



## FINANCIAMENTO DO SUS NOS ÚLTIMOS 5 ANOS

**Ádrea Rodrigues Batalha**

Graduanda em Medicina

**Anailza Cardoso Alencar Oliveira**

Graduanda em Medicina

**Juliana Da Silva Nogueira**

Graduanda em Medicina

**Mirella Costa Gomes Da Silva**

Graduanda em Medicina

**Sebastião Danilo Vaz Do Rêgo**

Graduando em Medicina

**Valeska Freire Serejo**

Graduanda em Medicina

**Vânia Da Silva Oliveira**

Graduanda em Medicina

**Vitória Melissa Da Silva Bessa Pinto**

Graduanda em Medicina

**Ayane Araújo Rodrigues**

Doutoranda em Biotecnologia em saúde

### Resumo

**Introdução:** A constituição federal prevê que é direito de todo cidadão brasileiro o acesso a saúde e, a partir disso, conclui-se que é de responsabilidade das esferas governamentais assegurar que a população tenha acesso a esse tipo de serviço. Dessa forma, o Sistema Único de Saúde (SUS), é responsável por financiar algumas sedes que fornecem serviços de saúde pública. Ademais, a regulação destinada ao financiamento dos programas e entidades relacionados a saúde é realizado em três esferas, ou seja, a União, representada pelo Governo Federal, pelas Unidades Federativas, representada pelos Governos Estaduais, e pelos Municípios. **Metodologia:** O presente estudo trata-se de uma revisão bibliográfica de literatura, baseada em artigos encontrados nas plataformas Scielo, PubMed, e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), encontrados na língua vernácula, no período de 2018 a 2023. **Resultados E Discussão:** De início, é importante destacar que há um consenso entre as literaturas abordadas, na qual é observado o fato de que não existem recursos suficientes para financiar o Sistema Único de Saúde para que o mesmo tenha o desempenho e

funcionalidade para qual foi planejado, atendendo todas as demandas no território brasileiro, nesse sentido, houve, de fato, um aumento nos investimentos destinados ao SUS, contudo também é possível observar um aumento nas despesas e gastos, que aborda um crescimento dos gastos municipais, assim como uma maior dependência fiscal dos municípios, que pode ser justificado parcialmente pela autonomia dessa esfera governamental, bem como pelo fato do uso de recursos, geralmente não regulamentados, de forma indevida. Ademais, os recursos destinados ao SUS como insuficientes, abordando também a temática do subfinanciamento e as desigualdades na distribuição de recursos. Dessa forma, houve melhorias na gestão de recursos no sistema de saúde pública como um todo, principalmente após a tentativa de promover equidade na distribuição dos mesmos com a renda variável somada a renda fixa, todavia a restrição orçamentária proposta pelas últimas gestões federais pode provocar um agravamento na desigualdade em saúde, já que esses recursos são limitados e o SUS necessita de mais investimentos. **Conclusão:** O Sistema Único de Saúde visa ofertar um serviço de saúde pública de qualidade para a população brasileira e para isso necessita de recursos e investimentos. Desde a sua instituição, houve a implementação de diversas leis, emendas constitucionais e normas regulamentadoras, que foram alteradas ao longo do tempo com objetivo de se adaptar e promover uma distribuição de recursos de forma justa, levando em consideração as necessidades de cada região e população.

**Palavras-chave:** Financiamento dos Sistemas de Saúde; Financiamento da Assistência à Saúde; Financiamento Governamental; Sistema Único de Saúde.

## **Abstract**

**Introduction:** The federal constitution provides that it is the right of every Brazilian citizen to have access to health and, from this, it is concluded that it is the responsibility of the governmental spheres to ensure that the population has access to this type of service. Thus, the Unified Health System (SUS) is responsible for financing some headquarters that provide public health services. Furthermore, the regulation destined to the financing of programs and entities related to health is carried out in three spheres, that is, the Union, represented by the Federal Government, by the Federative Units, represented by the State Governments, and by the Municipalities. **Methodology:** This study is a literature review, based on articles found on the Scielo, PubMed, and Virtual Health Library (VHL) platforms, found in the vernacular, from 2018 to 2023. **Results And Discussion:** At the outset, it is important to highlight that there is a consensus among the literature addressed, in which it is observed the fact that there are not enough resources to finance the Unified Health System so that it has the performance and functionality for which it was planned, meeting all the demands in the Brazilian territory, in this sense, there was, in fact, an increase in investments destined to the SUS, however it is also possible to observe an increase in expenses and expenses, which addresses an increase in municipal expenses, as well as a greater fiscal dependence of the municipalities, which can be partially justified by the autonomy of this governmental sphere, as well as the fact that resources, generally unregulated, are used improperly. In addition, the resources allocated to the SUS as insufficient, also addressing the issue of underfunding and inequalities in the distribution of resources. In this way, there were improvements in the management of resources in the public health system as a whole, especially after the attempt to promote equity in their distribution with variable income added to fixed income, however the budget restriction proposed by the last federal administrations can cause a

worsening inequality in health, since these resources are limited and the SUS needs more investments. **Conclusion:** The Unified Health System aims to offer a quality public health service to the Brazilian population and for that it needs resources and investments. Since its establishment, several laws, constitutional amendments and regulatory norms have been implemented, which have been changed over time in order to adapt and promote a fair distribution of resources, taking into account the needs of each region and population.

**Keywords:** Health System Financing; Healthcare Financing; Financing, Government; Unified Health System.

## INTRODUÇÃO

A constituição federal prevê, de acordo com (DA SILVA, 2020) que é direito de todo cidadão brasileiro o acesso a saúde e, a partir disso, conclui-se que é de responsabilidade das esferas governamentais assegurar que a população tenha acesso a esse tipo de serviço. Dessa forma, o Sistema Único de Saúde (SUS), é responsável por financiar algumas sedes que fornecem serviços de saúde pública.

Ademais, a regulação destinada ao financiamento dos programas e entidades relacionados a saúde é realizado em três esferas, ou seja, a União, representada pelo Governo Federal, pelas Unidades Federativas, representada pelos Governos Estaduais, e pelos Municípios. (DA SILVA, 2020)

Seguindo essa linha de raciocínio, cada porção das competências governamentais possui um órgão ou entidade específica destinada a gerir os fundos de saúde, assim como a seu respectivo destino de acordo com as necessidades dos serviços públicos. Nesse sentido, a União, por exemplo, a partir da Lei 8.080 de 1990, possui o Ministério da Saúde, que é o órgão maior responsável pela gestão financeira por meio do Fundo Nacional de Saúde (FNS). (BRAZIL, Lei 8.080 de 1990)

Por outro lado, as corporações estaduais são gerenciadas pelos Fundos Estaduais de Saúde, enquanto os municípios possuem os Fundos Municipais de Saúde. Dessa forma, a partir desse modelo, há uma descentralização do poder e da gestão dos recursos, embora ainda haja uma hierarquia, o que possibilita uma sobrecarga menor do Governo Federal, além de permitir que cada Esfera, seja ela estadual, seja ela municipal, direcione os recursos de forma otimizada, de acordo com as necessidades de cada região, levando em consideração as peculiaridades de cada população. (BRAZIL, Lei 8.080 de 1990)

Além disso, parte desses recursos também tem origem no Orçamento de Seguridade Social, destacando que toda movimentação de dinheiro público destinado a essa finalidade é fiscalizado e regulado pelos Conselhos de Saúde, bem como por outros órgãos específicos de controle, como por exemplo os Tribunais de Conta, que também contam com participação nas três esferas administrativas. (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2021).

Para receberem o repasse dos recursos, os estados, os municípios e o DF devem contar com fundo de Saúde, Conselho de Saúde, com composição paritária, plano de saúde, relatórios de gestão que permitam o controle financeiro, contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento, Comissão de Elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS). (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2021).

Por outro lado, quanto ao financiamento da Atenção Primária em Saúde (APS) era baseado no Piso da Atenção Básica (PAB), que foi substituído pelo Programa Previne Brasil. Dessa maneira, o PAB era dividido de duas formas, o PAB fixo, que era um valor fixo por habitante, embora houvesse uma adequação de acordo com as variações e necessidade regionais, e o PAB variável, que destinava um valor de acordo com as ações realizadas naquele local. (DA SILVA, 2020)

Contudo, com o Programa Previne Brasil, o repasse de recursos passou a ser realizado de acordo com três categorias, sendo a primeira delas a capacitação ponderada, que variava de acordo com a população cadastrada na atenção básica e nas demais equipes de saúde da família, também se adequando as variações e necessidade regionais, o pagamento por desempenho, que variava de acordo com as metas pré-definidas a serem alcançadas e incentivo para ações estratégicas, que tinha por objetivo incentivar programas como saúde nas escolas, academia de saúde, saúde bucal, entre outras. (DA SILVA, 2020)

Outrossim, seguindo essa linha de raciocínio que foi traçada ao longo do texto, segundo (DA SILVA, 2020), é fundamental contextualizar, no aspecto legal, essa trajetória ao longo dos anos. Nesse sentido, após a regulamentação inicial da Lei 8.080/1990, em 1996 foi criada a contribuição provisória sobre a movimentação financeira, também conhecida como CPMF, que tinha o intuito de assegurar que o erário de fato seria destinado a saúde pública, sendo realizada por meio de taxação das movimentações bancárias e financeiras, permitindo uma fiscalização mais efetiva, contudo a CPMF não funcionou devido ao seu tempo prolongado, de quase 11 anos, devido ao desvio de recursos para a Previdência Social e para o Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza e por não haver um significativo impacto sobre os valores arrecadados quanto era previsto antes de sua implementação. (BRAZIL, Lei 8.080 de 1990)

Ademais, ainda de acordo com (DA SILVA, 2020), no ano de 2000 criou-se uma emenda constitucional, a EC 29, que destinava 15% da arrecadação de recursos para os municípios e para o Distrito Federal (DF), 12% para os Estados e para o DF e para a união restava o valor arrecadado no ano anterior somado a variação do produto interno bruto (PIB). Além disso, em 2012 houve a implantação da Lei Complementar 141/2012 que ratificou os valores acima citados, todavia não foi bem aceita, uma vez que não haviam valores pré-determinados de arrecadação para a união, havendo uma resolução para essa problemática apenas em 2015, com a EC 86, que determinava que o investimento da União em saúde fosse de 13,2% no primeiro ano após a EC, 13,7% no segundo ano após a EC, 14,1% no terceiro ano, 14,5% no quarto ano e 15% após o quinto ano.

Entretanto, essa nova emenda constitucional durou pouco tempo, haja vista que no ano de 2016 foi instaurado o teto de gastos, que tem uma duração prevista de 20 anos, limitando o aumento desmedido dos gastos públicos e também revogando a medida da EC 86, determinando que o investimento da União em saúde fosse de no mínimo 15% da receita, desde que corresponda ao valor arrecadado no ano anterior acrescido da correção do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo, o IPCA. (DA SILVA, 2020)

Portanto, em síntese, com essa nova medida os municípios devem investir pelo menos 15% dos valores arrecadados, os Estados pelo menos 12% e o valor atribuído a União corresponde ao valor arrecadado no ano anterior com a correção do IPCA, destinando pelo menos 15% do valor arrecadado. (CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS – CNM, CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE

SAÚDE, 2018). Por fim, o presente estudo tem por objetivo realizar uma revisão bibliográfica acerca do financiamento do Sistema Único de Saúde.

## **METODOLOGIA**

O presente estudo trata-se de uma revisão bibliográfica de literatura, baseada em artigos encontrados nas plataformas Scielo, PubMed, e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), encontrados na língua vernácula, no período de 2018 a 2023.

Dessa forma, foi realizado uma pesquisa por meio das plataformas citadas utilizando-se os descritores “Financiamento” e “Sistema Único de Saúde”, interligados pelo operador booleano “AND”, obtendo-se um total de 379 artigos. Além disso, realizou-se uma filtragem inicial através dos critérios: artigos escritos na língua vernácula e escritos no Brasil no período que compreende o intervalo entre os anos de 2019 a 2023, obtendo-se um total de 70 artigos.

Ademais, após uma leitura dinâmica, observou-se que alguns artigos se encontravam repetidos entre as plataformas, sendo excluídos as duplicadas. Além disso, esse processo também permitiu analisar que alguns estudos não se enquadravam na temática abordada, apresentando uma fuga de ideias, também sendo excluídos. Por fim, ao final desse processo restaram 20 artigos, que foram abordados na íntegra, sendo colocados em uma tabela de autoria própria, que contém o nome dos autores, o tipo de estudo, a metodologia, o resultado e o desfecho de cada artigo, permitindo assim uma análise e comparação mais fidedigna.

Portanto, os critérios de exclusão foram artigos que se repetiram entre as plataformas, que estavam em outros idiomas, publicados no ano anterior a 2018 e que não atendessem as expectativas abordadas, enquanto os critérios de inclusão foram os artigos escritos em português, no Brasil, no período de 2018 a 2023.

## **RESULTADOS**

**TABELA 1 – ANÁLISE DOS ARTIGOS**

| <b>AUTOR</b>    | <b>TIPO DE ESTUDO</b>              | <b>METODOLOGIA</b>  | <b>RESULTADO E DESFECHO</b>  |
|-----------------|------------------------------------|---|--|
| Adriano Massuda | Trata-se de uma análise descritiva | discute-se os possíveis efeitos da nova política a partir de uma breve análise de contexto sobre tendências globais de financiamento de sistemas de saúde e de remuneração por serviços de saúde, bem | A despeito do verniz modernizador que reveste a nova política da Atenção Primária à Saúde (APS), a adoção da captação e da avaliação de desempenho como critérios para cálculo de transferências intergovernamentais parece objetivar mais fins restritivos do |

como dos avanços, desafios e ameaças à APS e ao SUS.

que aprimorar a qualidade dos serviços, tendo potencial para restringir a universalidade, amplificar distorções no financiamento e fomentar a focalização das ações na APS do SUS. Em uma perspectiva de prolongada escassez orçamentária, que agravará a subvenção pública da saúde no Brasil, a nova política pode contribuir para reverter as conquistas históricas de redução de disparidades em saúde, observadas desde a implementação do SUS e da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Dessa maneira, trata-se de um retrocesso que demanda a atuação da sociedade brasileira em sua totalidade.

|   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| Charles Dalcanale Tesser e Mauro Serapioni                    | Trata-se de uma análise descritiva                 | À luz da análise comparada de sistemas de saúde (SS), discutimos três fenômenos estratégicos para a universalização do SUS: a) os gastos tributários em saúde; b) o financiamento estatal de planos privados de servidores públicos; c) a demanda sindical por planos privados. | O Sistema de Saúde (SS) brasileiro é híbrido e altamente segmentado, apresentando graves problemas crônicos de subvenção insuficiente. De forma paradoxal, o Estado fomenta o setor privado por meio de despesas tributárias, incluindo subsídios a planos de saúde de servidores públicos e profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS). A busca pela universalização da Atenção Primária à Saúde (APS) e do SUS é prejudicada pela ausência de respaldo social e político por parte do movimento sindical, cujas reivindicações têm se voltado para o setor privado. |
| Daniel Figueiredo de Almeida Alves; Leonardo Carnut e Áquilas | Trata-se de uma pesquisa quantitativa exploratória | Foi realizado uma coleta de dados nos currículos de pesquisadores doutores em economia da saúde na Plataforma Lattes (CNPq) em 2018. Recuperaram-se os pesquisadores por meio   | A pesquisa científica em "economia da saúde" no Brasil tem demonstrado uma maior afinidade com o pensamento neoclássico, enquanto que a abordagem sobre a "economia política" no setor de saúde é escassa. Foi observado que a produção dos economistas  |

Mendes

do termo 'economia da saúde' e 'economia política'. Classificaram-se suas produções nas áreas temáticas de 'financiamento', 'política de saúde', 'gestão em saúde', 'análise de custo-efetividade'.

da saúde tem se adequado mais a uma abordagem restrita à dinâmica da lógica capitalista, em vez de uma abordagem globalizante. Nesse contexto, ao ponderar sobre a sustentabilidade do sistema de saúde, é crucial considerar a contribuição da economia política crítica na análise do campo da "economia da saúde". Somente dessa maneira o direito à saúde se torna o tema principal das análises, e seus constrangimentos podem ser mais bem compreendidos através da própria natureza do modo de produção capitalista em sua fase contemporânea.

---

|  |                                       |  |  |
|--|---------------------------------------|--|--|
| Daniel Resende Faleiros e Blenda Leite Saturnino Pereira | Trata-se de uma análise descritiva    | A fim de alcançar o objetivo do estudo foram verificados, mensalmente, durante os anos de 2019 e 2020, para Estados, Distrito Federal e Municípios, os valores totais destes repasses e dos saldos remanescentes. Foram ainda verificadas a representatividade dos saldos frente aos repasses ocorridos; a quantidade e evolução do número de contas-correntes, e; os valores dos saldos. Com utilização de Microsoft Excel. | Em 2019, os saldos alcançaram o valor de R\$16,29 bilhões, o que representa 19,9% do total repassado. Em 2020, esse valor foi de R\$23,83 bilhões, o que corresponde a 21,1% do total repassado, apresentando uma tendência de crescimento. Mais de 616 portarias, com 28 objetivos distintos, destinaram R\$32,30 bilhões para o combate à COVID-19. Os recursos, antes de livre utilização, tiveram R\$11,88 bilhões vinculados às estratégias do Ministério da Saúde, sendo R\$1,36 bilhão para o Bloco Estruturação e R\$10,52 bilhões para o Bloco Manutenção. Várias podem ser as causas que levam ao acúmulo de saldos, contudo, a qualidade, quantidade e complexidade do arcabouço normativo do SUS contribuem significativamente para uma execução dos recursos pouco célere, efetiva, eficiente e eficaz. |
| Erno Harzheim et al.                                     | Trata-se de uma revisão bibliográfica | Num primeiro momento foram revistos criticamente todos os  | As conclusões das simulações indicaram uma taxa de inscrição baixa (90 milhões de cidadãos   |

de literatura tipos de repasses federais relacionados à APS. Em paralelo, revisão da literatura nacional e internacional apontou o melhor desenho de um modelo misto de financiamento da APS. brasileiros) em relação à cobertura estimada atual (148.674.300 milhões de indivíduos brasileiros). Ademais, demonstraram um aumento imediato de recursos financeiros para 4.200 municípios do país. É possível observar que a proposta de financiamento coloca a APS brasileira em consonância com as demandas do século XXI, apontando para o fortalecimento dos atributos da APS e para a concretização dos princípios de universalidade e equidade que regem o Sistema Único de Saúde.

---

|                                    |                                  |   |  |
|------------------------------------|----------------------------------|---|--|
| Fabio Fortunato Brasil de Carvalho | Trata-se de um estudo descritivo | Foi realizada pesquisa exploratória nos sítios eletrônicos do MS, das 27 SES (26 estados e DF) e das 26 SMS das capitais em busca dos organogramas dessas instituições, com vistas a identificar a estrutura organizacional na qual as PCAF estariam alocadas. A coleta das informações se deu entre setembro de 2020 e abril de 2021, com recorte temporal nos anos de 2018 a 2020, considerando como marco temporal a criação da CGPROFI em 2019. | Das 54 solicitações realizadas, obtiveram-se 40 respostas, o que equivale a uma taxa de resposta de 74%. Dessas respostas, 20 foram provenientes das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e 19 das Secretarias Municipais de Saúde (SMS) das capitais, enquanto o Ministério da Saúde (MS) também apresentou resposta. Contudo, diante da natureza pouco específica das informações coletadas, não foi possível avaliar de maneira adequada a suficiência ou apropriabilidade do orçamento e do financiamento, com o intuito de, entre outros objetivos, estabelecer comparações e analogias com políticas e ações como aquelas relativas à alimentação e nutrição, bem como ao tabagismo. Tais políticas possuem "maior tradição" e, assim como as práticas corporais, atividades físicas e alimentação saudável, ganham destaque por serem consideradas fatores de risco "modificáveis" quando se trata de doenças crônicas. Dessa forma, elas possuem discussões mais amplas do que aquelas vinculadas ao |
|------------------------------------|----------------------------------|---|--|

referido enfoque. No contexto estadual, algumas SES ressaltaram seu papel de apoio, contudo sem oferecer incentivos financeiros, o que dialoga com a ausência de financiamento estadual para a atenção primária à saúde (APS), contrariando as recomendações da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), o que possivelmente impacta nos programas e ações de promoção da alimentação saudável e corporal. Em síntese, o panorama identificado neste estudo denota uma presença incipiente de elementos cruciais, como estrutura organizacional, recursos, programas e ações, para que as práticas corporais, atividades físicas e alimentação saudável possam avançar como políticas públicas de saúde nas três esferas de gestão, o que contrasta com o reconhecimento retórico amplo que essas práticas possuem. Em um cenário de ajuste fiscal e racionalidade neoliberal, os impactos sobre os cuidados de saúde configuram um horizonte em que o acesso às práticas corporais, atividades físicas e alimentação saudável não é priorizado, haja vista a baixa institucionalização nos estados e capitais, o que evidencia a fragilidade dessas práticas no âmbito do SUS, após uma fase inicial de incentivo ao tema.

---

|                        |   |   |   |
|------------------------|---|---|---|
| Fabiola Sulpino Vieira | Trata-se de uma revisão bibliográfica de literatura | Evidências da literatura técnico-científica e informações sobre a execução orçamentário-financeira e a aquisição de medicamentos do | Demonstra-se que no ano de 2019, as ações judiciais corresponderam a 25,2% dos recursos destinados ao Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, sendo |
|------------------------|---|---|---|

Ministério da Saúde foram utilizadas para fundamentar os argumentos.

que desse montante, 21% foram direcionados para 10 medicamentos específicos. É sustentado que, embora o Poder Judiciário garanta esse direito quando o Estado não consegue assegurar o acesso a medicamentos incorporados ao Sistema Único de Saúde (SUS), suas decisões prejudicam o acesso a medicamentos pela população, devido às determinações de aquisição de produtos que não foram incorporados. É defendida a necessidade de o Poder Judiciário pautar sua atuação na observância dos preceitos constitucionais e legais no âmbito das políticas públicas, em especial na política fiscal, considerando seu impacto no financiamento do SUS.

---

|                        |                                    |   |  |
|------------------------|------------------------------------|---|--|
| Fabiola Sulpino Vieira | Trata-se de uma análise descritiva | Dados da execução orçamentário-financeira dos entes da Federação foram obtidos. As transferências do Ministério da Saúde (MS) para as secretarias municipais e estaduais e suas aplicações diretas foram identificadas segundo grandes áreas finalísticas do SUS e áreas-meio. Estatísticas descritivas básicas, gráficos e tabelas foram utilizados para a análise da execução das despesas por essas áreas. | Observou-se um aumento no gasto público per capita com saúde no período de 2010 a 2018. No entanto, houve uma redução de 3% em relação a 2014. Foi constatado um deslocamento na alocação dos recursos federais, prejudicando as transferências para os estados. Além disso, verificaram-se perdas na área de vigilância em saúde em detrimento da atenção básica e da assistência farmacêutica. No que diz respeito à atenção básica, o aumento do gasto está associado a mudanças na política e à ampliação dos recursos alocados por emendas parlamentares. Por outro lado, o aumento dos gastos com assistência farmacêutica se deu pela incorporação de novos medicamentos, incluindo vacinas, pela judicialização, pelo aumento dos gastos com hemoderivados e pela centralização da compra de |
|------------------------|------------------------------------|---|--|

itens de alto impacto orçamentário no Ministério da Saúde. Caso não ocorra uma mudança no atual quadro de financiamento do SUS, o que é improvável sob a vigência da Emenda Constitucional nº 95, e uma redefinição das prioridades das políticas de saúde, o risco de não se cumprir as metas do ODS 3 da Agenda 2030 é extremamente elevado.

---

|   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| Fabiola Sulpino Vieira e Luciana Dias de Lima | Trata-se de um estudo descritivo e exploratório | Os municípios foram classificados em quatro grupos, segundo graus de vulnerabilidade socioeconômica definidos pelo Ministério da Saúde para destinação de recursos do PAB-Fixo. Os repasses do ministério por emenda parlamentar foram identificados, analisando-se as proporções de municípios beneficiados em cada grupo por recursos alocados do PAB-Fixo e do incremento ao piso por EP. | A participação dos municípios, classificados por grupos que foram favorecidos por Emendas Parlamentares (EP), assemelhou-se àquela dos municípios contemplados pelo Programa de Atenção Básica (PAB)-Fixo. No que tange à proporção de recursos destinados às emendas, os municípios do grupo I (mais vulneráveis) obtiveram maior participação, enquanto aqueles pertencentes ao grupo IV tiveram menor participação, quando comparada à alocação de recursos do PAB-Fixo. Contudo, a distribuição de recursos por meio de emendas parlamentares não foi distribuída de forma homogênea a todos os municípios, incluindo os mais vulneráveis, que pertencem aos grupos I e II. Além disso, verificou-se uma grande disparidade no que se refere aos recursos per capita entre os diferentes grupos de municípios. As EP distorceram o modelo proposto pelo Ministério da Saúde, que busca a alocação equitativa de recursos para o PAB-Fixo, ao destinar recursos em proporção muito maior para os municípios do grupo I e muito menor para aqueles do grupo IV, o que não se coaduna com esse modelo. Além disso, essa distribuição de |
|---|---|--|--|

recursos por meio de emendas não beneficia a todos os municípios, inclusive os mais vulneráveis.

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <p>Fabiola Sulpino Vieira; Aléssio Tony Cavalcanti de Almeida; Luciana Mendes Santos Servo e Rodrigo Pucci de Sá e Benevides</p> | <p>Trata-se de uma revisão de escopo</p>                   | <p>Uma investigação baseada em dados de execução orçamentário-financeira em ações e serviços públicos de saúde (ASPS) foi realizada para a produção de um quadro metodológico, sendo observadas as seguintes etapas: (i) identificação dos dados; (ii) desenvolvimento; e (iii) validação do quadro metodológico. O quadro metodológico foi produzido e testado, confirmando-se a validade do método proposto para ajuste da despesa declarada em APS no período de 2015 a 2020.</p> | <p>Apesar das limitações inerentes, as informações geradas por meio do método apresentado neste estudo podem ser consideradas as mais precisas, dadas as circunstâncias atuais de disponibilidade de sistemas e registro de dados. Na área de investigação em questão, a lógica de aproximações sucessivas e refinamento dos métodos é uma diretriz importante. É preferível ter a melhor informação possível a não ter informação alguma. Com isso em mente, entende-se que a aplicação do método proposto representa uma abordagem adequada para estimar os gastos totais com Atenção Primária à Saúde (APS) de cada município, contribuindo para aprimorar a robustez e a confiabilidade dos estudos que utilizam essa despesa.</p> |
| <p>Francisco Funcia</p>  | <p>Trata-se de uma revisão bibliográfica de literatura</p> | <p>O período de análise de 2020 e 1º quadrimestre de 2021 foi escolhido pela ocorrência de duas 'ondas' da Covid-19 no Brasil, a segunda (em 2021) com mais casos e mortes em comparação à primeira, ocorrida em 2020.</p>   | <p>O financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) é caracterizado por um subfinanciamento crônico desde sua criação, a partir da Constituição Federal de 1988. No entanto, esse cenário de subfinanciamento se agravou com a promulgação da Emenda Constitucional 95, um instrumento da política de austeridade fiscal voltado para a redução tanto das despesas primárias da União quanto da dívida pública federal. Essa situação comprometeu gravemente o financiamento das políticas sociais, inclusive da saúde, mesmo antes da pandemia de Covid-19. Em 2020, apesar da flexibilização das regras fiscais</p>   |

aprovadas pelo Congresso Nacional devido ao estado de calamidade pública decorrente da pandemia, o governo federal retardou a alocação de recursos orçamentários adicionais para o Ministério da Saúde, bem como foi responsável pela baixa execução desses recursos destinados ao enfrentamento da pandemia.

|                        |                                     |   |  |
|------------------------|-------------------------------------|---|--|
| Francisco Rózsa Funcia | Trata-se de uma pesquisa documental | Foi realizada pesquisa documental, baseada em estudos e, principalmente documentos encaminhados ao Conselho Nacional de Saúde (CNS) pelo MS, especificamente, os Relatórios Anuais de Gestão (2014 a 2017 – último ano disponível à época da elaboração deste artigo) e os Relatórios Quadrimestrais de Prestação de Contas (2016 a 2018) | O Sistema Único de Saúde (SUS) demanda novas fontes de receita permanentes, estáveis e exclusivas que estejam legalmente previstas para impedir a desvinculação e que respeitem o princípio da capacidade contributiva ou progressividade. É importante considerar que há uma limitação significativa no aumento da participação dos estados e municípios no financiamento do SUS, uma vez que, juntos, representam 57%. Além disso, a participação federal no financiamento da saúde apresentou queda desde o início dos anos 90, e essa tendência tende a continuar em decorrência da redução do piso federal resultante da Emenda Constitucional 95, conforme já demonstrado anteriormente. |
| Graziela Liebel et al. | Trata-se de um estudo observacional | Estudo ecológico observacional dos gastos com diagnóstico por imagem utilizando os registros do Sistema de Informação do Sistema Único de Saúde (SUS), com análise de regressão com modelos generalizados de efeitos mistos, de 2008 a 2017, por macrorregiões de saúde, de acordo com as variáveis: PIB per capita,                      | Durante a análise descritiva dos dados, verificou-se um aumento nos dispêndios relacionados ao diagnóstico por imagem de alta complexidade. A partir daí, constatou-se uma correlação positiva entre o referido gasto e variáveis como a taxa de médicos, a taxa de equipamentos em uso no SUS e o PIB. Por outro lado, foi encontrada uma correlação negativa entre o gasto com diagnóstico por imagem de alta complexidade e a cobertura pela  |

população, taxa de médicos, taxa de equipamentos em uso no SUS e cobertura pela Estratégia Saúde da Família (ESF).

ESF. Vale ressaltar que a relação inversa entre a ampliação da cobertura pela ESF e a diminuição nos gastos com diagnóstico por imagem de alta complexidade se apresenta como um importante indicador na definição das políticas públicas e alocação de recursos. Diante disso, verifica-se que as macrorregiões com maiores taxas de PIB e médicos tendem a apresentar gastos mais elevados com diagnóstico por imagem de alta complexidade.

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <p>Gustavo Andrey de Almeida Lopes Fernandes e Blenda Leite Saturnino Pereira</p> | <p>Trata-se de uma análise descritiva</p> | <p>Em uma primeira etapa, é realizada uma ampla análise documental sobre a legislação que define as regras de financiamento do combate à COVID-19. Na segunda etapa da pesquisa, foram analisados os desembolsos efetivamente recebidos pelos municípios, buscando inferir se o modelo de financiamento do SUS, dentro do pacto federativo brasileiro, é consistente em relação às características epidemiológicas da COVID-19.</p> | <p>Resultados mostram que não houve mudança substantiva nos critérios de repasse, pouco sensíveis a fatores epidemiológicos. Ajustes nas normas de aplicação foram realizados para dar maior agilidade aos gastos. Tamanho populacional, produção de riquezas locais e número de leitos de internação parecem ser os principais fatores que definem a distribuição dos recursos. O desenho de financiamento do combate à COVID-19, assim como o volume de recursos parecem ser insuficientes frente à dimensão da crise.</p> |
| <p>José Carlos Souza Braga</p>  | <p>Trata-se de uma análise descritiva</p> | <p>O artigo discute o sistema de saúde no Brasil sob a égide do capitalismo financeirizado, em suas determinações internacional e brasileira, no contexto da crítica situação sanitária mencionada.</p>   | <p>A pandemia da COVID-19 no Brasil revelou-se uma crise de magnitude não apenas sanitária, mas também econômica e social. A desigualdade social preexistente no país, que resultou em significativa disparidade no acesso aos serviços de saúde, tornou-se ainda mais flagrante com a pandemia, tendo em vista sua maior letalidade entre os mais pobres, em comparação com os</p>  |

mais ricos. Não fosse pelo Sistema Único de Saúde (SUS), apesar de seus problemas, em grande parte decorrentes de seu subfinanciamento, a situação teria sido muito mais grave. Em um sistema como este, é responsabilidade do Estado garantir serviços de saúde amplos e de qualidade, dada a capacidade limitada do setor privado de disponibilizá-los à população como um todo, especialmente em um país altamente desigual como o Brasil. A pandemia expôs essa necessidade. A financeirização como modelo sistêmico de geração de riqueza no capitalismo contemporâneo amplia a desigualdade social e restringe a implementação de políticas públicas independentes e mais abrangentes, universais. Essa situação dificulta a construção de um sistema público de saúde que possa garantir o direito à vida de toda a população, especialmente nos países periféricos que são altamente subordinados a esse sistema, como é o caso do Brasil.

|  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| Leonardo Carnut e Camila Biancchi Ferraz | Trata-se de uma revisão bibliográfica de literatura | Tratou-se de uma revisão integrativa utilizando o portal Biblioteca Virtual em Saúde. Português, espanhol e inglês foram os idiomas utilizados e recuperaram-se apenas os textos completos e com foco específico no Sistema Único de Saúde. Totalizaram-se 17 artigos incluídos, dos quais 88,8% estavam indexados na base Literatura Latino-Americana e do Caribe | Ao buscar compreender como os estudos relacionam o conceito sobre necessidades em(de) saúde com as implicações para o SUS, fica evidente que, mesmo aqueles que não desenvolvem o conceito, estão se preocupando com a ideia de necessidades. Não obstante, é possível ver que há mais estudos que trazem consigo as implicações do que aqueles que delimitam claramente as necessidades em(de) saúde. Os principais desafios da aplicação das necessidades no Sistema Único de Saúde transitam entre o simbólico, o crítico-político, a |
|--|---|--|--|

em Ciências da Saúde.

coerência entre financiamento-princípios, o Estado, a política macroeconômica, a gestão e as ações locais. Investir na superação dos desafios elencados pode ser um guia para a efetivação das necessidades como o centro da ação sanitária.

---

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| Luís Carlos Lopes Júnior  | Trata-se de uma revisão bibliográfica de literatura | Estudo reflexivo, fundamentado no documento “Ampliação do papel dos enfermeiros na Atenção Primária à Saúde” e ancorado na literatura e análise crítica dos autores.  | A ampliação da força de trabalho e inserção da enfermagem de prática avançada na Atenção Primária à Saúde brasileira precisam acontecer com um maior reconhecimento e incentivos para as ações executadas nesse nível de atenção. Por exemplo, devem ocorrer via integração entre os profissionais e a comunidade nas ações de promoção de saúde, com disponibilidade de tecnologias adequadas ao trabalho, de modo a garantir a qualidade e resolutividade da Atenção Primária à Saúde.  |
| Marcia Valeria Guimarães Cardoso Morosini; Angelica Ferreira Fonseca e Tatiana Wargas de Faria Baptista | Trata-se de uma revisão bibliográfica de literatura | Tomamos como parâmetros de análise as atribuições gestoras e os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e de uma atenção básica orientada pela determinação social do processo saúde/doença, a concepção ampliada de saúde, o cuidado territorializado, o enfoque comunitário e a coordenação do cuidado numa rede integrada. | As mudanças na alocação dos recursos públicos, a instituição de novas possibilidades de relação entre o Estado e empresas privadas e a adequação do modelo de atenção às particularidades da gestão de mercado revelam o sentido privatizante dessas medidas. A política assume um enfoque individualizante no que tange ao modelo de atenção e financiamento, enfraquecendo a perspectiva do território, o trabalho comunitário, o cuidado integral e multidisciplinar. Acelera-se a reconfiguração do SUS no sentido de um sistema no qual agentes públicos ou privados podem participar, indiferenciadamente, aprofundando a ruptura com o compromisso constitucional da saúde como dever do Estado. |

---

|   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| Priscilla Caran Contarato; Luciana Dias de Lima e Rodrigo Mendes Leal | Trata-se de estudo exploratório e descritivo | Verificou-se crescimento da receita corrente líquida per capita para o conjunto dos estados e regiões, com quedas em anos específicos associadas às crises de 2008-2009 e de 2015-2016. | A despesa per capita em saúde apresentou uma tendência de crescimento mesmo em momentos de crise econômica e queda na arrecadação. Verificou-se que há diversidade de fontes e heterogeneidade de receitas e despesas em saúde, bem como impactos diferenciados da crise sobre os orçamentos estaduais das diferentes regiões do país. Os resultados apontam para um efeito protetor relacionado à vinculação constitucional da saúde, aos compromissos e prioridades de gastos e aos mecanismos de compensação de fontes de receitas do federalismo fiscal nas despesas em saúde dos estados. Entretanto, persistem desafios para a implantação de um sistema de transferências que reduza as desigualdades e estabeleça maior cooperação entre os entes federativos, especialmente em um contexto de austeridade e restrições ao financiamento público da saúde no Brasil. |
|---|--|---|--|

---

|                           |  |  |   |
|---------------------------|--|--|---|
| Walter Gabriel Neves Cruz | Trata-se de um estudo quantitativo, analítico e documental | Para cada município brasileiro e para cada ano do período estudado, foram obtidos do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), disponibilizado pelo MS, os seguintes dados: população, receita própria, participação (%) da receita própria na receita total do município e despesa liquidada em saúde. A partir dessas informações, a receita total do município foi obtida pela razão entre a | Constatou-se crescimento real dos gastos municipais em saúde de 2004 a 2014 (156,3%), com queda entre 2014 e 2015, seguida de recuperação até 2019. Na recessão, detectou-se aumento global da dependência fiscal dos municípios, indicada pelo aumento de receitas não-próprias, mesmo com a diminuição da participação da União nas transferências. O crescimento das despesas próprias em saúde foi menor entre os municípios de menor renda domiciliar, enquanto para as despesas não-próprias foi maior nos municípios de menor porte populacional. Em suma, indica-se um processo de incremento dos |
|---------------------------|--|--|---|

receita própria e a gastos municipais em saúde, participação desta na assim como o aumento da receita total. Ademais, a dependência fiscal para custeio da receita não-própria foi saúde, intensificado após a crise considerada como o de 2015, que atingiu resultado da subtração especialmente os municípios de entre a receita total pequeno porte e de menor renda calculada e a receita domiciliar. própria. Quanto à despesa, também foram coletados dados acerca da origem dos recursos (próprios ou não-próprios) e da proporção de recursos próprios aplicados em saúde de acordo com a EC nº 29/2000.

## DISCUSSÃO

De início, é importante destacar que há um consenso entre as literaturas abordadas, na qual é observado o fato de que não existem recursos suficientes para financiar o Sistema Único de Saúde para que o mesmo tenha o desempenho e funcionalidade para qual foi planejado, atendendo todas as demandas no território brasileiro, nesse sentido, de acordo com CONTARATO (2019), houve, de fato, um aumento nos investimentos destinados ao SUS, contudo também é possível observar um aumento nas despesas e gastos, ratificado por CRUZ (2022), que aborda um crescimento dos gastos municipais, assim como uma maior dependência fiscal dos municípios, que pode ser justificado parcialmente pela autonomia dessa esfera governamental, bem como pelo fato do uso de recursos, geralmente não regulamentados, de forma indevida.

Ademais, é importante destacar que Fabíola Sulpino abordou em seus estudos (2020, 2022, 2022 e 2023) alguns pontos sobre o financiamento da atenção primária em saúde nas esferas Federal, Estadual e Municipal, reforçando que um dos fatores que contribuiu para o aumento das despesas no Sistema Único de Saúde foi o financiamento de medicamentos obtidos por via judicial, comprometendo o planejamento em saúde realizado por meio do plano de saúde e planejamento anual de saúde. Além disso, LIEBEL (2021) ratifica o aumento das despesas também por meio dos gastos com exames de imagem de alta complexidade, haja vista que, em muitas comorbidades, a utilização desses recursos se faz extremamente necessária para realização de um diagnóstico e prosseguimento de um atendimento continuado.

Outrossim, alguns autores como Adriano Massuda, Charles Dalconale, Francisco Funcia e Gustavo Andrey retratam os recursos destinados ao SUS como insuficientes, abordando também a temática do subfinanciamento e as desigualdades na distribuição de recursos. Dessa forma, MASSUDA (2020) preconiza que houve melhorias na gestão de recursos no sistema de saúde pública como um todo, principalmente após a tentativa de promover equidade na distribuição dos mesmos com a renda variável somada a renda fixa, todavia a restrição orçamentária proposta pelas últimas gestões federais pode provocar um agravamento na desigualdade em saúde, já que esses recursos são limitados e o SUS necessita de mais investimentos.

Além disso, DALCANOLE (2021) aborda o fato de que alguns investimentos são feitos de forma incoerente, já que o SUS tem destinado parte de seus recursos para a

iniciativa privada, por meio do financiamento de planos de saúde de alguns servidores públicos, bem como através da gestão de gastos tributários, enquanto a rede pública urge por mais erário. Ademais, ANDREY (2020), BRAGA (2022) E FUNCIA (2022) abordam o subfinanciamento do sistema único de saúde, que pode ocorrer por meio de renúncias fiscais, omissão das fontes de financiamento, alteração de dados em programas públicos de saúde, utilização de recursos públicos de forma indevida, superfaturamento de obras, entre outras, sendo agravado pela pandemia da COVID-19, na qual parte do erário foi distribuída a estados e municípios sem uma fiscalização intensa, deixando sob a responsabilidade dos gestores de cada esfera a utilização desses investimentos, acarretando em subfinanciamento, desvios de recursos, entre outros problemas.

Por fim, BRAGA (2022) aborda a necessidade de obtenção de novos recursos para o financiamento do SUS, sendo ratificado por ROSZA (2019) e VALÉRIA (2020), que inclusive defendem a taxação de outras fontes de renda, bem como a utilização de investimentos oriundos da iniciativa privada, afim de assegurar os princípios propostos pelo Sistema Único de Saúde, permitindo que a população brasileira tenha acesso a serviços de saúde pública eficientes e de qualidade.

## CONCLUSÃO

O Sistema Único de Saúde visa ofertar um serviço de saúde pública de qualidade para a população brasileira e para isso necessita de recursos e investimentos. Desde a sua instituição, houve a implementação de diversas leis, emendas constitucionais e normas regulamentadoras, que foram alteradas ao longo do tempo com objetivo de se adaptar e promover uma distribuição de recursos de forma justa, levando em consideração as necessidades de cada região e população.

Entretanto, mesmo com maiores investimentos, ainda não há erário suficiente para suprir as demandas atendidas pelo SUS, já que, mesmo com mais recursos, as despesas também aumentaram, além dos problemas externos ao programa de saúde pública, que dependem dos gestores, como o subfinanciamento, desvio de erário entre outros.

Portanto, é possível inferir que o Sistema Único de Saúde não é um programa viável do ponto de vista financeiro, sendo necessário a obtenção de mais recursos para a sustentação desse programa, como por exemplo investimentos da iniciativa privada.

## REFERÊNCIAS

ALVES, Daniel Figueiredo de Almeida; CARNUT, Leonardo; MENDES, Áquilas. Dimensionamento da 'economia política' na 'economia da saúde': para refletir sobre o conceito de sustentabilidade. *Saúde em Debate*, v. 43, n. Saúde debate, 2019 43(spe5), p. 145–160, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/ghbmnsyd88f4hzxSnNVWW3s/?lang=pt#>

BRAGA, José Carlos de Souza; OLIVEIRA, Giuliano Contento de. Dinâmica do capitalismo financeirizado e o sistema de saúde no Brasil: reflexões sob as sombras da pandemia de COVID-19. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 38, n. Cad. Saúde Pública, 2022 38 suppl 2, p. e00325020, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/C9Yz7cNt3GdM5wcxrb74rR/?lang=pt#>

CARNUT, Leonardo; FERRAZ, Camila Biancchi. Necessidades em(de) saúde: conceitos, implicações e desafios para o Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate*, v. 45, n. Saúde debate, 2021 45(129), p. 451–466, abr. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/hJjbdxpPNswbLrStrcgyC4N/?lang=pt#>

CARVALHO, Fabio Fortunato Brasil de. et al. As práticas corporais e atividades físicas na gestão tripartite do SUS: estrutura organizacional, financiamento e oferta. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 27, n. Ciênc. saúde coletiva, 2022 27(6), p. 2163–2174, jun. 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/K9wGjSMsBMJGDQk3D8WCngz/?lang=pt#>

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS – CNM, CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE. Mudanças no Financiamento da Saúde. **MINISTÉRIO DA SAÚDE**, 2018. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2018/08/Mudan%C3%A7as-no-Financiamento-da-Sa%C3%BAde.pdf>

CONTARATO, Priscilla Caran; LIMA, Luciana Dias de; LEAL, Rodrigo Mendes. Crise e federalismo: tendências e padrões regionais das receitas e despesas em saúde dos estados brasileiros. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, n. Ciênc. saúde coletiva, 2019 24(12), p. 4415–4426, dez. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/NhTHzKrNdv87njPFcC6VpwD/?lang=pt#>

CRUZ, Walter Gabriel Neves; BARROS, Rafael Damasceno de; SOUZA, Luis Eugenio Portela Fernandes de. Financiamento da saúde e dependência fiscal dos municípios brasileiros entre 2004 e 2019. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 27, n. Ciênc. Saúde coletiva, 2022 27(6), p. 2459–2469, jun. 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Gf38wvnpdXkFv3kDLJxZgR/?lang=pt#>

DA SILVA, ADAM CARLOS CRUZ; PORTO, FERNANDO ROCHA. História das legislações no financiamento em saúde dos últimos 30 anos: O que esperar para a próxima década. **170 SNHCT ANAIS ELETRÔNICOS**, 2020. Disponível em: [https://www.17snhct.sbhc.org.br/resources/anais/11/snhct2020/1597536470\\_ARQUIVO\\_770\\_7a1c8dda476aa34329adce01addfd.pdf](https://www.17snhct.sbhc.org.br/resources/anais/11/snhct2020/1597536470_ARQUIVO_770_7a1c8dda476aa34329adce01addfd.pdf)

FALEIROS, Daniel Resende; PEREIRA, Blenda Leite Saturnino. Saldos dos repasses federais no SUS: o que temos e o que esperar do incremento para a COVID-19. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, n. Ciênc. saúde coletiva, 2021 26(11), p. 5639–5651, nov. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/gWh7HrwCPFWZNSrkMnsfbG/?lang=pt#>

FERNANDES, Gustavo Andrey de Almeida Lopes; PEREIRA, Blenda Leite Saturnino. Os desafios do financiamento do enfrentamento à COVID-19 no SUS dentro do pacto federativo. *Revista de Administração Pública*, v. 54, n. Rev. Adm. Pública, 2020 54(4), p. 595–613, jul. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rap/a/zNs77xnNYT3xxtVhTpyVt/?lang=pt#>

FUNCIA, Francisco. et al.. Análise do financiamento federal do Sistema Único de Saúde para o enfrentamento da Covid-19. *Saúde em Debate*, v. 46, n. Saúde debate, 2022

46(133), p. 263–276, jan. 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/kNVJWRVNCwDJnLcjSKTCJXC/?lang=pt#>

FUNCIA, Francisco. Subfinanciamento e orçamento federal do SUS: referências preliminares para a alocação adicional de recursos. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, n. Ciênc. saúde coletiva, 2019 24(12), p. 4405–4415, dez. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/n77WSKwsWhzyBHGxtgLfFMj/?lang=pt#>

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, O gasto em saúde e suas bases de financiamento: Dinâmica e Tendências para o Brasil. **MINISTÉRIO DA SAÚDE**, 2021. Disponível em: [https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/10/Gaiger-F-Gaiger-MLC\\_O-gasto-em-sa%C3%BAde-e-suas-bases-de-financiamento\\_TD74.pdf](https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/10/Gaiger-F-Gaiger-MLC_O-gasto-em-sa%C3%BAde-e-suas-bases-de-financiamento_TD74.pdf)

HARZHEIM, Erno et al.. Novo financiamento para uma nova Atenção Primária à Saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. Ciênc. saúde coletiva, 2020 25(4), p. 1361–1374, abr. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/hqrbGPVd3vjDDbQ67WygLdQ/?lang=pt#>

LIEBEL, Graziela et al.. Análise dos gastos com diagnóstico por imagem no Brasil. *Cadernos Saúde Coletiva*, v. 29, n. Cad. saúde colet., 2021 29(3), p. 453–463, jul. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/StHFDS8s6nrsgKrpZKtGr9x/?lang=pt#>

LOPES JÚNIOR, Luís Carlos; LAZARINI, Welington Serra; COQUEIRO, Jandesson Mendes. Universal health system based on Primary Care and advanced practice nursing. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 75, n. Rev. Bras. Enferm., 2022 75(5), p. e20210403, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/vjnk6crwnKQDn6qDrHQI9Zc/?lang=en#>

MASSUDA, Adriano. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso?. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. Ciênc. saúde coletiva, 2020 25(4), p. 1181–1188, abr. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/YXqJT56kHyPXDtW4TqVLFMg/?lang=pt#>

MENEZES, Ana Paula do Rego; MORETTI, Bruno; REIS, Ademar Arthur Chioro dos. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública – austeridade versus universalidade. *Saúde em Debate*, v. 43, n. Saúde debate, 2019 43(spe5), p. 58–70, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/JLN5qfhCmLh4ZwY4sm4KWpt/?lang=pt#>

MOROSINI, Marcia Valeria Guimarães Cardoso; FONSECA, Angelica Ferreira; BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. *Previne Brasil*, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica?. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, n. Cad. Saúde Pública, 2020 36(9), p. e00040220, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Hx4DD3yCsxkcx3Bd6tGzq6p/?lang=pt#>

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

debate, 2020 44(spe4), p. 114–129, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/3WbqYLWqnc8MSJ7LpnBY5SK/?lang=pt#>

TESSER, Charles Dalcanale; SERAPIONI, Mauro. Obstáculos à universalização do SUS: gastos tributários, demandas sindicais e subsídio estatal de planos privados. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, n. Ciênc. saúde coletiva, 2021 26(6), p. 2323–2333, jun. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/LwSt5tVhNRntcw45gsqtx9L/?lang=pt#>

VIEIRA, Fabiola Sulpino et al.. Gasto total dos municípios em atenção primária à saúde no Brasil: um método para ajuste da despesa declarada de 2015 a 2020. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 38, n. Cad. Saúde Pública, 2022 38(5), p. e00280221, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/MnRQRzcnqxJCdjTBmmLQHhD/?lang=pt#>

VIEIRA, Fabiola Sulpino. Health financing in Brazil and the goals of the 2030 Agenda: high risk of failure. *Revista de Saúde Pública*, v. 54, n. Rev. Saúde Pública, 2020 54, p. 127, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/kycVfKkCnmzfcPXt8RcYwPS/?lang=en#>

VIEIRA, Fabiola Sulpino; LIMA, Luciana Dias de. Distortions of parliamentary amendments to the equitable allocation of federal resources to the PAB. *Revista de Saúde Pública*, v. 56, n. Rev. Saúde Pública, 2022 56, p. 123, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/dcvQcXbz5NLxWJdqYr8Yv8K/?lang=en#>

VIEIRA, Fabiola Sulpino. Udicialization and right to health in Brazil: a trajectory of matches and mismatches. **Revista de Saúde Pública**, ed. 57, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/VJQ34GLNDB49xYVrGVKqDVF/?lang=en>