

O FINANCIAMENTO DA SAÚDE EM TEMPOS DE NOVO REGIME FISCAL E PANDEMIA DE COVID-19

THE FINANCING OF HEALTH IN TIMES OF THE NEW TAX REGIME AND THE COVID-19 PANDEMIC

Lucia CORTES DA COSTA* 
Caroline Schmidt de CAMARGO** 

Resumo: O artigo aborda o direito à saúde como um dos pilares da Seguridade Social no Brasil. No contexto de políticas neoliberais, o direito à saúde sofre o impacto da política de austeridade imposta pelo novo regime fiscal aprovado pela EC 95/2016. Busca-se refletir sobre o financiamento do SUS, mais detidamente sobre a atenção primária à saúde, considerando as mudanças na Política Nacional de Atenção Básica – PNAB, após 2017 e o programa Previnir Brasil. A pandemia por COVID-19 elevou as demandas na área da saúde e exigiu medidas de urgência, levando a um conflito entre a política de austeridade fiscal e a necessidade de ampliar o orçamento da saúde. Os dados foram coletados por meio de pesquisa bibliográfica e documental.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde. Atenção primária. Financiamento.

Abstract: The article addresses the right to health as one of the pillars of Social Security in Brazil. In the context of neoliberal policies, the right to health is impacted by the austerity policy imposed by the new fiscal regime approved by EC 95/2016. It seeks to reflect on the financing of the SUS, more closely on primary health care, considering the changes in the National Primary Care Policy – PNAB, after 2017 and the Prevent Brazil program. The COVID-19 pandemic raised demands in the health area and demanded urgent measures, leading to a conflict between the fiscal austerity policy and the need to expand the health budget. Data were collected through bibliographic and documentary research.

Keywords: Unified Health System. Primary attention. Financing.

Submetido em 17/12/2021.

Aceito em 21/12/2021.

* Doutora em Serviço Social pela PUC de São Paulo, docente da Universidade Estadual de Ponta Grossa no curso de graduação em Serviço Social e no Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais Aplicadas. Pesquisadora Produtividade CNPq. E-mail: cortesluci@gmail.com

**Graduanda em Serviço Social, pesquisadora Iniciação Científica, pela Universidade Estadual de Ponta Grossa. E-mail: carolineschmidt17@outlook.com



1. INTRODUÇÃO

Diante do cenário atual de contrarreforma do Estado brasileiro, que por meio de medidas neoliberais vem reduzindo o seu papel na garantia de direitos através da diminuição de ações e da abrangência da Seguridade Social, faz-se necessário compreender os impactos do Novo Regime Fiscal no financiamento da saúde pública.

Depois de um processo iniciado na década de 1990, o neoliberalismo voltou a se fortalecer no Brasil, iniciando no país uma onda de mudanças significativas no papel do Estado, que adotou uma postura de austeridade, cortando gastos e diminuindo investimentos na seguridade social. A Emenda Constitucional 95 de 2016 congelou por 20 anos os investimentos públicos e estabeleceu o novo regime fiscal, inviabilizando serviços e causando o sucateamento das políticas públicas.

O artigo aborda o direito à saúde como um dos pilares da Seguridade Social no Brasil, bem como o conflito entre este direito e a ideia de austeridade proposta pelo novo regime fiscal. Busca-se identificar os impactos do novo regime fiscal sobre o financiamento da atenção primária à saúde, considerando as mudanças na Política Nacional de Atenção Básica – PNAB, após 2017. O objetivo¹ é identificar de que maneira estas medidas afetam as ações da atenção primária à saúde no contexto de pandemia. O estudo, de natureza qualitativa, se fundamenta em dados bibliográficos e documentais.

2. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Os anos 1980 no Brasil foram marcados “pela emergência do anseio democrático, pela mobilização de diferentes segmentos da sociedade civil e pela luta por direitos (sociais, políticos e civis) contra a ditadura.” (COSTA, 2006, p.7) Um dado histórico da luta pelo direito à saúde foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), de 1986, sob a presidência de Sérgio Arouca, que incluiu pela primeira vez como participantes da Conferência representantes de setores organizados da sociedade civil. Nessa Conferência o direito à saúde foi relacionado à democracia em seu conteúdo material como forma de vida em sociedade, de busca pela dignidade humana e combate à pobreza e desigualdades. As propostas da 8ª CNS orientaram as discussões na assembleia nacional constituinte, através da criação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS), que funcionou de agosto de 1986 a maio de 1987, levando a um debate público sobre o direito à saúde e a necessidade de criar um sistema único, descentralizado de saúde no país.

Com o fim da ditadura militar e a posterior promulgação da Constituição Federal de 1988, que garante direitos fundamentais e universais à população e estabelece a Seguridade Social, a saúde passa a ser definida como um direito de todos e dever do Estado. A Seguridade Social, de acordo com o seu Art. 194,

¹ A pesquisa de Iniciação Científica – PIBIC (período de 09/2021 a 08/2022) é vinculada ao projeto financiado pelo CNPq - A Seguridade Social no contexto de ajustes fiscais no Brasil e na Argentina – a limitação de direitos sociais e a expansão do mercado.

“compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 1988),

O direito à saúde foi regulamentado pela Lei nº 8.080 de 1990², que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes” (BRASIL, 1990), instituindo o Sistema Único de Saúde (SUS) e regulamentando a participação da iniciativa privada nas ações.

A lei ainda dispõe dos princípios e diretrizes das ações e serviços ofertados pelo SUS, entre eles a universalidade de acesso aos serviços de saúde, a integralidade da assistência, a preservação da autonomia dos usuários e a descentralização político-administrativa, que deve promover a regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde (Brasil, 1990).

A regionalização da rede de serviços de saúde consiste na divisão do território em áreas fracionárias, adotando critérios e parâmetros com base nas características demográficas de cada região, com o objetivo de estabelecer um sistema organizacional que possibilite o máximo de eficiência, eficácia e efetividade das ações (Fernandes, 2017).

Já a hierarquização da rede de serviços de saúde corresponde ao princípio que estabelece que o Sistema Único de Saúde deve ser organizado em três níveis de complexidade: baixa, média e alta. (Brasil, 1990)

Esta divisão tem por objetivo garantir que toda a população tenha acesso a todos os serviços da rede de saúde, independente da sua localidade, uma vez que, aliada à regionalização da rede, distribui os serviços estrategicamente no território, de acordo com a demanda e a necessidade de cada localidade e sua população.

3. A ATENÇÃO BÁSICA (AB) OU ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)

A discussão a respeito da atenção primária à saúde não é nova, pois data de 1920 o Relatório Dawson, que foi o primeiro documento a tratar de certa hierarquização e territorialização da rede de assistência à saúde, conseqüentemente, de uma atenção primária à saúde. O documento distinguia os serviços de saúde em diferentes níveis, e definia a sua distribuição estratégica no território, levando em consideração os diferentes aspectos demográficos de cada região. (STARFIELD, 2002)

Embora se tenham iniciado as discussões na década de 1920, foi no período pós Segunda Guerra Mundial que se propuseram as mudanças mais significativas a respeito da atenção à saúde, tendo em vista a ampliação da proteção social pública, uma vez que, no âmbito político, “o liberalismo clássico foi posto em

² A Lei 8.142/90 Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Instituíram as Conferências e os Conselhos de Saúde, instâncias de controle social.

cheque na medida em que suas orientações mostravam-se insuficientes para o direcionamento dos novos problemas que emergiam” (CARDOSO, 2010, p. 1).

A saúde e a universalização do seu acesso foram temas de discussões nas décadas posteriores pela comunidade médica e científica de todo o mundo, e no que diz respeito à atenção primária, aconteceu em 1978 a primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, organizada pela OMS e pela UNICEF, em Alma-Ata, capital do Cazaquistão. Esta conferência reuniu mais de 700 participantes e resultou em um documento, conhecido como Declaração de Alma-Ata, que marca o compromisso das principais autoridades mundiais na universalização do acesso à saúde, principalmente nos países em desenvolvimento (MENDES, 2004).

Em relação à atenção primária, a Declaração de Alma-Ata a definiu como essencial e como o primeiro contato do usuário com o sistema de saúde, devendo levar em consideração as diferentes determinantes de saúde, como o contexto social e econômico em que o indivíduo está inserido.

Fato relevante também foi a Conferência Internacional de Promoção à Saúde, realizada no Canadá, que deu origem à Carta de Ottawa, em 1986. Nessa Conferência a Promoção da saúde foi compreendida como um processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo de promoção à saúde.

Assim, a atenção primária à saúde e as ações de promoção à saúde passaram a orientar a organização do sistema de saúde a ser consolidado no Brasil a partir da Constituição Federal de 1988, buscando a integralidade das ações de promoção, proteção e recuperação, conforme estabelece a Lei 8.080/90, Art. 2º, “§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.”

Segundo Starfield (2002, p. 28),

A atenção primária é aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo (...) A atenção primária é uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde. A atenção primária aborda os problemas mais comuns na comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar.

No Brasil, a atenção primária à saúde se consolida a partir da Constituição Federal de 1988 e da criação do SUS, que prevê a integralidade, universalidade do acesso, a hierarquização e a territorialização da rede de serviços de atenção à saúde. Na atenção básica à saúde, em 1994 foi criado o Programa Saúde da Família, que passou a ser ampliado e tornou-se uma estratégia na área da atenção básica à saúde em 2003, sendo denominado de Estratégia Saúde da Família (ESF).

Com a Norma Operacional Básica – NOB de 1996 foi instituído o financiamento da atenção básica da saúde a partir do Piso de Atenção Básica - PAB, sendo definido um valor a ser repassado aos municípios considerando o perfil epidemiológico, população e território, para o PAB fixo e um componente de avaliação de desempenho com o PAB variável. Dessa forma, cresceu a importância da atenção básica à saúde como coordenadora das ações e de demandas por serviços de saúde levando os municípios a definirem nos anos 2000, estratégias para universalização da atenção básica.

3.1. A Pandemia de COVID-19 e as novas demandas para a Atenção Básica (AB)

O Brasil possui um dos maiores sistemas de saúde do mundo, apoiado na grande rede de Atenção Básica (AB), que deve ser considerada como uma importante aliada em situações emergenciais. Um exemplo é a atuação da AB frente às epidemias de dengue, Zika, febre-amarela, Chikungunya e, mais recentemente, a pandemia de COVID-19.

A atuação da Atenção Básica no que diz respeito à contenção do vírus, foi baseada, principalmente, no conhecimento do território, na ampliação do acesso da população aos serviços e nos vínculos entre o usuário e as equipes de saúde, garantindo a integralidade da assistência e o monitoramento das famílias vulneráveis, bem como o acompanhamento dos casos suspeitos e leves. Em relação à redução dos danos causados pelo vírus na população, cabe, também, à Atenção Básica, abordar e trabalhar os problemas oriundos do isolamento social e da precarização da vida social e econômica, como a ansiedade, depressão, o aumento das situações de violência doméstica, o uso abusivo de álcool e drogas, etc. (Sarti et al., 2020)

4. A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA (PNAB)

Os programas e serviços de baixa complexidade compõem a Atenção Básica, que é definida pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2017) como

o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017).

Na prática, a Atenção Básica (AB), ou Atenção Primária à Saúde (APS), que, de acordo com a PNAB, são termos equivalentes, é ofertada pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), que devem servir como porta de entrada para a Rede de Atenção à Saúde (RAS) e são consideradas potenciais espaços de educação, formação de recursos humanos, pesquisa, ensino em serviço, inovação e avaliação tecnológica para a RAS (Brasil, 2017).

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) devem estar presentes em todos os municípios, sendo competência dos mesmos a organização, execução e gerenciamento dos serviços e ações da Atenção Básica, que tem como prioridade de ação a Estratégia de Saúde da Família (Brasil, 2017).

A primeira edição da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é de 2006, tendo sua segunda edição em 2011 e a terceira em 2017. A PNAB de 2006 caracteriza-se pela ampliação da concepção da Atenção Básica, ao incorporar os atributos da atenção primária à saúde abrangente, focando nesse modelo e reconhecendo a Saúde da Família como modelo substitutivo e de reorganização da Atenção Básica. (Melo et al., 2018)

Conforme Mendes e Marques (2014, p. 03)

Quando publicada a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), no ano de 2006 (BRASIL, 2006c), foram implantadas 26.729 Equipes de Saúde da Família (EqSF), em 5.106 municípios, cobrindo 46,2% da população brasileira, o que correspondia a cerca de 85,7 milhões de pessoas.

Em 2011, foi iniciado um processo de mudança na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que adotou programas e estratégias para melhorar o serviço prestado pelo Sistema Único de Saúde, sendo deste período a implementação do Programa Mais Médicos, que contribuiu para o aumento rápido do número de Equipes de Saúde da Família no Brasil, sendo que, segundo o Ipea (2016), de 2013 a 2015, aproximadamente 5.000 novas equipes foram criadas, incluindo as ribeirinhas, fluviais e de consultórios nas ruas, por exemplo, o que ampliou o acesso da população à Atenção Básica.

No que diz respeito ao financiamento da saúde, a PNAB de 2011 introduziu “incentivos financeiros para o alcance de metas de produção e de qualidade do serviço prestado por meio do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)” (IPEA, 2019, p. 110)

Nos anos subsequentes, iniciou-se no Brasil uma forte crise política e econômica, que teve impacto também no SUS. Em 2016, tem destaque a aprovação da Emenda Constitucional nº 95, que congelou os gastos com saúde e educação por 20 anos, prevendo reajustes apenas com base na inflação, e a Emenda Constitucional 93, que desvinculou 30% dos recursos da Seguridade Social, inviabilizando serviços e causando o sucateamento das políticas públicas. Ainda, foram instituídas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) do SUS, em 2017, mudanças no financiamento da saúde e uma nova PNAB. Em 2019, governo neoliberal que aprofundou as medidas de austeridade, criou o Programa Previner Brasil que alterou as regras para o financiamento da atenção primária à saúde.

4. 1. A PNAB de 2017

O texto da PNAB de 2017, se comparado ao da sua versão anterior, sofreu alterações em vários aspectos, sendo nos aspectos organizativos e funcionais que se encontram as discontinuidades e agregações mais significativas.

As discontinuidades podem ser percebidas na possibilidade de redução do número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) por Equipe de Saúde da Família (EqSF) (no mínimo um), vinculando este quantitativo aos territórios de maior risco vulnerabilidade, e ao mesmo tempo possibilitando o aumento de suas atribuições; possibilitando e recomendando, inclusive, a unificação de suas ações com as dos Agentes de Combate a Endemias (ACE) (Melo et al., 2018). Ainda em relação a estes profissionais, destaca-se a permissão da composição de Equipes de Saúde da Família sem Agentes Comunitários de Saúde, os quais poderiam ser substituídos por técnicos de enfermagem (Ipea, 2019).

Foi modificada, também, com PNAB 2017, a recomendação de pessoas que devem ser atendidas por Equipe de Saúde da Família: antes, com a PNAB de 2011, estabelecia-se um número máximo de pessoas a serem atendidas por equipe, correspondente a 4.000, e uma recomendação média de 3.000 pessoas; com a PNAB de 2017, a recomendação é de que cada equipe deve ser responsável por 2.000 a 3.500 pessoas, alinhando-se, porém, este número ao fator de vulnerabilidade e risco presente no território, o que pode dificultar o acesso da população aos serviços de saúde (Ipea, 2019).

A PNAB 2011 entendia o SUS como um espaço, também, de formação. Desta forma, até 8 horas semanais dos profissionais das Equipes de Saúde da Família (EqSF) poderiam ser destinadas atividades de formação e educação permanente, apoio matricial e plantão na rede de urgência, o que não existe mais na PNAB de 2017, percebendo-se uma desvalorização da educação permanente, importante ferramenta de aperfeiçoamento do trabalho dos profissionais da Atenção Básica (Melo et al., 2018).

Em relação ao financiamento, ressalta-se a previsão, sem detalhes, de modalidade federal com recursos relacionados à abrangência da oferta de ações e serviços. Estabeleceu-se, em 2018, apenas o financiamento específico para as equipes de Atenção Básica tradicional e para gerente de UBS (cargo que foi reconhecido pela PNAB 2017), não havendo reajuste dos valores per capita do PAB Fixo (apenas atualização da população), tampouco dos diferentes componentes do PAB Variável mais relacionado com a Estratégia de Saúde da Família e suas equipes. (Melo et al., 2018)

A aprovação da PNAB de 2017 foi permeada pela insatisfação de atores da sociedade civil, trabalhadores e pesquisadores do SUS, criticando, tanto uma revisão precipitada em meio a instabilidade política, econômica e social, quanto as propostas discutidas. Apesar desta insatisfação, a nova PNAB foi aprovada em 21 de setembro de 2017.

No Governo Bolsonaro o financiamento da Atenção Primária à Saúde foi alterado com a criação do Programa Previne Brasil, por meio da Portaria Nº 2.979, de 12 de novembro de 2019³, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde.

Do Custeio da Atenção Primária à Saúde

Art. 9º O financiamento federal de custeio da Atenção Primária à Saúde (APS) será constituído por:

I - capitação ponderada;

³ Diário Oficial da União. Nº 220, quarta-feira, 13 de novembro de 2019.

- II - pagamento por desempenho; e
- III - incentivo para ações estratégicas.

O debate acerca dessa mudança no financiamento da Atenção Primária à Saúde coloca o risco de redução de recursos para os municípios, uma vez que não será mantido o PAB fixo e variável e sim, o número da população cadastrada na Equipe Saúde da Família. Dessa forma a universalidade de acesso à atenção primária à saúde pode ser afetada de forma negativa e agravar o subfinanciamento das Ações e Serviços Públicos de Saúde. Abaixo, segue a citação da Portaria que criou o Programa Previne Brasil, sobre a capitação ponderada.

Da Capitação Ponderada

Art. 10. O cálculo para a definição dos incentivos financeiros da capitação ponderada deverá considerar:

- I - a população cadastrada na equipe de Saúde da Família (eSF) e equipe de Atenção Primária (eAP) no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB);
- II - a vulnerabilidade socioeconômica da população cadastrada na eSF e na eAP;
- III - o perfil demográfico por faixa etária da população cadastrada na eSF e na eAP; e
- IV - classificação geográfica definida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Parágrafo único. O cálculo que trata o caput será baseado no quantitativo da população cadastrada por eSF e eAP, com atribuição de peso por pessoa, considerando os critérios de vulnerabilidade socioeconômica, perfil demográfico e classificação geográfica.

Art. 11. Para fins de repasse do incentivo financeiro será considerada a população cadastrada na eSF e na eAP até o limite de cadastro por município ou Distrito Federal.

§1º O limite de cadastro por município ou Distrito Federal corresponde ao resultado da multiplicação do número de suas eSF e eAP, credenciadas e cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), pelo quantitativo potencial de pessoas cadastradas por equipe estabelecido no Anexo XCIX, não podendo ultrapassar a população total definida pelo IBGE.

Conforme análise apresentada por Adriano Massuda (2020, p.1185):

Imediatamente, o financiamento da APS no país deixa de ser universal e passa a ser restrito à população cadastrada pelos municípios. No lançamento do programa, o Ministério da Saúde apresentou a existência de 90 milhões de pessoas cadastradas e que busca registrar outros 50 milhões²⁹. Portanto, a meta do governo federal claramente não é financiar a APS para o total da população brasileira.

Outro ponto ressaltado no debate sobre o Programa Previne Brasil em relação às mudanças para financiamento da atenção primária à saúde foi a extinção do financiamento para o NASF, importante suporte para a estratégia Saúde da Família e o fim do PAB fixo. Em meio a um cenário de incertezas e com medidas de austeridade fiscal, essas mudanças podem afetar diretamente a capacidade dos municípios ofertarem de forma universalizada o acesso à atenção primária. Conforme discussão apresentada por Melo; Almeida; Lima; Giovanella (2019, p. 139):

O novo modelo de financiamento federal da APS traz alterações significativas e incertezas para a gestão municipal. O fim do PAB fixo compromete o aporte regular de recursos financeiros federais, importante fonte orçamentária para a totalidade dos municípios brasileiros.

Dessa forma, há mudanças na atenção primária à saúde que revelam a fragilização das equipes da Estratégia Saúde da Família, mudanças no financiamento que podem reduzir recursos para os municípios, mudanças na avaliação das ações e serviços da atenção primária sem esclarecer os indicadores a serem usados e as consequências para a gestão municipal.

5. O FINANCIAMENTO DA SAÚDE, O NOVO REGIME FISCAL E A PANDEMIA DE COVID-19

A responsabilidade pelo financiamento da saúde no Brasil pertence às três esferas de governo: federal, estadual e municipal. As leis dispõem a respeito deste tema, regulamentando a Constituição Federal de 1988, a Lei 8080/90, a Lei 8142/90 e a Emenda Constitucional 29/2000, Lei 141/2012⁴.

De acordo com o parágrafo primeiro do artigo 198 da Constituição Federal de 1988, o SUS é financiado com recursos da Seguridade Social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes, que, de acordo com o artigo 32 da Lei 8080, se referem a serviços que possam ser prestados sem prejuízo à assistência à saúde, doações, alienações patrimoniais e rendimentos de capital, taxas e multas, que são geralmente aplicadas pela vigilância sanitária, e rendas eventuais (Brasil, 1988).

O artigo 33 da Lei 8080/90 dispõe sobre a forma que devem ser realizados os repasses entre as três esferas de governo. Determina a criação de uma conta especial para cada esfera, que representam os Fundos de Saúde. A movimentação nos Fundos de cada esfera de governo deve ser fiscalizada por seus respectivos Conselhos de Saúde (Brasil, 1990).

Já o artigo 35 da mesma lei, define os critérios para a definição dos valores a serem repassados do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos estaduais e municipais, que seriam o perfil demográfico da região, o perfil epidemiológico da população, características quantitativas e qualitativas da rede de saúde, o desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior, os níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais, a previsão do plano quinquenal de investimentos da rede e o ressarcimento do atendimento a serviços prestados a outras esferas de governo (Brasil, 1990).

A Emenda Constitucional 29 de 2000 modificou o financiamento da saúde, estabelecendo a base de cálculo e os percentuais mínimos de recursos orçamentários que a União, os Estados, Distrito Federal e Municípios seriam obrigados a aplicar em ações e serviços públicos de saúde.

Esta emenda “alterou os artigos 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescentou um artigo ao ADCT, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde” (CAMPELLI e CALVO, 2007 p. 1614), além de definir que, a partir do ano de 2000, do produto da arrecadação de seus impostos, os Estados deveriam destinar um percentual mínimo de 12% para a saúde

⁴ Lei Complementar 141/2012 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.

e os Municípios um percentual mínimo de 15%. Para a União, o valor destinado à saúde no ano de 2000 deveria ser o valor que foi destinado no ano de 1999, acrescido de, no mínimo, 5%. Já a partir de 2001, o valor deveria ser o valor destinado no ano anterior, corrigido pela variação do Produto Interno Bruto (PIB) (Campelli e Calvo, 2007).

O debate sobre o uso dos recursos nas Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) se desenrolou durante toda da década de 2000, e só em 2012 foi regulamentada a EC 29/2000.

A Lei Complementar 141/2012 regulamentou com atraso a EC 29/2000 e representou, de um lado, um importante avanço por estabelecer “o que são” e “o que não são” despesas classificadas como ASPS para apuração do piso; mas, de outro lado, não avançou quanto à alocação adicional de recursos para o SUS, pois manteve a lógica da regra do piso tal qual estabelecido pela EC 29/2000 para as três esferas de governo (FUNCIA; OCKÉ-REIS, 2018, p. 85)

Posteriormente, a Emenda Constitucional 86 de 2015 definiu a porcentagem mínima de contribuição para a União, correspondente a 15% do valor de arrecadação – Receita Corrente Líquida. Conforme Funcia e Ocké-Reis (2018, p. 85)

Em 2015, a introdução da Emenda Constitucional 86 foi prejudicial para o financiamento do SUS, porque estabelecia como piso federal 15% da Receita Corrente Líquida, acima dos 14,2% aplicados em 2014, mas abaixo dos 10% das receitas correntes brutas pleiteados pelas 2,2 milhões de pessoas que assinaram o Projeto de Lei de Iniciativa Popular (conhecido como “Saúde+10” e que tramitou no Congresso Nacional sob o número PLP 321/2013).

O subfinanciamento do SUS foi agravado com a Emenda Constitucional 95 de 2016, que congelou as despesas primárias da União por 20 anos e estabeleceu um Novo Regime Fiscal (NRF). Em relação ao orçamento destinado à saúde, a aplicação do NRF impacta no volume de recursos disponibilizados para o SUS, colocando em risco a garantia do direito universal à saúde (Ipea, 2018).

O orçamento destinado à saúde foi congelado por 20 anos e passou a ser reajustado apenas com base na inflação. Desta forma, os gastos sociais são desvinculados de qualquer crescimento de receitas, portanto, o aumento da arrecadação federal não implica no aumento do investimento em áreas sociais. A Emenda dispõe um valor mínimo para as despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), que corresponde a 15% da Receita Corrente Líquida (RCL) de 2017, acrescidos da inflação, valor que já era bem reduzido em razão do fraco desempenho econômico do período, agravado pelo crescimento demográfico anual, o que na prática, significa o gradual sucateamento das políticas de saúde (Menezes et al., 2019).

Apesar do avanço da pandemia de COVID-19 no Brasil, o Novo Regime Fiscal não foi revogado, e para custear as ações necessárias ao enfrentamento do vírus, foi promulgada a Emenda Constitucional 106 de 2020, chamado Orçamento de Guerra, que separa os gastos com a pandemia do orçamento geral da União.

Porém, de acordo com Servo et al. (2020), no final de junho (três meses após a primeira morte por COVID-19 no Brasil, quando o país já somava mais de mil mortes por coronavírus), embora a orçamentação disponível para os governos estaduais fosse de 10 bilhões de reais, apenas 3,9 bilhões haviam sido transferidos, e no caso dos governos municipais, de 16,9 bilhões de reais disponíveis, apenas 5,6 bilhões haviam sido repassados. Isto demonstra que, embora existissem recursos previstos no orçamento para o combate à pandemia, a ineficiência da União na administração de tais recursos fez com que os repasses aos estados e municípios se dessem de maneira lenta e tardia, provocando mortes e sofrimento à população.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Brasil passa no momento por um desmonte de políticas públicas através de governos e políticas neoliberais, e em relação ao SUS, iniciou um processo que visa a privatização da atenção à saúde, com alterações na Política Nacional de Atenção Básica. Ainda, através da Emenda Constitucional 95 de 2016, que congela investimentos em políticas sociais por 20 anos, representa o sucateamento e o projeto de privatização de serviços públicos na área da saúde.

O avanço da pandemia de COVID-19 no país, exigiu das autoridades investimento e medidas de urgência, forçando orçamento emergencial para enfrentamento à pandemia, com a destinação de recursos para a saúde. No entanto, a ineficiência do governo federal na gestão destes recursos, bem como a adoção de uma postura que menosprezava o vírus e os seus efeitos, levou o Brasil a um caos que resultou em mais de 600 mil mortes.

A redução de orçamento na área da saúde segue o Novo Regime Fiscal (EC 95/2016) e na prática, significa o desmonte do SUS fortalecimento do setor privado de saúde. Faz-se necessário, desta forma, compreender e analisar de que maneiras esta desresponsabilização do Estado também impacta na atenção básica à saúde e na garantia do direito universal à saúde. Assim, as mudanças colocadas pelo Programa Previne Brasil, em 2019, precisam ser analisadas considerando o fim do PAB fixo e as consequências do modelo de financiamento pela Capitação que indica maiores dificuldades para os gestores municipais atingirem a universalização do acesso à atenção primária. A política de austeridade fiscal tem um custo humano elevado, reduz o investimento na política pública da saúde e fragiliza o SUS. Esse cenário torna evidente a necessidade da organização e mobilização dos setores da sociedade civil, trabalhadores da saúde, população usuária e intelectuais na defesa do SUS. Conforme Sérgio Arouca, Saúde é Democracia!

7. REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil [recurso eletrônico]. Brasília: Supremo Tribunal Federal, Secretaria de Documentação, 2019. 530 p. Atualizada até a EC n. 105/2019. Disponível em: < <https://www.stf.jus.br/arquivo/cms/legislacaoConstituicao/anexo/CF.pdf> >. Acesso em: 20 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. [internet]. [acesso em 07 set. 2021]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

BRASIL. Lei 8.080 de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 19 set. 1990b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm >. Acesso em: 20 jun. 2021.

CAMPELLI, Magali Geovana Ramlo; CALVO, Maria Cristina M. O cumprimento da Emenda Constitucional nº. 29 no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, ed. 7, p. 1613-1623, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/G9vWSh4xznqyYjhZc3rWFDj/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 14 out. 2021.

CARDOSO, Fabio Luiz Lopes. **A Influência do Relatório Beveridge nas Origens do Welfare State Britânico (1942 – 1950)**. 2010. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Ciências Sociais) - Universidade Estadual Paulista "Julio de Mesquita Filho", Araraquara, 2010. Disponível em: https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/118527/cardoso_fl_tcc_arafcl.pdf?seq. Acesso em: 14 out. 2021.

COSTA, Lucia Cortes. Questão Social e Políticas Sociais em Debate. **Sociedade em Debate**, Pelotas, 62 12(2): 61-76, jul-dez/2006.

FERNANDES, Fernando Manuel Bessa et al. Regionalização no SUS: uma revisão crítica. **Ciência e Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 22, ed. 4, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/QBRyHQyTGsrdcFy3GsmkfND/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 14 out. 2021.

FUNCIA, Francisco R.; OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. Efeitos da política de austeridade fiscal sobre o gasto público federal em saúde. IN: **Economia para poucos**. Impactos sociais da austeridade e alternativas para o Brasil. Pedro Rossi; Esther Dweck; Ana Luíza Matos de Oliveira (orgs.) São Paulo: Autonomia Literária. 2018.

IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada). Políticas Sociais: acompanhamento e análise. **Boletim de Políticas Sociais**, [s.l.], n. 24, 2016. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/politicas_sociais/20170519_bps24.pdf. Acesso em: 14 out. 2021

IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada). Políticas Sociais: acompanhamento e análise. **Boletim de Políticas Sociais**, [s.l.], n. 25, 2018. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/politicas_sociais/190116_bps_25.pdf. Acesso em: 14 out. 2021

IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada). Políticas Sociais: acompanhamento e análise. **Boletim de Políticas Sociais**, [s.l.], n. 26, 2019. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/politicas_sociais/200924_bps26_web.pdf. Acesso em: 14 out. 2021

KUSCHNIR, Rosana; CHORNY, Adolfo Horácio. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciência e Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 15, ed. 5, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/YWH9n3DqK6wRwB8VLdvpZYG/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 14 out. 2021.

MASSUDA, Adriano. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? **Ciência & Saúde Coletiva**, 25(4):1181-1188, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/YXgJT56kHyPXDtW4TqVLFMg/abstract/?lang=pt>
Acesso em 14 out. 2021.

MELO, Eduardo Alves et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, p. 38-51, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Vs4dLSn6T43b6nPBCFg8F3p/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 14 out. 2021.

MELO, Eduardo Alves, ALMEIDA, Patty Fidelis de, LIMA, Luciana Dias de; GIOVANELLA, Ligia. Reflexões sobre as mudanças no modelo de financiamento federal da Atenção Básica à Saúde no Brasil. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, V. 43, N. ESPECIAL 5, P. 137-144, DEZ 2019. Disponível em: <https://scielosp.org/article/sdeb/2019.v43nspe5/137-144/>
Acesso em: 10 out. 2021.

MENDES, Isabel Amelia Costa. Desenvolvimento e saúde: o e saúde: A Declaração de a declaração Alma-Ata e movimentos posteriores. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, [s. l.], v. 12, ed. 3, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/65QpBZwZKrnzZwDRXYQHQRn/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 14 out. 2021.

MENDES, Áquilas; MARQUES, Rosa Maria. O financiamento da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 900-916, OUT-DEZ 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/j4f5QkGnpbCw5BRBDYzjSLn/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 10 out. 2021.

MENEZES, Ana Paula do Rego et al. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública – austeridade versus universalidade. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, 2019. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/sdeb/2019.v43nspe5/58-70/pt>. Acesso em: 14 out. 2021.

SARTI, Thiago Dias et al. Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19?. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 29, ed. 2, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/SYhPKcN7f8znKV9r93cpF7w/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 14 out. 2021.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco, 2002. 726 p. E-book.

Contribuições das autoras

Lucia Cortes da Costa: participou da concepção do artigo, escrita e revisão final.

Caroline Schmidt de Camargo: participou da concepção do artigo, escrita e revisão final.
