



Orçamento Federal x Direito à Saúde

Federal budget 2023 x Right to health

DOI: <https://doi.org/10.23925/1806-9029.v34i1e60240>

Autor: Francisco R. Funcia é economista, doutor em Administração pela Universidade Municipal de São Caetano do Sul e mestre em Economia Política pela PUC-SP. É professor da Universidade Municipal de São Caetano do Sul. E-mail: francisco.r.funcia@gmail.com

Resumo

A Constituição da República Federativa do Brasil considera a saúde como “direito de todos e dever do Estado”, cujo acesso universal e integral da população a esses serviços deve ser garantido por meio da integração entre as políticas de saúde, sociais e econômicas. Nessa perspectiva, o financiamento suficiente, adequado e estável do Sistema Único de Saúde é uma das condições para a programação orçamentária capaz de efetivar o direito à saúde. O orçamento público como um instrumento em que se expressa as prioridades governamentais na alocação dos recursos para a prestação de serviços para a sociedade. O SUS tem enfrentado um processo de subfinanciamento crônico, agravado pelo desfinanciamento a partir da promulgação da Emenda Constitucional 95/2016 que estabeleceu uma regra fiscal que limita as despesas primárias da União aos valores das despesas pagas em 2016 e uma regra de piso federal da saúde e educação equivalente aos respectivos valores desses pisos de 2017, com prazo de vigência até 2036. A programação do Ministério da Saúde no Projeto de Lei Orçamentária 2023 da União encaminhado ao Congresso Nacional apresentou muitos cortes de despesas que poderão comprometer a realização de ações e serviços em execução. O objetivo deste artigo é caracterizar os recursos destinados ao Ministério da Saúde no Projeto de Lei Orçamentária da União para 2023 como mais uma etapa da contradição existente no Brasil entre o conceito constitucional de saúde como direito de cidadania e as regras fiscais estabelecidas pela Emenda Constitucional 95/2016.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde - SUS; Subfinanciamento; Gasto Público no SUS; Emenda Constitucional 95/2016; Orçamento Federal da Saúde

Abstract

The Constitution of the Federative Republic of Brazil considers health as "the right of all and the duty of the State", whose universal and integral access of the population to these services must be guaranteed through the integration between health, social and economic policies. In this perspective, sufficient, adequate and stable financing of the Unified Health System (SUS) is one of the conditions for budget programming capable of effecting the right to health. The public budget as an instrument in which government priorities are expressed in the allocation of resources for the provision of services to society. The SUS has faced a chronic underfunding process, aggravated by the defunding of the enactment of Constitutional Amendment 95/2016 that established a fiscal rule that limits the primary expenditures of the Union to the amounts of expenses paid in 2016 and a federal health and education floor rule equivalent to the respective values of these floors of 2017, with a term of validity until 2036. The program of the Ministry of Health in the Union Budget Bill 2023 forwarded to the National Congress presented many spending cuts that could compromise the performance of actions and services in progress. The aim of this article is to characterize the resources allocated to the Ministry of Health in the Federal Budget Bill for 2023 as another stage of the contradiction existing in Brazil between the constitutional concept of health as a right of citizenship and the fiscal rules established by constitutional amendment 95/2016.

Keywords: Unified Health System - SUS; Underfunding; Public Spending in the SUS; Constitutional Amendment 95/2016; Federal Health Budget.

Classificação JEL: E32; B14



Introdução

A área da saúde é uma das mais relevantes na formulação das políticas sociais. A Organização Mundial de Saúde (1946) caracterizou a saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social”, tratando como um dos direitos humanos, “sem distinção de raça, de religião, de credo político, de condição econômica ou social”.

Sen (2000) complementa essa abordagem ao considerar a falta de acesso à saúde como uma das formas de privação da liberdade, cuja oferta desses serviços (com os da educação) contribui para a redução da pobreza e para o crescimento econômico dos países. Funcia (2022) considera que, “a partir da abordagem desse autor, o desenvolvimento humano ocorre mediante políticas públicas que garantam o acesso à população dos serviços de saúde, de educação e de outras áreas sociais relacionadas às condições da vida em sociedade”

A Constituição da República Federativa do Brasil (CF) definiu a saúde como “direito de todos e dever do Estado”, por meio da adoção de políticas públicas integradas – de saúde, econômica e sociais – para garantir o “acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (artigo 196 da CF), cujos serviços são considerados de “relevância pública” (artigo 197). As diretrizes constitucionais da descentralização das ações e serviços e da participação da comunidade foram materializadas no processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), que tem na Lei 8080/90, na Lei 8142/90 e na Lei Complementar 141/2012

Segundo Funcia (2022), “um dos principais problemas enfrentados pela saúde pública no Brasil tem sido a insuficiente e instável alocação de recursos orçamentários e financeiros (...) para garantir (...) que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado”.

Entretanto, a capacidade de financiamento das políticas públicas está relacionada com as opções disponíveis para cada Ente de Federação equacionar as



contas públicas: segundo Funcia (2022), enquanto “os Estados, o Distrito Federal e os Municípios podem tão somente, no curto prazo, cortar despesas e atrasar pagamentos aos fornecedores e servidores diante do desequilíbrio das contas públicas”, somente a União pode emitir moeda e vender títulos da dívida pública.

O objetivo deste artigo é caracterizar os recursos destinados ao Ministério da Saúde no Projeto de Lei Orçamentária da União para 2023 como mais uma etapa da contradição existente no Brasil entre o conceito constitucional de saúde como direito de cidadania e as regras fiscais estabelecidas pela Emenda Constitucional 95/2016.

As finanças públicas como instrumento para avaliação da garantia do direito à saúde

A área das ‘finanças públicas’ abrange os estudos referentes às receitas públicas (com destaque para a arrecadação de tributos) e às despesas orçamentárias para o desenvolvimento de ações e serviços responsáveis pela implantação das políticas públicas, conforme Mathias-Pereira (2017). Sob a ótica da gestão pública, orçamento e financiamento estão integrados: a programação de despesas está condicionada às receitas que financiarão essa programação.

Na visão de Oliveira (2019), a política fiscal e a tributação são aspectos importantes presentes nas teorias das finanças públicas, que por sua vez caracterizam o papel do Estado na economia e na sociedade. Nessa perspectiva, a forma de financiamento das políticas públicas e orçamento público são instrumentos que podem promover a equidade e a redistribuição de renda.

Oliveira (2019) destaca duas abordagens teóricas sobre o papel do Estado – a liberal ou neoliberal, caracterizada pela defesa do Estado mínimo e do mercado como locus da eficiência na alocação e gestão dos recursos, e a keynesiana, caracterizada pela importância do papel do Estado e da política fiscal como mecanismos para regular a dinâmica cíclica da economia capitalista. O orçamento público permite identificar quais dessas concepções estão presentes no processo de

alocação e destinação dos recursos públicos e, desta forma, pode trazer referências importantes sobre as disputas políticas ou sobre a representação dos diferentes interesses existentes na sociedade.

A implantação da política de saúde no Brasil a partir da CF teve como um dos fatores condicionantes o processo de subfinanciamento crônico do SUS. Esse processo pode ser caracterizado de forma sintética a partir da insuficiência de recursos para o cumprimento dos princípios e diretrizes constitucionais à luz das experiências internacionais de financiamentos de sistemas públicos de saúde, segundo estudos de Marques, Piola, e Ocké-Reis (2016), Mendes e Funcia (2016), Piola e Barros (2016) e Aragão e Funcia (2021). A Tabela 1 ilustra a comparação internacional dos gastos em saúde.

Tabela 1 - Gasto público e privado em saúde em países selecionados, 2019

País	Gasto total com Saúde em % do PIB	Gasto público com Saúde em % do PIB	Gasto privado com Saúde em % do PIB	Gasto Público em % do gasto total	Gasto público com Saúde per capita (em dólar PPC)
França	11,1	8,3	2,7	75	4.137
Canadá	10,8	7,6	3,2	70	3.874
Reino Unido	10,2	8,1	2,1	79	4.043
Austrália	9,9	7,1	2,8	72	3.795
Brasil	9,6	3,9	5,7	41	610
Portugal	9,5	5,8	3,7	61	2.143
Espanha	9,1	6,4	2,7	71	2.813
Itália	8,7	6,4	2,3	74	2.955

Fonte: ABrES (2022)

Esse processo de subfinanciamento do SUS não pode ser atribuído aos municípios, segundo Funcia e Bresciani (2019):

Os efeitos negativos da EC 95/2016 para o financiamento federal do SUS podem significar a redução de transferências do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde como fontes de financiamento das despesas municipais em ASPS nos próximos anos (...). Da análise dos dados sobre financiamento do SUS no período 2011-2017, foi possível concluir que o subfinanciamento do SUS não pode ser atribuído à esfera municipal de governo, que tem aplicado efetivamente cerca de 25% da receita base de cálculo em termos médios no Brasil (muito acima do piso de 15%) (...) além disso, destaca-se também a



tendência de queda observada nas receitas municipais das transferências intergovernamentais do SUS como proporção das despesas totais em ASPs realizadas pelos municípios.

A gestão do SUS é realizada pelos governos federal, estaduais e municipais, abrangendo as dimensões orçamentária e financeira, estas últimas marcadas pelo caráter restringido para a efetivação do direito à saúde na perspectiva da garantia dos direitos de cidadania, nos termos de Funcia, Bresciani (2019): enquanto a descentralização das ações e serviços de saúde é uma diretriz constitucional, cerca de 2/3 da arrecadação tributária no Brasil tem estado sob responsabilidade constitucional do governo federal, segundo estudo da Receita Federal do Brasil (Brasil, 2022).

Essa situação tem gerado diferentes graus de dependência dos governos estaduais e, principalmente, dos municipais em relação ao federal para a composição do financiamento das políticas públicas em geral, e da saúde em especial, segundo Arretche (2012). Considerando a receita disponível após as transferências intergovernamentais, o governo federal ainda fica com a maior parte (57%), seguido pelos estaduais (25%) e municipais (18%) conforme Afonso (2016).

A EC 95 e programação orçamentária federal da saúde para 2023

Contudo, apesar da maior parte da receita disponível ficar na esfera federal, há regras limitadoras estabelecidas para a gestão fiscal federal, tanto pela Constituição Federal e pela Lei de Responsabilidade Fiscal (Lei Complementar 101/2000), como pela Emenda Constitucional 95/2000 (especialmente para o teto geral das despesas primárias e para o cálculo dos pisos da saúde e educação): por exemplo, segundo Funcia (2022), se a arrecadação bimestral ficar abaixo da prevista na lei orçamentária, a obrigação de limitar empenhos excetua apenas as despesas com juros e amortização da dívida, assim como o teto geral de despesas excetua as de natureza financeira (como os encargos da dívida pública). Em outras palavras, as despesas sociais, como é o caso da saúde, estão limitadas pelas regras fiscais.



Nesse contexto, os recursos orçamentários do Ministério da Saúde têm sido condicionados negativamente pela capacidade de financiamento restringida pelas regras fiscais vigentes no Brasil, mas houve um aprofundamento desse processo a partir da promulgação da Emenda Constitucional 95/2016, em contraposição ao direito à saúde como obrigação do Estado estabelecido pela mesma Constituição.

No orçamento federal, as despesas primárias são destinadas para a realização de ações e serviços para atender a população em diferentes áreas, como saúde, educação, transportes, habitação, proteção social, agricultura, energia, etc.), enquanto as despesas financeiras correspondem aos encargos de dívida pública (juros e amortização). Há também os gastos tributários ou renúncia de receita, situação em que famílias e empresas são beneficiadas com a redução total ou parcial de pagamento de tributos.

Somente as despesas primárias federais estão limitadas pela regra do teto da EC 95 de 2017 a 2036, equivalente ao valor total dos pagamentos realizados em 2016 (atualizado anualmente pela variação do IPCA/IBGE). A existência desse limite global, em certa medida, condiciona por 20 anos a realização das ações e serviços dos Ministérios ao valor desse teto de despesas, pois gastos adicionais de algumas áreas somente podem ocorrer com a redução de gastos de outras áreas.

Os pisos (ou aplicação mínima) para as áreas da saúde e da educação apresentam novas regras de cálculo na EC 95/2016: manutenção por 20 anos dos valores dos respectivos pisos que vigoravam em 2017 (atualizados anualmente pela variação do IPCA/IBGE). Desta forma, houve uma penalização dupla para essas duas áreas: há queda de recursos per capita segundo as novas regras de cálculo dos respectivos pisos e há o limite do teto global de despesas que, de certa forma, transforma esses pisos em tetos.

Trata-se de regra que desconsidera o crescimento demográfico, o desenvolvimento tecnológico de materiais e equipamentos e o efeito positivo dessas despesas para o crescimento econômico: a população cresce 0,8% ao ano e a



população idosa cresce 3,8% ao, segundo dados do IBGE, enquanto novos equipamentos, vacinas, medicamentos e insumos desenvolvidos para o atendimento da saúde tem contribuído para o aumento da expectativa de vida dos brasileiros nas últimas décadas – este é um dos fatores de cálculo do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH).

A partir da EC 95, a política de austeridade fiscal ficou baseada exclusivamente no corte de despesas primárias federais para tentar o ajuste das contas públicas, não solucionou o problema do déficit primário que está mantido desde 2015 e, pior, retirou recursos para o financiamento federal das políticas públicas, em especial nas áreas sociais e principalmente na saúde das três esferas de governo – cerca de 2/3 do orçamento do Ministério da Saúde são transferências para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde.

Essa política econômica condicionou negativamente o financiamento federal do SUS até mesmo para o enfrentamento da pandemia da Covid-19: segundo o Conselho Nacional de Saúde (2021), as transferências do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais e Estaduais de Saúde destinadas exclusivamente para as ações de saúde voltadas ao combate da Covid-19 caíram 63% e 17%, respectivamente, no 1º quadrimestre de 2021 em comparação ao 3º quadrimestre de 2020, enquanto o número de casos e de mortes foram recordes nesse período.

Essa regra estabelecida pela EC 95 para calcular o piso federal do SUS tem validade no período de 2018 a 2036; a partir de 2037, volta a vigorar a regra da EC 86, que estabelece 15% das Receitas Correntes Líquidas. A comparação entre essas duas regras permite aferir qual foi o impacto trazido pela EC 95 para o financiamento do SUS. Segundo estudo da ABrES - Associação Brasileira de Economia da Saúde (2022), a estimativa da perda acumulada para o período 2018-2023 é de cerca de R\$ 60 bilhões.

Desse total, a perda estimada para 2023 é de cerca de R\$ 23 bilhões, tomando por base o valor que consta no Projeto de Lei Orçamentária da União de 2023 para o Ministério da Saúde (R\$ 149,9 bilhões). conforme Tabela 2

Tabela 2 - Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS): estimativa das perdas do orçamento federal em função da EC 95 - 2018-2022 (em R\$ a preços correntes)

Ano ¹	Despesa ASPS sem as Medidas Provisórias de créditos extraordinários para COVID-19 ² (A)	Emenda Constitucional 86/2015 ³ (15% da RCL) (B)	Perdas com a Emenda Constitucional 95/2016 (B - A)
2018	116.820.887.299	120.802.260.520	3.981.373.221
2019	122.269.917.718	135.848.788.439	13.578.870.721
2020	118.812.279.123	97.791.489.905	- 21.020.789.219
2021	131.713.511.353	159.377.857.166	27.664.345.814
2022	146.666.689.315	159.384.000.000	12.717.310.685
2023	149.918.696.782	172.644.000.000	22.725.303.218
Total	786.201.981.590	845.848.396.030	59.646.414.440

Fonte: ABrES (2022)

Notas: (1) Entre 2018 e 2021, valor empenhado. Para 2022, valor inicial na Lei Orçamentária da União. Para 2023, valor no Projeto de Lei Orçamentária da União apresentado pelo Governo Federal, em tramitação no Congresso Nacional. (2) Não considera Medidas Provisórias referentes às despesas Covid, que não são contabilizadas no limite da EC 95. (3) Nota do autor: a regra da EC 86/2015 está suspensa até 2023 conforme determina a EC 95/2016

Além disso, as emendas parlamentares totalizam cerca de R\$ 20 bilhões nessa peça orçamentária, das quais 50% para as emendas de relator (conhecidas como “orçamento secreto”) e 50% para as individuais e de bancada, e estão incluídas para futura programação de despesas nesses R\$ 149,9 bilhões, o que reduziu significativamente recursos da programação própria do Ministério da Saúde comprometidos com ações e serviços que estavam sendo realizados, dentre outras, na saúde indígena (-59%), farmácia popular (-59%), educação e formação em saúde (-56%), formação e profissionais para a atenção primária à saúde (-51%) e vacinas (-37%), conforme ABrES (2022).

Enquanto isso, há aumento no orçamento da saúde para as despesas oriundas das emendas parlamentares individuais, de bancada e do relator (esta última conhecida como orçamento secreto), que totalizam aproximadamente R\$ 20



bilhões, cerca de 13% do total de despesas fixadas para o Ministério da Saúde de R\$ 149,9 bilhões em ações e serviços públicos de saúde.

As emendas parlamentares estão aumentando sua participação no orçamento do Ministério da Saúde, atingindo 13% em 2023 (mais de R\$ 20 bilhões), segundo estudo da ABrES (2022). Esse aumento da participação das emendas parlamentares, cujas despesas são computadas para aferir o cumprimento do piso federal da saúde, decorre de outras mudanças constitucionais (como por exemplo as da EC 86 e da EC 100) que estabeleceram o caráter obrigatório para a execução dessas despesas: como parte delas são fixadas como percentuais da receita corrente líquida, tem ocorrido uma espécie de “efeito substituição” diante do teto de despesas limitado ao valor dos gastos de 2016 atualizados pela variação do IPCA/IBGE – à medida que a receita federal cresce anualmente acima dessa variação, reduz o espaço orçamentário para alocação de despesas referentes à programação própria dos Ministérios (inclusive o da Saúde), o que compromete a alocação de recursos para manter as ações e serviços já prestados para a sociedade.

A redução anual de recursos para a saúde e outras áreas sociais provocada pela EC 95 e de aumento anual da alocação do orçamento federal para as emendas parlamentares caracterizam para Moretti et al (2021) um processo denominado de austeridade seletiva. Nesse contexto, não há garantia de que essas despesas obedecerão tanto as diretrizes estabelecidas pela 16ª Conferência Nacional de Saúde, como o processo de planejamento ascendente do SUS, como estabelece a Lei Complementar 141/2012, pois não ficou estabelecida essa vinculação para as despesas orçamentárias que serão executadas por meio de emendas parlamentares.

A Proposta de Emenda Constitucional (PEC) 32, de 2022, tramita no Congresso Nacional com o objetivo, dentre outros, de ampliar para 2023 os recursos do Ministério da Saúde no valor equivalente ao da perda anteriormente estimada na Tabela xx1 (cerca de R\$ 23 bilhões) e restabelecer a programação própria “cortada” em razão das emendas parlamentares. Representa o esforço de articulação política que está sendo realizado pela equipe de transição do novo governo (cujo mandato



se inicia em 1º de janeiro de 2023) com o Congresso Nacional, para garantir incremento de despesas acima do teto da EC 95 (algumas das quais assumidas pelo governo cujo mandato se encerra em 31/12/2022).

Além da PEC 32, de 2022: propostas para interromper o desfinanciamento do SUS

O Presidente da República eleito para governar o Brasil a partir de 1º de janeiro de 2023 tem declarado seu compromisso com o fortalecimento do SUS. A materialização desse compromisso depende tanto da definição de políticas de saúde que expressem a atenção básica (especialmente) a estratégia de saúde da família, os investimentos no complexo econômico-industrial da saúde e a valorização dos profissionais do SUS dentre as prioridades alocativas, como a capacidade de financiamento suficiente e estável para esse fim. A primeira medida que inicia a reversão do processo de desfinanciamento do SUS está presente na PEC 32, de 2022, que adiciona R\$ 22,7 bilhões para o Ministério da Saúde na programação orçamentária de 2023.

Porém, além disso, há uma perda acumulada por causa da EC 95 de cerca de R\$ 37 bilhões, referente ao período 2018-2022, que poderia ser repostada durante os quatro anos do mandato que se inicia em 2023, isto é, cerca de R\$ 9,2 bilhões por ano, cifra que corresponde, por exemplo, a pouco mais de 1% dos cerca de R\$ 800 bilhões da Dívida Ativa da União que estão classificados como passíveis de sucesso de cobrança pela Procuradoria Geral da Fazenda Nacional, ou aproximadamente 1% da Receita Bruta Primária da União, conforme Alves et al (2022).

Seria importante também que o novo governo eleito mudasse a política econômica e, especialmente, a política fiscal para viabilizar uma nova política de financiamento do SUS a partir de 2023, cuja referência para isso poderia ser a proposta debatida pela ABrES (2022) com o Conselho Nacional de Saúde, às entidades da Reforma Sanitária e outros movimentos e associações que integram a



Frente pela Vida, às universidades, aos movimentos sociais e populares, dentre outros. Os principais pontos dessa proposta são:

- a) Revogar a EC 95 e adotar uma nova regra de controle das contas públicas.
- b) Estabelecer uma nova regra de cálculo do piso federal do SUS que não fique condicionada à dinâmica cíclica da economia, pois as necessidades de saúde da população não obedecem essa dinâmica, muito pelo contrário.
- c) Aumentar a participação dos gastos públicos sobre os gastos totais em saúde para 60% (padrão internacional),
- d) Garantir que, no mínimo, 50% desses gastos públicos seriam federais (atualmente está em 42%, excluindo os gastos de enfrentamento da Covid-19), de modo a atingir a 3% do PIB em até 10 anos – isso faria que os atuais valores da aplicação federal (a preços de 2021) – R\$ 646,00 per capita, 14,2% da Receita Corrente Líquida e 1,6% do PIB – passassem respectivamente para R\$ 1.365,00 per capita, 26,6% da Receita Corrente Líquida e 3,0% do PIB.

O aumento dos gastos públicos em saúde provocaria uma ampliação da dinâmica econômica por causa do seu efeito multiplicador e redistributivo, o que poderia contribuir para uma reforma tributária justa, solidária e sustentável (Fagnani, 2020), que por sua vez contribuiria para reforçar as fontes de financiamento para o conjunto das políticas sociais, em especial para a seguridade social, em respeito ao direito constitucional de cidadania.

Por fim, seria preciso respeitar as resoluções e recomendações do Conselho Nacional de Saúde em relação ao processo de financiamento do SUS, cujo descumprimento está ocorrendo até na execução orçamentária e financeira do Ministério da Saúde, que está baseada num Plano Nacional de Saúde 2020-2023 que foi reprovado pelo Conselho Nacional de Saúde em maio de 2021.



Referências Bibliográficas

ABrES. **Nova Política de Financiamento do SUS**. Texto elaborado para Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABrES) por Bruno Moretti, Carlos Octávio Ocké-Reis, Erika Aragão, Esther Dweck, Francisco R. Funcia, Maria Fernanda Cardoso de Melo, Mariana Melo e Rodrigo Benevides. In: Nota de Política Econômica do Grupo de Economia do Setor Público do Instituto de Economia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, setembro/2022. Disponível em [https://www.ie.ufrj.br/images/IE/grupos/GESP/gespnota2022_ABRES%20\(2\).pdf](https://www.ie.ufrj.br/images/IE/grupos/GESP/gespnota2022_ABRES%20(2).pdf).

ALVES, R; ALVES, H; VIGNOLI, F.H.; FUNCIA, F.R. Perfil da Dívida Ativa da União: contribuintes devem R\$ 2,4 Trilhões. **Revista Eletrônica Domingueira da Saúde**, nº 41, outubro/2020. Campinas: Idisa (Instituto de Direito Sanitário Aplicado), 2020. Disponível em <http://idisa.org.br/domingueira/domingueira-n-41-outubro-2020>.

AFONSO, J. R. Federalismo Fiscal Brasileiro: uma visão atualizada. **Caderno Virtual IDP**, v. 1, n. 34, [24] p. 2016. Disponível em: https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:f8a6IaN0E_cj:https://www.portaldeperiodicos.idp.edu.br/cadernovirtual/issue/download/157/4+&cd=17&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br Acesso em: 11 ago. 2019

ARAGÃO, E.; FUNCIA, F. R.. O SUS e as políticas de austeridade: o Brasil na contramão mesmo após a crise gerada pela pandemia da Covid-19. **Revista Brasileira de Planejamento e Orçamento (RBPO)**, Brasília, v. 11, n. 1, p. 50-61, 2021. Disponível em: www.assecor.org.br/rbpo Acesso em: 12 fev. 2022.

ARRETCHE, M. **Democracia, federalismo e centralização no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FGV, Editora Fiocruz, 2012.

BARROS, M. E. D.; PIOLA, S. F.. O financiamento dos serviços de saúde no Brasil. In: MARQUES, R. M.; PIOLA, S. F.; ROA, A. C. (org.). **Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento**. Rio de Janeiro: ABrES; Brasília: MS, Departamento de Economia da Saúde, Investimento e Desenvolvimento, OPAS/OMS no Brasil, 2016, p.101-138.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 12 fev. 2022.



BRASIL. Ministério da Fazenda. Secretaria da Receita Federal do Brasil. **Carga Tributária no Brasil 2021**. Brasília, Outubro/2022. Disponível em <https://www.gov.br/receitafederal/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/estudos/carga-tributaria/carga-tributaria-no-brasil-2021/view>. Acesso em: 07 dez.2022.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Recomendação nº 17, de 26 de julho de 2021**. Recomenda ao Exmo. Sr. Presidente da República a adoção de medidas corretivas urgentes que promovam a execução orçamentária e financeira do Ministério da Saúde com celeridade. [acesso em 2021 out 31]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1920-recomendacao-n-017-de-26-de-julho-de-2021>.

Fagnani, Eduardo. Reforma Tributária para Enfrentar a Desigualdade Social. **Plataforma de Política Social**, 2020. Disponível em <https://plataformapoliticasocial.com.br/wp-content/uploads/2020/02/REFORMA-TRIBUTARIA.pdf>.

FUNCIA, F.R. **Controle social na gestão do SUS : um estudo do processo de avaliação da execução orçamentária e financeira do Ministério da Saúde pelo Conselho Nacional de Saúde**. Tese de Doutorado. Universidade Municipal de São Caetano do Sul (USCS). Programa de Pós-Graduação em Administração. São Caetano do Sul: USCS, 2022.

FUNCIA, F. R.; BRESCIANI, L. P. A Gestão Recente do SUS: Financiamento Restringido. In: ENCONTRO DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA DA ANPAD – EnAPG, VIII., 2019, Fortaleza. **Anais [...]**. Maringá: ANPAD - Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração. Trabalho EnAPG217. **Disponível em:** http://www.anpad.org.br/abrir_pdf.php?e=MjYwNzM= . Acesso em: 24 fev.2022.

MARQUES, R. M.; PIOLA, S. F.; OCKÉ-REIS, C. O. Desafios e perspectivas futuras no financiamento do SUS. In: MARQUES, R. M.; PIOLA, S. F.; ROA, A. C. (org.). **Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento**. Rio de Janeiro: ABrES; Brasília: MS, Departamento de Economia da Saúde, Investimento e Desenvolvimento; OPAS/OMS no Brasil, 2016.

MATIAS-PEREIRA, J. **Finanças Públicas**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2017.



MENDES, A.; FUNCIA, F. R. O SUS e seu financiamento. In: MARQUES, R. M.; PIOLA, S. F.; ROA, A. C. (org.). **Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento**. Rio de Janeiro: ABrES; Brasília: MS, Departamento de Economia da Saúde, Investimento e Desenvolvimento, OPAS/OMS no Brasil, 2016. p. 139-168.

MORETTI, Bruno; FUNCIA, Francisco; OCKÉ-REIS, Carlos. Austeridade fiscal e clientelismo no orçamento público. **Observatório da Economia Contemporânea**. Le Monde Diplomatique, 17/08/2021. Disponível em: <https://diplomatie.org.br/austeridade-fiscal-e-clientelismo-no-orcamento-publico/>

OLIVEIRA, F. A. **Economia e Política das Finanças Públicas no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2009.

OMS - Organização Mundial da Saúde. **Constituição da Organização Mundial da Saúde**. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saudeomswho.html>. Acesso em: 2 abr. 2017.

SEN, A. K. **Desenvolvimento como liberdade**. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.