

O Financiamento do SUS na região Nordeste do Brasil nos anos de 2007, 2012 e 2017

SUS Financing in the Northeast region of Brazil in the years 2007, 2012 and 2017

SUS Financiamiento en la región Nordeste de Brasil en los años 2007, 2012 y 2017

Ana Lúcia Andrade da Silva¹

Antonio da Cruz Gouveia Mendes²

Gabriella Morais Duarte Miranda³

Kaline Polyana Serafim da Silva⁴

RESUMO

Analisou-se o financiamento no Sistema Único de Saúde, dos entes federados Estados na região nordeste, entre 2007 e 2017, através de estudo quantitativo, utilizando o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde, a partir dos indicadores: Despesa Total com Saúde em Reais (R\$); Despesa Total em Saúde por Habitante; Percentual da Receita Própria aplicada em Saúde; Participação das Transferências da União para a Saúde; e Proporção da Despesa Total com Saúde por Blocos de Financiamento. Entre 2007 e 2017, a maior despesa total com saúde/habitante foi de R\$ 597,72, em Sergipe. Neste período, a variação proporcional foi crescente entre 2007 e 2017, com exceção do estado do Rio Grande do Norte, que apresentou redução de 16,0%. No que se refere as transferências federais, houve redução proporcional em três estados, quando analisados os anos de 2007 e 2017 e em seis unidades federativas, quando observados os valores entre 2012 e 2017. Em 2017 todos

¹E-mail: anadasilva78@yahoo.com.br

²Email: antoniocacruz@gmail.com

³Email: gabynduarte21@gmail.com

⁴Email: kaline_serafim@yahoo.com.br

os estados cumpriram o percentual de receita aplicada em saúde. Mais de 70% dos recursos investidos destinaram-se ao bloco de Média e Alta Complexidade. A perpetuação do subfinanciamento do SUS, no Nordeste inviabiliza a consolidação da universalização e direito à saúde.

Palavras-chaves: Sistema Único de Saúde; Financiamento da Saúde; Gastos Públicos com Saúde; Alocação de recursos

ABSTRACT

The financing of the Unified Health System was analyzed of the federated entities States in the northeast region, between 2007 and 2017, through a quantitative study, using the Information System on Public Health Budgets, based on the following indicators: Total Health Expenditure in Reais (R\$); Total Health Expenditure per capita; Percentage of Own Revenue applied to Health; Participation of Union Transfers to Health; and Proportion of Total Health Expenditure per Financing Block. From 2007 to 2017, the highest total health expenditure per inhabitant was R\$597.72, in the Sergipe state. The proportional variation was increasing between 2007 and 2017, with the only exception of the state of Rio Grande do Norte, which presented a 16.0% reduction. Regarding federal transfers, there was a proportional reduction in three states, when analyzing the years 2007 and 2017, and in six federal units, when observing the values between 2012 and 2017. In 2017, all states reached the percentage of revenue applied to health. Over 70% of the resources invested were destined for the medium and high complexity block. The SUS underfunding perpetuation in the Northeast makes it impossible to consolidate the right to health universalization.

Keywords: Unified Health System, Healthcare Financing, Public Expenditures on Health, Resource Allocation

RESUMEN

Se analizó el financiamiento en el Sistema Único de Salud, en los estados del noreste, entre 2007 y 2017, a través de un estudio cuantitativo, utilizando el Sistema de Información del Presupuesto Público, con base en los indicadores: Gasto Total en Salud en Reales (R\$) ; Gasto Total en Salud por Habitante; Porcentaje de Ingresos Propios aplicado a Salud; Participación en Transferencias de la Unión a Salud; y Proporción del Gasto Total en Salud por Bloques de Financiamiento. Entre 2007 y 2017, el mayor gasto total en salud/habitante fue de R\$ 597,72 en Sergipe. En ese período, la variación proporcional aumentó entre 2007 y 2017, con excepción del estado de Rio Grande do Norte, que presentó una reducción del 16,0%. En cuanto a las transferencias federales, se observó una reducción proporcional en tres estados, al analizar los años 2007 y 2017, y en seis unidades federativas, al analizar los valores entre 2012 y 2017. En 2017, todos los estados cumplieron con el porcentaje de recursos aplicados en salud. Más del 70% de los fondos

invertidos se destinaron al bloque de Media y Alta Complejidad. La perpetuación de la desfinanciación del SUS en el Nordeste hace inviable la consolidación de la universalización y del derecho a la salud.

Palabras clave: Sistema Único de Salud, Financiación de la Atención de la Salud, Gasto Público en Salud, Asignación de Recursos

1 INTRODUÇÃO

O financiamento das ações e serviços públicos de saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) é tripartite, de responsabilidade das três esferas de governo. Do governo federal os recursos são originados do Orçamento da Seguridade Social (OSS), constituído da arrecadação de tributos, principalmente as Contribuições Sociais, acrescidos de aportes das receitas dos estados e municípios¹.

Ao longo das três décadas de implantação do SUS, definiu-se um vasto arcabouço de normatização no que tange ao financiamento das Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), entre leis, decretos, portarias e emendas constitucionais. Destaca-se, no ano 2000 a aprovação da Emenda Constitucional 29 que representou avanços significativos para o financiamento do Sistema, quando determinou os percentuais mínimos da receita própria a serem investidas pela União, estados, Distrito Federal e municípios², e em 2012, a Lei Complementar n° 141/2012, que representou avanços para a normatização do financiamento do SUS. Apresentou-se uma orientação geral para a metodologia de rateio dos recursos federais, incluindo nos critérios de alocação, a dimensão socioeconômica para definição das necessidades de saúde, visando à redução das disparidades regionais³.

Buscando-se fortalecer a gestão e os mecanismos gerenciais relacionados às transferências dos recursos do Ministério da Saúde para os outros entes federados, foram criados através da Portaria GM/MS n° 204/2007, os Blocos de Financiamento do SUS, organizados conforme suas especificidades de ações e serviços de saúde previstos no Plano de Saúde. Os blocos se dividiam em: Atenção Básica; Atenção de Média e Alta

Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; Vigilância em Saúde; Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS. O Bloco de Investimento na Rede de Serviços de Saúde foi inserido em 2009⁴.

Os seis Blocos de Financiamento do SUS vigoraram por 11 anos, sendo extintos em 2017, sob a justificativa de reorganização dos planos orçamentários municipais, estaduais e da União, com uma nova forma de repasses de recursos Federais, a apenas duas modalidades: o Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde e Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde^{4,5}.

As medidas implantadas ao longo dos mais de 30 anos da criação do SUS, não têm sido suficientes para garantir a universalidade das ações e serviços de saúde. O total de recursos investidos em relação ao Produto Interno Bruto (PIB), representaram um acréscimo de apenas 1% passando de 2,89 em 2000 para 3,9% em 2011, incremento que adveio do crescimento da participação dos estados e municípios no financiamento do sistema de saúde¹. Deixando o Brasil distante dos 8% de recursos investidos em relação ao PIB, de países europeus e Canadá com Sistemas Universais de saúde⁶.

Entre 2003 e 2017, os investimentos federais com saúde reduziram de 58% para 43% das despesas públicas totais, enquanto os estados e municípios gastaram proporcionalmente cada vez mais com o financiamento das Ações e Serviços Públicos de Saúde. Os efeitos da política de austeridade desenvolvida no Brasil transformaram o subfinanciamento crônico da saúde em desfinanciamento do SUS⁷.

Considerando a diminuição dos investimentos federais e o aumento da participação dos estados nos gastos com saúde, e que a região nordeste apresenta o menor Índice de Desenvolvimento Humano do país, esse estudo se propôs a analisar o financiamento do sistema público de saúde, dos entes federados estados da região nordeste nos anos 2007, 2012 e 2017.

2 CAMINHOS METODOLÓGICOS

Para analisar a evolução do financiamento do sistema público de saúde, dos entes federados estados da região nordeste, selecionou-se três anos, compreendidos entre o início (2007) e o término (2017) do período da vigência do modo de financiamento pelos Seis Blocos.

Realizou-se um estudo quantitativo, descritivo, de corte transversal, a partir da análise de cinco indicadores calculados com informações declaradas pelos entes federativos estaduais sobre o financiamento das ASPS, no âmbito do SUS, nos anos 2007, 2012 e 2017 no Sistema de Informações sobre o Orçamento Público em Saúde (SIOPS), do Ministério da Saúde. Foram analisados os indicadores definidos pela nota técnica do SIOPS⁸, os quais destacam-se:

- *Despesa Total com Saúde em Reais (R\$)*: compreendida como o total das despesas com saúde, referente as despesas correntes e de capital com saúde liquidadas por cada estado, em cada ano, em valores da moeda do Real;
- *Despesa Total em Saúde por Habitante*: calculada pelo quociente entre os valores atualizados da *Despesa Total com Saúde em Reais (R\$)* e o número de habitantes residentes, em cada estado em cada ano estudado;
- *Percentual da Receita Própria aplicada em Saúde*: refere-se à proporção de recursos do tesouro do estado, próprios aplicados em Saúde, estabelecida pela EC 29;
- *Participação proporcional das Transferências da União para a Saúde*: representa a participação das receitas transferidas pela União, vinculadas à Saúde, incluindo as receitas de serviços de saúde, para cada estado, no ano;
- *Proporção da Despesa Total com Saúde por Blocos de Financiamento*: calculada pelo quociente entre os valores em moeda do Real correspondentes ao Bloco e a *Despesa Total com Saúde em R\$*, no estado, no ano, multiplicado por 100.

A atualização (correção) dos valores foi realizada a partir do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPC-A), considerando o último ano estudado (31/12/2017), utilizando-se a calculadora do cidadão, disponibilizada online pelo Banco Central do Brasil⁹.

A análise da Variação Absoluta do indicador Despesa Total em Saúde por Habitante foi calculada pela subtração entre os valores do último ano estudado e os números atualizados do primeiro ano. Para o cálculo da evolução dos indicadores no período foi calculada a Variação Proporcional (VP) entre os anos avaliados, obtida pela equação: $VP = [(indicador \text{ no último ano estudado} / indicador \text{ no primeiro ano estudado}) - 1] \times 100$. Os dados foram analisados utilizando o software Microsoft Excel.

A pesquisa utilizou exclusivamente dados secundários de domínio público do Ministério da Saúde, não sendo, portanto, necessária a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos, em acordo com a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Entretanto, resguarda-se o dever de divulgar todas as fontes de dados.

3 RESULTADOS

Nos anos 2007, 2012 e 2017, a despesa total com saúde entre os estados nordestinos foi de aproximadamente 46,1 bilhões de reais. Apresentando-se crescente entre 2007 e 2017, com exceção do estado do Rio Grande do Norte, que apresentou uma redução de 2,2% no período de 2007 e 2017. A análise entre 2012 e 2017 apontou para uma redução em cinco estados da região nordeste, com destaque para Sergipe, com queda de 17,4% (tabela 1).

Na tabela 2, observou-se que em 2007, os estados com a maior despesa total com saúde por habitante foram o Rio Grande do Norte e Pernambuco, enquanto as menores foram verificadas no Maranhão e na Paraíba. No ano de 2012 os maiores valores foram identificados em Sergipe e Pernambuco, e os menores no Maranhão e Ceará. No último ano avaliado, Pernambuco e Sergipe permaneceram com os maiores gastos per capita. A

variação absoluta da despesa com saúde/habitante durante os onze anos avaliados, variou entre R\$ 64,27 reais em Alagoas e R\$ 167,25 reais em Sergipe. Contrariamente, o estado do Rio Grande do Norte apresentou uma redução de R\$ 82,00 reais nos gastos totais aportados para custeio e investimento nas ações e serviços públicos de saúde da sua população. A variação proporcional foi crescente entre 2007 e 2017, com exceção do estado do Rio Grande do Norte, que apresentou redução de 16,0%. E entre 2012 e 2017, observou-se crescimento em apenas três estados, Ceará, Maranhão e Piauí (tabela 2).

A análise do percentual da receita própria aplicada em Saúde conforme a EC 29/2000, revelou que em 2007, todos os estados investiram os 12% mínimos estabelecidos, com exceção do Maranhão (11,8%), e o maior aporte foi realizado pelo Rio Grande do Norte (17,5%). Em 2017, todos os estados investiram a proporção mínima do tesouro próprio no SUS, sendo a maior aplicação realizada pelo estado de Pernambuco (16,4%). Entre 2007 e 2017, a variação média proporcional foi superior no Ceará e Maranhão, em contrapartida, nos estados do Rio Grande do Norte, Piauí e Sergipe houve decréscimo do investimento de recursos próprios nas ações e serviços públicos de saúde (gráfico 1).

No que se refere à proporção das transferências federais para a saúde, os maiores percentuais foram verificados no estado de Pernambuco. Os menores repasses foram observados nos estados do Maranhão em 2007 e da Paraíba, em 2012 e 2017. Houve redução proporcional em quatro estados, quando analisados os anos de 2007 e 2017 e em sete unidades federativas, quando observados os valores entre 2012 e 2017 (tabela 3).

Entre os estados que registraram as despesas segundo os blocos de financiamento, mais de 70% dos recursos se referiram às ações e serviços de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC), sendo superior a 90% na Bahia, Pernambuco, Rio Grande do Norte e Sergipe, em 2017. A despesa com as ações de Vigilância à Saúde reduziu em cinco estados da região

(Alagoas, Ceará, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte) entre o primeiro e o último ano avaliado (tabela 4), além desses, no estado de Sergipe, também se observou redução com as despesas relacionadas ao bloco de Assistência Farmacêutica.

4 DISCUSSÃO

O estudo analisou as despesas e repasses das transferências federais e de recursos próprios dos estados da região nordeste nos anos de 2007, 2012 e 2017, período que compreendeu a implantação e fim da vigência da modalidade de gestão de recursos no SUS em seis blocos de financiamento, através da Portaria nº 3.997 publicada no ano de 2017¹⁰.

Os resultados apontaram que entre os estados da região Nordeste, a maior despesa total com saúde foi de R\$ 544,60 por usuário por ano, em 2017. Evidenciou-se ainda que em valores corrigidos pelo Índice de Inflação (IPCA), o incremento real na despesa com saúde por habitante demonstrou que o baixíssimo investimento no Sistema Público de Saúde Brasileiro tem se perpetuado, ao passar dos anos, o que corrobora com os achados de Soares e Santos¹¹, que verificaram que o gasto público com saúde per capita do Brasil, em 2011, corrigido pela Paridade do Poder de Compra correspondeu a aproximadamente 1/6 do Canadá e França e 1/4 da Espanha e Reino Unido. Sendo ainda, menor que o da Argentina, do Chile e do Uruguai.

Há uma grande divergência no aporte de investimentos de recursos no SUS para o financiamento das ações e serviços de saúde, na ordem de 3,84% (União, Estados e municípios) do Produto Interno Bruto, enquanto a média dos países europeus com sistemas universais é de 8,3% do PIB⁶. Para que o Brasil alcance o nível desses países, seria necessário dobrar os investimentos do SUS com relação ao PIB¹².

Em relação à aplicação das receitas próprias no SUS, no primeiro ano avaliado, apenas o estado do Maranhão não havia aplicado os 12% mínimos estabelecidos pela EC 29. Em 2017, todos os estados da região nordeste

aportaram a proporção mínima das receitas próprias no SUS, expressando a importância da aprovação da Emenda Constitucional 29, assegurando a participação mínima dos entes federados no financiamento do Sistema.

Entretanto, diversos estudos têm demonstrado, que ao passar dos anos, estados e municípios vêm aumentando suas participações nos dispêndios com a saúde, não sendo acompanhados nas mesmas proporções pelo governo Federal^{11,13-16}. Apesar de Piola, França e Nunes¹⁷, apresentarem em seus resultados um aumento dos valores em bilhões gastos pela esfera federal com ASPs entre 2000 e 2010, os autores demonstram uma redução proporcional da participação deste ente federado em relação a esses gastos no período.

Posteriormente à promulgação da EC 29, estados e municípios responsabilizaram-se pela ampliação de dois terços dos recursos gastos no sistema de saúde, enquanto os valores aportados pela União representaram somente um terço do acréscimo observado entre 2000 e 2011¹⁸.

Entre 2002 e 2014, a alocação de recursos em ações e serviços públicos de saúde, pelas esferas gestoras do SUS, passou de 94,6 para 216,6 bilhões de reais, um aumento de 129%. Entretanto, a contribuição da esfera federal decresceu de 52% para 42%, ao passo em que estados e municípios ampliaram suas participações de 23% para 26%; e de 25% para 31%, respectivamente¹⁴. Nos últimos anos, é notável que as esferas estaduais e municipais, para além de cumprir a aplicação de percentuais mínimos, exigidos pela legislação, vêm se esforçando para a ampliação do financiamento do SUS, no sentido a garantir a universalidade e integralidade da assistência^{14,15}.

Miranda, Mendes e Silva¹⁹ identificaram um crescimento dos gastos totais com saúde em 106,5% em valores atualizados entre 2000 e 2012, com uma maior participação dos estados e municípios no seu financiamento.

Houve redução no percentual de aplicação das receitas próprias no financiamento do SUS, nos estados do Rio Grande do Norte, do Piauí e de Sergipe, entre o primeiro e o último ano do período. Em 2007, essas Unidades Federadas apresentavam percentuais da aplicação de recursos próprios na

saúde, superiores aos 12% determinados pela EC/29²⁰ e possivelmente esse montante não correspondia a gastos específicos com saúde, em virtude das ASPS terem sido definidas somente em 2012, após a publicação da Lei Complementar (LC 141/2012)²¹.

Até à normatização da definição de ASPS, muitos entes federados computavam, pagamentos de aposentadorias, e pensões de pessoal egresso da área, obras de infraestrutura e saneamento básico, merenda escolar, entre outras como despesas com saúde¹⁸. A Lei Complementar 141 de 2012 avançou significativamente ao definir uma orientação geral para a realização do rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo. Estabelecendo quais são as ações dos sistemas de saúde e atividades que envolvem a produção assistencial e responsabilidades de cada instância do SUS^{13,20}.

Os resultados do presente estudo revelaram que houve redução da proporção das transferências federais em quatro estados entre 2007 e 2017 e em sete estados nordestinos entre 2012 e 2017. Cenário que por um lado demonstra os reduzidos gastos per capita e por outro sugere a situação do subfinanciamento do SUS.

Soares e Santos¹¹ ao analisarem o financiamento do sistema de saúde entre 1995 e 2012, também demonstraram que o gasto público per capita do Brasil em 2011, quando corrigido pela Paridade do Poder de Compra era inferior aos valores de países como Espanha, França e Reino Unido, além dos nossos vizinhos, Argentina, Chile e Uruguai.

Na medida em que se sabe que os recursos para custeio e investimentos das ações e serviços públicos de saúde, advém da arrecadação de tributos, e embora o financiamento seja de responsabilidade tripartite, o governo Federal apresenta capacidade de arrecadação substantivamente superior aos estados e municípios, devendo, portanto, resguardar essa proporcionalidade nos investimentos do Sistema.

Apesar da União ser o maior ente financiador da política de saúde, a proporção dos gastos federais com saúde oriundos do percentual do PIB não tem crescido ao longo dos anos. Isso reforça o impacto do subfinanciamento no sistema de saúde, frente à complexificação da assistência diante das necessidades e demandas de saúde da população e da descentralização das responsabilidades sanitárias¹⁹.

O texto constitucional estabeleceu que 30% do OSS deveria ser destinado ao financiamento do SUS, somado os investimentos das receitas dos estados, Distrito Federal e municípios. Passados 31 anos da implantação, os normativos implantados não esclareceram o papel para reduzir as desigualdades na alocação dos recursos de modo equitativo, entre as regiões e estados brasileiros³.

Os valores per capita encontrados no estudo apresentaram-se baixos, corroborando com estudo¹⁷ realizado no Brasil entre 2000 e 2010 identificou que o gasto público per capita no Nordeste passou de R\$ 272,46, em 2000 para R\$ 514,30 em 2010, e que a região apresentou os menores valores, entre as cinco macrorregiões brasileiras.

Soares e Santos¹¹ avaliaram os investimentos realizados pelos três entes Federativos no SUS, entre 1995 e 2012 e concluíram que o valor do gasto público com saúde por habitante no Brasil não corresponde com os valores necessários para o financiamento de um sistema universal de saúde.

Os gastos *per capita* com saúde do Canadá, Reino Unido e Espanha, que implantaram Sistemas Universais, são cerca de três a cinco vezes superior aos gastos brasileiros. Também apresentam dispêndios superiores, a Argentina e o Chile, países que não têm sistema universal de saúde¹⁵.

O gasto do governo federal é considerado um aporte muito baixo para organizar efetivamente, um sistema de cobertura universal e atendimento integral. Os gastos totais (público e privado) como percentual do Produto Interno Bruto (PIB) do Brasil (8%), aparentemente semelhante ao do Reino Unido (9,3%) e Canadá (10,9%), que também possuem Sistemas Universais, na

verdade guardam grandes diferenças. A participação do gasto público no financiamento representa, em média, 70% das despesas totais, enquanto no Brasil não chega a (48%), semelhante ao verificado no Chile (47%), inferior ao da Argentina (68%). Características que conferem ao Brasil uma condição paradoxal: ser o único país, com Sistema Universal com gasto privado maior que o público^{17,21}.

No que se refere, aos Blocos de financiamento, a maior proporção dos dispêndios com saúde destinaram-se ao custeio das ações de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC), com exceção do estado de Alagoas que no primeiro ano estudado apresentou uma maior despesa proporcional com o bloco de Gestão, o que pode estar relacionado ao início de implantação da lógica dos blocos de financiamento e a natureza específica deste bloco, comportamento que precisa ser melhor estudado. Por sua vez, em grande parte dos estados nordestinos, o percentual de despesas nas ações de Vigilância à Saúde e Assistência Farmacêutica reduziu entre o primeiro e o último ano avaliado. Esses resultados coincidem com os achados de Mazón e colaboradores⁴, que identificaram, em uma análise nos municípios de Santa Catarina, que o maior percentual de recursos destinou-se ao Bloco de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC).

No processo de descentralização da gestão dos recursos federais, as transferências a estados e ao Distrito Federal visaram principalmente descentralizar o financiamento das ações relacionadas ao Bloco de Média e Alta Complexidade Hospitalar e Ambulatorial. Os gastos descentralizados com atenção hospitalar e ambulatorial, que somavam de R\$3,10 bilhões em 2001, passaram para R\$11,87 bilhões em 2009, dois anos após a criação do Blocos. Em menor medida, mas também importante, verificou-se crescimento de dispêndio descentralizado em relação aos programas de Assistência Farmacêutica, passando de R\$0,24 bilhão, em 2001 para R\$2,32 bilhões em 2010. A soma das transferências dos demais programas não apresentaram alterações relevantes, no período¹.

A modalidade de alocação de recursos em seis Blocos de Financiamento no SUS vigorou onze anos, sendo modificada no último ano do estudo, permeada por divergências pela defesa da sua manutenção, ou clamor por mudanças sob os argumentos de engessamento dos recursos, dos inúmeros componentes e as mais de 800 rotulações que envolviam a gestão financeira dos seis Blocos.

A substituição dos seis blocos de financiamento para apenas dois (custeio e investimento) não mudou a forma de rateio, permanecendo a lógica de gastos e incentivos financeiros de acordo com as ações e serviços de saúde apresentadas pelos estados e municípios²².

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Identificou-se na região nordeste a perpetuação do subfinanciamento do SUS, com baixas despesas totais públicas por habitante, em uma região que historicamente apresentou os menores dispêndios do País.

Os estados nordestinos têm respeitado a aplicação mínima das receitas para investimento das Ações e Serviços Públicos de Saúde, mas os repasses federais reduziram para a maioria destes, nos últimos anos avaliados. Crise que tende a se agravar, em virtude da vigência da Emenda Constitucional 95/2016 que congelou os investimentos das ASPS pelos próximos 20 anos.

Somando-se a isso, a mudança no formato dos repasses das transferências Federais aos estados e municípios, com a vigência de dois blocos de financiamento: Custeio e Investimentos, pode representar uma grave ameaça ao financiamento de setores historicamente desfavorecidos como Vigilância à Saúde e Atenção Primária.

A extinção dos blocos de financiamento foi implantada à revelia da apreciação do Conselho Nacional de Saúde, em uma conjuntura política de congelamento dos investimentos por 20 anos com as políticas públicas. Somada à prorrogação da Desvinculação de Receitas da União (DRU) apontam

que a consolidação do SUS enquanto Sistema público Universal está sob grave ameaça.

Frente aos desafios que se apresentam e agora mais do que nunca, considerando o cenário devastador da pandemia da COVID-19, que trouxe para o centro do debate a importância do Estado enquanto promotor da proteção social e garantia dos direitos fundamentais, é preciso resgatar a luta pelo financiamento daquela que é a maior conquista social do país: o Sistema Único de Saúde. A sociedade brasileira precisa juntar-se aqueles que defendem o sistema desde o seu nascimento, mostrando-se disposta a assumir que a defesa da vida é o maior bem que o sistema pode proporcionar ao país.

REFERÊNCIAS

1. Piola SF, Paiva AB, Sá EB, Servo LMS. Financiamento público da saúde: Uma história à procura de rumo. Texto para Discussão. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), Brasília, 2013; 1846.
2. Dain S. Os vários mundos do financiamento da Saúde no Brasil: uma tentativa de integração. *Cien Saude Colet.* 2007; 12(Sup):1851-1864.
3. Mendes A, Funcia FR. O SUS e seu financiamento. In: Marques RM, Piola SF, Rosa AC. (Org.). *Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento.* Rio de Janeiro: ABrES; Brasília: Ministério da Saúde, Departamento de Economia da Saúde, Investimento e Desenvolvimento; OPAS/OMS no Brasil, 2016.
4. Mazon LM, Colussi CF, Senff CO et al. Execução financeira dos blocos de financiamento da saúde nos municípios de Santa Catarina, Brasil. *Saúde Debate.* 2018; 42 (116): 38-51.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n 3.992, de 28 de dezembro de 2017. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde.
6. Mendes A. A longa batalha pelo financiamento do SUS. *Saúde e Sociedade* 2013; 22(4): 987-993.
7. Menezes APR, Moretti B, Reis AAC. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública–austeridade versus universalidade. *Saúde em debate* 2020; 43: 58-70.

8. Brasil. Ministério da Saúde. Nota Técnica 2009 – SIOPS/AESD/SE/MS, DE 23/03/2009. Brasília, 2009.
9. Brasil. Banco Central do Brasil. Calculadora do Cidadão. Disponível em: <https://www3.bcb.gov.br/CALCIDADA0/publico/exibirFormCorrecaoValores.do?method=exibirFormCorrecaoValores>. Acesso em: 11 jun. 2019.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 3.997, de 28 de dezembro de 2017. Habilita o Estado, Município ou Distrito Federal a receber recursos financeiros de custeio destinados à execução de obras de reforma. Brasília, 2017.
11. Soares A, Santos NR. Financiamento do Sistema Único de Saúde nos governos FHC, Lula e Dilma. *Saúde Debate*. 2014; 38(100): 18-25.
12. Marques RM. O direito à saúde no mundo. In: Marques, RM; Piola, OS; Roa, AC (organizadores). *Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento*. Rio de Janeiro : ABRES ; Brasília : Ministério da Saúde, Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento, OPAS/OMS no Brasil, 2016.
13. Piola SF. Transferências de Recursos Federais do Sistema Único de Saúde para Estados, Distrito Federal e Municípios: os desafios para a implementação dos critérios da Lei Complementar no 141/2012. Texto para Discussão. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), No. 2298., Brasília, 2017.
14. Gomes FBC. Impasses no financiamento da saúde no Brasil: da constituinte à regulamentação da emenda 29/00. *Saúde Debate*. 2014; 38(100): 6-17.
15. Vieira FS. Implicações de decisões e discussões recentes para o financiamento do Sistema Único de Saúde. *Saúde Debate*. 2016; 40(109): 187-199.
16. Brasil. Presidência da República, Casa Civil. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. 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. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acessado em: 03 set. 2018.
17. Piola SF, França JRM, Nunes A. Os efeitos da Emenda Constitucional 29 na alocação regional dos gastos públicos no Sistema Único de Saúde no Brasil. *Cien Saude Colet*. 2016; 21(2):411-421.
18. Piola SF, Servo LMS, Sá EB, Paiva AB. Estruturas de financiamento e gasto do sistema público de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013; 4: 19-70.
19. Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA. O desafio da organização do Sistema Único de Saúde universal e resolutivo no pacto federativo brasileiro. *Saúde Soc*. 2017; 26(2): 329-335.

20. Barbosa AP, Tardivo CRF, Barbosa E. C. Mecanismos de Controle da Gestão do SUS à Luz da Lei Complementar Nº 141, de 2012. *Administração Pública e Gestão Social*. 2016; 1(1): 66-74.
21. Marques RM, Piola SF, Roa AC et al. (Org.). *Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento*. Rio de Janeiro: ABRES; Brasília: Ministério da Saúde, Departamento de Economia da Saúde, Investimento e Desenvolvimento; OPAS/OMS no Brasil, 2016.
22. Mendes A, Carnut L, Guerra LDS. Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. *Saúde Debate*. 2018; 42(Número Especial 1): 224-243.