

## **TRAJETÓRIA DO FINANCIAMENTO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL DE 1850-2020**

### **TRAJECTORY OF PUBLIC HEALTH FINANCING IN BRAZIL FROM 1850-2020**

### **TRAYECTORIA DEL FINANCIAMIENTO DE LA SALUD PÚBLICA EN BRASIL ENTRE 1850 Y 2020**

**NAIALY PATRÍCIA RODRIGUES**

Mestre em Engenharia de Produção pelo Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de Pernambuco, Campus do Agreste.

**FERNANDA MARIA ALMEIDA DE ANDRADE**

Mestranda em Gestão, Inovação e Consumo no Programa de Pós-graduação em Gestão, Inovação e Consumo da Universidade Federal de Pernambuco, Campus do Agreste.

**SUELI MENELAU DE NOVAIS**

Doutora em Administração pela Universidade de Brasília. Professora Adjunta na Universidade Federal de Pernambuco, Campus do Agreste.

**ALANE ALVES SILVA**

Doutora em Engenharia de Produção pela Universidade Federal de Pernambuco. Professora Associada da Universidade Federal de Pernambuco, Campus do Agreste.

**PATRÍCIA LACERDA DE CARVALHO**

Doutora em Administração pela Universidade Federal da Paraíba.

#### **RESUMO**

O financiamento da saúde pública no Brasil diz respeito à distribuição de recursos financeiros para cobrir os custos das ações e serviços de saúde fornecidos à população. Essa pesquisa examinou a história do financiamento da saúde pública no Brasil, considerando que cidadãos nativos e estrangeiros que residem no país se beneficiam desses serviços. A recuperação histórica iniciou desde a primeira pós-república em 1850 até as Portarias impostas em 2020 com o intuito de combater os avanços do SARS-CoV-2. Discutiu-se sobre o impacto à sociedade causado pela implementação de decretos, leis, emendas constitucionais e portarias, e por fim, descreveu-se a configuração atual do arranjo estrutural dos repasses do financiamento. O estudo, de foco qualitativo, adere ao método dedutivo, contextualizando situações temporais nas quais a narrativa do financiamento foi



produzida. Conclui-se que o financiamento da pasta da Saúde é historicamente preterido pelos governos e muitas decisões inicialmente tomadas foram realizadas sem planejamento acerca da proveniência dos recursos, e de seus impactos, mas que posteriormente novas legislações foram sendo promulgados mediante a necessidade.

**Palavras-chave:** Financiamento da Saúde; Saúde Pública; Setor Público; Gestão em Saúde.

## ABSTRACT

Public health financing in Brazil concerns the distribution of financial resources to cover the costs of health actions and services provided to the population. This research examined the history of public health financing in Brazil, considering that native and foreign citizens residing in the country benefit from these services. The historical recovery began from the first post-republic in 1850 to the Ordinances imposed in 2020 with the aim of combating the advances of SARS-CoV-2. The impact on society caused by the implementation of decrees, laws, constitutional amendments and ordinances was discussed, and finally, the current configuration of the structural arrangement of financing transfers was described. The study, with a qualitative focus, adheres to the deductive method, contextualizing temporal situations in which the financing narrative was produced. It is concluded that funding for the Health department has historically been neglected by governments and many decisions initially taken were made without planning regarding the origin of the resources, and their impacts, but that later new legislations were enacted as needed.

**Keywords:** Health Financing; Public health; Public sector; Health Management.

## RESUMEN

El financiamiento de la salud pública en Brasil se refiere a la distribución de recursos financieros para cubrir los costos de las acciones y servicios de salud prestados a la población. Esta investigación examinó la historia del financiamiento de la salud pública en Brasil, considerando que los ciudadanos nativos y los extranjeros residentes en el país se benefician de estos servicios. La recuperación histórica comenzó desde la primera posrepública en 1850 hasta las Ordenanzas impuestas en 2020 con el fin de combatir los avances del SARS-CoV-2. Se discutió el impacto en la sociedad causado por la implementación de decretos, leyes, reformas constitucionales y ordenanzas, y finalmente, se describió la configuración actual del arreglo estructural de las transferencias de fondos. El estudio, con un enfoque cualitativo, se adhiere al método deductivo, contextualizando situaciones temporales en las que se produjo la narrativa de financiamiento. Se concluye que el financiamiento de la cartera de Salud es históricamente descuidado por los gobiernos y muchas decisiones tomadas inicialmente se tomaron sin planear sobre el origen de los recursos, y sus impactos, pero que posteriormente se promulgó nueva legislación según las necesidades.

**Palabras clave:** Financiamiento de la Salud; Salud pública; Sector público; Gestión de la Salud.

## 1 INTRODUÇÃO



Antes de se cogitar a ideia de um sistema unificado de Saúde no Brasil, os primeiros cuidados de atenção à saúde expandidos à população se deram através de organizações sem fins lucrativos, principalmente, de cunho religioso (Paim, 2009). A atuação oficial de financiamento no campo da Saúde do Estado brasileiro independente, aqui retratado como um território politicamente organizado em prol de sua população, emerge em ações reativas aos grandes surtos virais ocorridos na primeira metade do século XIX (Paim, 2009).

Em 2020, semelhante ao contexto histórico do financiamento da Saúde pública em 1837, a crise epidêmica ocasionada pelo vírus SARS-CoV-2 (doravante COVID-19) impulsionou a agenda das três esferas do governo, aumentando o volume de recursos financeiros da pasta. Ainda que nesse período a vigilância epidemiológica tenha recebido acréscimo expressivo de verba, as demais subáreas de Saúde continuaram demandando e recebendo recursos orçamentários para, entre outros, atenderem casos relacionados a indivíduos pós-recuperados do COVID-19 (CGU, 2020).

Esse incremento acelerado de dispêndios à Saúde, alinhado a crise econômica que acometeu o Brasil em 2015-2016 e a estagnação econômica que se sucedeu, retoma o debate sobre o contexto do financiamento das ações voltadas à Saúde pública no país (Servo; Santos; Vieira; Benevides, 2021). O fato é que, no Brasil, financiamento e Saúde associam-se em uma relação problemática e dicotômica permeada por dúvidas quanto a importância da alocação de recursos e o gasto para com uma Saúde universal e integral (Mender; Funcia, 2016).

Portanto, há necessidade constante de investigação sobre o financiamento da Saúde pública, devido a essa ser uma pasta do Estado de vultosa demanda por recursos financeiros. E, advoga-se que esse escrutínio tende a ser mais robusto com o conhecimento das origens de sua história (Paim, 2009). Com isso em vista, a relevância desse artigo se apoia, dentre outras, na premissa de se entender o funcionamento do financiamento da Saúde pública, a partir da revisão da literatura e de documentos normativos sobre a temática.

Com base nesse escopo, o objetivo desse texto é recuperar historicamente a trajetória do financiamento da Saúde pública no Brasil, haja vista que a população do país (e estrangeiros em solo nacional) desfruta dos serviços de saúde ofertados pelo Estado. Para tanto, a premissa aqui desenvolvida parte do século XIX até o ano de 2022, traçando um percurso constitutivo e abordando leis brasileiras que, ao longo



dos anos, se mostraram assertivas ou controversas quanto à questão do financiamento da pasta de Saúde (Santos, 2018).

## 2 METODOLOGIA

O estudo adotou o método dedutivo através de uma cadeia de raciocínio em ordem descendente para se chegar a uma conclusão, se desenvolvendo com enfoque qualitativo (Creswell, 2007; Roesch, 1999). O delineamento do texto é descritivo, adotando estratégias de investigação bibliográfica e documental, com corte temporal de perspectiva longitudinal, pois se coletou material textual pertinente à temática traçada de 1850 até o ano de 2022 (Creswell, 2007).

Os textos bibliográficos foram filtrados em todas as áreas de conhecimento através das *strings* 'financiamento' e 'saúde', e seu levantamento foi realizado nos repositórios Scielo e Google Acadêmico em maio de 2023. A seleção considerou apenas artigos acadêmicos escritos em português, teóricos ou empíricos, cujo objetivo tenha sido analisar o financiamento da Saúde pública no Brasil.

Os documentos examinados versam sobre o aparato legal e institucional (leis, decretos, Emendas Constitucionais (ECs) e portarias) (Quadro 1). Esse arcabouço institucional consultado foi avaliado como referência essencial à temática em pauta, pois fundamenta e mobiliza a discussão sobre o financiamento da Saúde no Brasil.

Quadro 1- Marcos ao financiamento da Saúde no Brasil

| Ano  | Descrição                                                                                                                                                                                                                   |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1850 | Decreto nº 1850 cria a destinação de receitas do governo para o combate à epidemia da febre amarela                                                                                                                         |
| 1851 | Decretos nº 826 e nº 7.027 concedem crédito extraordinário para o setor de despesas sanitárias associado à Junta de Hygiene Pública em combate à febre amarela                                                              |
| 1903 | O Estado realiza pagamento por roedor capturado objetivando o combate da peste Bubônica                                                                                                                                     |
| 1920 | Criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), com responsabilidade de, além de outras, arbitrar multas a quem não seguir as normas sanitárias                                                                   |
| 1921 | Reforma Carlos Chagas amplia a cooperação do financiamento da União aos estados (quando não tinham recursos próprios), usando o orçamento anual total (sem ser destinado às pastas) para subsidiar o tratamento de leprosos |

|             |                                                                                                                                                                                                                                          |
|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>1923</b> | Criação do Decreto nº 4.682, Lei Elói Chaves, marcando a seguridade da saúde dos trabalhadores, representando o primeiro planejamento da origem do aporte dos valores destinados à Saúde                                                 |
| <b>1942</b> | Criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) através de acordos entre os governos brasileiro e norte americano, para angariar fomentos à interiorização da educação sanitária e outras atividades ofertadas pelo SESP             |
| <b>1963</b> | 3ª Conferência Nacional de Saúde, essencial à construção de um sistema unificado de Saúde, aponta as formas de custeá-lo                                                                                                                 |
| <b>1984</b> | Criação das Ações Integradas de Saúde (AISs), que integraram a previdência com a Saúde pública municipal e estadual para ampliar o financiamento para prestação de serviço à população                                                   |
| <b>1987</b> | Descentralização das AISs tornando-se o Sistema Unificado e Descentralizados de Saúde (SUDS) que amplia a capacidade de financiamento do sistema, incluindo as contribuições que estados e municípios poderiam fazer ao fomento da Saúde |
| <b>1988</b> | Instituição da nova Constituição Federal (CF/1988), que estabelece os aportes governamentais e de cada esfera do governo para com a Saúde                                                                                                |
| <b>1991</b> | Implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir das AISs do SUDS, mas sem especificação da origem do fomento para o financiamento desse sistema                                                                                     |
| <b>2000</b> | EC nº 29 regulamenta os valores adotados destinados ao SUS e indexa seu ajuste ao Produto Interno Bruto (PIB)                                                                                                                            |
| <b>2000</b> | Portaria nº 1.444 estabelece incentivos financeiros para reestruturação da atenção à saúde bucal nos municípios, delimitando valores e fontes do pagamento                                                                               |
| <b>2004</b> | Portaria nº 74 imputa incentivos às ações bucais do 'Brasil Sorridente', e adiciona novos itens aos procedimentos cobertos pelas equipes de Saúde Bucal, excluindo a equipe de Saúde da Família                                          |
| <b>2006</b> | Portaria nº 650 do Gabinete do Ministério (GM) regulamenta o aumento aos aportes para o Piso de Atenção Básica (PAB) variável                                                                                                            |
| <b>2008</b> | Portaria nº 3.066/GM reajusta aportes para o PAB, aumentando o recurso financeiro em todos os níveis de modalidade das equipes de saúde                                                                                                  |
| <b>2012</b> | Lei Complementar nº 141 estabelece as fontes de arrecadação para os aportes ao SUS                                                                                                                                                       |
| <b>2015</b> | Lei Complementar nº 86 altera os artigos nº 165 e nº 198 da CF de 1988, passando a ter a base de cálculo a Receita Corrente Líquida para nivelar aportes do ano subsequente ao SUS                                                       |
| <b>2016</b> | EC nº 95 congela os valores governamentais gastos, incluindo os destinados a Saúde                                                                                                                                                       |
| <b>2017</b> | Portaria nº 3.992 estabelece a divisão do repasse das verbas à Saúde em dois grandes blocos (Custeio e Investimento) e concede mais autonomia ao aporte das unidades e flexibilidade de atuação aos gestores da Saúde                    |
| <b>2019</b> | Portaria nº 2.979 modifica o financiamento federal repassado ao bloco de Atenção Básica, incluindo parâmetros socioeconômicos e de eficiência para medição da Atenção Primária à Saúde (APS)                                             |

|             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>2020</b> | Portaria nº 430 traz incentivos financeiros às APSs no combate ao COVID-19<br>Portaria nº 488 estabelece que as emendas parlamentares destinadas aos recursos do SUS, remaneje-os para demandas de caráter emergencial<br>Portaria nº 545 incentiva o remanejamento de todas as emendas parlamentares da Saúde para o combate ao COVID-19<br>Portaria nº 774 apresenta as definições dos recursos a serem repassados aos municípios<br>EC nº 106 traz mais agilidade às compras, obras e contratações emergenciais<br>Portaria nº 1.444 promulga a construção de Centros Comunitários de Referência para Enfrentamento da COVID-19<br>Lei Complementar nº 39 traz a suspensão e renegociação da dívida pública<br>Portaria nº 1.841 designa recursos para os custeios da vigilância sanitária, em específico para laboratórios |
|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Nota: Além das listadas em 2020, outros normativos foram instituídos nesse ano e estão descritos no Quadro 3.

Os dados averiguados são textuais e sua análise se iniciou concomitantemente com sua coleta. Essa etapa abarcou os passos de: descrição, com organização do material por ordem cronológica; análise, com classificação e contextualização das situações temporais nas quais a narrativa do financiamento foi produzida; e interpretação, construída com a triangulação de fontes e pesquisadores desse estudo (Minayo, 2012). Os resultados são apresentados em sequência.

### 3 SAÚDE PÚBLICA E SEU FINANCIAMENTO NO BRASIL

Após a crise epidêmica de surtos virais em 1837, o próximo repasse financeiro à Saúde do Estado brasileiro se dá devido a mais uma epidemia em 1850, através do Decreto nº 533 (Fundação Nacional de Saúde, 2017; Paim, 2009; Santos, 2018). Quando a epidemia se evidenciou, proporcionou-se à Saúde valores provenientes de emissão de apólices (Paim, 2009; Santos, 2018).

Outras duas atuações iniciais organizadas para o financiamento da Saúde são os Decretos nº 826 e nº 7.027 em 1851, para homologação de crédito especial no combate à febre amarela. Cerca de 50 anos depois, em 1903, lança uma ação de erradicação da peste bubônica, oferecendo valores à população por cada roedor morto trazido (Fundação Nacional de Saúde, 2017).



A partir de então o Estado se mostra presente no cuidado e na imunização da população com ações preventivas à compra de insumos e contratação de trabalhadores, embora os recursos fossem provenientes de sobras da receita do governo (Paim, 2009). É no período denominado de República Velha que é estimulado o movimento de Reforma Sanitária e criado o DNSP, em 1920 (Santos; Delduque; Alves, 2016).

Para o financiamento da Saúde brasileira, esses marcos impulsionam a fiscalização de estabelecimentos comerciais e multas (para produção de vacinas) para os que não cumprissem as normas de higiene. Na mesma lei que foi instituída o DNSP, determinou-se que este departamento custearia a profilaxia e o saneamento de interiores e zonas rurais (República dos Estados Unidos do Brasil, 1920).

Para a manutenção do DNSP e financiamento das obras construiu-se um fundo especial com valores provenientes de: impostos de consumo de bebidas alcoólicas destiladas, venda dos selos sanitários, taxação de jogos de azar, saldos provenientes de verbas arrecadadas por multas e vendas dos produtos produzidos no Instituto Oswaldo Cruz (República dos Estados Unidos do Brasil, 1920).

Com os serviços de saúde definidos pela necessidade econômica, em 1923 é criada a Lei Elói Chaves, primeira legislação que se volta à Previdência Social e reconhece a assistência médica como uma política pública de Saúde no Brasil (Paim, 2009; Westin, 2019). A Lei Elói Chaves é um marco inicial à seguridade da saúde dos trabalhadores de diversas categorias e às Caixas de Aposentadorias e Pensões (financiadas e geridas por trabalhadores e empregadores) (Westin, 2019).

Apesar desses marcos, essa Lei não incluiu a universalidade à Saúde aplicada atualmente, isto é, a forma de acesso, principalmente a secundária e terciária, só se dava aos segurados (pessoas que estivessem trabalhando) cujas empresas estivessem contribuindo para esse fundo (que financiava esse acesso) (Sá; Nunes; Oliveira; Gondim; 2017). O Estado apenas regulava esse serviço e não contribuía para seu financiamento e nem o administrava, até então, observava-se três formas de financiamento da saúde (Figura 1) (Sá; Nunes; Oliveira; Gondim; 2017).

Figura 1 – Formas de financiamentos não governamentais para a saúde até 1970

**Financiamento da Igreja**

Filantropia, com o dinheiro doado pelos fieis a igreja utilizado para cuidar de doentes que não tinha condições de custear seus tratamentos (Paim, 2009).

**Financiamento Previdenciário**

Sob a Lei Eloi Chaves, empresas e funcionários contribuíam juntos para a previdência, garantindo acesso a serviços de saúde secundários e terciários. No entanto, apenas aqueles que contribuíam tinham direito ao uso desses serviços (Westin, 2019).

**Financiamento associados externos**

Financiamento proveniente de outros países, como ocorreu durante a Segunda Guerra Mundial, quando os Estados Unidos financiaram alguns serviços e a construção de estabelecimentos, principalmente de atenção primária. Tal ação tinha como motivação principal minimizar as interrupções no trabalho, especialmente dos borracheiros e mineradores, devido a problemas de saúde. Esses insumos eram essenciais para o país estrangeiro durante a guerra (Renovato; Bagnato, 2008; Mendes; Marques, 2006).

Cerca de 20 anos depois o governo integra ações preventivas e curativas como resposta à série de reformas nacionais ocorridas em 1930 (Santos, 2004). No entanto, a criação da Lei Elói Chaves é tida como um ato político que não traz mudanças ao financiamento da Saúde, ou seja, a pasta é financiada pela previdência de segurados, mantendo o financiamento público da Saúde no nível primário em épocas epidêmicas (Hochman, 2005).

No período de 1930-1945, entre as iniciativas lançadas destaca-se a criação do primeiro ministério voltado à Saúde, mas com uma configuração diversa da que se conhece hoje, pois englobava as pastas de Educação e Cultura (Hochman, 2005). Em 1930 funda-se o Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP), inicialmente incorporando o DNSP, que não altera os recursos financeiros destinados à Saúde, mantendo-se os já despachados para o DNSP (Mansur, 2001; Santos; Delduque; Alves, 2016; Reis, 2020).

Somente após a reforma do MESP, que passou a ser o Ministério da Educação e Saúde (MES), a Saúde pública é consolidada por uma estrutura administrativa e a criação de Serviços Nacionais que desenvolveram campanhas de combate a grandes surtos virais (Reis, 2020). Ademais, criou-se as Delegacias Federais de Saúde e Conferências Nacionais de Saúde DNSP (Mansur, 2001; Santos; Delduque; Alves, 2016).



Entretanto, a criação do MESP em 1930, sua reforma em 1935 e o início das Delegacias Federais de Saúde em 1941, pouco influenciaram o financiamento da Saúde pública, tendo o Estado mantendo sua atenção apenas aos grandes surtos virais (Reis, 2020). Porém, com essas reformas delineia-se a construção de um aparato governamental administrativo à Saúde com atuação em todo o território nacional, mostrando-se como um primeiro indício de unificação e sintetização universal e única de Saúde, e as regras para financiá-la (Paim; Travassos; Almeida; Bahia; Macinko, 2011).

Foi instituído em 1942 o SESP, programa cuja atenção à Saúde se deu em conjunto com uma infraestrutura básica rural associada ao saneamento básico, principalmente nos interiores do país (Paim, 2015). Subsidiado, principalmente, pelo governo dos Estados Unidos, o SESP buscou dirimir surtos virais ocasionados por doenças sanitárias, o que, impactou positivamente a economia brasileira (Mendes; Marques, 2006; Renovato; Bagnato, 2008).

Avaliada como controversa, a assistência à Saúde pública passa a ter seu financiamento distribuído entre três entes: Estado, empregados e empregadores (Santos; Delduque; Alves, 2016). Com a extinção do MESP, em 1953 é criado o Ministério da Saúde (MS), que apesar de ter recebido um terço do orçamento que era atribuído ao MESP, representou maior presença da atuação do Estado na Saúde pública (Mansur, 2001).

O período do regime autoritário brasileiro não financiou medidas de Saúde coletiva nem de medicina curativa, perpetuando o papel secundário atribuído ao MS na era anterior: o de não receber uma quantia relevante de recursos orçamentários para implementar seus programas (Mansur, 2001). Portanto, a Saúde segue preterida pelo Estado que busca financiamento privado de fontes diretas e indiretas, pois até então se concentrava em recursos vindos de empregados e empregadores (Mansur, 2001).

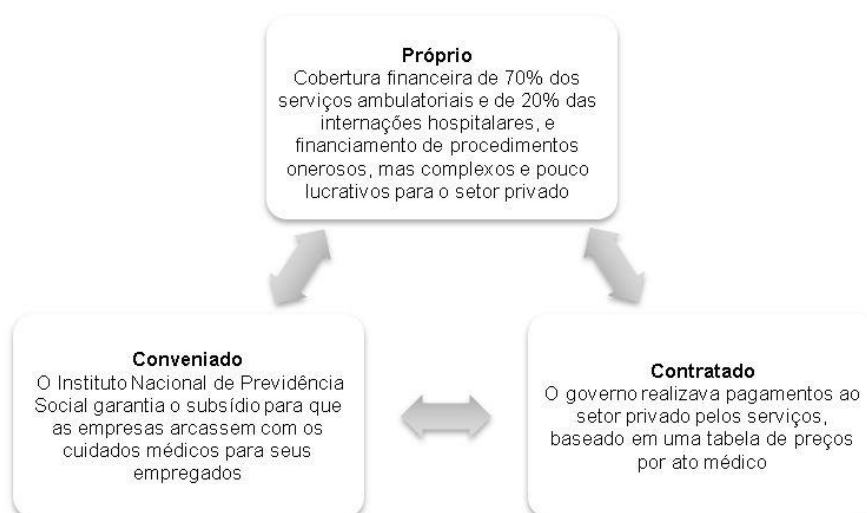
O período do regime autoritário tendeu a financiar organizações privadas com dinheiro público para prestação dos serviços de saúde, pautando o futuro da relação entre Estado e segmento privado (Santos; Delduque; Alves, 2016). Um exemplo é a criação e tentativa de implementação, em 1968, do Plano Nacional de Saúde, que buscou privatizar a rede hospitalar pública e seu financiamento pelo Estado, cancelado devido à repercussão negativa (Santos; Delduque; Alves, 2016).

Essa tendência de financiamento privado da Saúde se solidifica na década de 1970, devido à crise econômica mundial que provocou a realização de práticas de gestão privadas à pasta (Mansur, 2001; Marques; Piola; Ocké-Reis, 2016). Uma das alegações é que os custos de manutenção de um sistema público de Saúde, atrelados a crise da Previdência Social que não conseguia custeá-los (até então uma das principais fontes do financiamento da Saúde pública), onerou a pasta e deteriorou a qualidade dos serviços (Cislaghi, 2019).

Com o agravamento da conjuntura socioeconômica do país houve privatizações dos serviços de Saúde rentáveis, acentuadas entre 1964 e 1985 (Cislaghi, 2019). Ainda assim, o financiamento da Saúde através de verbas públicas não deixou de acontecer, tanto devido às condições econômicas da população brasileira (a maior parte não possuía meios de se financiar), quanto em virtude das tendências mundiais de adoção de uma política pública de Saúde consistente (Mansur, 2001; Marques; Piola; Ocké-Reis, 2016).

Na década de 1970 o financiamento do serviço de Saúde pública foi organizado pelo Estado, e dividido em três sistemas (Figura 2):

Figura 2– Formas de financiamento



Fonte: Cislaghi, 2019.

Acrescenta-se mais duas informações à Figura 2: no tipo de financiamento contratado, responsável por 80% dos serviços de internações, promoveu-se intervenções médicas desnecessárias, uma vez que se traria mais recebimentos advindos do Estado à rede privada; e no financiamento realizado via convênios, como

poucas empresas possuíam serviços próprios, elas contrataram firmas médicas por um sistema de pagamento similar aos convênios hoje existentes (Cislighi, 2019).

Mas, na década de 1970 também emerge o Movimento Sanitário à remodelação do sistema de Saúde, com vistas a transformá-lo de um modelo previdenciário para um universalista de caráter preventivo (Mansur, 2001; Santos; Delduque; Alves, 2016). Próximo ao fim do período de regime autoritário, e com a crise na Previdência, em 1984 são criadas as AISs que deslocam os gastos no setor (Mansur, 2001).

Com gestão federal (ou seja, sem conceder autonomia sobre o financiamento do sistema), as AISs buscaram integrar a Previdência com a Saúde pública municipal e estadual, e ampliaram a prestação de serviços à população não contribuinte (Rodrigues, 2014). Para o financiamento da Saúde, as AISs trouxeram o comprometimento da União para financiar um sistema unificado de acesso a todos os cidadãos aos serviços de saúde, impactando em mais subsídios do Estado à fomentação desse sistema (Paim, 1986).

As AISs atuavam, principalmente, nos serviços ambulatoriais primários, e sua manutenção seria por recursos repassados pela Previdência aos estados e municípios (Rodrigues, 2014). Em 1987 houve um aprimoramento e as AISs tornaram-se o SUDS, retomando a perspectiva de Saúde abrangente, sendo um bem público e unificado (Paiva; Teixeira, 2014), ampliando a capacidade de financiamento do sistema.

Considerado um programa transitório entre os modelos de gestão da Saúde anteriores e o atual, no SUDS a administração da pasta é descentralizada e os investimentos são direcionados ao aparato de Saúde pública, embora contratempos sobre a efetiva participação financeira de cada ente federativo tenha emergido (Mansur, 2001). O SUDS perdurou até 1991 quando foi implantado o sistema de Saúde que atualmente existe, com três vias de atuação: saúde pública, medicina preventiva e medicina do trabalho (Paiva; Teixeira, 2014).

Instituído na CF/1988, o SUS é resultado, principalmente, das AISs e do SUDS e é garantido mediante políticas sociais e econômicas financiadas pela União, estados e municípios (Mansur, 2001; Ministério da Saúde, 2017; Santos; Delduque; Alves, 2016). Para atender aos três basilares princípios doutrinários do SUS (Universalização, Equidade, Integralidade), o fomento deve vir de gastos públicos

(todo e qualquer dinheiro proveniente de impostos, ou outras fontes, usado pelo governo em despesas voltadas ao bem-estar do cidadão (Ministério da Saúde, 2023).

Até então no financiamento do SUS não existia segurança à vinculação de recursos mínimos, e nem de onde viria. A CF/1988 acorda apenas que deveriam ocorrer aportes governamentais de cada esfera do governo, sem prever parâmetro específico para isto, estando a cargo dos entes federativos escolher de onde saem os aportes e o quanto seria destinado (Lazzari, 2003). Com a promulgação da EC nº 29/2000 corrigiu-se esse desfalque, definindo-se mínimos de dotação orçamentária em destino ao SUS e a criação de um orçamento federal à Saúde com reajuste automático e variação do valor nominal do PIB (Campelli; Calvo, 2007).

Em 2003 foram reajustadas as regulamentações de saúde bucal previstas em 2000 pela Portaria GM/MS nº 1.444 seguindo as diretrizes tanto da composição e do tamanho das Equipes de Saúde Bucal (ESBs) quanto por modalidade da Portaria GM/MS nº 267 de 2001 (Brasil, 2018). Sendo as modalidades: I compreendida por um cirurgião dentista e um atendente de consultório dentário; e a II formada pelos dois profissionais da modalidade I e um técnico em higiene dental (Kornis; Maia; Fortuna, 2011).

Acordou-se na Portaria nº 74/GM de 2004 que haveria um incentivo a mais às ESBs, que passariam a recebê-lo mensalmente em ambas as modalidades, desde que estivessem voltadas à PAB (Kornis; Maia; Fortuna, 2011). Assoma-se ainda incentivo para implantação de novas ESBs; e para as equipes implantadas, subsídio único para compra de materiais permanentes (Kornis; Maia; Fortuna, 2011).

Em 2006 e 2008 outras portarias foram aprovadas (nº 650/GM e nº 3.066/GM), aumentando o aporte às ESBs (Kornis; Maia; Fortuna, 2011). Com o propósito de clarificar as ações de financiamento da Saúde (descrição não contemplada na EC nº 29/2000), criou-se em 2012 a Lei Complementar nº 141 que no artigo 2º discrimina os serviços cobertos:

[...] I- sejam destinadas às ações e serviços públicos de saúde de acesso universal, igualitário e gratuito; II- estejam em conformidade com objetivos e metas explicitados nos Planos de Saúde de cada ente da Federação; e III- sejam de responsabilidade específica do setor da saúde, não se aplicando a despesas relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que incidentes sobre as condições de saúde da população (Brasil, 2012).



A Lei Complementar nº 141 de 2012 estabeleceu as fontes de arrecadação para os aportes no SUS. Os estados e o Distrito Federal arrecadariam dos impostos: sobre Transmissão Causa Mortis e Doação; sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS); sobre Propriedade de Veículos Automotores (IPVA); sobre Produtos Industrializados (IPI); de Renda (IR) na fonte pagos pelos contribuintes; suas autarquias e fundações (Barberato; Ventura; Mendes; Costa; Ancheschi, 2017). Já nas arrecadações de âmbito municipal, as verbas devem sair dos impostos: Predial e Territorial Urbano; sobre Transmissão de Bens Imóveis; e sobre Serviços de Qualquer Natureza.

Além desses, recursos dos repasses do IPVA e IPI, do IR na fonte pagos pelos contribuintes, de suas autarquias e fundações e das transferências da arrecadação do ICMS. Além desses meios de arrecadação, estados e municípios podem arrecadar de outras receitas correntes como multas e juros, e do subsídio que recebem da União ao Fundo de Participação (Barberato; Ventura; Mendes; Costa; Ancheschi, 2017).

#### **4 TRANSFORMAÇÃO NA CONFIGURAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL**

Em 2015 aprovou-se a EC nº 86 (Brasil, 2015), considerada retroativa ao desenvolvimento da Saúde pública (Alves, 2017; Santos; Delduque; Alves, 2016). Essa EC alterou os artigos nº 165, nº 166 e nº 198 da CF/1988, desvinculando os custos com Saúde da variação nominal do PIB, passando a ter como base de cálculo a Receita Corrente Líquida (RCL) (soma das receitas dos tributos provenientes de contribuições industriais, agropecuárias, patrimoniais e serviços (Santos; Delduque; Alves, 2016).

Essa alteração diminuiu o investimento na pasta, pois a variação nominal do PIB é, geralmente, menor que a RCL. Na tentativa de amortecer esse abatimento da injeção de investimentos, essa EC determinou percentuais mínimos destinados pela União, já somados com os repasses das emendas parlamentares impositivas, na ordem inicial de 13,2% de suas RCLs em 2016 (aumentados até 2020, chegando a 15%) (Greggianin; Silva, 2015).

Em 2016 assoma-se ao cenário a aprovação da EC nº 95, mostrando a não priorização da Saúde pública pelo Estado brasileiro (Paim, 2019). Também conhecida



como a ‘PEC do Congelamento’, a EC nº 95 fixou os gastos públicos em 20 anos, começando em 2017, incluindo os dispêndios com a pasta de Saúde (Paim, 2019).

Para dar maior autonomia aos gestores da Saúde, após a implementação dessa EC publicou-se em 2017 a Portaria nº 3.992, que mudou os repasses de recursos financeiros à pasta a partir de 2018 (Ministério da Saúde, 2017). Até essa Portaria os repasses eram divididos em seis blocos e se houvesse a realização de uma obra, como a construção de uma Unidade Básica de Saúde (UBS), criava-se uma conta corrente exclusiva para o dispêndio (Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, 2018). Com essa Portaria os aportes foram concentrados em dois grandes blocos (Quadro 2):

#### Quadro 2- Blocos e Fomentos

| Antigos Blocos                                    | Pastas de destinação dos fomentos                                                                                                                                          | Novos blocos |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospital | Limite financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulância e Hospitalar (MAC)                                                                                               | Custeio      |
| Atenção Básica                                    | Piso Fixo e Piso Variável                                                                                                                                                  |              |
| Vigilância em Saúde                               | Piso Fixo de Vigilância Sanitária e Piso Variável de Vigilância Sanitária                                                                                                  |              |
| Assistência Farmacêutica                          | Básico da Assistência Farmacêutica                                                                                                                                         |              |
| Gestão do SUS                                     | Qualificação da Gestão do SUS e Implantação de Ações e Serviços de Saúde                                                                                                   |              |
| Investimento                                      | Amplificação do Âmbito do Programa de Requalificação de UBS, Implantação de UBSs, Aquisição de Equipamentos e Material Permanente Implantação de Ações e Serviços de Saúde | Investimento |

Fonte: CNM, 2018.

O bloco de custeio é exclusivo para “manutenção e prestação das ações e dos serviços públicos de saúde” e do “funcionamento dos órgãos e dos responsáveis pela implementação das ações e dos serviços de saúde” (Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, 2018, p.23). Já no bloco de investimento destina-se

à aquisição de equipamentos, reformas em imóveis existentes ou construção de novas instalações. As verbas passaram a ser destinadas para duas contas correntes, mas, os financiamentos permaneceram vinculados às normativas que originaram os repasses, e ao fim do ano a execução dos recursos é vinculada (Ministério da Saúde, 2017).

Se por um lado a Portaria nº 3.992 trouxe mais autonomia para que gestores locais destinassem verbas para melhor atender as necessidades de sua população, por outro lado demandou-se mais controles internos para qualificação e continuidade do que foi realizado em exercícios anteriores (Pinto; Souza; Santos; Teixeira, 2019). Ademais, os gestores locais elaboram um relatório quadrimestral referente ao montante de recurso aplicado, às auditorias realizadas e à oferta e produção de serviços públicos, disponibilizado em sítios eletrônicos de livre acesso (Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, 2018).

Com a Portaria nº 2.979 de 2019 é modificado o financiamento federal à Atenção Primária, passando a ser constituído de captação ponderada, pagamento por desempenho e incentivos para ações estratégicas (Brasil, 2019). Para a captação ponderada definiu-se os blocos nos quais estão inclusos a vulnerabilidade socioeconômica da população cadastrada dentro daquela equipe de Saúde (Brasil, 2019). Para o pagamento por desempenho atribuiu-se um peso a um indicador que gerou um valor para cada unidade, monitorado quadrimestralmente, e a cada ano decorrido esse indicador foi monitorado (Brasil, 2019).

Essa medida se mostrou controversa, pois apesar dessa Portaria ter trazido mais responsabilidade às equipes da Estratégia de Saúde da Família (incentivando-as a entenderem melhor o perfil dos cidadãos), houve dificuldade em cadastrar indivíduos em vulnerabilidade social (muitos não possuem documentação), aumentando a carga de trabalho dos agentes de saúde, e afetando o repasse das verbas atreladas ao desempenho (Harzhei; Martins; Wollmann; Pedebos; Faller; Marques; et al., 2020; Melo; Almeida; Lima, 2020).

Ao final de 2019 o Brasil foi atingido pelo COVID-19, demandando maior aporte de insumos à pasta da Saúde, implicando em medidas não previstas de financiamento à área, a exemplo da Portaria nº 430 de 2020 (Brasil, 2020a). Essa Portaria trouxe incentivos financeiros à Atenção Primária, com subsídios do Fundo Nacional de Saúde, objetivando a abertura de unidades primárias (UBS e Unidades de Saúde da Família) e a estenderem seu horário de atendimento (Brasil, 2020a).



Com o cenário pandêmico, os ajustes no financiamento da Saúde no país foram profícuos. A próxima normativa publicada em 2020 foi a Portaria nº 488, que normatizou emendas parlamentares destinadas à Saúde que adicionassem recursos para o SUS com verbas oriundas do Fundo Nacional de Saúde (Brasil, 2020b). Por sua vez, os valores vindos das emendas destinadas ao SUS (de até 100% da soma do total repassado à unidade no exercício de 2019) voltavam-se para fundos estaduais e municipais de cuidados e transporte de pacientes, e incrementação temporária do teto da MAC e do PAB.

A Portaria nº 545 definiu que apesar de continuar permitindo que valores recebidos por intermédio do grupo de emendas parlamentares descritas na Portaria nº 488 pudessem ser aportados em suas necessidades de origem para estados, municípios e Distrito Federal, fazia-se prioridade a situação emergencial do COVID-19 (Brasil, 2020b; Brasil, 2020c). Já a Portaria nº 774 definiu como preferenciais quatro pastas do Bloco de Custeio (Quadro 2), nas quais os recursos provenientes do Fundo Nacional de Saúde deveriam ser aportados (Brasil, 2020d). Esses dispêndios ocorreram devido a estimativa financeira para o MS e ao 'Programa de Trabalho 10.122.5018.21C0.6500- Enfrentamento da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional Decorrente do Coronavírus', que onerou a pasta.

Embora o Brasil busque se restabelecer da crise de 2014-2016 (levando a restrição de gastos da máquina pública com medidas antipopulistas e emendas como a PEC do congelamento), o cenário de circulação do COVID-19 provocou dispêndio público, principalmente federal, além do esperado (Brasil, 2021). Tais aportes de caráter emergencial foram possíveis graças ao 'orçamento de guerra' disponibilizado pela EC nº 106/2020, que simplificou os gastos do governo federal para o combate à pandemia (Brasil, 2021).

Entre os anos de 2020-2022 os gastos com controle, tratamento e prevenção da epidemia com vigilância epidemiológica duplicaram, que em conjunto com a administração geral da Saúde pública aumentaram em sete vezes (CGU, 2020). Esses gastos extras pressionaram a dilatação do valor despendido pelo Estado anualmente com essas subáreas da Saúde (CGU, 2020).

Ainda em 2020 a Portaria nº 1.444 determinou a construção de Centros Comunitários de Referência para o enfrentamento da COVID-19 (Brasil, 2020f). Para isso, essa Portaria anunciou que 323 municípios teriam dois valores de aporte federal, distribuídos entre unidades tipo I (atendem comunidades ou favelas entre 4 mil e 20



mil pessoas) e tipo II (atendem comunidades e favelas com população acima de 20 mil habitantes).

Também se aprovou a Lei Complementar nº 39/2020 posterior Lei complementar nº 173 de 27 de maio de 2020 que designou insumos para municípios e Distrito Federal com a junção de novos recursos em caixa e o valor de suspensão e renegociação da dívida pública municipais com a previdência social até o final de 2020 (Brasil, 2020e; Anastasia, 2020). A Portaria nº 1.841, de 2020, designou recursos para o Bloco de Custeio na pasta de fomento dos pisos fixo e variável da Vigilância Sanitária (ver Quadro 2), e esses recursos destinaram-se, principalmente, aos laboratórios de centrais de Saúde pública (Brasil, 2020g).

Outras portarias voltadas ao financiamento foram promulgadas ao longo do ano de 2020 (Quadro 3):

**Quadro 3- Outras medidas federais à Saúde em 2020**

| Portarias <sup>1</sup> Nº                             | Objetivo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>2.306</b>                                          | Transferir incentivos financeiros federais aos municípios e ao Distrito Federal, em caráter excepcional e temporário, e às escolas públicas da rede básica de ensino, em decorrência do COVID-19, mas altera o monitoramento da utilização dos incentivos repassados para essas unidades determinado na Portaria nº 1.857/GM/MS, de 28 de julho de 2020 |
| <b>2.390, 2.389, 2.897, 3.096 e 3.232<sup>2</sup></b> | Estabelecer recursos do Bloco de Custeio das Ações e dos Serviços Públicos de Saúde, a serem disponibilizados aos estados, Distrito Federal e municípios, para subvenção de ações e serviços relacionados à COVID 19                                                                                                                                    |
| <b>2.485</b>                                          | Credenciar, temporariamente, municípios a receberem incentivo financeiro referente aos Centros Comunitários de Referência para Enfrentamento da COVID-19, em caráter excepcional                                                                                                                                                                        |
| <b>2.516</b>                                          | Transferir recursos financeiros de custeio para aquisição de medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica utilizados no âmbito da saúde mental, em virtude dos impactos sociais ocasionados pela pandemia                                                                                                                              |

<sup>1</sup> Cabe destacar que outras portarias e decretos foram criados para o combate aos avanços do COVID-19 por prefeitos, governadores e secretários de saúde (municipais e estaduais) ao longo do ano de 2020, deferidos em caráter emergencial. Mas, por serem exclusivos de cada município e estado, não se fará sua menção já que o intuito desse artigo é pontuar regras deferidas em caráter nacional.

<sup>2</sup> Outras portarias foram admitidas em 2020 para compra de insumos, assim como outras medidas provisórias foram aprovadas para concessão de crédito para o MS, que não serão descritas por se assemelharem e seu intuito continuar os mesmos da Portaria nº 2.390 e demais descritas no seu bloco. Isso ocorreu devido a que na medida em que a pandemia aumentava, novos recursos eram necessários e para que houvesse a destinação em conformidade com as diretrizes orçamentárias, essas portarias adicionais precisavam ser aprovadas.

|                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>2.625</b>       | Instituir incentivo financeiro federal de custeio, em caráter excepcional e temporário, aos estados, municípios e Distrito Federal para o fortalecimento dos Serviços de Verificação de Óbito, no contexto da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) decorrente da COVID-19             |
| <b>GM/MS 2.782</b> | Instituir, em caráter excepcional e temporário, incentivos financeiros federais de custeio para execução de ações de imunização e vigilância em saúde, para enfrentamento à ESPIN decorrente da pandemia de COVID-19.                                                                                        |
| <b>GM/MS 3.017</b> | Instituir, em caráter excepcional e temporário, incentivos financeiros federais de capital para apoiar a estruturação, reorganização e adequação dos ambientes voltados à assistência odontológica na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Especializada, para enfrentamento à ESPIN decorrente da pandemia |

**Fonte:** Portarias publicadas sobre o Covid-19, 2021.

Sobre o orçamento público brasileiro, que já não vinha bem, a crise sanitária de 2020 o agrava, trazendo a maior recessão econômica dos últimos tempos no país (Brasil, 2021). Para se financiar, o governo adotou como medidas a emissão de moeda e a renegociação do pagamento da dívida pública (Bastos, 2020).

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A história do financiamento da saúde pública no Brasil é crucial para entender as origens e desafios atuais desse sistema. Logo, esse artigo visou uma revisão histórica sobre o financiamento do sistema público de saúde brasileiro. Verificou-se que decisões sobre a pasta ocorreram sem planejamento inicial de como os recursos seriam arrecadados. Igualmente, conforme a necessidade, novos decretos foram sendo promulgados.

O SUS é a principal forma de acesso à saúde para a maioria da população e seu financiamento depende das decisões políticas em relação aos orçamentos governamentais. Dessa forma, averiguou-se que, historicamente, a alocação e o gerenciamento dos recursos no SUS são influenciados por políticas governamentais, que atualmente se referem às (aos): parcerias público-privadas, compras de medicamentos, terceirizações de serviços de saúde e equipamentos médicos.

Além disso, assim como em qualquer outro país, a agenda econômica brasileira influencia o financiamento do SUS tanto quanto as políticas fiscal e monetária. Áreas como a política de prevenção e o controle de doenças sofrem os impactos diretos das decisões políticas na Saúde pública, isso inclui a resolução sobre vacinas e medicamentos fornecidos pelo SUS, como também a forma que a vigilância em saúde ocorre.

Diante de tais constatações, um debate sobre o histórico do financiamento da Saúde pode suscitar a uma consciência da importância de um financiamento adequado para essa pasta, além de ser possível vislumbrar os desafios enfrentados, o que inclui questões como: necessidade de manobras políticas rápidas para enfrentamento de epidemias; escassez de recursos; e burocracias (aqui utilizada como sinônimo de processos lentos, que resguarda os profissionais de possíveis desvios de recursos, mas ocasiona desigualdades hospitalares).

Ressalta-se que a consciência e participação da sociedade é essencial, pois a comunidade é afetada como um todo, e para que haja um debate conciso é necessário entender o que foi realizado pela Saúde pública e seus impactos sociais. Ou seja, conhecer a história do financiamento da Saúde da população brasileira para que a definição de novas políticas dessa pasta, e a vigilância sanitária, não sejam pautadas pela pessoalidade.

Em alguns momentos históricos, principalmente os mais próximos da atualidade, decisões diversas que parecem contrárias à melhor promoção da Saúde foram tomadas. Entretanto, e que pode ser percebido como estímulo para estudos futuros, os momentos econômicos em que se encontrava o Brasil induziram o Estado a aderir a medidas que vinham na contramão da expansão dos serviços.

Portanto, é digno de nota que sua boa gestão deve ter metas e buscar uma melhor assistência em Saúde aos cidadãos, envolvendo decisões para além do assistencialismo, o cuidado com o paciente ou a prevenção de doenças. Há de se observar as próximas decisões após a pandemia para entender como o cenário econômico afetará a promulgação das políticas de Saúde no Brasil. Esse aspecto pode vir a ser, futuramente, mais bem explorado por novas pesquisas.

Como consideração final, avalia-se que o tipo de investigação aqui realizado, atrelado aos momentos econômicos em que se encontrava o país, permitiu clareza dos motivos de sanções controversas. Outrossim, a análise histórica do financiamento da Saúde pública no Brasil também pôde proporcionar um resumo sobre as políticas



adotadas, o que pode contribuir ao entendimento de processos políticos na pasta da Saúde e à avaliação da eficácia dessas medidas em outros trabalhos a serem realizados nesse campo de estudo.

## REFERÊNCIAS

ALVES, C. L. Entre a mão e a contramão do direito à saúde pública no Brasil: a emenda constitucional 86 e a proibição do retrocesso social. **Revista Argumenta**, n. 27, p. 271-452, 2017.

ANASTASIA, A. Projeto de Lei Complementar nº 39, de 2020, de 24 de março de 2020. Dispõe sobre a cooperação federativa na área de saúde e assistência pública em situações de emergência de saúde pública de importância nacional ou internacional, nos termos do inciso II e do parágrafo único do art. 23 da Constituição Federal. Praça dos Três Poderes, **Senado Federal**, Anexo II- Ala Senador Tancredo Neves, Gabinete 51, Brasília, DF, p.1-8, 2020.

BARBERATO, C.; VENTUR, C.A.A.; MENDES, I.A.C.; COSTA, S.D.G.; ANCHESCHI, L.M.M.A. O financiamento do sistema de saúde brasileiro à luz das estatísticas mundiais de saúde. **Brazilian Journal of Forensic Sciences, Medical Law and Bioethics**, v. 6, n. 3, p. 421-421, 2017.

BASTOS, P.P.Z. **Pandemia, emissão de moeda e dívida pública no Brasil**: uma contribuição para o debate. Disponível em: <https://www.economia.unicamp.br/images/arquivos/nota-cecon/nota-15-17-06-2020.pdf>. Acesso em: 10 de ago. 2023.

BRASIL. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, v. 149, n. 11, p. 1-4, 2012.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 86, 17 de março de 2015. Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, p. 1-1, 18 mar. 2015.

BRASIL. **A saúde bucal no Sistema Único de Saúde** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.



BRASIL. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. **Diário Oficial da União**. seção 1, Brasília, DF, ed. 220. p. 97-97, 13 nov. 2019.

BRASIL. Portaria nº 430, de 19 de março de 2020. Estabelece incentivo financeiro federal de custeio no âmbito da Atenção Primária à Saúde, em caráter excepcional e temporário, com o objetivo de apoiar o funcionamento em horário estendido das Unidades de Saúde da Família (USF) ou Unidades Básicas de Saúde (UBS) no país, para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (COVID-19). **Diário Oficial da União**. seção 1, Brasília, DF, ed.55. p. 150-150, 20 mar. 2020a.

BRASIL. Portaria nº 488, de 23 de março de 2020. Dispõe sobre a aplicação de emendas parlamentares que adicionarem recursos ao Sistema Único de Saúde (SUS), para a realização de transferências do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios, no exercício de 2020. **Diário Oficial da União**. seção 1-Extra, Brasília, DF, ed.56-C. p. 2-2, 23 mar. 2020b.

BRASIL. Portaria nº 545, de 25 de março de 2020. Altera a Portaria nº 488/GM/MS, de 23 de março de 2020, para orientar a aplicação de recursos oriundos de emendas parlamentares em medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública decorrente do Coronavírus (COVID-19). **Diário Oficial da União**. seção 1, Brasília, DF, ed.59. p. 121-121, 26 mar. 2020c.

BRASIL. Portaria nº 774, de 9 de abril de 2020. Estabelece recurso do Bloco de Custeio das Ações e dos Serviços Públicos de Saúde - Grupos do Piso de Atenção Básica-PAB e de Atenção de Média e Alta Complexidade-MAC, a ser disponibilizado aos Estados, Distrito Federal e Municípios, destinados ao custeio de ações e serviços relacionados à atenção primária à saúde e à assistência ambulatorial e hospitalar decorrente do coronavírus- COVID 19. **Diário Oficial da União**. seção 1-Extra, Brasília, DF, ed.69-C. p. 60-60, 9 abr. 2020d.

BRASIL. Lei Complementar nº 173, de 27 de maio de 2020. Estabelece o Programa Federativo de Enfrentamento ao Coronavírus SARS-CoV-2 (Covid-19), altera a Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 199º da Independência e 132º da República. p. 4-4, 28 mai. 2020e.

BRASIL. Portaria nº 1.444, de 29 de maio de 2020. Institui os Centros Comunitários de Referência para enfrentamento à Covid-19, no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), e estabelece incentivo para custeio dos Centros Comunitário de Referência para enfrentamento à covid-19 e incentivo financeiro federal adicional per capita, em caráter excepcional e temporário, considerando o cenário emergencial de saúde pública de importância internacional. **Diário Oficial da União**. seção 1, Brasília, DF, ed.103. p. 42-42, 1 jun. 2020f.

BRASIL. Portaria nº 1.841, de 28 de junho de 2020. Autoriza o repasse dos valores de recursos federais aos Fundos de Saúde dos Estados e do Distrito Federal, no Bloco



de Estruturação da Rede de Serviços Públicos de Saúde a serem alocados no Grupo de Vigilância em Saúde para o fortalecimento da Vigilância Laboratorial nos Laboratórios Centrais de Saúde Pública (LACEN). **Diário Oficial da União**. seção 1-Extra, Brasília, DF, ed.143-A. p.1-1, 28 jun. 2020g.

BRASIL. Portarias publicadas sobre o Covid-19. **Ministério da Saúde/Agência Nacional de Vigilância**. Brasília, DF, 18 maio 2021. Disponível em: [https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2020/nao-encontrados/dezembro/04/23-12-2020\\_-portarias-publicadas-sobre-covid-19.pdf](https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2020/nao-encontrados/dezembro/04/23-12-2020_-portarias-publicadas-sobre-covid-19.pdf). Acesso em: 5 mar. 2023.

CAMPELLI, M.G.R.; CALVO, M.C.M. O cumprimento da Emenda Constitucional nº. 29 no Brasil. **Cad Saúde Pública**. 2007; 23(7):1613-23.

CISLAGHI, J.F. A trajetória histórica do ensino superior no Brasil: expansão e privatização da ditadura aos governos do PT. **Ser Social**, 2019; 21(44):134-51.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE. **Mudanças no financiamento da saúde**. Brasília,DF: CNM, 2018.

CONTROLADORIA GERAL DA UNIÃO. **Orçamento da despesa**. Disponível em: <http://www.portalttransparencia.gov.br/pagina-interna/603315-orcamento-da-despesa%20%20Acessado%20em%2010%20de%20out.%20de%202020>. Acesso em 10 de out. 2022.

CRESWELL, J.W. **Projeto de pesquisa**: métodos qualitativo, quantitativo e misto. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. **Cronologia Histórica Da Saúde Pública**. 2017. Disponível em: [https://www.google.com/url?q=http://www.funasa.gov.br/cronologia-historica-da-saude-publica&sa=D&source=docs&ust=1684895977547961&usg=AOvVaw0xBk6OdAg-\\_4cq0V5fLp6C](https://www.google.com/url?q=http://www.funasa.gov.br/cronologia-historica-da-saude-publica&sa=D&source=docs&ust=1684895977547961&usg=AOvVaw0xBk6OdAg-_4cq0V5fLp6C). Acesso em 10 de out. 2022.

GREGGIANIN, E.; SILVA, J.R.P. O orçamento impositivo das emendas individuais: disposições da Emenda Constitucional nº 86, de 2015, e da LDO 2015. Orçamento em discussão n. 16. Brasília: Senado Federal, 2015.

HARZHEIM, E.; MARTINS, C.; WOLLMANN, L.; PEDEBOS, L.A.; FALLER, L.A.; MARQUES, M.C.; et al. Ações federais para apoio e fortalecimento local no combate ao COVID-19: a Atenção Primária à Saúde (APS) no assento do condutor. **Ciência & saúde coletiva**, v. 25, p. 2493-2497, 2020.

HOCHMAN, G. Reformas, instituições e políticas de Saúde no Brasil (1930-1945). **Educar**. 2005; 25:127-41.

KORNIS, G.E.M.; MAIA, L.S.; FORTUNA, R.F.P.; Evolução do financiamento da atenção à saúde bucal no SUS: uma análise do processo de reorganização assistencial frente aos incentivos federais. **Rev de Saúde Coletiva**. 2011; 21(1):197-215.



LAZZARI, J.B. Fontes de financiamento do Sistema Único de Saúde. **Rev de Direito Sanitário**. 2003; 4(1):75-84.

MANSUR, M.C. **O financiamento federal da Saúde no Brasil: tendências da década de 1990**. 2001. Mestrado [dissertação]- Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

MARQUES, R.M; PIOLA, S.F.; OCKÉ-REIS, C.O. O financiamento do SUS numa perspectiva futura. In: Marques RM, Piola SF, Roa AC. organizadores. **Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento**. Rio de Janeiro: ABrES, 2016;247-63.

MELO, E.A.; ALMEIDA, P.F.D.; LIMA, L.D.D.; GIOVANELLA, L. Reflexões sobre as mudanças no modelo de financiamento federal da Atenção Básica à Saúde no Brasil. **Saúde em Debate**. 2020;43: 137-44.

MENDER, A.; FUNCIA, F. R.; MARQUES R. M. O SUS e seu financiamento. In: Marques RM, Piola SF, Roa AC. organizadores. **Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento**. Rio de Janeiro: ABrES, 2016; 139-68.

MENDES, A.N.; MARQUES, R.M. Sobre a economia da saúde: campos de avanço e sua contribuição para a gestão da saúde pública no Brasil. In: Campos, GWS et al. organizadores. **Tratado de Saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec: Fiocruz, 2006;259-93.

MINAYO, M.C.S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Cien Saude Colet**. 2012; 17 (3):621-26.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: **Ministério da Saúde**, 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sistema Único de Saúde**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sus>. Acesso em: 29 de dez. 2023.

PAIM, J.S. Medicina familiar no Brasil: movimento ideológico e ação política. In: Abrasco. (Org.). **Estudos de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 1986. 11-25.

PAIM, J.S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

PAIM, J.S; TRAVASSOS C, ALMEIDA C, BAHIA L, MACINKO J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, London. 2011.11-31.

PAIM, J.S. Aspectos conceituais. In: Paim JS. (Org.). **SUS-Sistema Único de Saúde: tudo o que você precisa saber**. São Paulo: Atheneu, 2019.19-28.



PAIM, J.S. **O que é SUS**. (e-Book interativo). Rio de Janeiro: Fiocruz. 2015.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Health reform and the creation of the Sistema Único de Saúde: notes on contexts and authors. **História, ciencias, saude--Manguinhos**, v. 21, n. 1, p. 15–35, 2014.

PINTO, I. C.M.; SOUZA, L.E.P.F.; SANTOS, T.B.S.; Teixeira, C.F.S. Gestão do Sistema Único de Saúde. In: PAIM, J.S. (Org.). **SUS- Sistema Único de Saúde: tudo o que você precisa saber**. São Paulo: Atheneu, 2019.151-70.

REIS, J. Considerações historiográficas sobre corporativismo, cidadania regulada e a história da assistência à saúde no Brasil: dádiva ou direito? (1930-1964). **Locus: Rev de História**, v. 26, n. 2, p. 407–433, 2020.

RENOVATO, R. D.; BAGNATO, M. H. S. As contribuições do Serviço Especial de Saúde Pública para a formação profissional da Enfermagem no Brasil (1942-1960). **Revista brasileira de enfermagem**, v. 61, n. 6, p. 909–915, 2008.

REPUBLICA DOS ESTADOS UNIDOS DO BRASIL. Lei nº 3.987, de 2 de janeiro de 1920. Reorganiza os serviços da Saude Publica. **Diário Oficial da União**. seção 1, Rio de Janeiro, RJ, p. 437, 8 jan. 1920.

RODRIGUES, P. Desafios políticos para a consolidação do Sistema Único de Saúde: uma abordagem histórica. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**. v. 21, p. 37–59, 2014.

ROESCH, S. **Projetos de estágio e de pesquisa em Administração**: guia para estágios, trabalhos de conclusão, dissertações e estudo de caso. Ed. 2. São Paulo: Atlas. 2005.

SÁ, G.R.S.; NUNES, P.C.; OLIVEIRA, O.M.A.; GONDIM, G.M.M. Políticas públicas de saúde e a organização do SUS. EM SILVA, M.N.; FLAUZINO, R.F.; GONDIM, G.M.M., eds. **Rede de frio: fundamentos para a compreensão**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 51–82, 2017.

SANTOS, A. O.; DELDUQUE, M. C.; ALVES, S. M. C. Os três poderes do Estado e o financiamento do SUS: o ano de 2015. **Cadernos de saúde pública**, v. 32, n. 1, 2016.

SANTOS, L. A.C. ideologias e saúde no Brasil da Primeira República: ensaio de sociologia histórica. Em: HOCHMAN, G.; ARMUS, D. (Orgs.). **Cuidar, controlar, curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2004. História e Saúde collection, pp. 249-293.

SANTOS, L. SUS-30 anos: um balanço incômodo? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 2043-2050, 2018.

SERVO, Luciana Mendes Santos et al. Financiamento do SUS e Covid-19: histórico, participações federativas e respostas à pandemia. **Saúde em Debate**, v. 44, p. 114-129, 2021.



WESTIN, R. **Primeira lei da Previdência, de 1923, permitia aposentadoria aos 50 anos.** Senado Federal. ed.57, 03 de jun. 2019. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/especiais/arquivo-s/primeira-lei-da-previdencia-de-1923-permitia-aposentadoria-aos-50-anos>. Acesso em: 05 de abri. 2021.

