

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO SOCIOECONÔMICO  
DEPARTAMENTO DE ECONOMIA E RELAÇÕES INTERNACIONAIS  
CURSO DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS

Leonardo Bragagnolo

**Gastos públicos com saúde antes e durante a pandemia de Covid-19 no Brasil**

Florianópolis

2022

Leonardo Bragagnolo

**Gastos públicos com saúde antes e durante a pandemia de Covid-19 no Brasil**

Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação de Ciências Econômicas do Centro Socioeconômico da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Economia.

Orientador(a): Prof.(a) Carmen Rosario Ortiz Gutierrez Gelinski, Dr.(a)

Florianópolis

2022

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Bragagnolo, Leonardo

Gastos públicos com saúde antes e durante a pandemia de  
Covid-19 no Brasil / Leonardo Bragagnolo ; orientadora,  
Carmen Rosario Ortiz Gutierrez Gelinski, 2022.  
56 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) -  
Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Sócio  
Econômico, Graduação em Ciências Econômicas, Florianópolis,  
2022.

Inclui referências.

1. Ciências Econômicas. 2. Covid-19. 3. Economia da  
saúde. 4. Financiamento da saúde. 5. Sistemas de saúde. I.  
Gelinski, Carmen Rosario Ortiz Gutierrez. II. Universidade  
Federal de Santa Catarina. Graduação em Ciências Econômicas.  
III. Título.

Leonardo Bragagnolo

**Gastos públicos com saúde antes e durante a pandemia de Covid-19 no Brasil**

Florianópolis, 06 de dezembro de 2022.

O presente Trabalho de Conclusão de Curso foi avaliado e aprovado pela banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.(a) Keli Regina Dal Prá, Dr.(a)  
UFSC

Prof. Felipe Galvão Machado, Dr.

Certifico que esta é a **versão original e final** do Trabalho de Conclusão de Curso que foi julgado adequado para obtenção do título de Bacharel em Economia por mim e pelos demais membros da banca examinadora.



Documento assinado digitalmente  
Carmen Rosario Ortiz Gutierrez Gelinski  
Data: 14/12/2022 21:28:58-0300  
CPF: \*\*\*.255.540-\*\*  
Verifique as assinaturas em <https://v.ufsc.br>

---

Prof.(a) Carmen Rosario Ortiz Gutierrez, Dra.  
Orientador(a)

Florianópolis, 2022.

Este trabalho é dedicado aos meus queridos pais.

## **AGRADECIMENTOS**

De início, agradeço à minha família. Ao meu pai Dulcimar, minha mãe Lurdes e minha irmã Lucimara. A decisão de me mudar para Florianópolis não foi uma das mais fáceis – e pegou todos de surpresa – porém o apoio e a torcida sempre foram fundamentais para chegar até aqui.

Ao Hugo, pelo companheirismo e por todos os momentos especiais compartilhados ao longo desses quatro anos. Agradeço a Nena, por todo acolhimento e carinho. Ao nosso “cãopanheiro” Apolo que, sem dúvida, é um pontinho de luz no meio de todo o caos do dia a dia.

Agradeço a Camila e a Janaína por terem acreditado em mim e aberto a porta para a minha primeira experiência profissional em Florianópolis. Os anos de convivência foram de muito aprendizado e muitas trocas que vou levar para a vida.

Agradeço aos colegas e amigos feitos nesses anos que se passaram. Ao Nicolas, pela amizade, companheirismo e apoio em inúmeros momentos durante essa trajetória.

Agradeço à Professora Carmen, que aceitou com muita gentileza ser minha orientadora para desenvolver este trabalho. Agradeço a atenção e cuidado que sempre teve conosco, estudantes, desde o primeiro semestre da graduação.

Por fim, a UFSC, uma instituição que sempre admirei. Todas as experiências vivenciadas aqui, graças à universidade pública, foram fundamentais para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

## RESUMO

O debate acerca das temáticas que englobam a economia da saúde tem ganhado cada vez mais relevância no cenário mundial, principalmente dado ao contexto de emergência pública em saúde dos últimos anos. Dado esse cenário, as discussões acerca do financiamento e da gestão de ações em saúde tornaram-se pauta fundamental para o gerenciamento da crise ocasionada pela pandemia de Covid-19. Dessa forma, o objetivo deste trabalho foi analisar os gastos públicos em saúde no Brasil entre o período de 2015 e 2020. Para isso, foram utilizadas bases de dados segundo a Classificação por Função do Governo e de acordo com a metodologia do *System of Health Accounts* de 2011, ambas padronizadas para comparações internacionais. Além disso, para adensar a discussão e obter perspectivas comparadas, foram apresentados os gastos e as formas de financiamento dos sistemas de saúde da Austrália, Canadá, França, Suécia e Reino Unido. Como resultado, verificou-se que no contexto internacional, historicamente os gastos em saúde no Brasil foram menores que os gastos de países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico que possuem sistemas de saúde com características semelhantes ao Sistema Único de Saúde. Observou-se, ainda, que apesar da elevação dos recursos empenhados em saúde pelo governo federal brasileiro durante a pandemia, esses foram liberados de forma lenta e, muitas vezes, após o pico de casos e mortes por Covid-19. Portanto, a partir da análise a respeito dos gastos em saúde para o enfrentamento à pandemia, espera-se que este trabalho possa servir como base inicial para futuras pesquisas realizadas na área, à medida que séries históricas deste período recente da saúde no Brasil estejam disponíveis.

**Palavras-chave:** Covid-19. Economia da saúde. Financiamento da saúde. Sistemas de saúde.

## ABSTRACT

The debate on health economic issues has become increasingly important on the world stage, especially in light of the healthcare emergencies that have occurred in all countries of the world in recent years. Given this scenario, health financing and management issues have become a fundamental agenda for addressing the crisis caused by the Covid-19 pandemic. Therefore, this work aims to analyze Brazil's public health spending from 2015 until 2020. Databases were used for this purpose according to the Classification by Function of Government and System of Health Accounts 2011 methodology, both of which are standardized for international comparisons. To further the discussion and provide comparative perspectives, the expenditure and financing characteristics of the healthcare systems of Australia, Canada, France, Sweden, and the United Kingdom were examined. As a result, it was found that health spending in Brazil was lower by international standards than in Organisation for Economic Co-operation and Development countries, whose health systems have similar characteristics to that of Brazilian Unified Health System. It was also found that despite the increase in funds allocated to health care by the Brazilian federal government during the pandemic, they were released slowly and often only after the peak of cases and deaths from Covid-19. Given the preliminary analysis of health spending to address the pandemic, it is expected that the work can serve as a basis for future analysis in this area, given the availability of historical series on this recent period of health in Brazil.

**Keywords:** Covid-19. Health economics. Health financing. Health systems.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Linha do tempo: o financiamento do SUS.....	27
Figura 2 - Despesas em saúde do governo central brasileiro por classificação econômica.....	38

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Subfunções da função saúde segundo a COFOG .....	33
Quadro 2 – Desagregação em terceiro nível segundo a COFOG.....	33
Quadro 3 – Classificação das funções de cuidados de saúde e desagregação em classes segundo o SHA 2011 .....	42

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Gastos do governo central em relação a despesa total segundo a COFOG - Brasil (em porcentagem).....	35
Tabela 2 – Gastos em saúde do governo central em relação a despesa total segundo a COFOG - Brasil e países selecionados (em porcentagem).....	35
Tabela 3 – Gastos do governo central em relação ao PIB segundo a COFOG - Brasil (em porcentagem).....	36
Tabela 4 – Gastos em saúde do governo central em relação ao PIB - Brasil e países selecionados (em porcentagem) .....	37
Tabela 5 – Gasto público em saúde como proporção ao PIB segundo o SHA 2011 - Brasil e países selecionados (em porcentagem).....	44

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRES – Associação Brasileira de Economia da Saúde  
ADCT – Ato das Disposições Constitucionais Transitórias  
ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar  
ASPS – Ações e Serviços Públicos de Saúde  
CF – Constituição Federal  
COFOG – Classificação por Função de Governo  
CPMF – Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira  
EC-29 – Emenda Constitucional nº 29/2000  
EC-95 – Emenda Constitucional nº 95/2016  
FMI – Fundo Monetário Internacional  
IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada  
IMF – *International Monetary Fund*  
MEFP – Manual de Estatísticas de Finanças Públicas  
MPV 924/2020 – Medida Provisória nº 924  
MS – Ministério da Saúde  
MVP 940/2022 – Medida Provisória nº 940  
NHS – *National Health Service*  
NRF – Novo Regime Fiscal  
OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico  
OMS – Organização Mundial da Saúde  
ONU – Organização das Nações Unidas  
PIB – Produto Interno Bruto  
SHA 2011 – *System of Health Accounts 2011*  
SIAFI – Sistema de Administração Financeira do Governo Central  
STN – Secretaria do Tesouro Nacional  
SUS – Sistema Único de Saúde  
UNSD – Divisão Estatística das Nações Unidas  
WHO – *World Health Organization*

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>14</b>
<b>1.1.1</b>	<b>Objetivo geral.....</b>	<b>15</b>
<b>1.1.2</b>	<b>Objetivos específicos.....</b>	<b>16</b>
1.2	METODOLOGIA.....	16
<b>2</b>	<b>A ECONOMIA DA SAÚDE .....</b>	<b>18</b>
<b>3</b>	<b>SISTEMAS DE SAÚDE.....</b>	<b>22</b>
3.1	SISTEMAS DE SAÚDE INTERNACIONAIS.....	23
3.2	BRASIL: O FINANCIAMENTO DO SUS.....	26
<b>4</b>	<b>GASTOS PÚBLICOS EM SAÚDE NO PERÍODO PRÉ-PANDEMIA.....</b>	<b>31</b>
4.1	GASTOS PÚBLICOS EM SAÚDE SEGUNDO A COFOG .....	31
4.2	GASTOS PÚBLICOS EM SAÚDE SEGUNDO O SHA 2011.....	39
<b>5</b>	<b>GASTOS PÚBLICOS EM SAÚDE DURANTE A PANDEMIA.....</b>	<b>45</b>
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>49</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>51</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O primeiro caso do coronavírus Sars-CoV-2 foi oficialmente confirmado na cidade de Wuhan, na China, em janeiro de 2020, ocasionando um alerta de Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (BEZERRA *et al.*, 2020). O vírus rapidamente se propagou em outros países da Ásia, gerando grandes preocupações para pesquisadores, gestores em saúde pública e para a população em geral. Pouco tempo depois, em 11 de março de 2020, a OMS definiu a situação do novo coronavírus como pandemia, tendo aproximadamente 114 países com casos confirmados da doença (SILVA *et al.*, 2020).

O vírus responsável pela pandemia de Covid-19 “[...] compõe o grupo das infecções respiratórias agudas [...]” e “a gravidade da doença vai depender do patógeno causador da infecção, do meio ambiente e de fatores do hospedeiro” (SANTOS *et al.*, 2021, p. 2). Dado o seu alto grau de contágio e de rápida disseminação, a doença tornou-se o maior desafio para os sistemas de saúde no ano de 2020.

No Brasil, o primeiro caso de Covid-19 foi registrado em 26 de fevereiro de 2020 e a declaração de estado de calamidade pública foi reconhecida pelo Decreto Legislativo nº 6 de 20 de março de 2020. A partir desse cenário, foram necessários ajustes orçamentários com o objetivo de atender a forte demanda que o Sistema Único de Saúde (SUS) viria a receber, sobretudo com transferência de recursos públicos adicionais para efetivar o atendimento com qualidade destinado à população (FERNANDES; PEREIRA, 2020).

Entretanto, o cenário brasileiro frente à pandemia, no que diz respeito ao aumento dos gastos públicos em saúde, poderia não ser considerado favorável, uma vez que segundo Marques (2017) a situação de subfinanciamento do SUS é estrutural e com pouco apoio político.

Partindo desse pressuposto, é pertinente levar em consideração que no período que antecedeu a crise sanitária mundial, o SUS teve forte redução na transferência de recursos devido a um contexto prévio de corte orçamentário. Tal medida de austeridade fiscal ao SUS ocorreu via Emenda Constitucional nº 95/2016 (EC-95) que entrou em vigor no ano de 2017 (SOUZA, 2020). A partir deste ano, foi

instituído um novo regime fiscal que reduziu, aproximadamente, R\$ 17,6 bilhões de recursos públicos entre 2018 e 2019 para o SUS, conforme apontado por Ocké-Reis (2022).

Além disso, deve-se ressaltar que outros países que possuem sistemas de saúde com acesso universal também sofreram pressões devido às políticas de austeridade fiscal dos últimos anos. Apesar de ser considerado referência internacional como um sistema público, o *National Health Service* (NHS) do Reino Unido, por exemplo, também experimentou impactos negativos no que diz respeito ao enfrentamento à crise sanitária gerada pela Covid-19, dada às políticas de contenção de gastos e reconfigurações implementadas a partir de 2008 (OLIVEIRA; QUEIROZ, 2022)

No caso do Brasil, com esta medida legal de restrição orçamentária, o SUS passou de subfinanciado para desfinanciado. Desta forma, houve a necessidade da reavaliação dos recursos que posteriormente seriam destinados para o financiamento da saúde visando o enfrentamento da Covid-19 no país e, portanto, é preciso compreender de que forma o governo brasileiro enfrentou a pandemia nos últimos anos.

Este trabalho tem como foco analisar a alocação de recursos e os gastos executados relacionados às ações e serviços em saúde no Brasil entre 2015 e 2020. Além disso, também será apresentada uma discussão acerca dos gastos públicos de países que possuem sistemas com características similares ou não ao SUS, com o objetivo de identificar qual a racionalidade econômica, no que diz respeito ao enfrentamento à pandemia

Portanto, este trabalho propõe a seguinte questão de pesquisa: os gastos públicos em saúde do governo brasileiro durante o período entre 2015 e 2020 são suficientes para garantir o acesso e a qualidade na assistência à saúde da população brasileira, sobretudo no enfrentamento à pandemia?

## 1.1. OBJETIVOS

### 1.1.1 Objetivo geral

Analisar os gastos públicos com saúde no Brasil entre 2015 e 2020.

### 1.1.2 Objetivos específicos

- Apresentar os conceitos introdutórios de economia da saúde e suas contribuições analíticas;
- Descrever o contexto do financiamento da saúde no Brasil no período entre 2015 e 2020;
- Discutir sobre a transferência de recursos do Governo Federal destinada ao combate à pandemia de Covid-19;
- Apresentar os gastos em saúde de países selecionados;

### 1.2 METODOLOGIA

Este trabalho realizou uma revisão bibliográfica de literatura, sobretudo com base em informações apresentadas em boletins e relatórios técnicos do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), sendo uma pesquisa de natureza explicativa.

Segundo Prodanov e Freitas (2013, p. 127), a pesquisa explicativa “procura identificar os fatores que causam determinado fenômeno, aprofundando o conhecimento da realidade”, visto que serão realizadas revisões bibliográficas de estudos para a construção teórica do trabalho referentes a economia da saúde, englobando as temáticas de financiamento do SUS, gastos públicos e a Covid-19.

Os dados publicados pelo portal de estatísticas da OCDE denominado *OECD.stat* foram utilizados para a análise dos gastos públicos em saúde do Brasil e países selecionados, sendo Austrália, Canadá, França, Suécia e Reino Unido. Esses dados seguem a metodologia do Sistema de Contas de Saúde – em inglês, *System of Health Accounts* (SHA 2011) – que é apresentada no Capítulo 4.

Para a análise do gasto público em saúde do governo federal brasileiro – apresentado no Capítulo 4 e 5 – foram utilizadas as bases de dados publicadas pelo Portal da Transparência e pela Secretaria do Tesouro Nacional (STN), sendo esse último conforme a Classificação por Funções do Governo (COFOG). Os dados referentes aos dispêndios em saúde do governo central de países selecionados –

seguindo a COFOG – foram extraídos do portal *IMF Data* do Fundo Monetário Internacional (FMI) e *OECD.stat*.

Este trabalho está organizado em cinco capítulos, além desta introdução e das considerações finais. No Capítulo 2 é apresentado brevemente as definições e objetos do estudo da economia da saúde. No Capítulo 3, composto por duas subseções, discute-se inicialmente o financiamento de sistemas de saúde de países selecionados e, posteriormente, o financiamento do SUS no Brasil. Os Capítulos 4 e 5 discorrem, majoritariamente, acerca dos dados extraídos das bases de dados anteriormente pontuadas referente aos gastos públicos em saúde do Brasil e de países selecionados.

## 2 A ECONOMIA DA SAÚDE

De acordo com Sousa (2005), dado o cenário de crescente aumento do custeio da saúde, é preciso a utilização dos recursos de forma racional, uma vez que estes são escassos. Em vista disso, este capítulo tem como principal objetivo discorrer acerca dos aspectos fundamentais da área da economia da saúde, tais como seus conceitos básicos, problemáticas e contribuições analíticas que esse campo possibilita à sociedade. Essa discussão é pertinente para compreender a relevância da análise que será apresentada posteriormente a respeito dos gastos públicos em saúde.

Os estudos desenvolvidos que buscam compreender as necessidades de ações e serviços em saúde dos indivíduos, tal qual, o papel do Estado na proposição de políticas públicas em saúde é de grande relevância. Em razão disso, a economia e a saúde são objetos de estudo que, em conjunto, buscam analisar as relações entre índices socioeconômicos e indicadores de saúde (DEL NERO, 1995). Não obstante, visam também a [...] aplicação de instrumentos econômicos a questões estratégicas e operacionais do setor saúde [...] (MENDES *et al.*, 2006, p. 250).

No Brasil e em países que possuem características econômicas semelhantes, os serviços de saúde oferecidos à população possuem contradições, visto que os recursos são distribuídos de forma desigual entre diferentes regiões geográficas ou, ainda, são ofertados de forma que não atendem integralmente as necessidades da população. Portanto, o “planejamento e controles insuficientes tornam o sistema de saúde burocrático e ineficaz, com marcante ausência de padrões assistenciais mínimos” (DEL NERO, 1995, p. 17).

Desta forma, a economia da saúde se insere como um campo de estudo norteador à discussão, oferecendo instrumentos a fim de identificar as disparidades na transferência de recursos à saúde, promovendo discussões acerca da responsabilidade do Estado na função distributiva dos sistemas de saúde (DEL NERO, 1995). Além disso, também são pontos de análise da disciplina e atribuídas ao Estado “[...] a institucionalização do direito à saúde e a provisão de serviços de saúde pelo setor público ou pelo setor privado” (MENDES *et al.*, 2006, p. 251).

Segundo Del Nero (1995, p. 7), conjuntamente, são temáticas pertinentes que envolvem a economia da saúde àqueles relacionados com:

[...] o impacto do desenvolvimento econômico no nível de saúde de uma população, ou ainda: a distribuição geográfica dos recursos dedicados à saúde; estudos comparativos entre sistemas de saúde de vários países; estudos sobre resultados de programas específicos de intervenção na comunidade; estudos sobre financiamento e gastos globais com saúde. (DEL NERO, 1995, p. 7).

Com base nisso, é importante evidenciar que a economia e a saúde sempre estiveram associadas em diversos tópicos, tais quais “aspectos como o financiamento dos serviços, a segmentação do mercado, a demanda existente e o impacto de novos investimentos [...]” e, dessa forma, “[...] reúnem elementos essenciais à orientação das decisões no setor” (DEL NERO, 1995, p. 9).

Além disso, a economia possui papel fundamental no que tange a análise das dinâmicas de mercado existente na provisão dos serviços de saúde. Assim, com o estudo da área da saúde partindo da ótica econômica, é possível compreender, por exemplo: i) as relações entre oferta e demanda existentes no setor; ii) o interesse comercial atrelado aos agentes que fornecem equipamentos, medicamentos ou serviços; iii) atuação dos planos e seguros de saúde, tal qual a atribuição de profissionais da área na decisão de consumo dos pacientes (MENDES *et al.*, 2006).

A economia da saúde, conforme sinalizado por Del Nero (1995), não é restrita somente a uma única definição. Segundo ele, o conceito de maior abrangência da área diz respeito a “[...] a aplicação do conhecimento econômico ao campo das ciências da saúde, em particular como elemento contributivo à administração dos serviços de saúde” (DEL NERO, 1995, p. 20).

Ademais, outra designação discutida para a economia da saúde é a de que essa é “[...] o estudo das condições ótimas de distribuição dos recursos disponíveis para assegurar à população a melhor assistência à saúde e o melhor estado de saúde possível, tendo em conta meios e recursos limitados” (DEL NERO, 1995, p. 20). Dessa forma, a economia da saúde também está diretamente ligada com o aprimoramento do processo decisório relacionado à transferência de recursos para o financiamento do setor.

Ao partir destes pressupostos de Del Nero (1995), Silva (2001) salienta que esse campo do conhecimento visa “[...] quantificar por períodos de tempo os recursos empregados na prestação de serviços de saúde, sua organização e financiamento [...]”, analisar a eficiência em que esses recursos são distribuídos e

utilizados para esse fim e, posteriormente, identificar os efeitos provocados na saúde individual e coletiva (SILVA, 2001, p.7).

No que diz respeito às problemáticas que a economia da saúde, deve-se ressaltar: i) qual a quantidade de recursos que um país deve gastar com a saúde; ii) como deve ser feito o financiamento dos gastos em saúde; iii) qual é a demanda e a oferta de serviços em saúde (DEL NERO, 1995).

Silva (2001) aponta que a economia da saúde já foi considerada uma área de estudo mais bem consolidada em países desenvolvidos, comparativamente com os demais países. Por sua vez, a relevância do debate em saúde promovido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) reforçou a necessidade da criação de políticas públicas em saúde cada vez mais efetivas, promovendo a discussão e o sólido desenvolvimento do campo da economia da saúde em países da América Latina e Ásia.

As discussões relacionadas a economia da saúde iniciaram no Brasil em algumas instituições universitárias, em maior parte, no início dos anos 80. De acordo com Mendes *et al.* (2006), a junção da economia e saúde pública no país também foi promovida através do interesse por parte do IPEA em desenvolver um método a fim de avaliar o gasto federal na área social no final dos anos de 1980.

Posteriormente, com a criação da ABRES (Associação Brasileira de Economia da Saúde) no ano de 1989 – um ano após a criação do SUS – foi possível adensar ainda mais este campo de estudo, pois foram publicados materiais especializados na área e a promoção de eventos científicos, de forma a destacar a importância das discussões em economia da saúde para o desenvolvimento do país (SILVA, 2001). Dessa forma, como disciplina à parte, a economia da saúde se desenvolveu no Brasil após os anos de 1990, paralelo à institucionalização e formação do SUS (MENDES *et al.*, 2006).

Mendes *et al.* (2006) afirmam, portanto, que a economia da saúde no Brasil se debruçou em pesquisas relativas ao financiamento e gestão do SUS, uma vez que essa:

deve ser entendida como o ramo do conhecimento que otimiza as ações de saúde e a distribuição dos recursos disponíveis, garantindo a população melhor assistência à saúde e o melhor estado de saúde. Dessa ideia, a

economia da saúde passa a considerar tópicos relevantes para seu campo de aplicação no País e incorporá-los na agenda dos projetos de pesquisa. (MENDES et al., 2006, p. 275).

### 3 SISTEMAS DE SAÚDE

Um sistema de saúde pode ser definido como “um conjunto de instituições, ações e programas sociais que contemplam entes privados e públicos” [...], onde este está diretamente relacionado com a “conjuntura de funcionamento dos serviços de saúde em um país” (ARAÚJO *et al.*, 2017, p. 15). Para Paim (2019), os sistemas de saúde públicos e de acesso universal são consideradas conquistas posteriores à Era de Ouro do Capitalismo, período entre 1950 e 1973 em que se inicia um movimento de reconhecimento dos direitos sociais e o desenvolvimento do Estado de Bem-Estar Social.

Em alguns países da Europa, a inclusão da saúde como um direito, tal qual o processo universalização dos serviços de saúde ocorreram a partir dos anos 1960. No Reino Unido, o sistema nacional de saúde de acesso universal é considerado referência devido às características do seu funcionamento, pois opera com “financiamento fiscal, estrutura centralizada e oferta regionalizada” (GIOVANELLA *et al.*, 2018, p. 1767).

De acordo com Santos e Melo (2018), as políticas públicas da área da saúde são fundamentais, uma vez que estão diretas ou indiretamente relacionadas com todos os aspectos da vida dos indivíduos e abrangem “[...] comportamentos e ações que contribuem para a melhoria do estado de saúde, incluindo as atividades econômicas e produtivas a ela relacionadas” (SANTOS; MELO, 2018, p. 80).

Neste capítulo – organizado em duas seções – será apresentado brevemente, na Seção 3.1, os principais apontamentos a respeito do financiamento dos sistemas de saúde de países selecionados, visando compreender a sua estrutura e contribuição financeira da esfera pública para o seu funcionamento. Em seguida, na Seção 3.2, será apresentado e discutido sobre financiamento do SUS e da saúde no Brasil, a fim de corroborar com o entendimento das ações governamentais realizadas no enfrentamento à Covid-19.

### 3.1 SISTEMAS DE SAÚDE INTERNACIONAIS

Foram selecionados sistemas de países que possuem similaridades pontuais no que diz respeito a sua característica de financiamento, provimento de serviços e formas de acesso às ações e serviços de saúde pela população. Portanto, a seguir, serão apresentadas as características principais dos sistemas de saúde do Reino Unido, Canadá, França, Suécia e Austrália, nessa ordem.

O Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido – *National Health Service (NHS)* – remete a características comuns ao SUS onde, de acordo com Tanaka e Oliveira (2007), muito pontua-se que o NHS serviu de modelo para a criação e implementação do sistema de saúde brasileiro. Tal como o SUS, o NHS parte de sua característica de acesso universal e, ainda, por ser um sistema de saúde público, tendo como “princípios básicos definidores: universalidade, integralidade e gratuidade” (TANAKA; OLIVEIRA, 2007, p. 8).

Criado em 1948, o NHS assegura aos cidadãos e residentes no Reino Unido que a saúde é um direito. Assim, como este é “[...] o primeiro sistema de saúde baseado na seguridade social, o NHS é considerado um sistema universal e público de saúde paradigmático no cenário mundial” (OLIVEIRA; QUEIROZ, 2022, p. 178).

Em relação ao financiamento do NHS, grande parte dos recursos aplicados provém de fontes governamentais, sobretudo via recolhimento de impostos e pelo sistema de seguridade social. O Departamento de Saúde e Assistência Social – *Department of Health and Social Care* – é responsável pelo financiamento das ações em saúde, sendo a administração e supervisão do NHS realizada por outro órgão governamental denominado de *NHS England* (OLIVEIRA; QUEIROZ, 2022).

Apesar dos princípios norteadores de universalidade e gratuidade, segundo Tanaka e Oliveira (2007), o único gasto dos cidadãos britânicos ao utilizar o NHS está relacionado a uma taxa por prescrição de medicamentos. Portanto, uma pequena parcela dos recursos obtidos decorre de fontes privadas de financiamento. Através de informações publicados pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), de acordo com Oliveira e Queiroz (2022, p. 180) “[...] em 2017, no Reino Unido, 78,8% do financiamento da saúde foi público e 15,9% foi privado, este último é considerado baixo se comparado aos dos países da União Europeia.

Entretanto, no ano de 2010 iniciou-se uma reforma no sistema de saúde inglês a partir do contexto internacional da crise de 2008, aliada a implementação de medidas de austeridade fiscal. O valor estimado que o NHS deixou de receber devido às políticas de corte sancionadas foi de 20 milhões de libras durante um período de cinco anos (GIOVANELLA; STEGMÜLLER, 2014). Além disso, os efeitos de tais medidas de restrição de gastos foram experienciados nas ações de enfrentamento à Covid-19 (OLIVEIRA; QUEIROZ, 2022).

Por sua vez, o sistema de saúde do Canadá, tal como o NHS, também tem como um dos seus princípios básicos a universalidade. No país, a discussão acerca da implementação de um regime universal de saúde entrou em pauta em 1966, a partir da elaboração de uma lei por parte do governo federal onde foi estabelecido a realização de transferências para as províncias, que por sua vez, realizariam a gestão do sistema de saúde da sua região (FALEIROS, 2010).

Posteriormente, uma nova lei federal publicada pelo governo canadense estabeleceu os princípios básicos do sistema de saúde em 1984, sendo a: “[...] administração pública, integralidade, universalidade, transferibilidade e acessibilidade [...]” (FALEIROS, 2010, p. 201). Portanto, a legislação do país assegura que todos os residentes possuam acesso aos serviços em saúde através do seguro de saúde vigente (SOLÓRZANO, 1997).

Denominado por *Medicare*, o sistema é financiado, em sua grande parte, através do recolhimento de impostos e transferências fiscais entre o governo federal e os governos provinciais do país. No que diz respeito a assistência médica, é de responsabilidade do governo federal canadense: “[...] a fixação e administração de princípios ou normas nacionais do sistema de assistência médica [...] assistindo no financiamento dos serviços de assistência médica provinciais” (PÊGO-FERNANDES; BIBAS, 2011, p. 167).

Conforme apontado por Glenngård (*apud* Lopes e Fahel, 2015), o sistema de saúde da Suécia foi estabelecido através do *Swedish Health and Medical Services Act* no ano de 1982 e, tais quais os sistemas do Reino Unido e Canadá, também com a premissa da universalidade, garantindo o acesso a saúde como um direito a toda a população do país. Além disso, o sistema “[...] se baseia em uma lógica de prevalência do papel do governo na provisão dos cuidados de saúde, o que é

articulado entre as três esferas independentes de governos” (LOPES; FAHEL, 2015, p. 144-145).

A respeito do financiamento do sistema de saúde sueco, esse é realizado através do recolhimento de impostos no âmbito governamental e, paralelamente, com os copagamentos que são efetuados pela população a partir da utilização de determinados serviços ou compras de medicamentos, sendo esse valor definido no âmbito estadual. Conforme pontuado por Glenngård:

Para cada tipo de copagamento há um teto anual definido. Em relação ao acesso a medicamentos, os indivíduos arcam com os custos integrais dos remédios eventualmente necessários até o teto anual de cerca de US\$169. Para gastos acima desse valor, o governo sueco passa a subsidiar gradualmente os medicamentos até chegar a 100% do valor dos remédios após o teto anual de US\$339, em 2013 (Glenngård *apud* Lopes e Fahel, 2015, p. 145).

O sistema de saúde francês, por sua vez, está englobado no sistema de seguridade social do país e seu funcionamento é baseado através de um seguro público compulsório coexistindo entre setor público e privado (PÊGO-FERNANDES; BIBAS, 2011). Denominado por *Assurance Maladie*, o sistema segue três princípios norteadores, sendo esses a “[...] igualdade de acesso, qualidade dos cuidados e solidariedade” (CORDILHA; LAVINAS, 2018, p. 2149).

Em relação ao seu funcionamento, o *Assurance Maladie* tem por característica o subsídio total ou parcial dos serviços em saúde utilizados pelos residentes no país, sejam eles oferecidos pelos setores públicos ou agentes privados. O subsídio total ou o reembolso parcial ocorre de acordo com a natureza do serviço contratado e, ainda, varia de acordo com a condição financeira e de saúde do indivíduo (CORDILHA; LAVINAS, 2018). A fim de contextualização, em relação aos valores subsidiados pode-se afirmar que:

Via de regra, a parcela dos custos assumida pelo setor público gira em torno de 70% do preço de referência estabelecido pela AM para consultas médicas e exames laboratoriais, 80% para hospitalização, 60% para serviços como óptica e ortopedia e até 100% para medicamentos. (CORDILHA; LAVINAS, 2018, p. 2149).

No tange que o seu financiamento, a principal fonte de receitas do sistema de saúde francês está relacionada com as contribuições compulsórias, que incidem

tanto sobre os trabalhadores, empregadores, aposentadorias e sobre o capital. Ainda, conforme pontuado por Cordilha e Lavinias (2018, p. 2150), “o financiamento da universalização do sistema deriva em grande medida da tributação das instituições de seguro complementar, sujeitas ao chamado *imposto de solidariedade*.”

Também assegurando acesso universal à população, o *Medicare* – sistema de saúde australiano – conta com a participação e responsabilidade dos três níveis de governo para gestão das ações em saúde (MASSUDA; TASCA; MALIK, 2022). O *Medicare*, segundo Oliveira (2015), é fundamental na oferta de serviços considerados como de atenção básica em saúde no país, sendo considerado um serviço misto de saúde com a participação da esfera pública e privada.

Em relação as responsabilidades dos entes governamentais para o funcionamento do sistema, o governo federal é encarregado pelo financiamento e apoio aos estados no que tange a prestação de serviços. A esfera estadual é responsável, em grande parte, pela gestão dos hospitais públicos e demais serviços que o envolvem. Posteriormente, os governos locais ficam responsabilizados pelos programas de prevenção e de imunização (MASSUDA; TASCA; MALIK, 2022).

### 3.2 BRASIL: O FINANCIAMENTO DO SUS

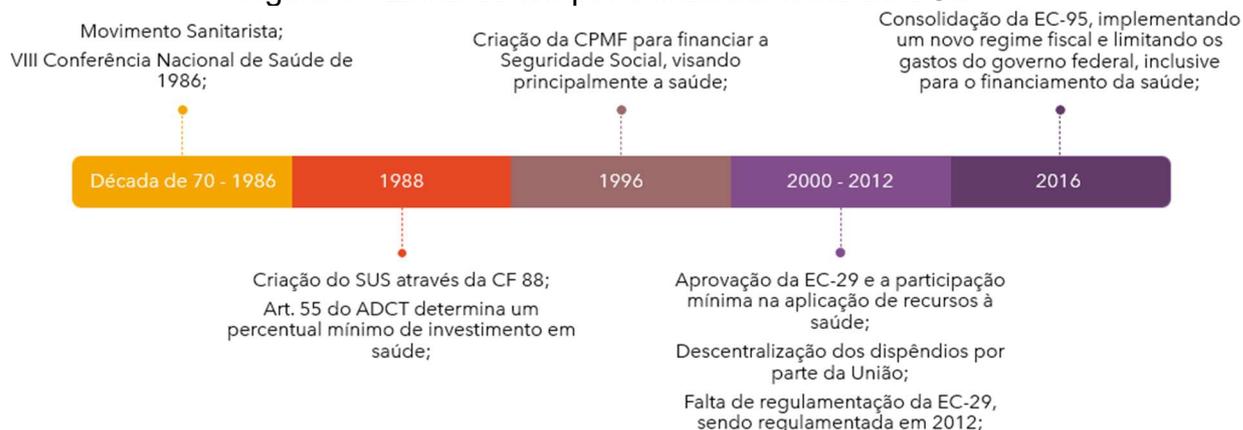
Conforme determinado pelo Art. 3º da Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, a saúde está ligada a fatores como o acesso à moradia, saneamento básico, alimentação, educação, transporte, trabalho e lazer. Ainda de acordo com o Art. 3º, “os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País” (BRASIL, 1990).

Na década de 70, o Movimento Sanitarista – formado por diversos representantes da área da saúde – trouxe à tona pautas relacionadas a reformulações consideradas necessárias no setor e que, posteriormente constituiriam a Reforma Sanitária (MARQUES; MENDES, 2012). Através da *VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986*, a participação popular definiu que a “[...] equidade, a descentralização, a universalidade e a integralidade das ações de saúde

[...]” MARQUES; MENDES, 2012, p. 348) seriam princípios norteadores para o movimento da Reforma Sanitária.

A criação do SUS através da promulgação da Constituição Federal (CF) de 1988 é considerado um dos marcos mais importantes das lutas sociais e democráticas brasileiras. Portanto, “a partir daí estava definida a universalização das ações e serviços de saúde, de responsabilidade do setor público, mas com o concurso do setor privado” (MARQUES; MENDES, 2012, p. 348). Através da Figura 1, é possível verificar os principais pontos que serão abordados no decorrer desta seção e que estão diretamente ligados com a história do financiamento do SUS.

Figura 1 - Linha do tempo: o financiamento do SUS



Fonte: Marques; Mendes (2012). Cordilha; Lavinias (2018). Piola *et al.* (2013). Cunha (2014). Menezes; Morretti; Reis (2020); Mariano (2019). Elaborado pelo autor.

A respeito do financiamento, o Art. 55 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) de 5 de outubro de 1988 determinou, pela primeira vez na história do país, um percentual de investimento para as ações e políticas em saúde. Enquanto a lei de custeio da Seguridade Social não fosse regulamentada, definiu-se que ao menos 30% do orçamento da Seguridade Social seria destinado ao setor da saúde (BRASIL, 1988).

Todavia, o percentual de 30% proposto pelo Art. 55 não foi efetivado em 1989, atingindo esse patamar somente em 1992, uma vez que foram incluídas outras ações no cálculo do que seria o orçamento destinado para a saúde pública, como por exemplo os dispêndios de saneamento básico, merenda escolar, dentre outros (PIOLA *et al.*, 2013).

Entre 1989 e 1992, os recursos para o financiamento das ações e serviços públicos em saúde estavam concentrados principalmente na União. Entretanto, a insuficiência de recursos em 1993 – dado pelo “fim da solidariedade das contribuições previdenciárias para o orçamento da saúde” (CUNHA, 2014, p. 142) – fez com que fosse necessário encontrar uma alternativa para os cofres públicos efetivarem o financiamento da saúde.

Em 1996, foi criada a CPMF (Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira) – Lei 93.11 de 24 de outubro de 1996 – para financiar a Seguridade Social, visando principalmente a área da saúde. Dessa forma, a arrecadação da CPMF seria destinada, fundamentalmente, para o Fundo Nacional da Saúde e seria uma das principais fontes de recurso para o Ministério da Saúde (MS). Em 1997, por exemplo, 27,8% dos recursos em saúde advinham da contribuição provisória (PIOLA *et al.*, 2013).

Entretanto, é pertinente ressaltar que durante a vigência da CPMF, essa “[...] não resultou em aumento de recursos, porque, na proporção que o dinheiro da nova contribuição entrava, havia redução de participação de outras contribuições sociais no financiamento federal [...]” (BRASIL, 2013, p. 10). Dessa forma, o montante executado através da CPMF foi mais efetivo visando manter a estabilidade dos recursos destinados ao financiamento da saúde, do que, de fato um incremento de valores propriamente dito (PIOLA *et al.*, 2013).

A aprovação da Emenda Constitucional nº 29 (EC-29) em 2000 visava estabelecer uma participação mínima na aplicação de recursos à saúde. De acordo com o texto, foram definidos os percentuais mínimos de investimento, que seriam incrementados de forma gradativa. Dessa forma, em 2004, 15% das receitas de impostos dos municípios e 12% das receitas de impostos dos estados e Distrito Federal deveriam ser destinadas à saúde (MENEZES; MORRETTI; REIS, 2020).

Para a União, o percentual definido a ser investido em ASPS (ações e serviços públicos de saúde) inicialmente seria “[...] o aporte de, ao menos, 5% em relação ao orçamento empenhado do período anterior; para os seguintes, o valor apurado no ano anterior seria corrigido pela variação do PIB nominal” (MARQUES; MENDES, 2012, p. 354,). Portanto, a EC-29 visava ampliar os recursos a fim de fortalecer o financiamento da saúde, uma vez que as três esferas do governo estariam responsabilizadas na sustentação do SUS.

Entre os anos de 2000 e 2010, houve um acréscimo na participação dos municípios e estados no financiamento da saúde pública, gerando uma descentralização dos dispêndios por parte da União no decorrer desse período. Segundo Servo *et al.* (2011), a União participava em cerca de 63% dos gastos em 1996, sendo 20,7% e 16,4% representando os gastos de estados e municípios, respectivamente. Após a aprovação da EC-29 em 2000, a participação da união no gasto público total destinado à saúde decresceu ano a ano, atingindo 45% em 2011.

Em contrapartida, de acordo com Piola *et al.* (2013), o montante destinado ao financiamento das ASPS poderia ter sido maior caso a União, estados e municípios cumprissem o que era previsto na EC-29. A estimativa de aplicação de recursos na área da saúde por parte dos estados, por exemplo, atingiu o percentual de 9,6% em 2006, sendo que estabelecido pela emenda, deveriam ser destinados no mínimo 12%.

Portanto, constata-se que, mesmo após a aprovação da EC-29 no ano de 2000, a destinação de recursos especificada não foi devidamente cumprida devido à falta de regulamentação da emenda. Dessa forma, no ano seguinte após a sua aprovação verificou-se que:

[...] o Conselho Nacional de Saúde reuniu a Associação dos Tribunais de Contas (Atricon), o Ministério Público Federal, as assessorias técnicas da Câmara e do Senado, os conselhos dos secretários estaduais e municipais de Saúde (Conass e Conasems) e as secretarias do Ministério da Saúde com o objetivo de dar efetivo cumprimento da EC nº 29 pelos agentes públicos. (BRASIL, 2013).

As ações evasivas por parte dos órgãos públicos devido à falta de regulamentação da emenda fizeram com que o percentual de recursos destinados à saúde não fosse cumprido em sua totalidade nos anos seguintes. Outros debates entraram em pauta do grupo de discussão técnica – formado pelos órgãos citados anteriormente – para a regulamentação da emenda após sua promulgação, o que deu origem ao documento *Parâmetros Consensuais para Regulamentação e Implementação da EC nº 29/2000* (BRASIL, 2013).

Somente no ano de 2012 a EC-29 foi regulamentada através da Lei Complementar nº 141 que assegura a participação das três esferas governamentais no financiamento do SUS (MENDES, 2013). O percentual de recursos dos estados, Distrito Federal e municípios segue conforme já estabelecido anteriormente, sendo

12% e 15% das receitas, respectivamente. Já para a União, o percentual corresponde a variação nominal do PIB no ano anterior ao da lei orçamentária anual (BRASIL, 2013).

A Lei Complementar nº 141 também promove outros avanços, como por exemplo a listagem e [...] a definição clara do que são ações e serviços públicos de Saúde e fontes de financiamento do SUS” (BRASIL, 2013, p. 65), evitando tentativas de inclusão de outras ações nos gastos em saúde. Por fim, a lei sinaliza em vista do cumprimento do percentual mínimo que deve ser investido em saúde pelas esferas governamentais, uma vez que:

[...] ficou definido que aqueles entes que descumprirem o valor mínimo previsto para ser gasto em ações e serviços públicos de saúde daquele ano deverão compensar esta diferença no ano seguinte, sem que esta diferença entre na contabilidade do valor gasto nesse ano. (PIOLA *et al*, 2013, p. 32).

Posteriormente, com a consolidação da EC-95 em 16 de dezembro de 2016 que implementou um novo regime fiscal impondo limite de gastos do governo federal. De acordo com Mariano (2019), apenas será possível o incremento de investimentos em uma área se, por sua vez, sejam realizados cortes em outra. Portanto, a expansão dos serviços públicos em saúde pode ser comprometida, uma vez que “as novas regras desconsideram, portanto, as taxas de crescimento econômico, como também as demográficas pelos próximos 20 vinte anos [...]” (MARIANO, 2019, p. 261).

Segundo Menezes, Moretti e Reis (2020), em toda a sua história, o SUS nunca recebeu a parcela de financiamento necessário para o funcionamento de um sistema de saúde de acesso universal, a fim de garantir o que foi estabelecido pela Constituição. Ainda, para Fernandes e Pereira (2020), as discussões acerca do financiamento adequado do SUS estão presentes desde a sua institucionalização, tais quais as tensões acerca da temática relacionadas a contenção de gastos.

## 4 GASTOS PÚBLICOS EM SAÚDE NO PERÍODO PRÉ-PANDEMIA

Neste capítulo é apresentado os dados referentes aos gastos públicos do Brasil e países selecionados a fim de analisar e comparar as despesas executadas na área da saúde. O intervalo de análise selecionado são os anos de 2015 a 2019, estabelecendo esse como sendo o período “pré-pandemia”. Os gastos em saúde durante a pandemia serão analisados no capítulo seguinte.

A análise dos gastos públicos em saúde nesse período é apresentada em duas seções. Na primeira, os dados são apresentados segundo a COFOG e restringem-se aos gastos do governo federal. Na segunda, a categorização dos dispêndios é apresentada de acordo com o SHA 2011, abordando os gastos públicos do governo geral, que inclui União, Estados e Municípios. Em ambas as seções são apresentados, inicialmente, os dados do governo brasileiro para, posteriormente, discutir comparativamente os gastos de países selecionados.

### 4.1 GASTOS PÚBLICOS EM SAÚDE SEGUNDO A COFOG

Conforme assinalado, a análise do gasto público em saúde é feita inicialmente a partir das bases de dados<sup>1</sup> organizadas de acordo com a COFOG. A classificação foi desenvolvida em 1999 pela OCDE e Organização das Nações Unidas (ONU), posteriormente sendo publicada pela Divisão Estatística das Nações Unidas (UNSD) (BRASIL, 2021).

A COFOG é uma classificação detalhada das funções do governo e possui três níveis explicativos: as divisões, os grupos e as classes. As divisões estão relacionadas com os objetivos gerais do governo, enquanto os grupos e classes são considerados mais específicos pois definem como esses objetivos gerais serão alcançados (EUROSTAT, 2019). Uma vez que a classificação segue um padrão internacional, é possível executar comparações entre diferentes países através dos dados publicados.

---

<sup>1</sup> A base de dados seguindo a COFOG é encontrada no portal IMF Data e OECD.stat. Disponível em: <https://data.imf.org/> e <https://stats.oecd.org/>, respectivamente. Para os dados brasileiros seguindo a COFOG, foi utilizada a base de dados disponibilizada no portal Tesouro Nacional Transparente, visto o maior grau de detalhamento obtido dos dados publicados. Disponível em: <https://www.tesourotransparente.gov.br/publicacoes/cofог-despesas-por-funcao-do-governo-central/> Acesso em: 08 ago. 2022.

A divisões abrangem 10 grandes objetivos socioeconômicos do governo, podendo fragmentar-se em até 9 grupos ou subfunções. Além disso, existe “[...] a possibilidade de uma desagregação adicional (terceiro nível), com maior grau de detalhamento, sendo recomendado para estudos setoriais mais específicos” (BRASIL, 2018, p. 9).

Dessa forma, “a análise das despesas por função revela quanto o governo central gasta em suas áreas de atuação, como educação, saúde, proteção social, etc” (BRASIL, 2019, p. 1). Um ponto metodológico relevante acerca das bases de dados utilizadas neste trabalho e que seguem essa classificação diz respeito aos gastos dos governos que:

[...] refletem diferentes arranjos federativos (governos centralizados ou federados), sistemas de governo (parlamentarismo ou presidencialismo), tamanho da população e do território, entre outros. Deve-se, portanto, ter cautela a fim de não produzir comparações espúrias. (BRASIL, 2022).

Uma vez que “[...] a estrutura da COFOG se preocupa com a natureza funcional do gasto público, independentemente da organização institucional do Estado” (BRASIL, 2018, p. 12), é possível realizar estudos comparativos dos dispêndios setoriais de diferentes países. Sendo assim, a fim de realizar uma análise comparativa dos gastos públicos em saúde, o critério de seleção inicial dos países para este trabalho diz respeito àqueles que possuem sistemas de saúde de acesso universal ou que possuam outras similaridades com o SUS, no que diz respeito a sua característica de financiamento e provimento de serviços.

Segundo o Manual de Estatísticas de Finanças Públicas (MEFP) de 2014 – em inglês *Government Finance Statistics Manual (GFSM)* – os gastos do governo na área de saúde podem ser divididos em serviços prestados para indivíduos e em serviços prestados para um grupo ou sociedade em geral (CLERCK; WICKENS, 2015). De acordo com a COFOG, a área da “Saúde” é sinalizada como sendo a função 7 e é composta pelas subfunções ou grupos indicados no Quadro 1.

Quadro 1 – Subfunções da função saúde segundo a COFOG

<b>Função</b>	<b>Subfunção</b>
7 - Saúde	7.1 - Produtos, instrumentos e equipamentos médicos
	7.2 - Serviços ambulatoriais
	7.3 - Serviços hospitalares
	7.4 - Serviços de saúde pública
	7.5 - Pesquisa e desenvolvimento da saúde
	7.6 - Saúde não especificada

Fonte: CLERCK; WICKENS (2015), tradução nossa. Elaborado pelo autor.

Ainda, conforme Clerck e Wickens (2015), os gastos governamentais considerados prestação de serviços à indivíduos estão relacionadas com as subfunções 7.1 a 7.4, conforme sinalizado no Quadro 2. Já as funções 7.5 e 7.6 dizem respeito a serviços de caráter coletivo. Para melhor entendimento, os serviços coletivos referem-se ao desenvolvimento de pesquisas em saúde, criação e execução de normas para clínicas e hospitais, monitoramento e suporte em políticas governamentais, dentre outros.

Quadro 2 – Desagregação em terceiro nível segundo a COFOG

<b>Subfunções</b>	<b>Classes</b>
7.1 Produtos, instrumentos e equipamentos médicos	7.1.1 - Produtos farmacêuticos 7.1.2 - Outros produtos médicos 7.1.3 - Aparelhos e equipamentos
7.2 Serviços ambulatoriais	7.2.1 - Serviços médicos gerais 7.2.2 - Serviços médicos especializados 7.2.3 - Serviços odontológicos 7.2.4 - Paramédicos
7.3 Serviços hospitalares	7.3.1 - Serviços hospitalares gerais 7.3.2 - Serviços hospitalares especializados 7.3.3 - Serviços e centros de maternidade 7.3.4 - Serviços de enfermagem e idosos
7.4 Serviços de saúde pública	7.4.0 - Consiste na administração, operação e suporte de serviços em saúde pública, incluindo a disseminação de informações pertinentes em saúde.
7.5 Pesquisa e desenvolvimento da saúde	7.5.0 - Consiste na administração, operação e suporte a instituições que desenvolvam pesquisas aplicadas e experimental relacionados à saúde.
7.6 Saúde não especificada	7.6.0 - Consiste na administração, operação e suporte na formulação de políticas em saúde, questões orçamentárias, estatísticas em saúde e promoção de informações de saúde pública

Fonte: CLERCK; WICKENS (2015), tradução nossa. Elaborado pelo autor.

De acordo com essa classificação, os dados do governo são categorizados em governo central, estadual e local, formando o governo geral. Uma vez que os dados disponibilizados referente à execução dos gastos do Brasil de acordo com a COFOG abrangem somente o governo central ou, também, denominado por governo federal – não levando em consideração o dispêndio efetuado pelas demais esferas governamentais – os dados dos países selecionados também seguiram somente essa dimensão, visando reduzir análises e comparações equivocadas.

A fim de contextualização, o orçamento do governo central brasileiro é [...] “composto por todas as unidades que integram o Orçamento Fiscal e da Seguridade Social, exceto o Banco Central do Brasil [...] (BRASIL, 2022, p. 4). É pertinente pontuar que as despesas do governo central brasileiro são extraídas do Sistema de Administração Financeira do Governo Central (SIAFI) para a publicação do *Boletim Anual de Despesas por Função do Governo* pela STN (BRASIL, 2022).

A seguir, neste trabalho a análise das despesas orçamentárias é apresentada em dois momentos: o primeiro<sup>(i)</sup> diz respeito aos dispêndios das funções do governo em relação a despesa total de acordo com a COFOG. Já o segundo<sup>(ii)</sup> resgata os gastos totais em relação ao PIB, discorrendo acerca dos dados do Brasil e, posteriormente, é feita uma análise comparativa com países selecionados.

(i) Os dados apresentados na Tabela 1 são referentes ao percentual dos gastos de cada função do governo central em relação a despesa total. Pode observar-se que os valores alocados à saúde sofreram leve incremento entre o período de 2015 e 2019, passando de 5,79% para 6,68% em relação a despesa total. É pertinente ressaltar que nessa função, em grande parte, “[...] o gasto do governo central é condicionado pelas transferências do SUS aos fundos estaduais e municipais de saúde [...]” (BRASIL, 2021, p. 7).

Tabela 1 – Gastos do governo central em relação a despesa total segundo a COFOG - Brasil (em porcentagem)

Funções do governo	2015	2016	2017	2018	2019
Despesa total	100	100	100	100	100
Serviços públicos gerais	45,64	41,39	39,53	39,91	36,86
Defesa	1,87	1,87	2,00	1,99	2,00
Ordem pública	3,00	3,28	3,29	3,23	3,40
Assuntos econômicos	3,40	3,44	2,94	3,30	4,10
Proteção ambiental	0,27	0,29	0,26	0,21	0,22
Habitação	0,31	0,30	0,21	0,22	0,23
<b>Saúde</b>	<b>5,79</b>	<b>6,21</b>	<b>6,27</b>	<b>6,45</b>	<b>6,68</b>
Lazer, cultura e religião	0,23	0,22	0,17	0,16	0,14
Educação	6,72	6,86	6,83	6,81	6,93
Proteção social	32,77	36,14	38,49	37,70	39,45

Fonte: Tesouro Transparente (2022). Adaptado pelo autor.

Ainda referente ao percentual dos gastos com saúde do governo central em relação à despesa total, no contexto internacional o Brasil fica abaixo dos gastos de países selecionados<sup>2</sup> da OCDE (Tabela 2). Nesses países, a média dos dispêndios varia entre 9,7% e 10,5% em relação ao total entre o período de 2015 a 2019 (OECD, 2022). O percentual de gastos brasileiro em relação à despesa total também é menor quando comparado com países que possuem sistemas de saúde de acesso universal semelhantes ao SUS, como Austrália e Reino Unido. Para esse último, a variação foi de 19,25% no ano de 2015 e passando para 20,53% no ano de 2019.

Tabela 2 – Gastos em saúde do governo central em relação a despesa total segundo a COFOG - Brasil e países selecionados (em porcentagem)

Países	2015	2016	2017	2018	2019
Austrália	15,01	15,62	15,89	15,70	15,01
<b>Brasil</b>	<b>5,79</b>	<b>6,21</b>	<b>6,27</b>	<b>6,45</b>	<b>6,68</b>
Média OCDE	9,70	9,99	10,10	10,33	10,50
Reino Unido	19,25	19,70	19,74	19,94	20,53
Suécia	3,90	4,0	4,01	4,47	4,64

Fonte: Tesouro Transparente (2022); OECD (2022); IMF Data (2022). Elaborado pelo autor.

<sup>2</sup> O critério de seleção utilizado está relacionado com similaridades pontuais entre os sistemas de saúde desses países, no que diz respeito a sua característica de financiamento, provimento de serviços ou de acesso pela população.

Quando analisados os percentuais das subfunções que compõe a função saúde, àquela que corresponde a mais da metade dos gastos é a relacionada com as despesas de serviços hospitalares, variando de 52,98 % no ano de 2015 e atingindo 55,01% no ano de 2019. Os dispêndios referentes aos serviços fornecidos pelo SUS, como consultas, exames, internações e demais tratamentos de média e alta complexidade estão inclusos nessa subfunção (TESOURO TRANSPARENTE, 2022).

Em seguida, a subfunção com o segundo maior percentual de despesas refere-se aos serviços ambulatoriais, atingindo um patamar de 16,62% e variando até 18,55% nesse mesmo período em relação ao total da função saúde. Esses dispêndios estão ligados com o “[...] Piso de Atenção Básica Variável e Fixo e o [...] Programa Mais Médicos, ações financiadas pelo governo federal, mas executadas no nível local” (BRASIL, 2018, p. 39)

(ii) Quando feita a análise da despesa em relação ao PIB (Tabela 3) percebe-se que os gastos se mantiveram sem alterações significativas entre os anos de 2015 e 2019 para a função saúde no Brasil. É possível verificar, ainda, um decréscimo entre o período de 2016 e 2017 de 0,04 pontos percentuais, passando para 2,16% em relação ao valor total no ano seguinte e mantendo este patamar no ano de 2019.

Tabela 3 – Gastos do governo central em relação ao PIB segundo a COFOG - Brasil  
(em porcentagem)

Funções do governo	2015	2016	2017	2018	2019
Despesa total	35,08	34,49	33,45	33,45	32,30
Serviços públicos gerais	16,01	14,28	13,22	13,35	11,91
Defesa	0,65	0,65	0,67	0,67	0,64
Ordem pública e segurança	1,05	1,13	1,10	1,08	1,10
Assuntos econômicos	1,19	1,19	0,98	1,10	1,32
Proteção ambiental	0,09	0,10	0,09	0,07	0,07
Habitação	0,11	0,10	0,07	0,07	0,07
<b>Saúde</b>	<b>2,03</b>	<b>2,14</b>	<b>2,10</b>	<b>2,16</b>	<b>2,16</b>
Lazer, cultura e religião	0,08	0,08	0,06	0,05	0,04
Educação	2,36	2,37	2,29	2,28	2,24
Proteção social <sup>3</sup>	11,50	12,46	12,88	12,61	12,74

Fonte: Tesouro Transparente (2022). Adaptado pelo autor.

<sup>3</sup> Os gastos com proteção social estão ligados, em grande parte, com o pagamento de aposentadorias e pensões.

Quando comparados os dispêndios do Brasil com os recursos alocados por outros países – seguindo a análise em relação ao PIB – os gastos brasileiros em saúde podem ser considerados relativamente baixos, dada a complexidade do financiamento de um sistema de saúde de acesso universal e gratuito. Na Tabela 4 é possível observar que, no contexto internacional – com exceção da Suécia – o governo central do Brasil possui gasto inferior em relação aos demais países selecionados, que também possuem sistemas de saúde com características de acesso semelhantes ao brasileiro.

Tabela 4 – Gastos em saúde do governo central em relação ao PIB - Brasil e países selecionados (em porcentagem)

<b>País</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>
Austrália	4,01	4,06	4,14	4,17	4,13
<b>Brasil</b>	<b>2,03</b>	<b>2,14</b>	<b>2,10</b>	<b>2,16</b>	<b>2,16</b>
Reino Unido	7,47	7,42	7,34	7,37	7,56
Suécia	1,16	1,18	1,18	1,32	1,36

Fonte: Tesouro Transparente (2022); OECD (2022); IMF Data (2022). Elaborado pelo autor.

É pertinente ressaltar que, dentre os países selecionados, há a ocorrência de heterogeneidade no que diz respeito à esfera governamental que possui maior predominância dos gastos na função saúde. Dessa forma, as despesas podem ser concentradas tanto no governo central ou, como no caso da Suécia, o financiamento da saúde é realizado, majoritariamente, a nível estadual e municipal. Sendo assim, verifica-se que o percentual das despesas do governo central em relação ao PIB da Suécia na função saúde é consideravelmente menor, quando comparado com os demais países selecionados.

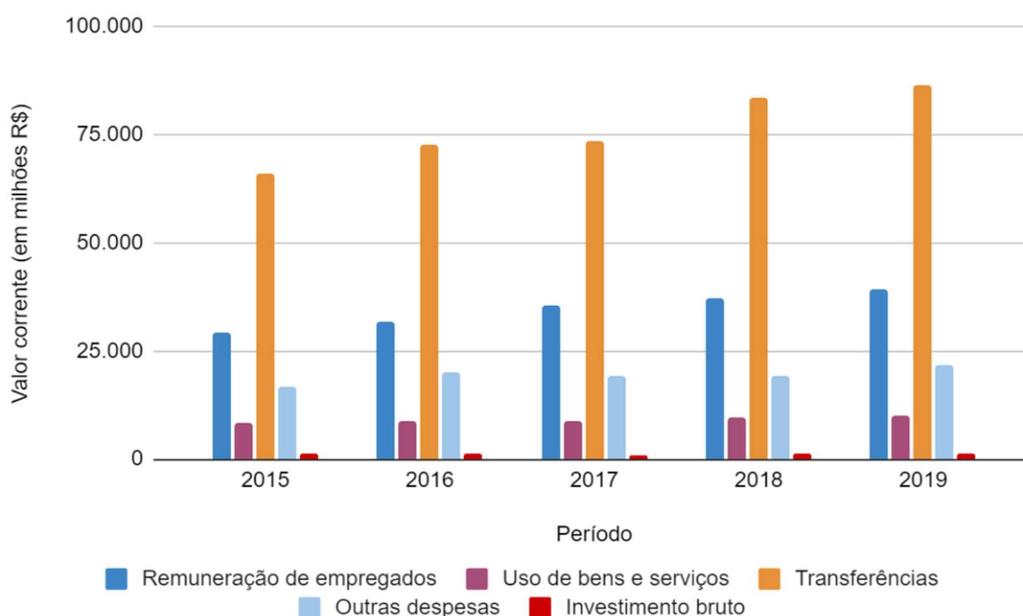
Ainda, alguns dos países selecionados previamente para a análise comparativa – como Canadá e França – que possuem sistemas de saúde com características pontuais semelhantes ao brasileiro, não dispõem de dados segundo a COFOG somente das despesas do governo central, e sim, do governo geral que inclui outras esferas governamentais. Dessa forma, ambos não foram considerados na Tabela 4 e são incluídos na revisão através do SHA 2011, apresentado na seção seguinte.

Outro ponto pertinente observado nos dados disponíveis do governo central brasileiro segundo a COFOG diz respeito à análise por classificação econômica e funcional das funções do governo. Na Figura 2 é possível identificar “[...] uma característica marcante do sistema de saúde brasileiro: a natureza descentralizada dos gastos, financiados em parte por recursos do governo federal” (BRASIL, 2018, p. 37).

Também é possível verificar “[...] quais insumos o governo utiliza para desempenhar suas funções” (BRASIL, 2018, p. 8). Dessa forma, na função saúde entre o período de 2015 a 2019, grande parte das despesas do governo federal foi classificada economicamente como transferências e repasses constitucionais tanto para estados como para municípios (TESOURO TRANSPARENTE, 2022).

Em seguida das transferências, a “remuneração de empregados” é a segunda categoria econômica de maior predominância dos gastos do governo central na função saúde. É pertinente ressaltar que o item “Outras despesas” sinalizado na Figura 2 se refere à aglutinação das categorias de subsídio, benefícios previdenciários e assistenciais e juros.

Figura 2 - Despesas em saúde do governo central brasileiro por classificação econômica



Fonte: Tesouro Transparente (2022). Elaborado pelo autor.

## 4.2 GASTOS PÚBLICOS EM SAÚDE SEGUNDO O SHA 2011

O SHA 2011<sup>4</sup> proposto pela OCDE, OMS e Eurostat é uma metodologia padrão mundial para mensuração dos gastos em saúde e possibilita a comparação de índices da área internacionalmente (OPAS, 2022). De acordo com definição apresentada no manual de referência do SHA 2011 – publicado pela OCDE – as contas em saúde de acordo com essa metodologia fornecem uma compreensão detalhada das funções da saúde e do seu esquema de financiamento (OECD; EUROSTAT; WHO, 2017).

Ao adaptar as contas de saúde de diferentes países em uma metodologia de padrão internacional, os estudos analíticos e comparativos tornam-se ainda mais precisos. Dessa forma, o SHA 2011 é considerado uma ferramenta para avaliação e monitoramento dos gastos em saúde, tal qual identificação das condições vigentes e perspectivas futuras a respeito da operação de sistemas de saúde de diferentes países (OECD; EUROSTAT; WHO, 2017).

Quando comparada com a metodologia apresentada na seção anterior, a primeira diferenciação identificada diz respeito as fontes de informação. O SHA 2011 utiliza de bases de dados públicas e privadas, diferentemente da COFOG que se baseia somente em fontes governamentais. Ainda, o SHA 2011 abrange todas as despesas e regimes de financiamento relacionados com a área da saúde, tanto públicos – contabilizando o governo central e as esferas subnacionais – como privados. A COFOG, por sua vez, categoriza somente os dispêndios em saúde que são financiados pelas unidades governamentais (EUROSTAT, 2019).

No caso do Brasil, os dados das contas em saúde adaptados e publicados segundo a SHA 2011 permitem análises comparativas com aproximadamente 190 países e, ainda, incrementa o Banco de Dados Global de Despesas em Saúde - *Global Health Expenditure Database* – da OMS. Dessa forma, a inserção das estatísticas brasileiras nesse banco de dados internacional favorece a discussão globalizada acerca das reformas dos sistemas de saúde, além de promover as agendas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da ONU (IPEA, 2022).

---

<sup>4</sup> A base de dados seguindo o SHA 2011 é encontrado no portal OECD.Stat. Disponível em: <https://stats.oecd.org/>. Acesso em: 02 set. 2022.

Ainda, de acordo com o IPEA (2022), essa metodologia possibilita que os dispêndios sejam organizados e classificados em sua finalidade (*Health Care Functions – HCF*), auxiliando no planejamento do custeio para cada uma dessas áreas. Posteriormente, os gastos são classificados a partir dos esquemas de financiamento (*Health Financing Schemes – HFS*) e, em seguida, quais são os prestadores que fornecem tais serviços em saúde (*Healthcare Providers – HP*) (OECD; EUROSTAT; WHO, 2017).

Embora os dados segundo o SHA 2011 compreendam tanto os gastos públicos como os privados em saúde, esta metodologia é também uma ferramenta importante para realizar análises somente dos dispêndios da esfera governamental, uma vez que a “forma de apresentar o gasto possibilita pensar a organização, a gestão e o financiamento da atenção à saúde no país e dialogar com o que está acontecendo no cenário mundial” (IPEA, 2022, p. 19).

As contas em saúde que são apresentadas segundo o SHA 2011 privilegiam “[...] a arquitetura institucional dos sistemas de saúde dos países, pautada pelos chamados regimes de financiamento, deixando em segundo plano a discussão da origem dos recursos” (IPEA, 2022, p. 21). De acordo com o manual do SHA 2011, os regimes de financiamento são classificados em: 1) regimes governamentais; 2) regimes baseados em pagamentos voluntários; 3) regimes de pagamento direto do bolso das famílias; 4) regimes de financiamento do resto do mundo ou não residentes (OECD; EUROSTAT; WHO, 2017).

No Brasil, **os regimes de financiamento governamentais** estão diretamente relacionados com o SUS – que possui acesso universal de serviços pela população – e, ainda, planos de servidores públicos não regulados pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar). São incluídos nesse regime, ainda, os seguros governamentais contributivos compulsórios que, apesar de pouco presentes no Brasil atualmente, fazem parte entidades como bombeiros e Forças Armadas (IPEA, 2022).

**Os regimes de pagamentos voluntários** estão relacionados com planos e seguros de saúde privados voluntários regulados pela ANS, de financiamento de instituições sem fins lucrativos e de financiamento que são realizados por empresas. Sendo assim, nesse agrupamento inclui-se o financiamento onde a contribuição é voluntária (IPEA, 2022). É pertinente ressaltar que, nessa categoria, os pagamentos

realizados do bolso das famílias não são computados, sendo incluídos no terceiro regime de financiamento.

**O desembolso direto das famílias** diz respeito ao regime de financiamento onde, a compra de um produto ou contratação de um serviço em saúde é realizado diretamente pelo usuário e assegurado através da sua renda familiar ou poupança (OECD; EUROSTAT; WHO, 2017). Também são incluídos nessa conta os copagamentos relacionados a programas governamentais como, no caso do Brasil, o Programa Farmácia Popular, onde o governo federal arca com a maior porcentagem do pagamento neste programa e o restante é financiado pelas famílias (IPEA, 2022).

Já **o regime de financiamento do resto do mundo ou não residentes** está relacionado com “[...] aportes de recursos externos ligados a organizações não governamentais (ONGs) [...] ou recursos de empresas especializadas em turismo médico, situadas em território nacional ou não” (IPEA, 2022, p. 25). Entretanto, no âmbito nacional, esse tipo regime ainda não foi mapeado.

De acordo com o manual de referência do SHA 2011, os recursos transacionados são identificados entre 9 categorias através da classificação das funções de cuidado de saúde que possibilitam a geração de indicadores pertinentes dos gastos por tipo de serviços em saúde. Dentre as categorias, essas ainda podem ser expandidas para classes que possibilitam um maior detalhamento dos dispêndios, vide o Quadro 3 (OECD; EUROSTAT; WHO, 2017).

Quadro 3 – Classificação das funções de cuidados de saúde e desagregação em classes segundo o SHA 2011

<b>Categorias</b>	<b>Classes</b>
HC1 - Atenção curativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Internações gerais; hospital-dia para diagnóstico e tratamento (exceto reabilitação e de longo prazo); atenção curativa ambulatorial e atendimentos gerais em domicílio;</li> </ul>
HC2 - Atendimentos de reabilitação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Internações em reabilitação; hospital-dia em reabilitação; atendimentos de reabilitação em regime ambulatorial e atendimentos domiciliares em reabilitação;</li> </ul>
HC3 - Cuidados de longo prazo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Internações de longo prazo e psicossociais; hospital-dia para cuidados de longo prazo e psicossociais; atendimentos ambulatoriais de longo prazo e psicossociais e cuidados de longo prazo e psicossociais domiciliares;</li> </ul>
HC4 - Atividades complementares ao diagnóstico e tratamento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exames laboratoriais clínicos e anatomopatológicos; exames de imagem e métodos gráficos; transporte de pacientes e inclusive subsídios e emergência;</li> </ul>
HC 5 - Medicamentos e artigos médicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos e artigos médicos não duráveis; órteses, próteses e outros dispositivos médico-hospitalares</li> </ul>
HC 6 - Atividades de vigilância, promoção e prevenção em saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programas de informação, educação e aconselhamento; programas de imunização; programas para detecção precoce de doenças; programas de monitoramento de populações saudáveis; programas de controle de vigilância epidemiológica e de risco e doença; programas de recuperação de desastres e responsabilidades emergenciais</li> </ul>
HC 7 – Gestão e regulação do sistema de saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestão do sistema de saúde; regulação do sistema de saúde;</li> </ul>
HC 9 – Outras atividades de saúde não classificadas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Outras atividades de saúde não especificadas anteriormente;</li> </ul>

Fonte: OECD, Eurostat e WHO (2017), tradução nossa. Adaptado pelo autor.

Nesta seção, os valores apresentados segundo o SHA 2011 se referem ao gasto público em saúde empregando o regime de financiamento governamental como filtro para a apresentação dos recursos executados somente nesse âmbito. Dessa forma, será apresentado <sup>(i)</sup>o dispêndio público brasileiro em saúde e, posteriormente, <sup>(ii)</sup>uma análise comparativa dos gastos em saúde do Brasil com países selecionados em relação ao PIB, conforme também abordado anteriormente na seção 4.1.

(i) Inicialmente, verifica-se que no período de 2015 a 2019, o gasto público brasileiro em saúde passou de R\$ 231,5 bilhões para R\$ 290,4 bilhões. O gasto total em saúde observado no país – incluindo todos os esquemas de financiamento, tanto públicos como privados – por sua vez, foi de R\$ 534,1 bilhões e avançou para R\$ 710,3 bilhões nesse mesmo período (OECD, 2022).

De acordo com o IPEA (2022), a participação do governo no financiamento da saúde em 2015 era de 44,8%, já a parcela de gastos privados atingiu 55,2%. Em 2019, verifica-se que o percentual dos dispêndios do governo caiu para 42,2%, aumentando para 57,8% a participação dos gastos privados no gasto total em saúde. É possível verificar dessa forma que, tanto em 2015 como em 2019, o gasto público em saúde foi menor que o gasto privado, onde nesse último se enquadram o desembolso direto das famílias e demais pagamentos voluntários.<sup>5</sup>

(ii) Quando analisados os gastos públicos em saúde no contexto internacional e em relação ao PIB, o Brasil fica abaixo dos países que possuem sistemas de saúde com características de acesso ou financiamento similares ao brasileiro, como Canadá, Reino Unido e Suécia. Apesar das diferentes formas de financiamento da saúde encontrada nesses países selecionados, é possível verificar que o dispêndio público brasileiro na área – que inclui o governo federal, estadual e municipal – ainda pode ser considerado baixo dada a universalidade de acesso às ações e serviços de atenção à saúde do SUS.

Conjuntamente, foram analisados os dados referentes ao gasto público em saúde de países latino-americanos, adicionando à discussão um contexto regional e socioeconômico com similaridades ao brasileiro. Portanto, foram incluídos os países da América Latina onde os dados referentes aos gastos públicos em saúde de 2015 a 2019 estavam disponíveis, sendo Argentina, Chile, Colômbia, Costa Rica e Peru, conforme apresentado na Tabela 5.

Apesar de não terem sido consideradas para esta análise as especificidades dos sistemas de saúde de cada um dos países latino-americanos, é possível verificar que o dispêndio público brasileiro em relação ao PIB – em torno de 3,9% – é menor comparativamente com os gastos da Argentina, Chile, Colômbia e Costa Rica, sendo somente superior ao Peru (OECD, 2022).

---

<sup>5</sup> Sobre os gastos públicos e privados com saúde das famílias brasileiras no período de 2000 a 2015 conferir Machado (2015). Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/158347>

Conforme apresentado na Tabela 5, o gasto público com saúde do Chile em relação ao PIB foi de 4,9% em 2015, subindo consideravelmente para 5,7% em 2019. A tendência de alta também foi verificada na Colômbia, onde os dispêndios governamentais em saúde passaram de 5,7% para 6,3% em relação ao PIB. Já na Argentina foi observada a dinâmica inversa, onde o percentual em 2015 caiu de 6,9% para 6,0% em 2019, principalmente devido à crise econômica e consequente redução do PIB do país (OECD, 2022).

Tabela 5 – Gasto público em saúde como proporção ao PIB segundo o SHA 2011 - Brasil e países selecionados (em porcentagem)

<b>País</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>
Argentina	6,9	5,6	6,6	6,0	6,0
Austrália	7,0	6,9	7,0	7,0	7,4
<b>Brasil</b>	<b>3,9</b>	<b>4,0</b>	<b>4,0</b>	<b>3,9</b>	<b>3,9</b>
Canadá	7,6	7,7	7,6	7,6	7,6
Chile	4,9	5,0	5,5	5,5	5,7
Colômbia	5,7	5,7	5,9	5,9	6,3
Costa Rica	5,7	5,5	5,3	5,4	5,3
França	9,4	9,5	9,4	9,3	9,3
Peru	3,0	3,0	3,0	3,2	3,2
Reino Unido	7,8	7,8	7,6	7,7	7,8
Suécia	9,1	9,1	9,1	9,3	9,2

Fonte: OECD (2022). Adaptado pelo autor.

De acordo com o IPEA (2022), nos países da OCDE a média dos gastos públicos em saúde representam 6,1% do PIB, enquanto os gastos privados 2,1% do PIB no ano de 2019. No Brasil os gastos em saúde apresentam dinâmica inversa em 2019: 3,9% do PIB corresponde ao gasto público e 5,7% do PIB refere-se ao regime privado de saúde (IPEA, 2022). Dessa forma, constata-se que o gasto público em saúde no Brasil em relação ao PIB fica abaixo da média dos países da OCDE e demais países da América Latina selecionados para a análise, exceto o Peru.

## 5 GASTOS PÚBLICOS EM SAÚDE DURANTE A PANDEMIA

O decreto de calamidade pública devido a Covid-19 foi publicado pelo governo federal em 20 de março de 2020, pouco tempo após a caracterização da doença como pandemia pela OMS. A primeira morte em decorrência da doença também foi anunciada em março, de acordo com a Agência Brasil (FUNCIA; BRESCIANI; BENEVIDES; OCKÉ-REIS, 2022). Em 30 de março de 2020, o Brasil havia registrado 5.639 casos confirmados da doença e 267 mortes, enquanto mundialmente, o coronavírus já havia infectado 500.050 mil pessoas, acumulando 37.734 mortes (WHO, 2022).

A fim de contextualizar o panorama da saúde nesse período sob gestão do governo Bolsonaro, quatro diferentes ministros assumiram a pasta da saúde, sendo eles: Luiz Henrique Mandetta, Nelson Teich, Eduardo Pazuello e Marcelo Queiroga. Tal fato gerou prejuízos para que o enfrentamento a Covid-19 pelos entes subnacionais seguisse diretrizes claras e orientações pré-definidas de responsabilidade do governo federal (OECD, 2021).

Dessa forma, as ações de combate à doença caracterizam-se principalmente pelo seu desencontro entre as esferas governamentais no que diz respeito “[...] às medidas de prevenção, controle e tratamento dos casos relacionados com a pandemia” (SERVO *et al.*, 2020, p. 115), acelerando o processo de disseminação do vírus e agravando a crise sanitária no ano de 2020. Em consequência frente ao tempo de resposta, o impacto da Covid-19 no sistema de saúde brasileiro, tal qual na economia, foi considerável (OCDE, 2021).

A taxa de mortalidade observada no país teve sua ascensão em abril de 2020, atingindo seu primeiro pico no mês de julho. Já em agosto, o número de infectados reduziu, apesar de manter-se relativamente alto. No mês de novembro, os casos passaram por um novo aumento, posteriormente atingindo a maior taxa de mortalidade desde o início da pandemia no mês de abril do ano seguinte (OCDE, 2021)

Segundo Servo *et al.* (2020), é durante o período de crise que o debate relacionado ao gasto público em saúde entra vertiginosamente em pauta. Devido à pandemia, a necessidade de realocações orçamentárias, incremento nos gastos executados e ajustes imediatos no sistema de saúde são ações de extrema

relevância para o enfrentamento da Covid-19, visando mitigar os efeitos da crise (FERNANDES; PEREIRA, 2020).

De acordo com Funcia, Bresciani, Benevides e Ocké-Reis (2022), a execução dos recursos disponíveis para o enfrentamento a pandemia foi caracterizada como lenta e gradativa, visto que para o período com o maior número de registro de casos do ano de 2020 – entre os meses de abril e julho – a liquidação dos recursos empenhados pode ser considerada relativamente baixa. Sendo assim, ainda segundo os autores, “[...] a maioria das despesas com ASPS [...] foi executada depois que o pico dos casos e de mortes de 2020 já tinha sido atingido” (FUNCIA; BRESCIANI; BENEVIDES; OCKÉ-REIS, 2022, p. 271).

A primeira ação executada pelo governo federal referente aos dispêndios em saúde para o enfrentamento da pandemia foi a publicação da Medida Provisória nº 924 (MPV 924/2020) de 13 de março de 2020 que autorizava o remanejamento de recursos internos do MS (BRASIL, 2020). Sendo assim, **a medida não incrementava o orçamento** e sim retirava recursos de outras ASPS que haviam sido incluídas na Lei Orçamentária de 2020 da União publicada em janeiro, antes do contexto de pandemia se instaurar (FUNCIA; BRESCIANI; BENEVIDES; OCKÉ-REIS, 2022, grifo nosso).

Partindo desse pressuposto, somente a partir da publicação da Medida Provisória nº 940 (MPV 940/2020) no mês de abril de 2020 que ocorreu, de fato, incremento no orçamento público visando o enfrentamento da emergência em saúde, abrindo crédito extraordinário no valor de R\$ 9,4 bilhões para o MS (BRASIL, 2021). Para a execução dos recursos empenhados ao enfrentamento da Covid-19 em 2020, foi criada a ação orçamentária 21C0, o que representou 99,1% do total alocado pelo MS no combate a pandemia (SERVO *et al*, 2020).

A ação orçamentária 21C0, denominada por “enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus” representou **8%** - aproximadamente R\$ 44 bilhões – da totalidade das ações orçamentárias de combate a Covid-19 do governo federal no ano de 2020, sendo a sua principal função, majoritariamente, a saúde. Dentro da ação 21C0, a área da saúde representou 90,33% dos recursos alocados em relação das demais funções (CONTROLADORIA-GERAL DA UNIÃO, 2022).

Quando analisado o valor pago por área de atuação somente para combate à pandemia no **ano de 2020**, verifica-se que a função saúde representou **8%** – aproximadamente R\$ 40 bilhões – dos gastos públicos federais direcionados ao enfrentamento do coronavírus, ficando atrás da função de assistência social – com as ações orçamentárias ligadas ao auxílio emergencial de proteção social a pessoas em situação de vulnerabilidade – e de encargos especiais (CONTROLADORIA-GERAL DA UNIÃO, 2022).

Por sua vez, em **2021** a ação orçamentária 21C0 representou **17%** comparativamente com as demais ações, sendo aproximadamente R\$ 17 bilhões do valor total de R\$ 102,49 bilhões pago para o enfrentamento da pandemia de Covid-19 pelo governo federal. Já os gastos públicos em saúde do governo federal foram de aproximadamente R\$ 28,8 bilhões para o combate da doença, cerca de **28%** dos dispêndios em comparação com as demais funções (CONTROLADORIA-GERAL DA UNIÃO, 2022).

Já de acordo com a COFOG, em comparação com o ano de 2019, os gastos em saúde do governo federal brasileiro em relação a despesa total passaram de 6,68% para 7,29% no ano de 2020. O período analisado foi o de maior acréscimo dos dispêndios já observado na área desde o ano de 2010 segundo essa classificação, em razão das ações implementadas para o enfrentamento da emergência pública em saúde (BRASIL, 2022).

Apesar dos gastos totais do governo central não terem sofrido grandes alterações de um ano para o outro – variando de R\$ 2.733 trilhões em 2020 para R\$ 2.728 trilhões em 2021 – as despesas na função saúde seguiram a tendência de alta apresentada anteriormente, atingindo o percentual de 7,72% em relação ao total desembolsado (BRASIL, 2022). Essa tendência se deve tanto pela continuidade das ações de enfrentamento a pandemia, como também o início da campanha nacional de vacinação contra a Covid-19 em 2021.

Quando analisados os dados em relação ao PIB, os gastos do governo central em saúde cresceram de 2,16% em 2019 para 2,67% no ano de 2020, sendo também a maior variação já observada para a área desde a disponibilização da série histórica. Posteriormente, em 2021, esse percentual caiu para 2,43% (BRASIL, 2022). É pertinente ressaltar que, de acordo com a OECD (2021), no ano de 2020 o

PIB brasileiro caiu 4,1%, sendo essa redução maior que a média global observada de 3,4%, ou ainda, em comparação com os países do G20 que foi de 3,2%.

Conforme os dados disponibilizados pelo portal IMF Data (2022), em comparação com o Reino Unido – sistema de saúde que mais se assemelharia ao SUS dada as suas características – o crescimento dos gastos públicos em saúde do governo central em relação ao PIB segundo a COFOG foi estritamente maior no caso do país europeu, passando de 7,56% em 2019 para 9,91% em 2020.

A respeito das subfunções que formam a função saúde do governo central brasileiro, de acordo com a COFOG, a subfunção “serviços de saúde pública” correspondia a **3,61%** do total das despesas em saúde em 2019. Em 2020, o percentual passou para **24,89%**, atingindo o seu maior patamar desde o ano de 2010. Já no ano de 2021, foi observada a redução do valor liquidado nessa função, apesar de ainda ser considerado expressivo quando observada com os anos anteriores da série histórica disponível (BRASIL, 2021).

O aumento das despesas observado nessa subfunção está diretamente ligada ao enfrentamento à Covid-19, uma vez que as ações relacionadas a operação dos serviços em saúde, como bancos de sangue, coleta de dados epidemiológicos monitoramento de doenças, imunização e prevenção, tal qual a responsabilidade pela realização de campanhas e disseminação de informações pertinentes em saúde compõem essa subfunção (EUROSTAT, 2019)

Portanto, apesar do incremento dos gastos públicos realizado pelo governo federal brasileiro em 2021 para o enfrentamento à Covid-19, o Brasil encontra-se em um patamar inferior em relação aos dispêndios em saúde no primeiro ano de pandemia. Conforme pontuado por Servo *et al.* (2020), a partir desse cenário deve-se compreender a demora na execução das ações orçamentárias do governo federal brasileiro referente ao incremento de recursos adicionais para o combate à Covid-19.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objeto de estudo da economia da saúde é de grande relevância para o embasamento na formulação e execução de políticas públicas em saúde por parte dos órgãos governamentais. Ao longo deste trabalho, foram apresentadas as definições existentes na bibliografia a respeito da economia da saúde, suas principais problemáticas e contribuições analíticas para a sociedade.

Conforme abordado, a economia é fundamental para a compreensão das dinâmicas de mercado existentes relacionadas ao financiamento, gestão e a operacionalização de ações e serviços em saúde. Ainda, ressalta-se que é primordial avaliar constantemente o papel do Estado, no que tange à função distributiva e a redução das desigualdades existentes nos sistemas de saúde.

Este trabalho teve por objetivo revisar os gastos públicos em saúde do Brasil antes e durante a pandemia concomitante com a análise de países selecionados, visando apresentar uma discussão acerca das condições prévias do financiamento da saúde para, posteriormente, expandir a compreensão acerca das ações e montantes dispendidos pelas esferas governamentais para o enfrentamento da Covid-19 no país.

A discussão acerca das experiências internacionais de financiamento dos sistemas de saúde possibilitou identificar diferentes perspectivas relacionadas à provisão dos serviços na área ao redor do mundo. Em especial, destacam-se as características do financiamento da saúde do Reino Unido, onde a maior parcela dos gastos aplicados para o funcionamento do NHS provém de fontes governamentais. Além disso, evidenciam-se os princípios de acesso universal e gratuidade que norteiam o funcionamento do NHS e que, por sua vez, se assemelham fortemente ao SUS.

A análise da situação dos gastos em saúde foi feita a partir de dois recortes: (i) segundo a COFOG, que evidencia os dispêndios públicos em saúde do governo central e (ii) através do SHA 2011, que possibilita uma revisão dos gastos públicos em saúde em sua totalidade, considerando o governo central e demais esferas governamentais.

Essas bases revelam que, no contexto internacional, historicamente os gastos em saúde no Brasil ficam abaixo dos gastos de países da OCDE com

sistemas de saúde que possuem características semelhantes ao SUS, como acesso universal ou financiamento público. Quanto aos gastos em saúde durante a pandemia, observou-se que os recursos empenhados foram baixos e liberados de forma lenta, muitas vezes após o pico de casos e de mortes. Mesmo com a elevação dos gastos, o Brasil encontra-se em patamar inferior aos observados em outros países com sistemas de saúde semelhantes.

De um modo geral, foi possível compreender que significativa parcela dos países selecionados apresentaram dispêndios públicos em saúde mais elevados no período anterior à pandemia – de 2015 a 2019 – se comparados aos gastos em saúde efetuados pelo governo federal e pelas demais esferas governamentais brasileiras. A respeito dos gastos em saúde durante a pandemia, portanto, reconhece-se que neste trabalho foi realizada uma análise preliminar dos valores liquidados, servindo como base inicial para a discussão de futuros trabalhos realizados na área.

## REFERÊNCIAS

ARAUJO, Gustavo Bacelar Fontenele *et al.* Comparação entre o sistema de saúde brasileiro e o sistema de saúde português: análise geral. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**, v. 16, n. 2, 2017.

BEZERRA, Anselmo César Vasconcelos *et al.* Fatores associados ao comportamento da população durante o isolamento social na pandemia de COVID-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 25, n. 1, p. 2411-2421, jun. 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.10792020>. Acesso em: 9 jul. 2022.

BRASIL. Artigo 68 da Constituição Federal – 1988. Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 1988.

BRASIL. Lei nº 8.212, de 19 de setembro 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. Brasília: Diário Oficial da União, 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 1 jul. 2022.

BRASIL. Medida Provisória nº 924, de 13 de março de 2020. Abre crédito extraordinário, em favor dos Ministérios da Educação e da Saúde, no valor de R\$5.099.795.979,00, para os fins que especifica. **Diário Oficial da União**: seção 1-extra, Brasília, DF, 50-b. ed., p. 1, 13 mar. 2020.

BRASIL. Medida Provisória nº 940, de 02 de abril de 2020. Abre crédito extraordinário, em favor do Ministério da Saúde, no valor de R\$ 9.444.373.172,00, para os fins que especifica. **Diário Oficial da União**: seção 1-extra, Brasília, DF, 50-b. ed., p. 1, 02 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Fazenda. **Despesas por Função do Governo Central - Classificação COFOG 2015 a 2017**. Brasília: Secretaria do Tesouro Nacional, 2018. Disponível em: [https://www.tesourotransparente.gov.br/publicacoes/cofog-despesas-por-funcao-do-governo-central/2017/114?ano\\_selecionado=2017](https://www.tesourotransparente.gov.br/publicacoes/cofog-despesas-por-funcao-do-governo-central/2017/114?ano_selecionado=2017). Acesso em: 18 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Fazenda. **Despesas por Função do Governo Central - Classificação COFOG 2018**. Brasília: Secretaria do Tesouro Nacional, 2019. Disponível em: [https://www.tesourotransparente.gov.br/publicacoes/cofog-despesas-por-funcao-do-governo-central/2018/114?ano\\_selecionado=2018](https://www.tesourotransparente.gov.br/publicacoes/cofog-despesas-por-funcao-do-governo-central/2018/114?ano_selecionado=2018). Acesso em: 18 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Fazenda. **Despesas por Função do Governo Central - Classificação COFOG 2019**. Brasília: Secretaria do Tesouro Nacional, 2020. Disponível em: [https://www.tesourotransparente.gov.br/publicacoes/cofog-despesas-por-funcao-do-governo-central/2019/114?ano\\_selecionado=2019](https://www.tesourotransparente.gov.br/publicacoes/cofog-despesas-por-funcao-do-governo-central/2019/114?ano_selecionado=2019). Acesso em: 18 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Fazenda. **Despesas por Função do Governo Central - Classificação COFOG 2020**. Brasília: Secretaria do Tesouro Nacional, 2021. Disponível em: [https://www.tesourotransparente.gov.br/publicacoes/cofog-despesas-por-funcao-do-governo-central/2020/114?ano\\_selecionado=2020](https://www.tesourotransparente.gov.br/publicacoes/cofog-despesas-por-funcao-do-governo-central/2020/114?ano_selecionado=2020). Acesso em: 18 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Fazenda. **Despesas por Função do Governo Central - Classificação COFOG 2021**. Brasília: Secretaria do Tesouro Nacional, 2022. Disponível em: [https://www.tesourotransparente.gov.br/publicacoes/cofog-despesas-por-funcao-do-governo-central/2021/114?ano\\_selecionado=2021](https://www.tesourotransparente.gov.br/publicacoes/cofog-despesas-por-funcao-do-governo-central/2021/114?ano_selecionado=2021). Acesso em: 18 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde/Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS. **Financiamento público de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, (Série Ecos – Economia da Saúde para a Gestão do SUS; Eixo 1, v. 1), 2013.

CLERCK, Sage de; WICKENS, Tobias. **Government Finance Statistics Manual 2014**. Washington: International Monetary Fund, 2015. 470 p.

CONTROLADORIA-GERAL DA UNIÃO. Recursos Federais destinados ao combate da pandemia de CORONAVÍRUS (COVID-19). 2021. Portal da Transparência. Disponível em: <https://portaldatransparencia.gov.br/coronavirus?ano=2020>. Acesso em: 15 out. 2022.

CORDILHA, Ana Carolina; LAVINAS, Lena. Transformações dos sistemas de saúde na era da financeirização. Lições da França e do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 23, n. 7, p. 2147-2158, jul. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018237.11422018>. Acesso em: 1 ago. 2022.

CUNHA, Jarbas Ricardo Almeida. **Avanços e retrocessos do direito à saúde no Brasil: uma esperança equilibrada**. 2014. 175 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Programa de Pós-Graduação em Política Social, Universidade de Brasília, Brasília, 2014. Disponível em: [https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/16525/1/2014\\_JarbasRicardoAlmeidaCunha.pdf](https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/16525/1/2014_JarbasRicardoAlmeidaCunha.pdf). Acesso em: 02 set. 2022.

DEL NERO, C. R. O que é economia da saúde. PIOLA, Sérgio Francisco, VIANNA, Solon Magalhães (orgs.). **Economia da Saúde: conceitos e contribuição para a gestão da saúde**, n. 149, p. 5-23. Brasília: IPEA, 1995. 294 p.

EUROSTAT. **Manual on sources and methods for the compilation of COFOG statistics**: classification of the functions of government (cofog). Luxemburgo: Publications Office, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.2785/498446>. Acesso em: 15 set. 2022.

FALEIROS, Vicente de Paula. As reformas da seguridade social: o contexto mundial e o caso canadense. *SER Social*, Brasília, n. 4, mar. 2010. Disponível em:

[http://seer.bce.unb.br/index.php/SER\\_Social/article/view/213/2265](http://seer.bce.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/213/2265). Acesso em: 09 set. 2022.

FERNANDES, Gustavo Andrey de Almeida Lopes; PEREIRA, Blenda Leite Saturnino. Os desafios do financiamento do enfrentamento à COVID-19 no SUS dentro do pacto federativo. **Revista de Administração Pública**, v. 54, n. 4, p. 595-613, 2020.

FUNCIA, Francisco; BRESCIANI, Luís Paulo; BENEVIDES, Rodrigo; OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. Análise do financiamento federal do Sistema Único de Saúde para o enfrentamento da Covid-19. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 46, n. 133, p. 263-276, abr. 2022.

GIOVANELLA, Lígia *et al.* Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 23, n. 6, p. 1763-1776, jun. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018230605562018>. Acesso em: 11 ago. 2022.

GIOVANELLA, Lígia; STEGMÜLLER, Klaus. Crise financeira europeia e sistemas de saúde: universalidade ameaçada? Tendências das reformas de saúde na Alemanha, Reino Unido e Espanha. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 30, n. 11, p. 2263-2281, nov. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00021314>. Acesso em: 19 ago. 2022.

IMF DATA. **Government Finance Statistics**. Disponível em: <https://data.imf.org/?sk=89418059-d5c0-4330-8c41-dbc2d8f90f46&slid=1437488721405>. Acesso em: 22 set. 2022.

IPEA. **Contas de saúde na perspectiva da contabilidade internacional: conta SHA para o Brasil, 2015 a 2019**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. 90 p.

LOPES, Flávia Alice Dias; FAHEL, Murilo. Uma análise comparada das estruturas dos sistemas de saúde do Brasil, da Holanda e da Suécia e seu impacto no acesso equitativo a medicamentos. **Economia e Políticas Públicas**, Montes Claros, v. 3, n. 1, p. 135-162, maio 2015.

MACHADO, Felipe Galvão. **Os gastos públicos e privados com saúde das famílias brasileiras de 2000 a 2015**. 2015. 53 f. TCC (Graduação) - Curso de Economia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/158347/Monografia%20do%20Felipe%20Galv%c3%a3o.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 03 jul. 2022.

MARIANO, Cynara Monteiro. Emenda constitucional 95/2016 e o teto dos gastos públicos: Brasil de volta ao estado de exceção econômico e ao capitalismo do desastre. **Revista de investigações constitucionais**, v. 4, n. 1, p. 259-281, 2019.

MASSUDA, A.; TASCA, R.; MALIK, A. M. Uso de leitos hospitalares privados por sistemas públicos de saúde na resposta à Covid-19. **Saúde em Debate**, [S. l.], v. 44, n. special 4 Dec, p. 248–260, 2022. Disponível em: <https://saudeemdebate.emnuvens.com.br/sed/article/view/4383>. Acesso em: 01 out. 2022.

MARQUES, Rosa Maria. Notas exploratórias sobre as razões do subfinanciamento estrutural do SUS. **Planejamento e Políticas Públicas**, n. 49, p. 35-53, 2017.

MARQUES, Rosa Maria; MENDES, Áquilas. A problemática do financiamento da saúde pública brasileira: de 1985 a 2008. **Economia e Sociedade**, [S.L.], v. 21, n. 2, p. 345-362, ago. 2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-06182012000200005>. Acesso em: 11 ago. 2022.

MENDES, Áquilas *et al.* Sobre a economia da saúde: campos de avanço e sua contribuição para a gestão da saúde pública no Brasil. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Fricruz, 2006. p. 247-282.

MENDES, Áquilas. A longa batalha pelo financiamento do SUS. **Saúde e Sociedade**, [S.L.], v. 22, n. 4, p. 987-993, dez. 2013. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902013000400002>. Acesso em: 22 ago. 2022.

MENEZES, Ana Paula do Rego; MORETTI, Bruno; REIS, Ademar Arthur Chioro dos. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública—austeridade versus universalidade. **Saúde em debate**, v. 43, n. 5, p. 58-70, 2020.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio Ocké-Reis. Saúde. **Políticas Sociais: acompanhamento e análise**, [S.L.], n. 28, p. 1-64, 7 nov. 2022. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA. <http://dx.doi.org/10.38116/bps28/saude>. Acesso em: 19 ago. 2022.

OECD. **Central government spending (indicator)**. 2022. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1787/83a23f1b-en>. Acesso em: 22 set. 2022.

OECD. **Health expenditure and financing**: health expenditure indicators. Health expenditure indicators. 2022. OECD Health Statistics (database). Disponível em: <https://doi.org/10.1787/data-00349-en> ou <https://stats.oecd.org/>. Acesso em: 02 set. 2022.

OECD. **OECD Reviews of Health Systems**: Brazil 2021. Paris: OECD Publishing, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1787/146d0dea-en>. Acesso em: 23 set. 2022.

OECD; EUROSTAT; WHO. **A System of Health Accounts 2011**: revised edition. Paris: OECD, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1787/9789264270985-en>. Acesso em: 22 set. 2022.

OLIVEIRA, Felipe Proença de *et al.* Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S.L.], v.

19, n. 54, p. 623-634, set. 2015. FapUNIFESP (SciELO).  
<http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.1142>.

OLIVEIRA, Suelen Carlos de; QUEIROZ, Lucia de Fatima Nascimento de. O Reino Unido Diante da Covid-19: esitação política e capacidade de resposta de um sistema de saúde universal. In: MACHADO, Cristiani Vieira *et al* (org.). **Políticas e sistemas de saúde em tempos de pandemia: nove países, muitas lições**. 23. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2022. p. 177-204.

OPAS. **Institucionalização do Sistema de Contas de Saúde de 2011 na América Latina**. 2022. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55551>. Acesso em: 24 out. 2022.

PAIM, Jairnilson Silva. Os sistemas universais de saúde e o futuro do Sistema Único de Saúde (SUS). **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 43, n. 5, p. 15-28, 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042019s502>. Acesso em: 18 set. 2022.

PÊGO-FERNANDES, Paulo Manuel; BIBAS, Benoit Jacques. **Sistemas de saúde: o que queremos?**. Diagnóstico & Tratamento, v. 16, n. 4, p. 167-169, 2011.

PIOLA, Sérgio F. *et al*. Estruturas de financiamento e gasto do sistema público de saúde. **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: estrutura do financiamento e do gasto setorial**. Fundação Oswaldo Cruz, v. 4, p. 19-70, 2013.

PIOLA, Sérgio F. *et al*. **Financiamento público da saúde: uma história à procura de rumo**. 2013. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Disponível em: <http://hdl.handle.net/10419/91380>. Acesso em: 09 ago. 2022.

PRODANOV, Cleber Cristiano; DE FREITAS, Ernani Cesar. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2. ed. Novo Hamburgo: Editora Feevale, 2013.

SANTOS, Hebert Luan Pereira Campos dos *et al*. Gastos públicos com internações hospitalares para tratamento da covid-19 no Brasil em 2020. **Revista de Saúde Pública**, [S.L.], v. 55, p. 52, 13 ago. 2021. Universidade de Sao Paulo, Agência USP de Gestao da Informacao Academica (AGUIA).

SANTOS, Joelma Cristina; MELO, Walter. Estudo de Saúde Comparada: os modelos de atenção primária em saúde no brasil, canadá e cuba. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, [S.L.], v. 11, n. 1, p. 79-98, 2018. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**. <http://dx.doi.org/10.36298/gerais2019110107>. Acesso em: 23 ago. 2022.

SERVO, Luciana Mendes Santos *et al*. Financiamento do SUS e Covid-19: histórico, participações federativas e respostas à pandemia. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 44, n. 4, p. 114-129, 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042020e407>. Acesso em: 27 ago. 2022.

SERVO, Luciana Mendes Santos *et al.* Financiamento e gasto público de saúde: histórico e tendências. In: MELAMED, Clarice *et al.* (org.). **Políticas públicas e financiamento federal do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2011. p. 85-108.

SILVA, Lara Livia Santos da *et al.* Medidas de distanciamento social para o enfrentamento da COVID-19 no Brasil: caracterização e análise epidemiológica por estado. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 36, n. 9, p. 1-15, 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00185020>. Acesso em: 30 ago. 2022.

SILVA, Marcelo Gurgel Carlos da. **Economia da saúde: aspectos conceituais e metodológicos**. Fortaleza: Inesp, 2001. 365 p.

SOLÓRZANO, Francisco Xavier. The Canadian health system and its financing. **Revista Panamericana de Salud Pública**, [S.L.], v. 2, n. 1, p. 26-31, jul. 1997. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1020-49891997000700005>. Acesso em: 21 set. 2022.

SOUSA, Fernando José Pires de. Introdução à economia da saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, [S.L.], v. 3, n. 1, p. 242-244, mar. 2005. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1981-77462005000100015>.

SOUZA, Diego de Oliveira. O subfinanciamento do Sistema Único de Saúde e seus rebatimentos no enfrentamento da Covid-19. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, nº 3, p. 1-6, 2020.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi; OLIVEIRA, Vanessa Elias de. Reforma(s) e estruturação do Sistema de Saúde Britânico: lições para o sus. **Saúde e Sociedade**, [S.L.], v. 16, n. 1, p. 7-17, abr. 2007. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902007000100002>. Acesso em: 18 ago. 2022.

TESOURO TRANSPARENTE. COFOG - **Despesas por Função do Governo Central**. Disponível em: [https://sisweb.tesouro.gov.br/apex/f?p=2501:9:::9:P9\\_ID\\_PUBLICACAO\\_ANEXO:16586](https://sisweb.tesouro.gov.br/apex/f?p=2501:9:::9:P9_ID_PUBLICACAO_ANEXO:16586). Acesso em: 18 ago. 2022.

WHO. **Brazil**: WHO Health Emergency Dashboard. 2022. Disponível em: <https://covid19.who.int/region/amro/country/br>. Acesso em: 13 out. 2022.