

Propostas de reordenamento do financiamento do SUS: uma revisão sistematizada da literatura

Propuestas de reordenamiento del financiamiento del SUS: una revisión sistemática de la literatura

Proposals for reordering SUS financing: a systematic review of the literature

Alex Henrique Brasil Brião de Oliveira: Universidade Nove de Julho – Uninove. São Paulo, SP, Brasil.

ORCID: 0009-0005-2804-7999. E-mail: alexbr.oliveira01@gmail.com

Áquilas MENDES: Universidade de São Paulo – USP, Faculdade de Saúde Pública –FSP. São Paulo, SP, Brasil.

ORCID: 0000-0002-5632-4333. E-mail: aquilasmendes@usp.br

Propostas de reordenamento do financiamento do SUS: uma revisão sistematizada da literatura

Resumo:

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem 35 anos e até o momento não apresenta um esquema de financiamento condizente à sua universalidade, não tendo uma definição de recursos seguros e suficientes para que o sistema de saúde possa exercer sua universalidade de maneira plena, seja através da promoção, prevenção, vigilância ou assistência em saúde. É neste cenário que o trabalho tem o objetivo de conhecer as propostas de reordenamento do financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir de uma revisão sistematizada da literatura científica, identificando os problemas relacionados a esse financiamento, bem como apresentando possíveis propostas formuladas a partir da EC 29/2000, em que ficou estabelecida a vinculação de recursos para esse sistema. Para tanto, partiu-se da seguinte pergunta de pesquisa: O que literatura científica apresenta sobre o financiamento de sistemas de saúde, especialmente em relação ao SUS? A partir dela, foi estruturado o desenho metodológico desta pesquisa, no qual estabeleceu-se os itens-chaves: “financiamento” (fenômeno), “sistemas de saúde” (população) e “sistema único de saúde” (contexto) para realização da pesquisa na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e assim, identificação dos seguintes descritores: “financiamento dos sistemas de saúde”; “financiamento da assistência a saúde”; “financiamento governamental”; “recursos em saúde”; “recursos financeiros em saúde”; “gastos em saúde”; “sistemas de saúde”; “sistemas nacionais de saúde”; “sistemas públicos de saúde”; “medicina estatal”; “acesso universal aos serviços de saúde”; “sistema único de saúde”. Por fim, com base nas sintaxes dos itens-chave, obteve-se a seguinte sintaxe final: (mh:((mh:((mh:(“Sistemas de Saúde”)) OR (mh:(“Sistemas Nacionais de Saúde”)) OR (mh:(“Sistemas Públicos de Saúde”)) OR (mh:(“Medicina Estatal”)) OR (mh:(“Acesso Universal aos Serviços de Saúde”)))) AND (mh:((mh:(“Financiamento dos Sistemas de Saúde”)) OR (mh:(“Financiamento da Assistência a Saúde”)) OR (mh:(“Financiamento Governamental”)) OR (mh:(“Recursos em Saúde”)) OR (mh:(“Recursos Financeiros em Saúde”)) OR (mh:(“Gastos em Saúde”)))))) AND (“Sistema Único

de Saude”). A busca foi executada em 27 de fevereiro de 2023 e resultou em 102 publicações. Após identificação, rastreamento e elegibilidade referente ao Fluxograma Prisma, foram considerados apenas 6 artigos incluídos para esta revisão. As dimensões para análise dos artigos dizem respeito à: problemas do financiamento do SUS e propostas para sua adequação. Através da análise detalhada dos artigos selecionados para o estudo, é possível identificar que apenas um deles não se encontra dentro do período proposto para o presente estudo e que em três deles, apesar da inexistência de uma proposta clara para que o problema do financiamento seja enfrentado de frente, é possível inferir a partir do diagnóstico levantado. Nos demais, há sugestão de propostas pertinentes para o enfrentamento.

Descritores: “financiamento dos sistemas de saúde”; “financiamento da assistência a saúde”; “recursos em saúde”; “sistemas de saúde”; “sistema único de saúde”

Summary:

The Unified Health System (SUS) is 35 years old and so far does not have a funding scheme consistent with its universality, not having a definition of safe and sufficient resources for the health system to fully exercise its universality, whether through promotion, prevention, surveillance or health care. It is in this scenario that the objective of this work is to know the proposals for reorganizing the financing of the Unified Health System (SUS), based on a systematic review of the scientific literature, identifying the problems related to this financing, as well as presenting possible proposals formulated from EC 29/2000, in which the earmarking of resources for this system was established. To do so, we started with the following research question: What scientific literature presents on the financing of health systems, especially in relation to the SUS? From it, the methodological design of this research was structured, in which the key items were established: “financing” (phenomenon), “health systems” (population) and “single health system” (context) to carry out the research in the Virtual Health Library (VHL) and thus, identification of the following descriptors: “financing of health systems”; “financing of health care”; “government funding”; “health resources”; “financial resources in health”; “health expenses”; “health systems”; “national health systems”; “public health systems”; “state medicine”; “universal access to health services”; “Health Unic System”. Finally, based on the syntax of the key items, the following final syntax was obtained: (mh:((mh:((mh:("Health Systems")) OR (mh:("National Health Systems")) OR (mh:("Public Health Systems")) OR (mh:("State Medicine")) OR (mh:("Universal Access to Health Services")))) AND (mh:((mh:(" Financing of Health Systems")) OR (mh:("Health Care Financing")) OR (mh:("Government Financing")) OR (mh:("Health Resources")) OR (mh:("Financial Resources for Health")) OR (mh:("Health Spending")))))) AND (“Sistema Único de Saúde”). The search was performed on February 27, 2023 and resulted in 102 publications. After identification, tracking and eligibility regarding the Prisms Flowchart, only 6 articles were considered for this review. The dimensions for analysis of the articles relate to: SUS funding problems and proposals for its adequacy. Through the detailed analysis of the articles selected for the study, it is possible to identify that only one of them is not within the period proposed for the present study and that in three of them, despite

the lack of a clear proposal for the problem of financing to be faced head on, it is possible to infer from the diagnosis raised. In the others, there are suggestions of relevant proposals for coping.

Key words: “financing of health systems”; “financing of health care”; “health resources”; “health systems”; “Health Unic System”

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem 35 anos e até o momento não apresenta um esquema de financiamento condizente à sua universalidade. Os atuais recursos são insuficientes, inseguros e indefinidos, não sendo capaz de garantir a plena universalidade da saúde no país, seja através da promoção, prevenção, vigilância e assistência. [1]

Há uma história de subfinanciamento do SUS no Brasil, apesar do debate profundo ocorrido na sociedade sobre a necessidade de um modelo de financiamento condizente à universalidade do direito à saúde estabelecido na Constituição Cidadã de 1988 . Os desafios decorrentes das fontes de recursos se viram presentes durante toda a trajetória de existência do SUS, sem a designação de mecanismos definidos e seguros para o seu adequado funcionamento. [1]

Ao olhar atentamente os marcos históricos a partir da década de 90, é possível trazer a tona que artigo 195 da Constituição determinava que o financiamento da Seguridade Social seria complementado por recursos da União, estados e municípios, contando com recursos da receita do PIS/PASEP, da contribuição social de empregados, empregadores e da importação de bens ou serviços do exterior, além dos tributos COFINS e CSLL. Por fim, receberia 50% dos recursos provenientes de concursos, como loterias, complementando os recursos da contribuição social. Vale lembrar que à época, foi determinado que os recursos da Seguridade Social seriam exclusivamente direcionados a saúde, previdência e assistência social, sendo assim, criado um Orçamento da Seguridade Social, ficando 30% do total das suas receitas com o setor da saúde. [2]

Apesar das determinações iniciais, as tensões ocasionadas pela disputa por financiamento entre a previdência e a saúde acabaram por levar, ainda mais, a uma crescente diminuição de aporte financeiro para o SUS, já em 1993. Neste mesmo ano, em uma tentativa de realizar o reordenamento do financiamento do sistema de saúde, foi enviada ao Congresso Nacional uma proposta denominada de PEC 169/1993 de autoria dos Deputados Federais Waldir Pires e Eduardo Jorge que sugeria que a porcentagem de contribuição da Seguridade Social, prevista em Constituição, fosse cumprida e que fossem acrescidos 10% da

receita de impostos. Contudo, depois de anos de debates no legislativo, foi aprovada no ano de 2000 a EC 29 que apenas vinculava o financiamento a receita de impostos. [2]

Mesmo diante das tensões pela disputa por financiamento, os repasses foram sistematicamente reduzidos sob a justificativa da necessidade de corrigir os déficits fiscais presentes, tendo sido criados no decorrer da década de 90 os Fundos Social de Emergência e, posteriormente, de Estabilização Fiscal para suprir essas deficiências fiscais. Para que a crise fiscal fosse combatida, o Governo Brasileiro se comprometeu a instituir o Tripé Macroeconômico, no qual é baseado em juros altos/meta de inflação, superávit primário e câmbio flutuante. Objetivando atingir uma das bases dessa política econômica, o superávit primário, foi então criado o Fundo Social de Emergência que, depois de estabelecido, passou a se chamar de Fundo de Estabilização Fiscal. [1,2]

Na passagem do século, a criação da Desvinculação das Receitas da União (DRU) consolidou a visão da financeirização do Estado, dando continuidade ao Fundo de Estabilização Fiscal, nesse sentido dava liberdade para o Governo Federal usar recursos que seriam destinados a saúde, educação e previdência social para que fossem aplicados em áreas definidas como prioritárias ou para realizar, como dito, o superávit primário. Dentro deste contexto, é possível perceber que há uma priorização da política fiscal em detrimento do financiamento de áreas essenciais para garantir condições sociais a população, aprofundando o subfinanciamento da saúde. Inicialmente essa desvinculação foi definida na proporção de 20% das receitas, mas recentemente, em 2016 passou para 30% com o advento da EC 93. [1,2]

Soma-se a este duro o golpe ao financiamento da saúde, o fato de haver uma redução crescente da participação da União no orçamento. Situação gerada pelo pequeno crescimento econômico e pelos momentos de recessão pela qual o país passou, reduzindo a arrecadação de impostos. Portanto, a insuficiência dos recursos se torna ainda mais evidente. Além disso, o Estado passa a ter como prática as isenções fiscais no Imposto de Renda para Pessoa Física e Pessoa Jurídica para indivíduos que adquirem convênios e planos de saúde, contribuindo para o subfinanciamento e gerando distorções sobre o aporte de

recursos para o setor público em relação ao setor privado, como consequência, há uma priorização deste último. [1]

Dado o panorama acima, foram criadas fontes de recursos como tentativa de definir um financiamento seguro, dentre elas a Contribuição Provisória sobre Movimentações Financeiras (CPMF) que permaneceu vigente entre 1997 e 2007. [1,2]

Como dito anteriormente, a Emenda Constitucional 29, de agosto de 2000, foi uma consequência de um longo debate que ocorreu no Congresso Nacional e uma iniciativa que visou trazer uma solução para o déficit do financiamento público em saúde. Ela determinava o início da vinculação das receitas dos três entes federativos, sendo assim, no primeiro ano de vigência, estados e municípios deveriam destinar 7% dos recursos provenientes de impostos para a saúde, devendo chegar a 12% para estados e 15% para municípios até 2004. No caso da União, apesar de definir que, no primeiro ano, o aporte deveria ser de no mínimo 5% do aplicado no ano anterior e nos seguintes ter uma correção relativa a variação do PIB anual, a Emenda não trouxe uma solução para as fontes dos recursos. Adicionado a este aspecto negativo da EC 29, há a inclusão indevida de despesas não relacionadas as ações e serviços de saúde, como por exemplo o pagamento de aposentadorias dos servidores do Ministério da Saúde, pois esses critérios não foram estabelecidos. Além disso, não foram delimitados os limites para captação de recursos entre previdência social e saúde, tensão que contribuía para a situação de subfinanciamento do SUS. As informações relatadas evidenciam o pouco empenho do Governo Federal da época. [2]

Apesar de todos os entraves postos, a conclusão a que se chega é que a Emenda 29 foi responsável pelo aumento da participação da saúde no PIB, passando de 2,89% em 2000 para 3,84% em 2011. Contudo, essa valorização não foi mais ampla devido ao baixo comprometimento do Governo Lula na regulamentação da lei. [2]

A luta para que destinação dos recursos federal, estadual e municipal fossem diretamente destinados as ações e serviços de saúde e não as demais despesas só encontrou sua vitória com a aprovação da Lei 141/2012. Esta, além de definir o que foi exposto, trazia a valorização do processo de planejamento e controle

social. Contudo, a Lei 141/2012 não alterou a base de cálculo da União para a saúde, estabelecida na EC-29, o que permanecia a insuficiência de recursos dessa esfera de governo. [2]

Transcorrido esse período de validade das leis mencionadas e em consonância com o momento histórico no qual o mundo vive, da crise do capitalismo e fortalecimento do capital fictício, os governos mantiveram-se comprometidos com as políticas econômicas de austeridade. E já no segundo mandato de Dilma Rousseff, fruto dessa visão, foram concebidas a Lei 13.097/2015, a EC 86/2015 e o ajuste e prorrogação da DRU. Tais medidas intensificaram e consolidaram ainda mais a condição de subfinanciamento do Sistema Único de Saúde. [2]

A Lei 13.097/2015 foi aprovada em janeiro de 2015 e estabeleceu a liberação da exploração do capital estrangeiro nos serviços de saúde, inclusive em hospitais filantrópicos. Estes últimos são beneficiários de isenções fiscais, sendo assim o Estado brasileiro passa a financiar empresas estrangeiras que se apoderam dos serviços nacionais, prejudicando o financiamento pleno do SUS. [2]

Se a existência da lei mencionada no parágrafo anterior já contribui para aprofundar o processo de subfinanciamento, a EC 86/2015 consolida esse processo. Uma vez que estabelece as seguintes diretrizes: implementação do orçamento impositivo, no qual parte dele seria destinado as emendas parlamentares, além de modificar a base de cálculo para a contribuição da União para o financiamento do sistema de saúde. Na primeira situação, determina que 1,2% da Receita Corrente Líquida (RCL) seja destinada para as emendas parlamentares e que metade seja referente as ações e serviços em saúde, correspondendo a quatro vezes mais o empenho do Ministério da Saúde com as emendas entre 2010-2013, portanto retirando recursos do setor. A segunda medida muda o padrão de repasse da União, sendo anteriormente referente ao valor do ano anterior acrescido da variação do PIB e passa a ser considerada a RCL, visando uma porcentagem gradativa de 13,2% dela no primeiro ano até 15% no quinto ano de vigência. Devido essa mudança do cálculo, também foi retirado o excedente da saúde com a destinação dos recursos do Pré-Sal, como previa a Lei 12.858/2013. [2]

Apenas com a instituição dessa EC, estima-se que o SUS perdeu, só no primeiro ano, cerca de R\$ 9,2 bilhões em ações e serviços de saúde. Somado a todo esse contexto, em 2015 o Governo Dilma aplicou um Ajuste Fiscal que reduziu os gastos para todo o orçamento na ordem de R\$ 69,9 bilhões, sendo que só na saúde chegou a R\$ 10 bilhões. Agravando ainda mais a situação da saúde, houve atrasos nos repasses de recursos no ano anterior, tendo intensidade maior na Alta e Média Complexidade. [2]

É importante evidenciar o volume de perdas durante esse processo. Já em 2016, a insuficiência gerada resultou, segundo Mendes e Funcia [2], a uma perda de cerca de R\$ 16,6 bilhões quando usamos o parâmetro de 13,2% da RCL. Esses dados acabam sendo mais desoladores quando é feita uma comparação com a destinação mínima de recursos entre a Lei vigente (141/2012) anteriormente, a estimativa de uso de 14,8% da RCL e a aplicação prevista da EC 86, gerando mais perdas que se encontram na ordem de R\$ 4 bilhões e R\$ 12,1 bilhões. Por fim, estendendo-se a análise ao ajuste da DRU, avalia-se que, associado a EC 86/2015, a saúde teve uma perda R\$ 40 bilhões a R\$ 60 bilhões quando analisadas as três esferas de poder. [2]

Observando todo esse cenário, é possível concluir que o degrading desse processo contribuiu, ativamente, para aumentar a insegurança no financiamento do SUS, agravando o subfinanciamento. E com uma análise ainda mais comprometida e acurada, obtemos a informação que só a DRU, desde sua instituição até o ano de 2014, gerou uma perda de recursos para o Orçamento da Seguridade Social na casa de R\$ 704,2 bilhões. Acrescentando mais um fator a este ambiente, dentro período citado, está o fato do gasto do Ministério da Saúde, entre 1995 e 2014, ter permanecido estável em cerca de 1,7% do PIB, enquanto que os recursos destinados ao pagamentos dos juros da dívida tiveram uma média de 6,6% do PIB. [2]

Diante da conjuntura posta, o Deputado Federal Vanderlei Macris apresenta a Proposta de Emenda a Constituição (PEC) 01/2015 que teve o início de sua tramitação em 2015 e estendeu-se até metade do segundo semestre de 2016, quando o processo do golpe da Ex-Presidente Dilma havia sido concluído e o Congresso Nacional passava a discutir a Emenda a Constituição (EC) 95. A PEC 01/2015, resgatava o Projeto de Lei de Iniciativa Popular nº 321/2013, conhecido

como “Saúde+10” que acabou não sendo aprovado à época, na medida em que aumentava a previsão de cálculo da RCL destinada as ações e serviços em saúde, objetivando chegar a 19,4% em 2023, o equivalente a 10% da Receita Corrente Bruta que era defendida pela Iniciativa. Mas além disso, previa que as despesas com emendas parlamentares não seriam mais anexadas em toda essa conta. Tal medida traria uma redução e um alívio gerado pelo processo de subfinanciamento, contudo não chegou a ser instituída. [2]

Com o golpe de 2016, o governo de Temer estabeleceu uma mudança fiscal condizente com os interesses do capital internacional, especialmente financeiro, assegurando recursos para o pagamento de serviços da dívida. Isso resultou na adoção da EC 95/2016 que congelou o gasto primário por 20 anos, excluindo o gasto financeiro. A regra prevê a criação de um Teto de Gastos, em que há um limite referente ao valor do ano anterior com acréscimo da inflação dos últimos 12 meses, prevista para funcionar durante 20 anos, a partir de 2016. A EC-95 provoca uma mudança no processo do financiamento do SUS, passando de um subfinanciamento para a condição de desfinanciamento do Sistema Único de Saúde. [3,4]

Ao se analisar os números deste curto período da instituição da EC 95 até o ano de 2021, o cenário é estarrecedor. De 2018 a 2020, a perda de recursos para o financiamento do SUS chega a R\$ 22,5 bilhões. No ano de 2020, o Teto de Gastos havia sido temporariamente suspenso devido a pandemia, mas não se refletiu em maiores recursos para o efetivo combate, pois o gasto correspondeu apenas a cerca de 31,5% do total empenhado pelo Ministério da Saúde, correspondendo a R\$ 39,4 bilhões. Em 2021, mesmo com a piora do cenário da pandemia, houve o retorno das regras da EC 95, resultando em perdas de R\$ 37 bilhões em relação a 2020, sem contar o crédito extraordinário de R\$ 20 bilhões, feito no final do mesmo ano, para a compra de vacinas. [3,4]

Por fim, neste momento em que o Governo Bolsonaro chegou ao fim, o país está diante de uma crise tripla do capital: a sanitária, a econômica e a ecológica. Estando elas intimamente ligadas e tornando o caminho para uma solução ainda mais difícil, o que reflete na necessidade de reforçar o financiamento do SUS tão desconsiderado ao longo de sua história. [3]

Para que o país possa superar este momento, mas também o histórico de descaso com a saúde, é preciso definir uma proposta de financiamento com recursos suficientes e seguros. Levando em consideração o novo momento político, no qual o Brasil se encontra com a vitória do Presidente Lula no pleito de 2022 e o compromisso firmado com o resgate atualizado da agenda socioambiental, o texto elaborado para a Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABRES) [5] ganha ainda mais relevância. Ele foi produzido durante o ano de 2022, publicado em setembro do mesmo ano como Nota de Política Econômica e intitulado “Nova Política de Financiamento do SUS”. Nele a sugestão de financiamento envolve, além de aprovar nova regra fiscal com modelo mais flexível: média da despesa empenhada entre 2020 e 2022 acrescida do IPCA do ano anterior, taxa de crescimento da população idosa e fator de correção de iniquidade no acesso à saúde. [5]

A partir do panorama ilustrado, torna-se fundamental aprofundar um estudo que possa identificar as distintas propostas de reordenamento do financiamento do SUS que foram elaboradas, como essa mais recente da ABRES, particularmente após a EC-29/2000. Neste sentido, este trabalho busca fazer um balanço das propostas e ideias de reordenamento do financiamento que surgiram ao longo dos anos de existência do SUS.

Metodologia

Objetivo e pergunta da revisão

Para o presente estudo utilizou-se da revisão sistematizada que parte da seguinte pergunta de pesquisa: O que literatura científica apresenta sobre o financiamento de sistemas de saúde como no caso do SUS?

Como a vinculação dos recursos para saúde, das três esferas de governo, foi estabelecida na EC 29/2000, optamos por trabalhar nessa revisão com as publicações realizadas no período posterior à essa emenda.

Fontes de dados e estratégia de busca

A partir da elaboração da pergunta norteadora da pesquisa, o desenho metodológico desta revisão foi estruturado em três etapas, sendo a sequência: identificação dos descritores; busca exploratória do material na literatura; e leitura sistematizada dos títulos e resumos das publicações.

Identificação dos descritores

A partir da pergunta de pesquisa identificou-se os itens-chave: “Financiamento”; “Sistemas de Saúde – “Sistema Único de Saúde”. É importante reconhecer que para a abordagem de financiamento no SUS, devemos incorporar, ainda que não diretamente mencionado na pergunta de pesquisa, o itens-chave “sistemas de saúde por abranger o sistema saúde brasileira, o SUS.

Assim, a partir de então, optamos por trabalhar nesta Revisão com a Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). Para tanto, foram trabalhados os descritores com base nos Descritores em Ciências da Saúde.

Os descritores utilizados a partir do item-chave “Financiamento” estão intimamente relacionados ao fenômeno que esta revisão se propõe estudar e foram escolhidos por versarem sobre o financiamento público em saúde. Enquanto que os relacionados ao item-chave “Sistemas de Saúde” trazem informações sobre a população a ser estudada, porque apresentam um olhar amplo dos sistemas de saúde públicos, dentro dos seus aspectos nacionais e

universais. O último descritor foi escolhido por estar dentro do contexto do interesse deste estudo: “Sistema Único de Saúde”.

A partir dos itens-chave mencionados anteriormente, utilizamos os seguintes descritores que podem ser visualizados no seguinte Quadro 1, 2 e 3

Financiamento dos Sistemas de Saúde	Resultados: 21
Financiamento da Assistência a Saúde	Resultados: 4969
Financiamento Governamental	Resultados: 22082
Recursos em Saúde	Resultados: 16345
Recursos Financeiros em Saúde	Resultados: 395
Gastos em Saúde	Resultados: 26074

Quadro 1 – Financiamento

Sistemas de Saúde	Resultados: 7155
Sistemas Nacionais de Saúde	Resultados: 524
Sistemas Públicos de Saúde	Resultados: 72
Medicina Estatal	Resultados: 60005
Acesso Universal aos Serviços de Saúde	Resultados: 619

Quadro 2 – Sistemas de Saúde

Sistema Único de Saúde	Resultados: 12805
------------------------	-------------------

Quadro 3 – Sistema Único de Saúde

Foram elaboradas as sintaxes com os operadores booleanos OR para cada pólo:

1. “Financiamento” com 66404 publicações resultou na seguinte sintaxe: (mh:(“Financiamento dos Sistemas de Saúde”)) OR (mh:(“Financiamento da Assistência a Saúde”)) OR (mh:(“Financiamento Governamental”)) OR (mh:(“Recursos em Saúde”)) OR (mh:(“Recursos Financeiros em Saúde”)) OR (mh:(“Gastos em Saúde”))
2. “Sistemas de Saúde” com 68232 publicações resultou na seguinte sintaxe: (mh:(“Sistemas de Saúde”)) OR (mh:(“Sistemas Nacionais de Saúde”)) OR (mh:(“Sistemas Públicos de Saúde”)) OR (mh:(“Medicina Estatal”)) OR (mh:(“Acesso Universal aos Serviços de Saúde”))
3. A partir do item-chave “Sistema Único de Saúde”, só foi possível adquirir um descritor correspondente e ele foi acoplado ao resultado da união dos anteriores. Dessa forma, obtivemos a sintaxe mencionada abaixo.

Após essa etapa, fizemos a agregação dos diferentes pólos, utilizando o operador booleano “AND” entre eles. A sintaxe final diz respeito à:

(mh:((mh:((mh:(“Sistemas de Saúde”)) OR (mh:(“Sistemas Nacionais de Saúde”)) OR (mh:(“Sistemas Públicos de Saúde”)) OR (mh:(“Medicina Estatal”)) OR (mh:(“Acesso Universal aos Serviços de Saúde”))))) AND (mh:((mh:(“Financiamento dos Sistemas de Saúde”)) OR (mh:(“Financiamento da Assistência a Saúde”)) OR (mh:(“Financiamento Governamental”)) OR (mh:(“Recursos em Saúde”)) OR (mh:(“Recursos Financeiros em Saúde”)) OR (mh:(“Gastos em Saúde”))))) AND (“Sistema Único de Saude”).

A Busca realizada foi executada 27 de fevereiro de 2023. A partir dela obteve-se 102 publicações.

Leitura sistematizada dos títulos e resumos das publicações

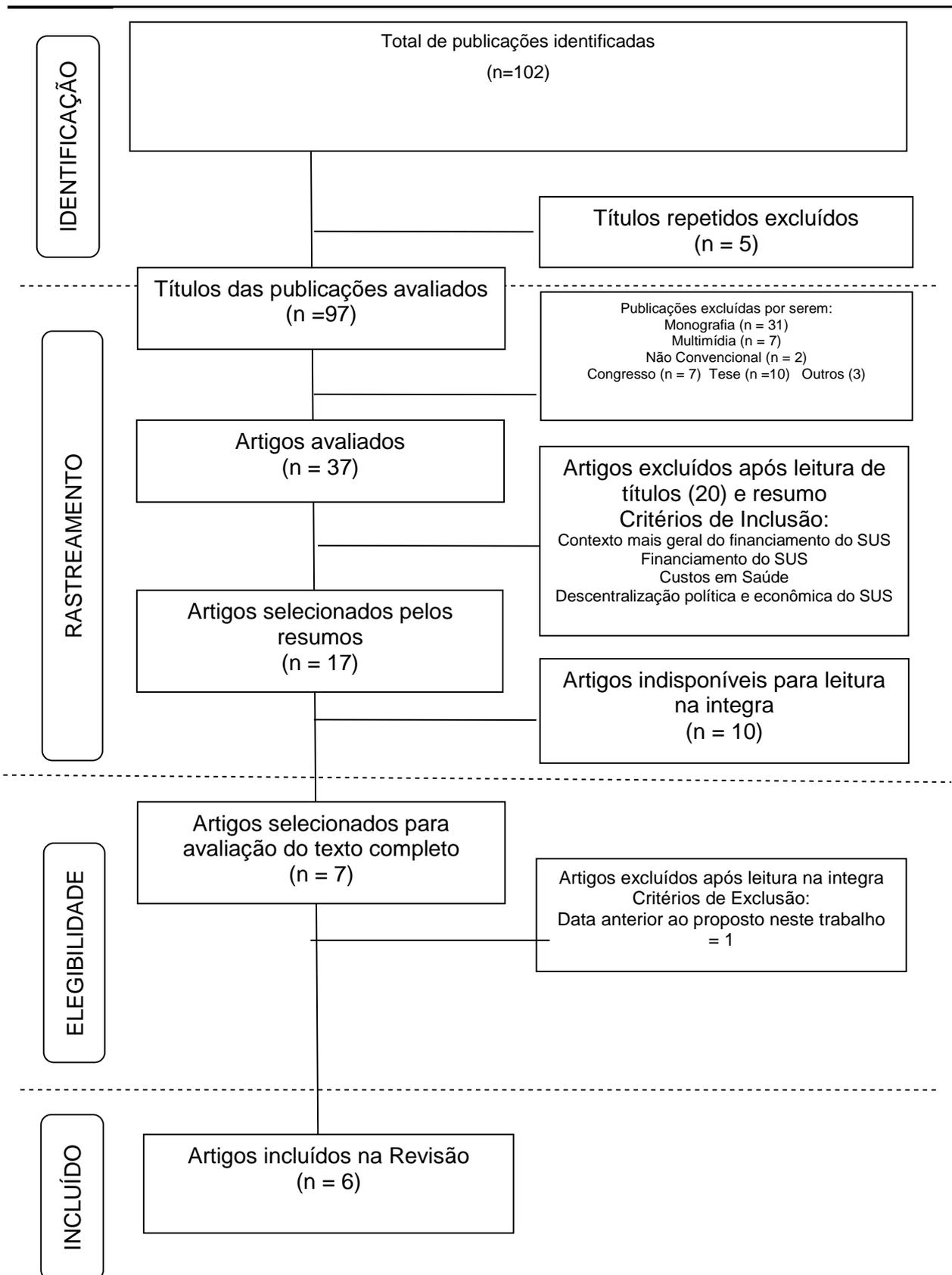
Para a busca sistematizada das publicações procedeu-se à realização das quatro etapas gerais do Fluxograma Prisma, conforme a Figura 1: identificação, rastreamento, elegibilidade e incluídos.

Em primeiro lugar, das 102 publicações identificadas pela sintaxe final foram excluídos 5 estudos repetidos, obtendo um total de 97 publicações (Figura 1).

A partir de então, foram retiradas as publicações que não se referiam à artigos científicos. Desse modo, retirou-se: a) Monografia (n = 31); Multimídia (n = 2), Congresso (n = 7), Tese (n = 10), Outros (n= 5). Esse processo correspondeu a um total de publicações retiradas, correspondente a 60 (Figura 1). Dessa forma, restaram 37 artigos científicos. As publicações classificadas como “Monografia” foram disponibilizadas na forma de Trabalhos de Conclusão de Curso, enquanto que “Multimídia” obtivemos textos relacionados a trabalhos audiovisuais sobre o tema em pesquisa. “Congresso” está relacionado a apresentações realizadas em eventos correspondentes e “Tese” a defesas em cursos de doutorado e mestrado. Classificados como “Outros”, as publicações que não puderam ser classificadas acima e que não podem ser definidas como “Artigos”.

Na etapa do rastreamento, foi realizada a leitura dos títulos dos artigos, com base nos critérios de inclusão: contexto do financiamento do SUS, financiamento do SUS, custos em saúde e descentralização política e econômica do SUS. Desta maneira, foram excluídos 20 artigos, resultando em 17 (Figura 1). A partir desses, foi feita a leitura dos resumos dos artigos. Nela, os critérios de inclusão foram semelhantes aos mesmos da leitura dos títulos. Assim, foram retirados 9 artigos, restando 8 artigos considerados para leitura na íntegra e assim definir a quantidade de artigos incluídos para a realização deste Revisão. Ao iniciar a leitura na íntegra, um dos artigos supracitados não estava disponível integralmente, enquanto que outro versava sobre período anterior ao estabelecido neste trabalho. Restando, portanto, 6 artigos considerados incluídos para essa revisão (Figura 1).

As etapas acima mencionadas estão apresentadas na Figura 1 a seguir



Resultados e Discussão

Nessa revisão foram selecionadas seis publicações que datam de 2013 a 2019.

O conteúdo extraído dos seis artigos selecionados está representado no Quadro 4.

Quadro 4: Análise dos Artigos baseados nos domínios: autor/ano, objetivo, metodologia, problemas do financiamento do SUS e propostas para o financiamento do SUS.

Autor/Ano	Objetivo	Metodologia	Problemas do Financiamento do SUS	Propostas para o financiamento do SUS
Souza, 2019 ⁶	Refletir sobre o impacto da financeirização da economia na proposta de um SUS universal	Ensaio	O fundo público transfere boa parte dos recursos para os agentes financeiros com a justificativa do pagamento da dívida pública, prejudicando a capacidade de financiamento da saúde e sua universalização	Tensionar o Estado para ter mais recursos para saúde, apesar das limitações impostas pela dinâmica com o capital. Além disso, é essencial romper com a lógica que rege a existência da DRU
Menezes, et. Al. 2019 ⁷	Analisar os efeitos da austeridade sobre o SUS	Ensaio	Há uma mudança de paradigma, no qual a lógica do Estado mínimo dá lugar a lógica da concorrência, onde o mercado se torna o padrão de regulação do Estado. Para tal, são instituídas políticas de austeridade, como a EC 95/2016. Impactando a sobrevivência das políticas sociais	O artigo problematiza, através de estatísticas, o impacto atual e futuro da EC 95/2016 no financiamento do SUS. Assim como, versa sobre a lógica mercantilizada da ação do Estado.
Alves, et. Al. 2019 ⁸	Mapear a produção da economia da saúde no Brasil com ênfase na economia política e sua contribuição para a sustentabilidade e do SUS	Ensaio	Não existe um consenso na literatura sobre a sustentabilidade do sistema de saúde, mas predomina a visão da economia da saúde que orientada pela perspectiva neoclássica. Sendo assim, a saúde deixa de ser vista como direito	É necessário aumentar a contribuição da economia política da saúde na literatura, para que o debate deixe de ser pautado apenas na lógica organizacional do mercado e passe a olhar a saúde como um direito, aumentando a participação social
Rizzoto, 2016 ⁹	Debater o papel realizado pelo Banco Mundial	Ensaio	O Banco Mundial (BM) tem interesse pelo SUS desde sua criação. Cria publicações sobre o tema	É necessário fortalecer o movimento de defesa do SUS,

	para a criação de políticas públicas na saúde do Brasil além de sugerir opções sobre as ações no início do século		e busca financiar ações no país, interferindo na dinâmica do setor. Mais atualmente, suas ações estão direcionadas a estados e municípios, principalmente no que se refere a gestão, proporcionando maior interferência do mercado	baseado na defesa de um financiamento suficiente e adequado, na oposição a privatização da saúde e de maior participação social.
Funcia. 2015 ¹⁰	Analisar as implantações da EC 86/2015 sobre o financiamento com foco na aplicação mínima da ASPS	Ensaio	Há um questionamento sobre uma eventual perda de recursos para o financiamento do SUS, a partir da vigência da EC 86/2015. Fato esse confirmado durante a análise de dados	Artigo versa sobre o impacto negativo da modificação da base de cálculo para o financiamento federal para o SUS, associado a existência das emendas parlamentares.
Mendes. 2013 ¹¹	Analisar o cenário do financiamento do SUS, a partir do aspecto da Insuficiência de recursos destinados	Ensaio	Versa sobre a insuficiência dos recursos destinados para o financiamento do SUS. Aliado a falta de compromisso dos Governos Federais em encarar o problema	A recomposição de recursos perdidos passa pelo aumento da participação da União no financiamento, como o preconizado pela Movimento "Saúde+10". Reflete sobre a necessidade de se discutir as prioridades adotadas pelo Governo, no qual as despesas financeiras são favorecidas.

A partir da análise da Quadro 4 é possível observar que todos os artigos problematizam com a visão neoliberal sobre a economia, seja através da influência na criação e aplicação de políticas públicas, até na produção acadêmica nacional. Além disso, através das suas particularidades, os artigos trazem como uma das soluções o enfrentamento programático para que se possa atingir recursos suficientes, seguros e definidos para o adequado financiamento do SUS.

Como dito, para a análise dos resultados representados no Quadro 4, organizou-se o conteúdo em duas dimensões diferentes: problemas levantados sobre o financiamento do SUS e as propostas para o adequado enfrentamento.

1) Problemas do financiamento do SUS:

Para Souza ⁶, o Fundo Público é o local onde há disputa entre as políticas sociais e a dívida pública, prevalecendo a lógica do mercado através da justificativa da necessidade do pagamento da dívida pública. Sendo assim, apesar dos fundos serem resultado de um “acúmulo” de mais-valia, uma espécie de “reservatório”, não há uma priorização para o investimento em políticas sociais que contemplem as necessidades/demanda em saúde da população, particularmente a partir de 1990. Essa situação ocorre, mesmo considerando que a saúde é resultado de um processo social contido nas relações em determinado período de tempo.

Souza ⁶ reflete que, em vários diagnósticos sobre o financiamento do SUS, há uma omissão da responsabilidade da Desvinculação das Receitas da União (DRU) sobre o subfinanciamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Não se reconhece que a DRU acaba servindo como instrumento da lógica de apropriação dos fundos públicos pelo capital. Esse quadro referencial contribuiu para a justificativa da implementação da EC 95/2016.

Quando se analisa a questão do Fundo Público, deve-se ressaltar a abordagem de Behring ¹². Essa autora reforça que ele é parte integral da dinâmica de mercado atual, no qual é responsável, em grande parte, pela gestão de crises. Sua composição advém de recursos de trabalhadores e empresas, sendo majoritariamente composto pelos primeiros. Entretanto, essa desigualdade de contribuição não conversa com as prioridades estabelecidas pelo Estado, pois boa parte dos seus recursos ficam refém da dívida fiscal e, por consequência, do capital portador de juros. Assim, nesse caso, o fundo público da Seguridade Social, que contempla a área da saúde, tem sido utilizado nesse contexto que descreve Behring, especialmente com o instrumento da DRU.

Por meio da análise das incertezas sobre o financiamento, Menezes et. Al ⁷ contextualizam a situação do financiamento do SUS, lembrando o cenário de insuficiência orçamentária. Lembra que a determinação dos compromissos de cada ente federado só foi estabelecida a partir da EC 29/2000, mas sem resolver a origem das fontes de recursos, principalmente no que concerne a União. Somada a essa insegurança e insuficiência, foi observada uma redução da participação da União no orçamento da saúde durante os anos, assim como uma redução da participação do setor público na proporção do PIB destinada a saúde. Dentro desse cenário, resgata o contexto histórico no qual se deu o surgimento

do SUS, uma vez que ocorre o advento do neoliberalismo no País. Esses autores destacam que a atividade estatal se materializa por meio da ideia de uma sociedade estruturada na lógica da concorrência, sendo o mercado um regulador da atividade do Estado. Como consequência, o SUS sofre sistematicamente com as investidas do capital e mais recentemente com a instituição de políticas de austeridade, como a EC 95/2016.

Dentre os dados levantados, Menezes et. Al ⁷ trazem o impacto do Teto de Gastos (EC 95) nos seus dois primeiros anos de vigência, no qual gerou uma redução do orçamento da saúde em 20 bilhões de reais. Além disso, estima-se que, baseado no crescimento médio anual da Receita Corrente Líquida (RCL) em 5,7% e do IPCA em 4%, a perda de recursos da ASPS seria na ordem de 800 bilhões de reais entre 2020 e 2036.

Mendes ³ destaca que a EC 95/2016 é consequência da crise do capitalismo, no qual há uma queda da taxa de lucro e uma ascensão do capital fictício, eventos explicados por Marx a partir da “Lei da queda tendencial da taxa de lucro”. Dessa maneira, através de uma visão ultraneoliberal, o Estado passa a ser um promotor de contrarreformas sociais, aliadas a ajustes nos arcabouços fiscais, consideradas como contra tendências do capital, com a contribuição do Estado, à queda da taxa de lucro. Para que esse ambiente esteja em seu ponto ideal, percebe-se no mundo inteiro, e no Brasil não seria diferente, a ascensão de “movimentos sociais” conservadores e neofascistas que são essenciais para a lógica da intensificação de acumulação em curso, pois é a partir deles que serão desmanteladas as políticas sociais, dentre elas as presentes na saúde pública.

Tendo em vista o contexto exposto, visando aumentar a fatia do setor privado dentro do setor de saúde no país e fazer avançar a venda de seguros e convênios médicos, o SUS vem perdendo seu tamanho e capacidade universal a medida que perde investimentos. Só a EC 95/2016, objeto desta análise, levou a uma redução de recursos de 2018 a 2022 na ordem de R\$ 70,4 bilhões, sendo R\$ 46,2 bilhões somente em 2022. E mesmo durante a pandemia do Covid-19, a proposta orçamentária de 2021 do Ministério da Saúde ficou R\$ 40 bilhões menor do que a do ano anterior, excluídos os créditos extraordinários decorrentes da situação de calamidade pública.

Alves et. Al ⁸ abordam a produção científica do Brasil na área da economia política, com ênfase na economia política da saúde. Para início de análise, os autores problematizam o que seria a sustentabilidade do SUS nas diferentes visões presentes na literatura. Considerando a economia da saúde – como área dominada pelo pensamento neoclássico -, o conceito de sustentabilidade se apoia na organização do mercado, visando se manter funcionando dentro de um sistema de concorrência. Por outro lado, para o outro campo do conhecimento, a economia política da saúde a sustentabilidade está na reorganização dos movimentos sanitários em busca da saúde como direito e no enfrentamento a visão neoliberal, reconectando a noção de que economia e política apresentam íntima relação.

Durante a revisão da literatura realizada por Alves et. Al ⁸ foi identificada uma produção maior de artigos que se enquadram dentro do campo da economia da saúde, com predominância da visão neoclássica. Dessa forma, fica evidente que seus fundamentos predominam e com isso as suas práticas, ou seja, prevalece a visão técnico-gerencial de uma saúde puramente assistencial e que funciona dentro da lógica da concorrência. Por consequência, deixa-se de encarar o problema do subfinanciamento da saúde pública no país, como um aspecto político fundamental e foca-se na questão da eficiência de gestão.

Para elucidar essa temática tratada por Alves et. Al ⁸, Mendes e Carnut ¹³ demonstram uma preocupação inicial em relação a narrativa predominante neste campo de pesquisa – economia da saúde -, pois existem diversas formas de abordar e interpretar a economia no setor da saúde. Contudo, devido ao contexto histórico em que o SUS surge e em que permanece, a visão neoclássica se faz majoritária, no qual as micro interações do setor são os guias das produções científicas, com centralidade nos aspectos da gestão dos sistemas de saúde. Para tanto, os autores organizam sua discussão em seu capítulo em três partes: “fundamentos da Economia da Saúde”, “delimitação entre Economia Política e Economia Política da Saúde” e “o problema da submissão da Economia da Saúde à teoria neoclássica”. Ao citarem Carcanholo (2021, p 159), são taxativos ao afirmar que a “economia é parte inseparável da totalidade constituída pela realidade social”.

O Banco Mundial (BM) exerce grande influência nos países, principalmente de capitalismo atrasado como o Brasil, e vê na saúde uma oportunidade de maximizar o ganho de capital. É dentro desse contexto que Rizzoto e Campos ⁹ abordam o histórico de publicações do BM sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), no qual a visão neoliberal predomina e com ela os ataques a implantação de um sistema de saúde universal. É a partir dessa produções textuais que o Banco visa interferir na dinâmica do setor da saúde e, após diversas tentativas em âmbito nacional, recentemente vem tendo mais sucesso quando analisado o fomento a políticas de saúde em estados e municípios, principalmente quando relacionados a área de gestão.

Para o BM, é possível fazer mais com os recursos já existentes e, partindo dessa premissa, seria possível analisar se realmente há necessidade de expansão de fontes de recursos para o SUS. A partir desse raciocínio, Rizzoto e Campos ⁹ destacam que para o Banco Mundial, a saúde é um bem de consumo e deveria ser oferecida pelo mercado, restando ao Estado apenas o papel de regulador e garantidor do “mínimo essencial”, colocando o setor dentro da lógica de acumulação capitalista. Dessa forma, a saúde não deveria ser encarada como um direito do cidadão e, para materializar essa proposta, o Estado deveria focar na criação de uma cobertura universal e não em um sistema universal.

Ao contextualizar o momento histórico do capitalismo, com influência do Banco Mundial, especialmente na saúde, podemos mencionar o trabalho de Machado ¹⁵. Esse autor relembra o fato de que os efeitos da crise do capitalismo contemporâneo são consequência da superprodução e sobreacumulação, levando a queda da taxa de lucro. Sendo assim, esse momento não pode ser dissociado da questão que envolve o financiamento do Sistema de Saúde brasileiro. Essa relação que leva ao subfinanciamento está presente desde o surgimento do SUS e perpassa todos os governos eleitos desde então, havendo influência direta de órgãos internacionais que trabalham segundo a lógica do capital, como a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Banco Mundial (BM).

O capital desenvolve uma diretriz em que o Estado passa a ser um operador de seus interesses, havendo influência do BM e da OMS nos conceitos que levam a aprovação de leis, emendas, desonerações e incentivos fiscais. Falando propriamente sobre a saúde, essas instituições internacionais passam a pregar

a gestão da área dentro do aspecto técnico-gerencial e, para isso, passaram a sugerir a implementação de uma Cobertura Universal de Saúde (CUS).

Em última análise, a CUS seria uma maneira de tornar o sistema de saúde mais eficiente na medida em que o Estado deve fornecer coberturas ou então pacotes mínimos de assistência com uma destinação a população mais pobre. Dessa forma, seria melhor para operacionalizar a gestão da saúde. E para chegar a esse objetivo, esses órgãos passam a influenciar a gestão, criação de políticas para área e planejamento, sendo exemplos práticos desde a instituição da lógica da produtividade e ganho por desempenho para os profissionais de saúde, até a instituição do Programa Previne Brasil.

Em seu artigo, Funcia ¹⁰ se propõe a analisar as implicações da EC 86/2015 sobre o financiamento do SUS. Para essa avaliação, foram utilizados como parâmetros o PIB de 2014, a RCL de 2014, os recursos do Pré-Sal, as despesas com ASPS de 2014 e a média do período de 2009 e 2013, além de levar em conta dois cenários possíveis em relação ao PIB e à RCL. A partir disso, foi possível verificar que a nova regra de cálculo, associada a criação das Emendas Parlamentares aprofundaria o processo de subfinanciamento do SUS. Nesse sentido, de 2015 a 2016 haveria uma perda de recursos estimada entre 8,36 bilhões de reais e 15,71 bilhões de reais, só voltando a ter ganhos a partir de 2018.

Já Silva et. Al ¹⁴ fazem uma abordagem sobre todos os aspectos estabelecidos pela EC 86/2015, no qual foi aprovada a obrigatoriedade das Emendas Parlamentares Impositivas, sendo revogada a destinação dos recursos do Pré-Sal e modificada a base de cálculo para o financiamento do SUS, apresentando uma projeção de 15% da Receita Corrente Líquida (RCL) até 2020, sem realizar revisões bianuais para reanálise do impacto da medida. Devido a mudança de cálculo, na época da aprovação, a Bancada da Saúde no Congresso estimou que comparado a um percentual de 15% da Receita Corrente Bruta (RCB), haveria uma perda de R\$ 30 bilhões. Somado a isso, devido ao período de recessão enfrentado, as perdas poderiam ser ainda maiores. Os autores citam Mario Scheffer que em seu artigo, publicado em abril de 2015 na Revista Saúde em Debate do Cebes, diz que a EC 86/2015 “cristaliza o subfinanciamento do SUS e abala os fundamentos políticos e econômicos do Sistema Único de

Saúde”. Esse autor, acrescenta ainda que “Ao impor a União à imposição de emendas parlamentares individuais e ao vincular a despesa federal da saúde a receita corrente líquida, a EC 86 levará à diminuição de recursos em relação aos valores garantidos pela legislação vigente, que já eram por demais restritivos”. (SCHEFFER, 2015, p. 01)

Por meio da avaliação realizada por Mendes ¹¹, fica evidente o crônico processo de subfinanciamento no qual o sistema de saúde brasileiro passa. Essa batalha começa na criação do SUS, não havendo uma definição segura de recursos e mesmo quando há a determinação do art 198 de que 30% do Orçamento da Seguridade Social (OSS) seria destinado a saúde, ela não é respeitada. Um dado interessante posto a mesa é de que, caso fosse respeitada a porcentagem de 30% da OSS no ano de 2012, o montante de recursos destinados a saúde seria em torno de R\$ 177,2 bilhões, muito superior ao praticado em 2011, R\$ 154 bilhões. Além disso, Mendes ¹¹ contextualiza todo o processo histórico que vem contribuindo para a fragilização do SUS, como: a criação da DRU, a retirada de parte de recursos para saúde quando da criação da CPMF em 1997, a falta de definição de recursos com o advento da EC 29/2000 e o impasse criado quando não delimitou a destinação de recursos apenas para a ASPS. Para além desse contexto complexo, há a rejeição por parte do Governo e do parlamento em aprovar a Lei de Iniciativa Popular “Saúde+10”, segundo a justificativa que não há fontes de recursos para garantir esse percentual para o financiamento da saúde. Contudo, apesar desta retórica o Orçamento da Seguridade Social vem passando por sucessivos superávits que acabam contribuindo com o pagamento dos juros da dívida. Sendo assim, fica claro que não há interesse e disposição em discutir as prioridades adotadas pelo Governo, adotando desculpas para tirar o foco do debate.

Funcia ⁵ realiza uma análise da evolução recente do orçamento da saúde, olhando mais atentamente para os desdobramentos ocasionados pela instituição da EC 95/2016, assim como demais alterações que levaram ao aprofundamento do processo de subfinanciamento do SUS. De maneira pragmática quantifica o quanto o Sistema Único de Saúde vem sofrendo, pois a partir do momento que o Teto de Gastos foi instituído até a previsão de empenho orçamentário para 2023, o sistema público de saúde perdeu R\$ 59,6 bilhões, passando de 15,8%

para 13% da RCL entre 2017 e 2023, muito aquém do mínimo previsto para 2020, segundo a EC 86/2015. Se o processo de desfinanciamento já está dado com a EC 95/2016, a ausência dos recursos dos royalties do Pré-Sal levam a uma perda esperada de R\$ 11 bilhões e a existência das emendas de relator são responsáveis por retirar mais R\$ 9,9 bilhões. Por fim, quando incluído os gastos relativos as emendas do relator, fica claro que o Governo detém o controle de apenas 11% da RCL.

2) Propostas para o financiamento do SUS:

Souza ⁶ defende que, apesar das limitações impostas pelo capital ao Estado, é necessário manter a tensão e exigências por mais recursos para saúde. Dentro dessa lógica, o rompimento com a DRU significa romper com a valorização do capital em detrimento das políticas sociais. Além disso, é essencial a ruptura da apropriação de recursos dos Fundos Públicos pelo capital financeiro.

Ao refletirmos sobre a proposta de Souza ⁶, devemos mencionar a análise realizada por Behring ¹². Para essa autora, participação social é essencial para que haja vitória sobre a lógica da financeirização e uso dos Fundos Públicos pelo capital fictício, contudo essa participação seria realizada através do combate anticapitalista, intrínseco da luta de classes. E diz: “No caso brasileiro, observamos que setores da casa-grande estão se beneficiando fortemente da combinação tóxica do neofascismo e do ultraneoliberalismo”. (BEHRING, 2022, v1. cap 5. p 222)

Apesar de não trazer explicitamente uma proposta para o reordenamento do financiamento do SUS, Menezes et. Al ⁷ problematiza a visão neoliberal do Estado, em que assumem ser uma ação mercantilizada com a defesa de um sociedade pautada no critério da concorrência. Para que essa estrutura de concorrência seja colocada em prática, o Estado passa a instituir políticas de austeridade, como a EC 95/2016. Sendo assim, é possível inferir que há a necessidade de mudar o Arcabouço Fiscal para que se possa romper com esse período de desfinanciamento da saúde. Assim como, é importante devolver ao Estado a responsabilidade sobre o fomento e expansão de políticas sociais.

Assim como Menezes et. Al ⁷, Mendes ³ também não é explícito em relação a melhor proposta para o financiamento do SUS, mas ao falar sobre o impacto

negativo da EC 95/2016, a condução política do neofascismo de Bolsonaro sobre a saúde e demais políticas sociais, o não cumprimento da contribuição de 30% do Orçamento da Seguridade Social previsto no artigo 55 da Constituição de 88, o avanço da DRU e a política de renúncias fiscais, o autor traz claramente onde deveria estar situado um debate sobre possíveis propostas. Para exemplificar em números, Mendes diz: “Em 2019, o OSS foi de R\$ 750,1 bilhões; se destinados 30% à saúde, considerando os gastos do governo federal, corresponderiam a R\$ 225 bilhões”, contudo naquele ano a destinação foi de R\$ 122,3 bilhões. Quando se acrescenta a análise da perda de recursos para a DRU, observa-se que R\$ 1,2 trilhão foram desvinculados, entre 1995 e 2019. Por fim, as renúncias fiscais na área da saúde foram na ordem de R\$ 49,5 bilhões em 2018. Fica evidente que o enfrentamento argumentativo e programático deve despendar energias em relação ao combate ideológico político vigente, a pressão pelo cumprimento do artigo 55, ao fim das renúncias fiscais e ao fim do mecanismo da DRU. Assim como, é primordial que haja um debate pela substituição da Emenda Constitucional 95/2016.

Para Alves et. Al ⁸, a forma de contribuir para o reordenamento do financiamento do SUS está na elevação da contribuição da economia política crítica da saúde para a literatura científica. Assim, as formações dos especialistas não deveriam ser pautadas apenas na visão técnico-gerencial em que a saúde é um produto a ser comercializado, mas sim a partir da visão da saúde como um direito de todos. Para além disso, é essencial aumentar a participação social nas decisões.

Mendes e Carnut ¹³, trazem a perspectiva de que, devido ao contexto histórico e social em que o SUS foi implementado e sistematicamente organizado, é essencial que haja uma abordagem que aglutine o econômico, o político-ideológico, a cultura e a saúde. Através de uma Economia Política crítica marxista da saúde é que haverá avanços em relação a universalização do SUS. Argumentam também que o ensino sobre economia política crítica se faz primordial para quem trabalha na gestão da saúde, mas há uma importância muito grande em relação a formação e a educação continuada de trabalhadores, pesquisadores e estudantes sobre o assunto.

O Banco Mundial prega que o mercado é um gestor mais eficiente de políticas públicas, incluindo o setor da saúde. Além disso, reforça a importância de uma

cobertura universal da saúde ao invés de um sistema universal da saúde. Todas essas diretrizes têm apoio ideológico de parte da população brasileira, como: gestores, trabalhadores e acadêmicos. Para tanto, Rizzoto e Campos ⁹ afirmam que é preciso resistir ao projeto de loteamento da saúde no país através de uma Reforma Democrática para aumentar a participação e o controle social, trabalhar por um projeto comum que defenda os valores constitucionais do SUS e, por fim, reivindicar um financiamento adequado, seguro e suficiente para o setor da saúde.

Como forma de refletir sobre esse problema do BM, Machado ¹⁵ traz a tônica da influência do capital dentro do Estado e quão as ações tem distanciado o SUS de seus princípios constitucionais, por consequência, o autor traz a reflexão da importância da resistência a esse modo de operar e pensar, sendo necessário manter as políticas públicas fiéis ao compromisso constitucional assumido. E para além disso, se faz necessário colocar em debate a influência que o Banco Mundial e a OMS acabam exercendo sobre a forma de gerir a saúde pública no país. Sendo assim, a partir desses aspectos mencionados, é possível instrumentalizar movimentos sociais e setores da sociedade a pressionar o Governo por políticas públicas que vejam a saúde dentro da lógica de um sistema universal de saúde.

Funcia ¹⁰ questiona a provável perda de recursos para o SUS com a instituição da EC 86/2015 que após as análises de dados mostrou-se verdadeira. Apesar de não apresentar uma clara proposta para o financiamento do Sistema Único de Saúde, o autor é claro quanto a necessidade de rever a base de cálculo para a saúde. Nesse sentido, se faz indispensável a criação de um mecanismo que destine recursos suficientes para o SUS. Além disso, é possível inferir que como a criação das Emendas Parlamentares representou um retrocesso para o setor, sua revogação é imprescindível.

Após contextualizar as consequências da instituição da EC 86/2015, Da Silva et. Al ¹⁴ traz ao debate a Lei de Iniciativa Popular 01/2015 que visava atingir a destinação de 10% de recursos do PIB para o financiamento do SUS. Além disso, ao problematizar a criação das emendas parlamentares impositivas individuais sem obrigações estratégicas bem definidas, fica evidente que este mecanismo deve ser revisto, seja através da pressão pela revogação ou então na

obrigatoriedade de critérios bem definidos para destinação de recursos dos parlamentares.

Em seu artigo, Mendes ¹¹ problematiza o histórico de subfinanciamento do SUS e a ausência de compromisso do Estado Brasileiro em encarar o problema de frente. Dentro desses aspectos, mesmo com a ausência de propostas claras, traz a reflexão de se colocar em pauta as prioridades que o Governo Federal vem adotando, no qual prioriza as políticas fiscais em detrimento das sociais, dessa maneira seria possível discutir o problema na sua origem e mudar a lógica do Estado e sua estrutura organizacional. Associado a isso, o autor é muito claro ao defender a importância e relevância da Lei de Iniciativa Popular “Saúde+10” para que haja uma recomposição do orçamento da saúde, trazendo maior sustentabilidade e suficiência. Fica evidente que a base de cálculo precisa ser revisitada para haver uma real mudança.

Para Funcia ⁵, a solução para o problema da falta de recursos do SUS passa por uma política econômica ampla e profunda, deixando de lado a visão de uma regra de piso para saúde que esteja tão atrelada aos fatores sensíveis ao ciclo econômico, como o próprio PIB. Primeiro é necessário revogar a EC 95/2016 e instituir um novo Arcabouço Fiscal que seja flexível e possa tornar possível o investimento em gastos estratégicos para o país. Segundo, realizar uma Reforma Tributária progressiva, no qual haja a taxação de fortunas, patrimônio, renda e riqueza financeira. Terceiro, extinguir as emendas de relator e tornar as emendas impositivas não contabilizadas no piso da saúde. E, por último, aplicar uma nova regra de piso para saúde que consistiria em empenhar: média de despesas entre 2020 e 2022, associada a recomposição da inflação no período anterior, além de taxa de crescimento da população idosa e fator de crescimento de iniquidade no acesso ao SUS. Este último poderia levar em conta as despesas com planos de saúde, serviços médicos e até em relação às renúncias fiscais.

Considerações finais

Esta revisão sistematizada debateu o contexto histórico no qual o Sistema Único de Saúde se encontra e os efeitos diretos e indiretos que levam ao subfinanciamento crônico e, mais recentemente, ao desfinanciamento. A realidade é que o SUS surge em momento em que o mundo abandona a visão de Estado como implementador das políticas de bem-estar social e passa a fomentar as políticas econômicas baseadas nas diretrizes neoliberais. Sendo assim, desde o seu início sofre com as tentativas do capital para redução de direitos e diminuição da amplitude de sua ação.

A falta de recursos definidos, suficientes e seguros é a constante do sistema de saúde e, nestes 30 anos de existência, teve contribuições importantes mas ainda tímidas para fazer o enfrentamento necessário a essa situação. A EC 29/2000, usada como marco temporal neste trabalho, foi essencial para o avanço de recursos mínimos nos quais os entes federados deveriam empenhar, contudo não foi clara sobre a necessidade de destinação desse financiamento para as Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) e não enfrentou a falta de delimitação adequada entre recursos da OSS para saúde, previdência e assistência social. A Lei 141/2012 avança nos limites estabelecidos para os recursos para a ASPS, mas mesmo após anos de debate, não avançou nas demais deficiências. Apesar desse cenário, o SUS se viu ainda mais ameaçado por leis e emenda que aprofundaram o subfinanciamento, como a EC 86/2015 e a Lei 13.097/2015, culminando no processo de desfinanciamento com a EC 95/2016. Foi na esteira do desmonte promovido pelo capital que propostas importantes como a Lei de Iniciativa Popular (PEC 01/2015) foram descartadas.

A partir da leitura dos artigos referenciados nesta revisão sistematizada é possível notar que não existe uma proposta única para realizar o reordenamento do financiamento do SUS, mas sim uma abordagem multifatorial, passando por uma revisão da maneira com que a academia aborda a temática da economia da saúde no ensino, por uma maior participação social nas decisões referentes aos SUS, pela revisão da política fiscal e por propostas que visem aumentar o aporte de financiamento proveniente da União.

Baseado no que foi amplamente discutido e entendendo as limitações inerentes desta revisão, a contribuição de sugestões de políticas de reordenamento do Sistema Único de Saúde deveriam se calcar na discussão que leva a origem do problema. Neste sentido, é essencial que se inicie uma discussão ampla sobre as prioridades adotadas pelo Estado brasileiro, pois até o momento as políticas não têm sido favoráveis aos direitos sociais e sim ao capital portador de juros.

Para que o SUS tenha recursos suficientes para o financiamento, inicialmente é primordial que o mecanismo que rege a existência da DRU seja reavaliado, assim como a revisão de políticas de desonerações e incentivos fiscais e, por fim, que seja aplicados os 30% do Orçamento da Seguridade Social para a saúde, como previsto na Constituição de 88. No campo político, se faz necessário o enfrentamento quanto a revogação da emenda de relator, assim como, após a aprovação no Novo Arcabouço Fiscal em discussão no Congresso Nacional neste terceiro Governo Lula, rediscutir o mínimo constitucional destinado a saúde. Este último fator é importante porque, apesar de transcender esse período de EC 95/2016, há um retorno a EC 86/2015 e seus problemas.

Por fim, para enfrentar os interesses da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do Banco Mundial (BM), a saúde deve ser encarada de maneira transversal na sociedade e, por consequência, nos Governos eleitos. É preciso entender que a saúde está intimamente relacionada com a agenda socioambiental, com a agenda da Justiça, da educação, da economia, da cultura e assim por diante. Visando aumentar a participação social e o enfrentamento lúcido às tentativas de desarticular o SUS, seria bem-vinda a criação de uma Associação ou Conselho, composto pela academia, gestores, profissionais de saúde e cidadãos, que fosse capaz analisar criteriosamente as ações e sugestões desses organismos internacionais. Dessa maneira, seria possível criar pareceres que subsidiassem as Conferências de Saúde e as políticas públicas adotadas.

O que deve nortear essa nova visão econômica da saúde é o compromisso constitucional assumido, no qual a universalidade é a meta a ser alcançadas.

Referências Bibliográficas

1. Gadelha, Fabio; De Noronha, Carvalho José; Castro, Leonardo; Pereira, Ruth Telma. Apresentação. In: Gadelha, Fabio; De Noronha, Carvalho José; Castro, Leonardo; Pereira, Ruth Telma. Economia e Financiamento do Sistema de Saúde no Brasil. Brasil. 1º Edição: Edições Livres, 2021. Fundação Oswaldo Cruz
2. Mendes, Áquilas; Funcia, F. R. O SUS e seu financiamento. In: Rosa Maria Marques, Sérgio Francisco Piola, Alejandra Carrillo Roa. (Org.). Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento. 1ed. Brasília: Abres; Ministério da Saúde; OPAS/OMS, 2016, v. 1, p. 139-168.
3. Mendes Á. Crise do capital e o Estado: o desmonte da Saúde Pública brasileira em curso no neofascismo de Bolsonaro. In: Mendes Á; Carnut L. (Org.). Economia Política da Saúde: uma crítica marxista contemporânea. 1ed. São Paulo: Hucitec, 2022, v. 1, p. 96-153.
4. Mendes, Áquilas; Carnut, Leonardo; Melo, Mariana. Continuum de desmontes da saúde pública na crise do covid-19: o neofascismo de Bolsonaro. Saúde Soc São Paulo, v 32, 2023.
5. Funcia, F.R.; Moretti, B.; Ocké-Reis, C.O.; Aragão, E.; Dweck E.; De Melo, M.F.C; Melo, M.; Benevides, R. Nova Política de Financiamento do SUS: Texto elaborado para Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABrES). Rio de Janeiro – 2022. Instituto de Economia – UERJ
6. Souza, Diego de Oliveira. Financeirização, fundo público e os limites à universalidade da saúde. Saúde Debate, Riode Janeiro, V. 23, N Especial 5, p 71-81, Dez 2019
7. Menezes, Ana Paula do Rego; Moretti, Bruno; Dos Reis, Ademar Arthur Chioro. O futuro do SUS: o impacto das reformas neoliberais na saúde pública – austeridade vs universalidade. Saúde Debate. Rio de Janeiro, V 43, N Especial 5, P 58-70, Dez 2019
8. Alves, Daniel Figueiredo de Almeida; Carnut, Leonardo; Mendes, Áquilas. Dimensionamento da “economia política” na “economia da saúde”: para refletir o conceito de sustentabilidade Saúde Debate. Rio de Janeiro, V 43, N Especial 5, P 145-160, Dez 2019

9. Rizzoto, Maria Lucia Frizon; Campos, Gastão Wagner de Souza. Banco Mundial e o Sistema Único de Saúde brasileiro no início do século XXI. *Saúde Soc. São Paulo*, v 25, n 2, p 263-276, 2016
10. Funcia, Francisco. Implicações da Emenda Constitucional N. 86/2015 para o processo de financiamento do Sistema Único de Saúde. *Consensus*, primeiro trimestre 2015
11. Mendes, Áquilas. A longa batalha pelo financiamento do SUS. *Saúde Soc São Paulo*. V 22. N4. P 987-993. 2013
12. Behring, E. R.. Fundo público e ajuste fiscal permanente no capitalismo contemporâneo em crise: impactos para o financiamento da saúde. In: Mendes, Á; Carnut, L. *Economia Política da Saúde: uma crítica marxista contemporânea*. 1ed. São Paulo: Hucitec, 2022, v. 1, p 189-227
13. Mendes, Á; Carnut, L. *Economia Política da Saúde: subsídios para uma Economia Política crítica marxista*. In: Mendes, Á; Carnut, L. *Economia Política da Saúde: uma crítica marxista contemporânea*. 1ed. São Paulo: Hucitec, 2022, v. 1, p 23-70
14. Da Silva, E. R. M; Da Silva, A. T. Emenda Constitucional 86 e o impacto no orçamento da saúde. *Interface – Natal/RN* – v 12, n 2. Jul/Dez 2015
15. Machado, F. G. A transferência de recursos federais à Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde no município de São Paulo: implicações do Programa Previnir Brasil – Tese (Doutorado) Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2022