrizes, objetivos e metas da administração pública federal para as despesas de capital para um exercício financeiro, etapa 5. A LDO de cada ano tem o papel de orientar a formulações das LOA do ano correspondente, englobando toda a programação de gastos da administração pública, etapa 6. Voltando para a saúde, o Plano Nacional de Saúde (PNS) se desdobra em PAS para cada ano de vigência, com o propósito de que sejam detalhados, para cada exercício financeiro, os objetivos, metas, ações e, especialmente, recursos necessários para a realização das ações, etapa 7.

Assim, o PAS deve orientar a formulação da LOA, para que haja vinculação entre ações e recursos necessários programados e o orçamento aprovado, portanto, garantindo sua execução, etapa 8 (idem).

Mesmo com avanços do planejamento e gestão do SUS, há aspectos que se colocam de forma prioritárias, como citados neste capitulo, e que constituem desafios para a efetivação do planejamento em saúde, enquanto elementos da gestão no SUS. "*A superação dos obstáculos é um deles e constitui tema primordial para a consonância entre as ações de saúde nas três esferas de governo e para obtenção de maior eficiência na alocação de recursos."* (idem, idem).

3. O SUS no Estado de São Paulo

Neste capitulo será discutido o caso do SUS no Estado de São Paulo, como o seu histórico o financiamento e a judicialização, com alguns dados mostrando os gastos do Estado com saúde.

3.1 Histórico do SUS em São Paulo

O Estado de São Paulo possui 63 Regiões de Saúde, com distintas distribuições populacionais, produtivas e de necessidades de saúde, com diferentes condições de inserção na divisão inter-regional do trabalho como resultado da inserção na rede urbana dos municípios que as compõe (DUARTE, 2016, p.146)

O Estado de São Paulo, assim como o restante do país, passou pelo processo de descentralização dos serviços de saúde, antes do Sistema Unificado de Descentralização da Saúde (SUDS), o que ocorreu durante o governo de Franco Montoro (1983-1986). Em 1986, a descentralização foi realizada, criando 62 Escritório Regional de Saúde (Ersas), sendo 47 no interior e 15 na Região Metropolitana. O plano organizacional da descentralização seguiu o princípio da horizontalização, da regionalização e da municipalização dos serviços e ações básicas de saúde. Os Ersas eram autônomos e constituíam unidades de despesa, preconizavam a integração, a hierarquização e a regionalização das ações de saúde (MENDES, 2005), esses também eram responsáveis por articular todos os serviços públicos de saúde sediados nos municípios de sua jurisdição. (Idem)

A partir do surgimento dos SUDS, a União passou a permitir que as secretarias estaduais definissem de quem comprar os serviços e a responsabilidade pela distribuição dos recursos de compra, com avanço da autonomia da gestão. Com isso, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo passou a contar com prestadores terceirizados/privados que incorporaram as funções exercidas pela Superintendência Regional do INAMPS. De acordo com Mendes (2005), a absorção das funções do INAMPS tornou a instalação do SUDS em São Paulo diferenciado dos demais estados da federação, tendo a secretaria responsável pela gestão dos equipamentos de saúde da rede própria do INAMPS e por parte do controle da compra de serviços de assistência à saúde da rede privada. (idem)

Com a criação do SUS em 1988, o Estado de São Paulo passou por dificuldades, pois a transferência de recursos continuava a ser realizada por produção no início do SUS, não dando possibilidade dos Estados e municípios de planejarem suas ações de saúde. A secretaria tinha uma incapacidade com relação ao gestor regional da política de saúde, sendo mais agravada pela crise fiscal vivida no Estado em 90. Devido a crise, havia uma retração dos recursos próprios e o endividamento do estado, desenvolvendo uma política salarial restritiva, fazendo com que os salários dos servidores estaduais ficassem abaixo dos salários municipais.

> Essa restrição orçamentaria criou obstáculos para que a secretaria pudesse firmar-se gestor da política regional de saúde, utilizando recursos próprios. Como resultado disso, embora os Ersas e as Cinco Coordenadorias de Macrorregião continuassem a existir na estrutura da secretaria, não exerciam nenhum papel articulador (MENDES, 2005, p. 118-119).

A Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, durante o governo de Fleury (1991-1994), não só não foi capaz de assumir o seu novo papel depois da introdução do SUS, como apresentou um retrocesso. Essa situação é devida do papel atribuído aos Estados pela Lei Orgânica de Saúde.

> Coordenar e planejar a rede implica, necessariamente, capacidade de alocação de recursos. Como os recursos largamente provêm da transferência federal, diretamente para o produtor do serviço, ou, mais recentemente, para os municípios, em alguns casos, ficava dificultado o planejamento estadual. (Idem, p 117)

A introdução da NOB 01/93 iniciou uma alteração importante no SUS em São Paulo. A norma contribuiu para ampliar a descentralização na gestão do sistema, definindo que os Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde, seriam os foros nos quais a negociação e a deliberação do processo de descentralização ocorreriam. Com isso, foi criado em São Paulo a Comissão Intergestores Bipartite, composta por representantes da Secretaria de Saúde e do órgão de representação dos secretários municipais de Saúde. Segundo a NOB, essa comissão tem como objetivo decidir sobre os aspectos operacionais do SUS e o enquadramento nas novas condições de gestão dos municípios no sistema. (idem)

Em 1995, início da gestão de Mário Covas, a Secretaria de Estado da Saúde (SES) passou por uma reforma/reestruturação, objetivando criar condições para desenvolver o papel de planejamento regional, com isso, os 62 Ersas foram substituídos por 24 Direções Regionais de Saúde (DIR). Assim, a SES esperava fortalecer o papel de gestor Estadual

que lhe conferia a política do SUS. Porém, essa reforma no SES não ajudou a descentralização do processo decisório, visto que a definição sobre a alocação de recursos em cada DIR permaneceu centralizada na SES. (idem)

O fato do município de São Paulo não ter aderido ao SUS até julho de 2001, acentuou a participação da Secretaria de Estado da Saúde do governo estadual. Cabendo dizer que os municípios, ancorados pelo processo de descentralização de receitas, ampliaram sua rede própria de oferta de serviços, gerenciando ou instalando novas unidades de saúde. Essa estratégia que foi adotada pelos municípios, adquiriu significado mais atraente do que assumir a gestão de grandes unidades de saúde do governo estadual. (idem)

A criação do Fundes (decreto nº 40.200, de 18 de julho de 1995), teve por finalidade concentrar os recursos vinculados para a área da saúde, servindo de suporte financeiro para a integração dos serviços, com o que diz respeito às receitas, esse instrumento deveria agregar os recursos do Tesouro Estadual, as receitas provenientes de prestação de serviços, as transferências federais e os rendimentos decorrentes de aplicações financeiras. Com relação às despesas, haveria possibilidade de direcionar os recursos para custeio e investimento, de acordo com as necessidades em saúde. (idem)

A fim de compreender melhor a dinâmica de recursos alocados no SUS no estado de São Paulo, o foco do item 3.2 são as características de financiamento do sistema no estado na última década.

3.2 Financiamento do SUS no Estado de São Paulo

Entre 2009 e 2014, ocorreu uma média de transferência de R$ 6,5 bilhões do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para os Fundos Municipais de Saúde (FMS) paulistas, tendo crescimento em média de 4,2% ao ano. (DUARTE, 2016)

Cabe salientar que, na análise realizada por Duarte (2016), o financiamento é divido por blocos, sendo eles neste período de características distintas, tais como Atenção Básica (AB), Vigilância em saúde e Gestão do SUS.

TABELA 2 – Valor líquido das transferências do FNS para os FMS segundo bloco de financiamento – Estado de São Paulo (2009-14)

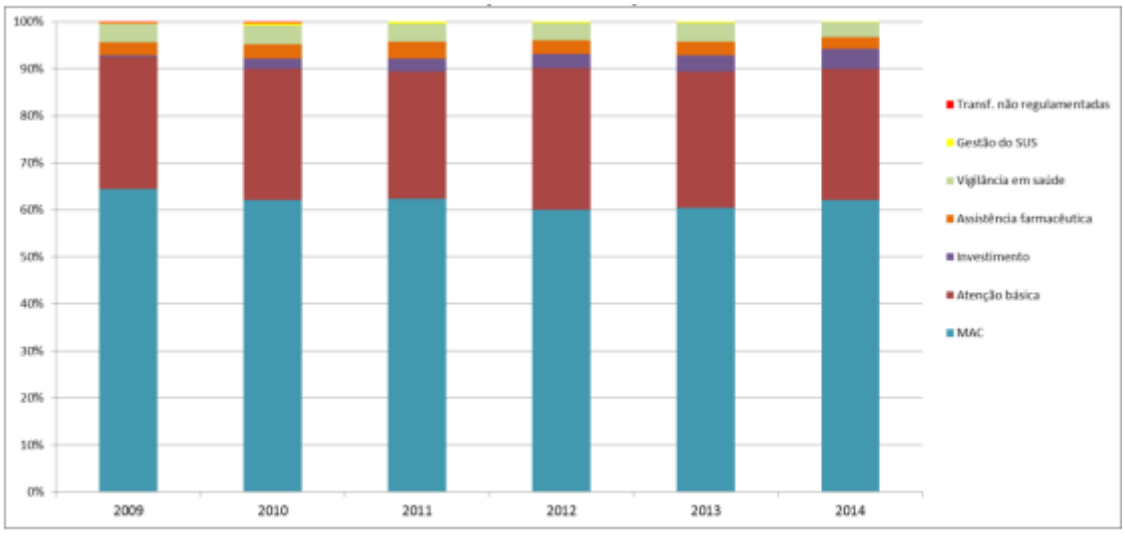
Bloco de Financiamento	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Taxa de Crescimento Anual
Total	5698.01	6082.14	6468.54	6809.17	6695.72	7295.07	4.2%
Assistência Farmacêutica	176.76	202.45	243.84	214.66	206.73	193.55	1.5%
Atenção básica	1565.49	1709.46	1739.79	2069.79	1944.92	2046.62	4.6%
Gestão do SUS	7.91	26.03	19.61	15.64	16.77	11.58	6.6%
Investimento	16.85	101.91	137.28	160.11	187.96	240.66	55.8%
MAC	3687.89	3780.18	4072.18	4082.3	4069.09	4570.77	3.6%
Vigilância em Saúde	229.4	248.67	254.78	266.67	270.25	231.89	0.2%
Trans. não regulamentada por bloco de financiamento	13.71	13.44	1.06	-	-	-	-

Fonte: DUARTE, 2016, p.185

Todos os municípios de São Paulo receberam do DNS, sendo que os recursos voltados para a Assistência farmacêutica, Atenção básica e Vigilância em saúde, devido aos seus critérios de distribuição que levam em conta ao porte populacional, foram direcionados para todos os municípios paulistas. Os casos de transferência para Média e Alta complexidade (MAC) não tem critérios para distribuição, porém todos os municípios receberam para tal.

Os blocos de AB e MAC corresponde cerca de 90% das transferências do período analisado, sendo o MAC responsável por 60% dos repasses. Todos os blocos mantiveram suas parcelas constantes no período analisado, com exceção do Investimento, que subiu de 0,4% em 2019 para 4,2 em 2014, como demonstra o gráfico abaixo.

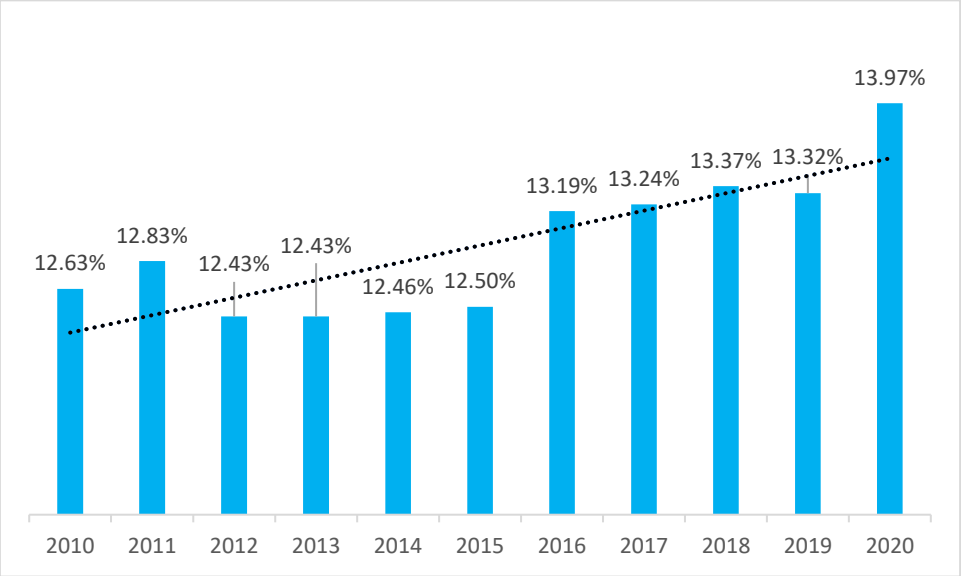
Gráfico 4 – Distribuição das transferências do FNS para os FMS por blocos de financiamento – Estado de São Paulo (2009-14)



Fonte: DUARTE, 2016 p.186

Atualizando para um cenário mais recente, focando nos recursos próprios estaduais, observamos no gráfico 1 o gasto em saúde da receita própria do Estado de São Paulo, mostrando uma tendencia de crescimento nos últimos anos, começando pelo ano de 2016, o grande aumento em 2020 pode ser explicado devido a pandemia do COVID19.

Gráfico 5 – Participação da Receita Própria Estadual Aplicada em Saúde



Fonte: IEPSdata; Elaboração própria

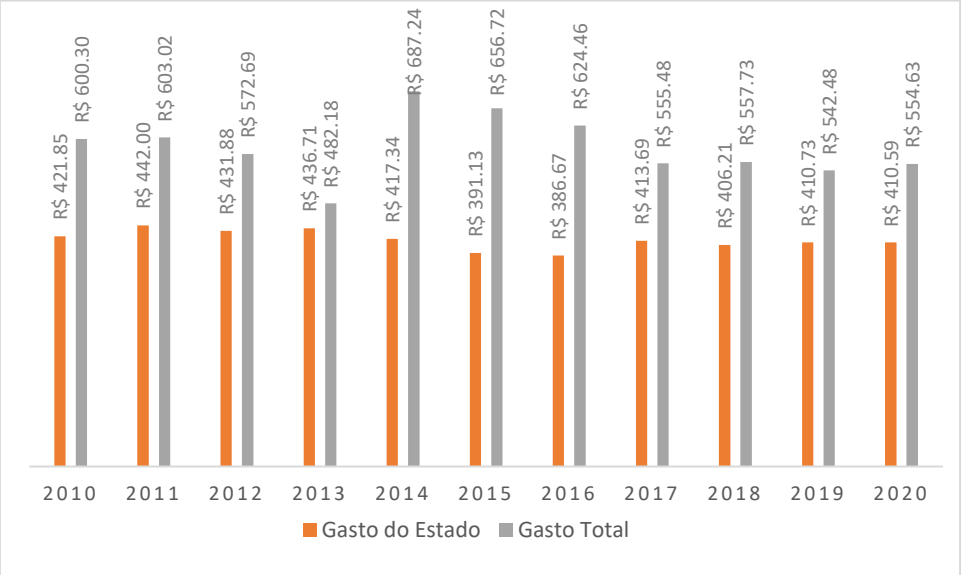
Como demonstra o gráfico 2, podemos observar o gasto por habitante que o Estado teve, e o valor total gasto no Estado, sendo o próprio Estado quem mais gasta por habitante, como demonstrado na tabela 3:

TABELA 3 –Gasto por habitante em São Paulo sobre o Total gasto no estado

Ano	Estado x Total
2010	70%
2011	73%
2012	75%
2013	91%
2014	61%
2015	60%
2016	62%
2017	74%
2018	73%
2019	76%
2020	74%

Fonte: IEPSdata; Elaboração própria

Gráfico 6 – Gasto por habitante Estadual e Total



Fonte: IEPSdata; Elaboração própria

Observa-se também que não houve variações marcantes durante o período analisado, sendo em 2014 o ano em que mais houve gasto por habitante em São Paulo, cerca de R$ 687,24, o ano que houve menos foi em 2013, com cerca de R$ 482,18, sendo que foi o Governo Estadual que financiou 91% deste valor e comparando o melhor resultado com o resultado de 2020, houve uma variação negativa de R$ 132,61.

3.3 Problemáticas do SUS paulista

O aporte de recursos monetários para o SUS paulista aumentou ao longo do período de 2009-14, porém, de acordo com Duarte (2018) sendo a maior parte direcionada para a urgência, mesmo somando outras áreas da saúde, ainda não se da o montante aportado para a rede de urgência, mas é de suma importância, pois essa é a rede que cuida do Samu. Visto que este era o local de incentivo do MAC antes da implementação das redes temáticas, isto se mantém após esta implementação, assim, com relação a grande parte do incentivo voltado as redes temáticas no Estado, Duarte (2018) afirma que "*...observa-se a ratificação de uma estratégia de atenção que já operava no período anterior".* DUARTE (2018 p.226)

Contata-se que, ao invés da implantação das redes temáticas trazerem mais recursos para o SUS, esse sistema reforçou modelos de atenção hegemônicos, qualquer que seja o modelo. Juntando isso ao fato de as redes terem redirecionado recursos, que

em outra época, possibilitavam uma maior autonomia para os municípios, ou seja, uma maior liberdade no planejamento e na programação das ações de saúde, que ajudavam a reconhecer os problemas locais da população. Assim, depreende-se que o financiamento mais recente do processo de regionalização do SUS, ao invés de representar um fator de aprofundamento da descentralização da política de saúde nacional, na perspectiva de oferecer maior autonomia municipal no uso dos recursos financeiros, significou a ampliação da transferência fragmentada e condicionada em forma de incentivo, sobretudo para ações de saúde de média e alta complexidade. DUARTE (2018).

Considerações finais

Pode-se observar que o SUS surgiu como uma resposta à necessidade de universalizar o acesso à saúde, promovendo equidade e garantir o direito à saúde para todos os cidadãos, como se observa no primeiro capítulo desta monografia. Neste contexto, é importante saber o que ocorria antes do SUS.

No Brasil, a questão da saúde se tornou um problema social durante o período em que a economia do país era baseada na produção e exportação de café. Esse cenário trouxe mudanças na dinâmica do país, com um movimento dominado pelo capital comercial e a criação de setores urbanos que abrigavam atividades financeiras, comerciais, de transporte, administração e indústrias. Essas transformações resultaram em problemas de saúde, tanto nas áreas urbanas quanto nas rurais, como o surgimento de doenças endêmicas e desafios relacionados à falta de saneamento básico, devido às condições de trabalho nas empresas agrícolas ou industriais.

Entre as décadas de 1930 e 1966, uma política nacional de saúde foi implementada no Brasil, estabelecendo as estruturas necessárias para sua efetivação. Nesse período, o país passava por um processo de industrialização, mas enfrentava limitações de mão de obra qualificada e financiamento para o setor industrial. Isso agravou as condições de saúde da população. O setor de saúde organizou-se em dois subsetores: saúde pública e medicina previdenciária. A saúde pública foi predominante até os anos 1960, enquanto a medicina previdenciária ganhou destaque a partir de 1950 e tornou-se predominante a partir de 1960.

Na década de 1970, houve uma política deliberada de migração em massa para as grandes e médias cidades, impulsionada pela demanda de mão de obra por parte das empresas e do próprio Estado. No entanto, devido à falta de projetos efetivos de reorganização urbana, uma parte significativa dessa população acabou vivendo em condições inadequadas de moradia e saneamento. Isso resultou em maior concentração de renda, empobrecimento da população e aumento da tensão social. Como resposta a esse fenômeno, o governo concentrou seus esforços nas prefeituras municipais, aumentando a oferta de serviços sociais básicos, embora de forma mínima e precária.

Nas décadas de 1960 e 1970, o sistema de saúde era altamente excludente e segmentado, deixando grande parte da população sem acesso aos recursos de saúde. Os poucos recursos destinados à saúde eram centralizados no Ministério da Saúde, responsável pelas práticas de saúde em todo o país. A partir do final da década de 1970, muitos municípios passaram a contar com Unidades Básicas de Saúde, acumulando experiências de atenção integral e universal. Essas experiências foram posteriormente incorporadas na Constituição Federal de 1988, que estabeleceu princípios de universalidade, integralidade e igualdade.

Antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o atendimento à saúde no Brasil era realizado por um sistema triplo composto pelas Santas Casas, pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e pelo Ministério da Saúde. O atendimento era principalmente fornecido pelas Santas Casas, que cuidavam dos indigentes, enquanto o INAMPS atendia apenas a população formalmente empregada e contribuinte da Previdência Social. Com a implementação do SUS, metade da população excluída passou a ter acesso ao sistema público de saúde. Houve um aumento significativo do investimento municipal na saúde, e os municípios se tornaram a esfera de governo responsável pela saúde, rompendo com a cultura de investimentos mínimos. O Ministério da Saúde passou a ser responsável pela vigilância à saúde, controle de doenças transmissíveis e vigilância sanitária, além de participar com 20% dos recursos federais destinados à saúde.

A Constituição de 1988 estabeleceu o acesso à saúde como um direito social e criou o SUS por meio da Lei 8.080/1990. O SUS tem como princípios a universalidade de acesso, igualdade na assistência, integralidade, participação da comunidade e descentralização político-administrativa. A Lei 8.142/1990 regulamentou a participação

da comunidade na gestão do SUS, por meio de conferências e conselhos de saúde, reforçando a importância da participação social proposta pela Reforma Sanitária.

Com a introdução do SUS foi possível verificar que este enfrenta desafios no que tange a sua gestão e o seu financiamento. A insuficiência de recursos financeiros, a dependência de fontes incertas e a falta de eficiência na gestão são fatores que comprometem a capacidade do sistema de fornecer serviços de qualidade de forma sustentável.

Quando se fala no financiamento do SUS, durante o período de 1995 a 2016, os gastos públicos em saúde no Brasil permaneceram estáveis em relação ao PIB, variando entre 1,73% e 1,75%. No entanto, o gasto privado com saúde aumentou significativamente em comparação ao gasto público. O subfinanciamento do SUS é um dos principais obstáculos enfrentados, resultando em problemas de manutenção da rede de serviços, remuneração inadequada e falta de investimentos em infraestrutura. A aprovação da Emenda Constitucional nº 95/2016 agravou ainda mais o desfinanciamento do SUS, estabelecendo um limite para os gastos públicos pelos próximos 20 anos e reduzindo os recursos federais destinados à saúde de 1,7% para 1,1% do PIB.

A regressividade do sistema tributário brasileiro também afeta o financiamento da saúde, com incentivos do governo federal ao setor privado por meio de renúncias fiscais. Além disso, mecanismos como a DRU e a apropriação da receita da Seguridade Social contribuem para a diminuição dos recursos disponíveis para o SUS. Essas medidas refletem a falta de prioridade dada à saúde como política social, resultando em um direcionamento cada vez maior da saúde como mercadoria.

No que tange a sua gestão, de acordo com Lucchese (2003), as mudanças implementadas para promover a gestão democrática na área da saúde não resultaram em uma redução significativa das desigualdades relacionadas à saúde no país. Desigualdades persistem na distribuição espacial dos recursos, no acesso aos serviços, na qualidade do atendimento e nas condições de vida e saúde da população. Vieira (2009) destaca a desarticulação entre os instrumentos de gestão do SUS e os instrumentos de planejamento e orçamento público como um dos principais problemas de governança. A regulamentação de prazos para a elaboração desses instrumentos de gestão do SUS, em consonância com os instrumentos de planejamento, é necessária para promover a vinculação entre eles e garantir o financiamento adequado das ações planejadas. Superar

esses desafios é fundamental para alcançar maior eficiência na alocação de recursos e harmonizar as ações de saúde nas diferentes esferas de governo.

Ao abordarmos o caso do Estado de São Paulo, percebemos que São Paulo tem um papel fundamental na estruturação e implementação do SUS, mas também enfrenta desafios relacionados ao financiamento insuficiente, à sobrecarga do sistema de saúde e à necessidade de aprimorar a gestão dos recursos disponíveis.

Segundo Duarte (2018), o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado de São Paulo aumentou no período de 2009 a 2014, porém a maior parte dos recursos foi direcionada para a rede de urgência, em detrimento de outras áreas da saúde. Apesar da implementação das redes temáticas, a estratégia de atenção continuou priorizando a rede de urgência, o que reforçou os modelos hegemônicos de atenção. Além disso, as redes redirecionaram recursos que antes eram destinados aos municípios, reduzindo sua autonomia no planejamento e na programação das ações de saúde. Dessa forma, o financiamento recente do processo de regionalização do SUS não promoveu uma descentralização efetiva, mas sim a transferência fragmentada e condicionada de recursos, principalmente para ações de média e alta complexidade.

Com isso, conclui-se que é evidente que a sustentabilidade financeira do SUS é fundamental para garantir o acesso igualitario e de qualidade aos serviços de saúde. É necessário buscar alternativas de financiamento mais robustas e eficientes, como a diversificação das fontes de recursos, a melhoria na gestão dos gastos e a promoção de parcerias público-privadas adequadas. Além disso, é fundamental investir na capacitação e no fortalecimento dos gestores de saúde, bem como na implementação de mecanismos de avaliação e monitoramento que permitam aprimorar a eficiência do sistema.

Apesar dos desafios enfrentados, é importante reconhecer os avanços alcançados pelo SUS ao longo de sua existência. O sistema tem contribuído para a redução das desigualdades e para a melhoria do acesso à saúde no Brasil, possibilitando o atendimento de milhões de pessoas que antes estavam excluídas. No entanto, é necessário um esforço conjunto de diversos atores sociais para superar as dificuldades e garantir a sustentabilidade e a efetividade do SUS como um direito constitucional.

Portanto, a análise realizada neste trabalho demonstra a importância de uma abordagem econômica para compreender o SUS em suas diferentes dimensões. É fundamental considerar os aspectos históricos, as questões de financiamento e gestão, bem como as particularidades de cada região, a fim de buscar soluções que fortaleçam o sistema de saúde brasileiro como um todo. O SUS é um patrimônio do povo brasileiro e requer esforços contínuos para que possa cumprir plenamente seus objetivos de promoção da saúde e do bem-estar de toda a população.

BIBLIOGRAFIA

ALEMÃO, Márcia Mascarenhas. Financiamento da Saúde: proposta e avaliação de modelo estimativo do custeio global de hospitais públicos (Doutorado em Administração). 2017. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1843/BUOS-AWPLNM>. Acesso em: 17/03/2022

BRAGA NETO, F. C.; BARBOSA, P. R.; SANTOS, I. S. Atenção hospitalar: evolução histórica e tendências. In: GIOVANELLA, L. et al. *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*.
2.ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 577-608. Disponível em: <http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/ pt/lil-670025>. Acesso em: 20/03/2022

BRAGA, José Carlos de Souza. A questão da saude no Brasil : um estudo das politicas sociais em saude publica e medicina previdenciaria no desenvolvimento capitalista. 1978. 209 f. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Economia, Campinas, SP.

BRAGAGNOLO, Larissa Maria. Gestão da atenção básica por organizações sociais de saúde no município de São Paulo: Uma Análise Micropolítica. Tese de Mestrado. UNIFESP. São Paulo. 2017. Disponível em: < https://repositorio.unifesp.br/bitstream/handle/11600/41895/2017-0006.pdf?sequence=1&isAllowed=y > Acesso em: 28/10/2022

BRASIL. (Constituição 1988) *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, 5 out. 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ constituicao/
ConstituicaoCompilado.htm>. Acesso em: 07/04/2022

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde — CONASS. *Assistência de média e
alta complexidade no SUS*. Brasília: CONASS, 2011. 223 p. (Coleção Para endender a gestão do SUS 2011, 4.). Disponível em: <http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs /colecao2011/livro_4.pdf>. Acesso em: 23/03/2022

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundo Nacional da Saúde — FNS. *Gráfico comparativo por
ano*. 2016a. Disponível em: <http://portalfns.saude.gov.br/index.php>. Acesso em: 23/03/2022

BRASIL. Ministério da Saúde.Secretaria Executiva. *Departamento de Informática do SUS -
DATASUS*. TabWin. [2016b]. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/>. Acesso em:

BRASIL. Senado Federal. *Proposta de emenda à Constituição nº 55, de 2016c* - PEC DO TETO DOS GASTOS PÚBLICOS. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Brasília/DF, 2016c. Disponível em <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/ 127337>. Acesso em: 23/03/2022

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm > Acesso em: 23/03/2022

BRASIL, Tesouro Nacional. Aspectos Fiscais da Saúde no Brasil. 2018. Disponível em: < https://www.tesourotransparente.gov.br/publicacoes/aspectos-fiscais-da-saude-no-brasil/2018/30 > Acesso em: 16/02/2023

CARVALHO, A. L. B. *et al.* A Gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. Disponível em: < https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v17n4/v17n4a12.pdf >

CHIORO, Arthur; MORETTI, Bruno...[et al.].Financiamento do SUS e garantia de direitos [livro eletrônico] : orientação técnica e produção de dados na garantia de direitos no contexto da pandemia Covid-19/ Laboratório de Saúde Coletiva. São Paulo. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO, 2021 Disponível em: < https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2021/06/ebook.pdf > Acesso em: 15/03/2023

DOS SANTOS, Nelson Rodrigues. "SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo". Ciência & Saúde Coletiva. Revista ciência & Saúde Coletiva [online]. Rio de Janeiro: Edição 23.6. Junho de 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/sNh7sDYDdyQwvKVgLqYZvpB/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 23/03/2022

DUARTE, Ligia Schiavon. Desenvolvimento desigual e a regionalização do SUS: uma análise territorial dos recursos financeiros para as redes de atenção à saúde no Estado de São Paulo (2009-2014). Tese de Pós-Graduação. USP. São Paulo. 2016. Disponível em: < https://teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-19092016-142929/publico/LigiaSchiavonDuarteREVISADO.pdf > Acesso em: 28/10/2022

_____, Ligia Shiavon; MENDES, Áquilas Nogueira; LOUVISON, Marília Cristina Prado. O processo de regionalização do SUS e a autonomia municipal no uso dos recursos financeiros: uma análise do estado de São Paulo (2009-2014). São Paulo. 2018. Disponível em: < https://doi.org/10.1590/0103-1104201811602 > Acesso em: 15/03/2023

DE FRANÇA, José Rivaldo Melo; COSTA; Nilson do Rosário. A dinâmica da vinculação de recursos para a saúde no Brasil: 1995 a 2004. Ciência & Saúde Coletiva, 16(1):241-257, 2011. Disponível em: < https://www.scielo.br/j/csc/a/fjFkdc8xjwSFfCkz45wkFhd/?format=pdf&lang=pt > Acesso em: 12/05/2023

DE MARTINI, Victor. O que a CPMF não fez pela saúde no Brasil. 29 de novembro 1999. Conselho Federal de Medicina. Disponível em:< https://portal.cfm.org.br/artigos/o-que-a-cpmf-nao-fez-pela-saude-no-brasil/ > Acesso em: 28/06/2022

FALCÃO, Márcio Leonardo de Santana Marinho. Análise dos gastos públicos em saúde e da cobertura da atenção primária dos municípios pernambucanos: tendência 2008 a 2018. 2020. Dissertação (Mestrado em Gestão e Economia da Saúde) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2020.Disponivel em: <https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/38662/1/DISSERTA%c3%87%c3%83O%20M%c3%a1rcio%20Leonardo%20de%20Santana%20Marinho%20Falc%c3%a3o.pdf> Acesso em: 23/03/2022

IEPSdata – Instituto de Estudos para Políticas de Saúde.

LUCCHESE. P. T. R. Equidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução de desigualdades em saúde. 2003. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/pcMkFjbs3dKTxL5V4wcJt6P/?lang=pt&format=html

MACHADO, Rafael. Antes do SUS. Drauzio. Disponível em: < https://drauziovarella.uol.com.br/saude-publica/antes-do-sus/ > Acesso em: 28/06/2022

MENDES, Aquilas Nogueira. O subfinanciamento e a mercantilização do SUS no contexto do capitalismo contemporâneo em crise. *In:* BRAVO, Maria Inês Souza *et al*. Cadernos de Saúde: A mercantilização da saúde em debate: As organizações sociais no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. FAPERJ, 2015. P. 11-19. Disponível em: < https://cresspr.org.br/2015/07/24/confira-a-mercantilizacao-da-saude-em-debate-as-organizacoes-sociais-no-rio-de-janeiro/ >

_____; MARQUES, Rosa Maria. O financiamento do SUS sob os "ventos" da financeirização. 2009. Disponível em: < https://www.scielo.br/j/csc/a/SY4Xf4BZ6tPkvf3mP6C3ngf/abstract/?lang=pt >

_____; CARNUT, Leonarno. Capitalismo contemporâneo em crise e sua forma política: o subfinanciamento e o gerencialismo na saúde públcia brasileira. 2018. Disponível em: < https://www.scielo.br/j/sausoc/a/NWtCkYJVcjzM5frKfWskvBF/?lang=pt >

MENDES, E. V. *As redes de atenção à saúde*. 2.ed. Brasília: Organização Pan-Americana de
Saúde – OPAS, 2011. 549 p. Disponível em: <http://www.telessaude.mt.gov.br/Arquivo/ Download/ 2053>. Acesso em: 23/03/2022

NETO, João Alves dos Santos; MENDES, Áquilas Nogueira; PEREIRA, Antônio Carlos Pereira; PARANHOS, Luiz Renato. Análise do financiamento e gato do Sistema Único de Saúde dos municípios da região de saúde Rota dos Bandeirantes do estado de São Paulo, Brasil. 2016. Disponível em: < https://scielosp.org/pdf/csc/2017.v22n4/1269-1280/pt > Acesso em: 28/10/2022

PAIM, Jairnilson Silva. "Sistema único de Saúde (SUS) aos 30 anos". Ciência & Saúde Coletiva. **Revista ciência & Saúde Coletiva [online]. Rio de Janeiro: Edição 23.6. Junho de 2018. Disponível em: <** https://www.scielo.br/j/csc/a/Qg7SJFjWPjvdQjvnRzxS6Mg/abstract/?lang=pt >. Acesso em: 23/03/2022

PIOLA, S. F. et al. *Financiamento público da saúde:* uma história a procura de rumo. Rio de
Janeiro: IPEA, 2013. (Texto para discussão, 1846). Disponível em: < https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/1580 >. Acesso em: 12/05/2023

REDAÇÃO WARREN. Conheça o tripé macroeconômico. Agosto de 2021. Disponível em: < https://warren.com.br/magazine/tripe-macroeconomico/ > Acesso em: 12/05/2023

REIS, Thiago. CPMF: o que foi esse imposto? É possível que ele volte a existir? 2018 Disponível em : < https://www.suno.com.br/artigos/cpmf/#:~:text=Como%20surgiu%20a%20CPMF%3F,per%C3%ADodo%20anterior%20a%20sua%20constitui%C3%A7%C3%A3o. > Acesso em: 12/05/2023

SANTO, Antônio Carlos Gomes do Espírito; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. Financiamento, Gasto e oferta de serviços de saúde em grandes centros urbanos do estado de São Paulo. 2008. Disponível em: < https://www.scielo.br/j/csc/a/qqj8n6gXTNqBXrzv46WYSsp/?format=pdf&lang=pt > Acesso em: 28/10/2022

SANTOS, Carolina Cavanha de Azeredo. Desafios Na Implementação Da Regionalização Da Saúde A Partir Da Perspectiva De Municípios Não-Polo: Estudo De Caso Em Regiões De Saúde Desenvolvidas. Tese de Mestrado. FGV. São Paulo. 2017. Disponível em: < https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/18068/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado%20%28final%29%20-%20A%20regionaliza%C3%A7%C3%A3o%20da%20sa%C3%BAde%20em%20munic%C3%ADpios%20n%C3%A3o%20polo%20-%2027.03.2017.pdf > Acesso em: 28/10/2022

SILVA, Daniel Neves. "Plano Real"; *Brasil Escola*. Disponível em: < https://brasilescola.uol.com.br/historiab/itamar-economia.htm >. Acesso em 12 de maio de 2023

SOBRINHO, Eduardo Jorge Martins Alves; CAPUCCI, Paulo Fernando. Saúde em São Paulo: aspectos da implantação do SUS no período de 2001-2002. 2003. Disponível em: < https://www.scielo.br/j/ea/a/GqbNctpfqVk5dgHhrmLBW3C/?format=pdf&lang=pt > Acesso em: 28/10/2022

SOLLA, J.; CHIORO, A. Atenção Ambulatorial Especializada. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 627–664.

VIACAVA, Francisco et al. "SUS Oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos". **Edição 23.6. Junho de 2018. Disponível em:** < https://www.scielo.br/j/csc/a/8R6QRyHLFb4S7FXh8CDd5kf/abstract/?lang=pt >. Acesso em: 23/03/2022

VIANA, A.L.d`Á. et al. Novas perspectivas para a regionalização da saúde. São Paulo em Perspectiva, São Paulo, Fundação Seade, v. 22, n. 1, p. 92-106, jan./jun. 2008. Disponível em:< http://produtos.seade.gov.br/produtos/spp/v22n01/v22n01_07.pdf > Acesso em: 28/10/2022

VIEIRA, F. S.; PIOLA, S. F. *Restos a pagar de despesas com ações e serviços públicos de saúde da união:* impactos para o financiamento federal do sistema único de saúde e para a elaboração das contas de saúde. Brasília: Ipea, 2016. (Texto para discussão, 2225). Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/6975/1/td_2225. pdf>. Acesso em: 23/03/2022