



Universidade de Brasília
Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Gestão de Políticas
Públicas - FACE
Departamento de Gestão de Políticas Públicas - GPP

LEONARDO MICHELSTADTER CUNHA

**CONTRIBUIÇÕES DA GOVERNANÇA ORÇAMENTÁRIA NAS POLÍTICAS DE
SAÚDE**

Brasília – DF
2021

LEONARDO MICHELSTADTER CUNHA

CONTRIBUIÇÃO DA GOVERNANÇA ORÇAMENTÁRIA NAS
POLÍTICAS DE SAÚDE – Brasília, 2021.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Paula Antunes Martins

Trabalho de Conclusão de curso – Universidade de Brasília, outubro de
2021.

LEONARDO MICHELSTADTER CUNHA

**CONTRIBUIÇÕES DA GOVERNANÇA ORÇAMENTÁRIA NAS POLÍTICAS DE
SAÚDE**

Projeto de Monografia a ser
apresentado como trabalho de
conclusão do curso Gestão em
Políticas Públicas.

Professora Orientadora: Profa. Dra.
Ana Paula Antunes Martins

Brasília – DF

2021

Brasília, novembro de 2021

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todas e todos que, neste longo caminho, contribuíram para a construção desse trabalho. Em especial minha Orientadora, que soube me guiar nesse interessante caminho da construção deste trabalho e, principalmente, saber ler minhas ansiedades e transformar este sentimento em momentos de produção de conteúdo. Por último, minha família, que sempre torceu e vibrou intensamente ao meu lado em cada conquista.

RESUMO

Na discussão deste trabalho pretendemos, primeiramente, discutir as relações entre os temas Agenda 2030, Desenvolvimento e Governança. Ao identificar estes pontos de contato, caminhamos em relacionar governança e orçamento, a partir do termo Governança Orçamentária. Concluímos que as redes de discussão, ao olharmos para o orçamento como um espaço de disputa política, são determinantes nas decisões de alocação de recurso.

Palavras-chave: Orçamento, Desenvolvimento, Governança e Agenda 2030.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
1.1 PROBLEMA DE PESQUISA	11
1.2 OBJETIVOS	11
1.3 JUSTIFICATIVA	12
2 METODOLOGIA.....	13
3 A RELAÇÃO ENTRE GOVERNANÇA, DESENVOLVIMENTO E A AGENDA 2030 15	
4 GOVERNANÇA ORÇAMENTÁRIA	19
5 DISCUSSÃO	22
6 CONCLUSÃO.....	27
REFERÊNCIAS.....	29

1 INTRODUÇÃO

Nos últimos dois anos, 2020 e 2021, nos deparamos com um desafio de escala mundial, a pandemia ocasionada pelo SARs-COV 2 (COVID-19). Com isso, os sistemas de saúde, públicos e privados, foram colocados a prova em todo o mundo.

Em que pese os efeitos adversos trazidos pela pandemia, é importante nos situarmos o mundo que vivemos e sua atual situação em relação a oferta de serviços públicos como um todo. Em abril de 2020, Boaventura de Sousa Santos publicou o livro “A cruel pedagogia do vírus”, onde ele nos traz boas palavras em relação ao momento precedente a pandemia e como a emergência de uma crise só fez jogar luz a uma situação já vivida anteriormente.

Ou seja, acompanhando as reflexões do autor, onde a desigualdade, crise sanitária, de emprego e por acesso a serviços públicos não apareceu de uma hora para outra junto com a pandemia, muito pelo contrário.

Nesse mesmo sentido, Branko Milanovic, em “Capitalismo sem rivais: o futuro do sistema que domina o mundo” (2019), demonstra que a desigualdade mundial, com predominância de um único modelo econômico, o capitalismo, manteve-se, de acordo com o Índice de Gini, em seu nível mais alto de desigualdade até meados dos anos 80 e, a partir daí, retrocedeu um pouco, mas mesmo assim mantendo-se próximo a 70 pontos do índice – o qual, quanto mais próximo de um, maior é a desigualdade social.

Retornando a Boaventura, nos parece relevante apresentar as palavras do autor sobre o argumento de que a crise mundial antecede a pandemia, sendo nossa situação atual apenas um momento em que notamos, de forma mais aguda, os fatos que nos acompanham já há algum tempo. De acordo com o autor:

Desde a década de 1980 – à medida que o neoliberalismo se foi impondo como a versão dominante do capitalismo e este se foi sujeitando mais e mais à lógica do sector financeiro, o mundo tem vivido em permanente estado de crise (SOUZA SANTOS, 2020, p. 5)

Ainda no sentido de olharmos para as decisões de governo onde essas mesmas decisões nos levam a um tipo de Estado, percebemos que o Estado neoliberal já se faz presente há alguns anos – com momentos de mais ataques aos serviços do Estado e horas com menos – e é uma escolha dentre as alternativas existentes.

A partir do trabalho publicado por Esping-Andersen (1990), ele nos apresenta três possíveis regimes de Welfare-states.

O primeiro, que ele chama de welfare-state liberal, “a assistência aos comprovadamente pobres, reduzidas transferências universais ou planos modestos de previdência social” (1990, p. 108). Ou seja, é um caminho que o Brasil está percorrendo com a desconstrução do estado brasileiro com as atuais reformas. Neste modelo, os benefícios são marginais e focalizados, apenas para subsistência.

O segundo tipo de welfare-state apresentado pelo autor é o welfare-state corporativista. Nesse modelo, “a obsessão liberal com a mercadorização e a eficiência do mercado nunca foi marcante e, por isso, a concessão de direitos sociais não chegou a ser uma questão seriamente controversa” (ESPING-ANDERSEN, 1990, p. 109).

Em contrapartida, o autor diz que esses

regimes corporativistas também são moldados de forma típica pela igreja e por isso muito comprometidos com a preservação da família tradicional. A previdência social exclui tipicamente as esposas que não trabalham fora, e os benefícios destinados à família encorajam a maternidade (ESPING-ANDERSEN, 1990, p. 109)

Ele conclui dizendo que “o estado só interfere quando a capacidade da família servir aos seus membros se exaure” (ESPING-ANDERSEN, 1990, p. 109).

Por último,

o terceiro e evidentemente menor grupo de países com o mesmo regime compõe-se de nações onde os princípios de universalismo e desmercadorização dos direitos sociais estenderam-se também às novas classes médias (ESPING-ANDERSEN, 1990, p. 109).

Neste último modelo, que acreditamos ser o mais adequado para o desenvolvimento de um país, o Estado é forte e presente, dando ao cidadão a capacidade de sair do mercado e, mesmo assim, manter um nível de vida próximo a como se estivesse empregado. Aqui, o autor fala de Estado forte, tendo em vista que ele “assume uma pesada carga de serviço social, não só para atender as necessidades familiares, mas também para permitir às mulheres escolherem o trabalho em vez das prendas domésticas” (ESPING-ANDERSEN, 1990, p. 109).

Com isso, consideramos que o momento é oportuno para discutirmos ações e processos que podem contribuir para a construção de uma agenda de políticas públicas que rediscute o papel dos serviços prestados pelo Estado, em especial, a saúde.

Neste sentido, falar de orçamento – como expressão dos embates ocorridos no interior do campo político de tomada de decisão e disputa de espaço – frente as decisões de políticas de saúde é abordar temas dos mais relevantes na construção de uma ponte para voltarmos a discutir alternativas para a crise constante que o atual sistema vive e não apenas esperar que a sociedade se acostume com algum possível novo normal, com menos direitos e mais desigualdades, como aborda Boaventura.

A partir de uma reflexão crítica sobre o que representa as políticas de saúde em uma sociedade, Gadelha & Costa afirmam que “a saúde tem sua importância social como elemento estruturante do estado de bem-estar social e condição básica de cidadania para a população, e também tem seu papel na geração de emprego, renda e riqueza para o País” (2012, p. 15).

Porém, a construção das políticas de saúde no Brasil, que tem como condutor principal o Sistema Único de Saúde - SUS, é marcada por lutas e um histórico subfinanciamento.

De acordo com Santos (2018), suas raízes vêm dos anos 70. De acordo com ele, nessa década havia uma ampla rede de Unidades Básicas de Saúde nos municípios, que adquiriam expertise no que viria a ser pilares estruturantes do SUS, atenção integral, universal e equitativa.

Chioro dos Reis et al (2016), acompanhando o que diz Santos, definem a década de 1970 como um momento que houve uma conjuntura de três importantes crises, declínio da ditadura militar, crise do modelo econômico e no então modelo de assistência médica previdenciária.

Nessa esteira, surge o Movimento da Reforma Sanitária, responsável por uma mobilização nacional que foi base para a inclusão da saúde como direito universal na Constituição Federal de 1988.

Mesmo assim, o SUS só vem a ser institucionalizado a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988. Menezes et al (2019) pondera que o fato do direito a saúde ter sido posto como um direito na nova Carta Magna foi fruto de um movimento social durante a construção da Constituição.

O SUS, desde sua criação, sofre com pouca disponibilidade de recursos e, nos últimos anos, tem sofrido diversos ataques vindos de uma política de perspectiva liberal. Santos (2018) diz que “há um inegável subfinanciamento federal do SUS, gerando distorções e desvios na implementação” (2018. p. 1731).

Bahia (2018) em uma crítica a condução da saúde após o impedimento da Presidente Dilma Roussef, aponta que as despesas com todas as áreas sociais foram colocadas como responsáveis pelo problema fiscal no país, resultando a criação do teto de gastos com a Emenda Constitucional (EC) nº 95/2016.

Durante a vigência do referido teto, despesas com saúde, educação e outras diversas com políticas sociais estão limitadas apenas a correção de acordo com a variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA.

Nesta esteira, retomando Bahia (2018),

o hiper ajuste fiscal adquiriu estatuto legal com a aprovação de Emenda Constitucional (EC) 95 de 2016, que congelou despesas primárias por vinte anos. O Ministro da Saúde Ricardo Barros respaldou proposições contencionistas: “não estamos em um nível de desenvolvimento econômico que nos permita garantir esses direitos por conta do Estado .. quanto mais gente puder ter planos, melhor, porque vai ter atendimento patrocinado por eles mesmos, o que alivia o custo do governo. (BAHIA, 2018, p.7)

Mesmo assim, é importante não perder de vista o que o trabalho publicado em 2014, por Soares & Santos, nos apresenta quando os autores constroem o seguinte artigo: “O subfinanciamento do SUS é uma política de governo ou de Estado?”.

Nele, os autores fazem um recorte temporal entre os anos 1995 a 2012, passando pelos governos Fernando Henrique Cardoso, Luís Inácio Lula da Silva e dois anos do governo Dilma Roussef. Em sua conclusão, os autores ponderam que “observou-se um alinhamento de política, no que se refere ao financiamento, nos governos FHC e Lula, e a mesma tendência no governo Dilma. Ou seja, “os governos do Partido dos Trabalhadores (PT) não diferiram dos governos do Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB)”.

Retornando ao tema central deste trabalho, entendemos que falar em orçamento, principalmente a partir de uma perspectiva de governança, se mostra extremamente relevante para a atual situação que o país vive e é uma forma de entendermos como a construção e de como o governo decide seus gastos é relevante para influenciar as políticas de saúde no sentido de redução de desigualdes e melhora da qualidade de vida da população.

Antes de avançarmos, importante reforçar que este trabalho não pretende fazer análises das peças orçamentárias, valores ou aspectos quantitativos das ações orçamentárias, mas sim trazer um olhar a partir da discussão que envolve a

construção do orçamento e como este processo qualifica a tomada de decisão sobre políticas de saúde.

Além desta introdução, este trabalho estrutura-se em quatro outros capítulos. O primeiro pretende demonstrar como a Agenda 2030 – focado nas políticas de saúde – se relaciona com Governança e Desenvolvimento Sustentável. Já no segundo, discutiremos a relação de Governança Orçamentária e atores envolvidos na discussão da construção das peças que compõem o orçamento.

Na terceira parte, traremos uma discussão utilizando a Lei Orçamentária Anual aprovada para o ano de 2020, demonstrando com as regras formais e informais operam no processo de tomada de decisão e como, a partir de parâmetros que serão apresentados, a discussão de Governança Orçamentária se mostra relevante para construção das políticas de saúde.

Por fim, na conclusão, apresentaremos nossas reflexões e ponderações ao que foi discutido ao longo do trabalho.

1.1 PROBLEMA DE PESQUISA

Partindo do pressuposto que o orçamento é uma peça política e não meramente contábil, ou seja, é uma arena de decisão e de disputa, onde os atores envolvidos, a partir de uma rede de participantes, toma decisões que pretendem alocar recursos que melhor atendem aos interesses diversos deste grupo, combinado com a política envolvida, este estudo buscou investigar a relação entre o processo de construção do orçamento, o que definimos como governança orçamentária, e sua influência nas definições das políticas de saúde.

1.2 OBJETIVOS

O estudo teve como objetivo geral entender como a Governança Orçamentária influencia na construção das políticas de saúde.

Durante a construção do trabalho, buscou-se, ainda, responder os seguintes objetivos específicos:

- Compreender os pontos de contato entre governança, desenvolvimento e a Agenda 2030 e seus Objetivos de Desenvolvimento Sustentável especificamente no campo de políticas de saúde

- Relacionar o conceito de governança e orçamento;

- Analisar a Lei Orçamentaria Anual (LOA), aprovada em 2020, a partir da governança orçamentária.

1.3 JUSTIFICATIVA

O orçamento é visto por grande parte da sociedade como uma peça contábil, técnica e de difícil entendimento. Além disso, o próprio corpo burocrático tenta manter essa impressão para manter seu espaço de poder.

No processo de construção das peças orçamentárias, a Lei de Diretrizes Orçamentárias - LDO, que tenta fazer uma vinculação entre o Plano Plurianual – PPA – e a Lei Orçamentária Anual – LOA, há influências política e técnica nas decisões de alocação de recursos, redução ou ampliação de disponibilidade orçamentária.

Com isso, pretendemos apresentar um olhar para o orçamento não como uma peça técnica, mas enquanto um espaço de disputas. Ou seja, demonstrar que a alocação de recursos vai muito além de uma decisão técnica, tendo mais relação tanto com o tipo de governo que está tomando as decisões e que tipo de estado se pretende construir.

Seguindo a construção do trabalho, percebemos que há diversas definições do termo Governança na literatura. Cavalcante & Pires (2018) trazem a perspectiva de governança do Tribunal de Contas da União – TCU - que olha para para o termo dando destaque para aspectos tecnico-burocráticos e controle de processos. Por outro lado, Mark Bevir que, em uma de suas definições, trata o termo como construção de redes e parcerias. As políticas de saúde envolvem muitos atores – públicos, privados, sociedade civil e tantos outros – e limitar sua discussão a processos e aspectos burocráticos não nos parece razoável.

Sendo assim, governança terá a perspectiva de negociação e construção entre atores e como essa rede influência nas decisões de construção do tipo de sistema de saúde que perseguimos.

Por fim, tentaremos, ao longo da construção deste trabalho, relacionar estes termos e demonstrar como eles influenciam o desenvolvimento do SUS, entendendo o termo desenvolvimento de forma ampla, e fortalecimento dos seus princípios, em especial a universalidade.

2 METODOLOGIA

Para construção deste trabalho, primeiramente, foi utilizada a estratégia de pesquisa qualitativa bibliográfica e documental, a partir da análise de artigos, monografias, textos de discussão e notas técnicas publicados sobre o tema Governança, Governança Orçamentária e Financiamento do SUS.

Posteriormente, para compreender como a governança orçamentária atua na construção efetiva do orçamento, foi utilizado como base de análise a Proposta de Lei Orçamentária, enviada ao Congresso Nacional como Projeto de Lei nº 22/2019, e que posteriormente, com alterações feitas pelos atores envolvidos, foi efetivada como Lei de Orçamento Anual de 2020 - Lei nº 13.978/2020.

Seguindo as etapas proposta no livro “Análise de Conteúdo”, de Laurence Bardin, pretendem-se aplicar a sequência sugerida pelo autor.

Sendo assim, há três fases na análise de dados, que são: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

A parte de pré-análise consiste na “fase em que se organiza o material a ser analisado com o objetivo de torna-lo **operacional**, sistematizando as ideias iniciais” (Mozzato & Grzybovski, 2011, p. 735).

Como base para pesquisas serão utilizadas as seguintes base de dados: <https://scholar.google.com.br/>, <https://www.scielo.br/> e <https://www.ipea.gov.br/portal/> .

As pesquisas serão feitas considerando publicações no período de 2014 a 2020 e serão utilizados, como parâmetros para seleção dos trabalhos, os temas "orçamento", "governança", “governança orçamentária”, “Agenda 2030”, “desenvolvimento” e “financiamento do SUS”.

A próxima etapa, acompanhando aqui o trabalho citado acima, seria a exploração do material, que é “a definição de categorias (sistemas de codificação) e a identificação das unidades de registro e das unidades de contexto nos documentos”.

Como categorização dos termos chave acima citados, será utilizado um padrão de identificação nos documentos citados, conforme tabela 1, compilando o

conteúdo marcado e criando um bloco único e sistematizado de trabalho a partir da leitura dos textos. Esse código será demarcado nos textos analisados e no trabalho que será produzido da seguinte forma:

Tabela 1

Código	Termo	Parâmetro de seleção
1	Orçamento	Trechos que trazem conceituação sobre orçamento e planejamento orçamentário.
2	Governança	Identificação do termo governança dentro do escopo do proposto do trabalho
3	Desenvolvimento	Identificação do termo a partir de uma visão conectada entre crescimento econômico e redução de desigualdades
4	Governança Orçamentária	Definições do termo e seus pontos de contato com o processo de planejamento orçamentário.
5	Agenda 2030	Apresentação dos conceitos da Agenda 2030 e dos Objetivos de Desenvolvimento sustentável

Fonte: Elaboração do autor (2021)

Acompanhando o que afirmam Bauer & Gaskell, a partir desta técnica, pretende-se reduzir a complexidade de uma coleção de textos, a partir de uma classificação sistemática do material utilizado.

Em relação ao relatório utilizado para análise da Proposta de Lei Orçamentária para 2020 e respectiva lei, com valores e parâmetros, a extração foi feita a partir do Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento – SIOP.

Por fim, a terceira e última fase será o “tratamento dos resultados, inferência e interpretação” do conteúdo coletado. A partir daqui, com a utilização da codificação sugerida, pretende-se correlacionar e interpretar os dados documentais coletados demonstrando as possíveis influências do processo de governança orçamentária na construção do orçamento do Sistema Único de Saúde.

3 A RELAÇÃO ENTRE GOVERNANÇA, DESENVOLVIMENTO E A AGENDA 2030

Como já referido, com base nos textos de Boaventura de Sousa Santos, a situação econômica – e o próprio sistema capitalista – experimenta uma crise contínua e que tem forçado a sociedade a conviver – e se acostumar – com padrões cada vez mais baixos de vida. Nesse sentido, Rocha et al (2020) ponderam que tais crises só tem contribuído para aumentar as desigualdades no acesso a saúde, corroborando para a piora dos indicadores sociais.

Nesta esteira, ele diz que “o direito humano à saúde, que nunca se efetivou plenamente em um contexto global, está seriamente ameaçado, à medida que a contenção orçamentária resultaria em diminuição dos gastos públicos em saúde”.

A pandemia provocada devido ao vírus SARS COV 2 (COVID-19) trouxe uma perspectiva e dinâmica diferentes para a discussão das políticas públicas pelo mundo. De acordo com Martins (2020), ela “gerou uma ampla movimentação no campo científico e de saúde global”. Nessa perspectiva, temos movimentações agudas no sentido de interpretar a forma com que os diversos atores – governo, mercado, mídia e sociedade – estão atuando nesse momento peculiar que o mundo está passando.

Um dos resultados do tensionamento destes diversos atores e dos efeitos deletérios das políticas neoliberais e de contenção orçamentária foi a implementação da Agenda 2030 e dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentáveis (ODS), que também incluem temas relacionados à saúde.

Ao colocarmos a Agenda 2030 como parte do escopo do trabalho, passamos a dar um olhar de longo prazo para os efeitos que investir em saúde podem representar. A discussão em torno deste documento tem perspectivas sociais e econômicas, se relacionando bem com o termo desenvolvimento, como mostraremos no desenvolver do trabalho.

Além disso, quando a Organização das Nações Unidas assume o compromisso com o respectivo documento, vincula-se à perspectiva de acabar com a pobreza a partir de estratégias que visem impactar na melhoria da saúde, educação, crescimento econômico e redução de desigualdades, como explica o Relatório sobre a Agenda 2030, promovido pelo Instituto de Políticas Econômicas Aplicadas (IPEA).

Como bem pontua o relatório do IPEA sobre a Agenda 2030, existe uma “conjuntura política e econômica, fortemente impregnada de um ideário de irrestrita diminuição do papel do estado nas políticas públicas” (2020, p. 27). Apesar do exposto

acima, importante ressaltar que as metas trazidas pela Agenda 2030 não foram acolhidas pelo atual governo e, com isso, não entram para sua agenda oficial.

Mesmo que as políticas de saúde, a partir das diretrizes propostas pela Agenda 2030, não sejam consideradas prioridade de atuação do Governo, Gadelha & Costa (2012) explicam que colocar a agenda *saúde* como um dos principais focos de investimento em políticas públicas representa uma “relação de mútua causalidade”. Ou seja, nas palavras dos autores:

Políticas e ações em saúde apresentam benefícios que extrapolam a especificidade do setor – a de proporcionar o bem-estar da população -, a exemplo de seu impacto na geração de emprego, renda e de inovação. (GADELHA E COSTA, 2012, p. 14).

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), saúde é “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não ausência de doença ou enfermidade”. De acordo com Freitas,

o direito à saúde e ao bem-estar estão correlacionados com o exercício de outros direitos humanos, incluindo o direito à alimentação, à habitação, ao trabalho, à educação, à dignidade da pessoa humana, à vida, à não discriminação, à igualdade, a não ser submetido à tortura, à privacidade, ao acesso à informação, à liberdade e ainda, a participação nas decisões tanto no âmbito inter como internacional (FREITAS, 2017, p. 377).

Ao discutirem a Agenda 2030, Lavall & Olsoon (2019) mencionam que as diretrizes do projeto tem uma perspectiva temporal pós-2015 representa um “marco da governança global para o desenvolvimento sustentável” (2020, p. 30). De acordo com os autores, podemos dizer que a efetivação de políticas de saúde requer um olhar para desenvolvimento de forma ampla e de uma administração pública eficiente no sentido de levar respostas adequadas que atendam a realidade vivida pela sociedade.

No primeiro ponto, desenvolvimento sustentável, acompanhamos a definição de Sen (1999), que diz que o termo “pode ser visto como um processo de expansão das liberdades”. Ao discutirmos e relacionarmos saúde e desenvolvimento é necessário que partamos de um interpretação além de indicadores apenas econômicos e restritos a fatores capitalistas de utilidade.

Reforçando sua narrativa, Sen (1999) diz que:

desenvolvimento requer que se removam as principais fontes de privação de liberdade: pobreza e tirania, carência de oportunidade econômicas e destituição social sistemática, negligência dos serviços públicos e intolerância ou interferência excessiva de Estados repressivos. (SEN, 1999, p.18)

Na esteira deste raciocínio, é razoável citar a definição de “desenvolvimento sustentável” citada por Lavall & Olsson (2019), no relatório “Nosso Futuro Comum”, que define como sustentável o desenvolvimento “capaz de atender às necessidades do presente sem comprometer a capacidade das futuras gerações para atender suas necessidades” (UN, 1987, p. 16).

Ainda em relação ao termo desenvolvimento, Dias & Cario (2014) recordam que “desenvolvimento é um processo induzido pelo Estado, fruto da coesão entre os interesses das diversas esferas que compõem uma sociedade”. Ou seja, a realidade tem mostrado, principalmente com o cenário da pandemia e seus efeitos, que o mercado tem sido incapaz de resolver questões cruciais para a sociedade e que o estado volta a ter um papel principal no enfrentamento dos desafios apresentados na atualidade.

Ainda, de acordo com Lavall e Olsson, 2019, a formalização da Agenda 2030 “representa completa incorporação do conceito pluridimensional de desenvolvimento nos instrumentos da ONU, e pretende alcançar sucesso por meio de um arranjo de governança multiatores e multinível”.

Reforçando essa reflexão, os autores supracitados, ao mencionarem Sachs (2017), dizem que quando relacionamos aspectos políticos-institucionais e desenvolvimento sustentável os termos se confundem com o que eles definem como boa governança, que estaria apoiada em três pilares, que seriam: responsabilidade, transparência e participação.

Dentro da linha do artigo, e na discussão pretendida, percebemos aqui que há uma relação direta entre desenvolvimento e governança. Já demonstramos a forma como desenvolvimento se relaciona com as políticas de saúde e, agora é necessário mostrar sua conexão com governança e o entendimento do termo neste trabalho.

O último ponto a sublinhar é a forma como a governança pública será tratada nesta narrativa. Para Cavalcante & Pires (2018) há duas formas principais de se abordar o termo governança. O primeiro seria a partir de uma abordagem prescritiva-formal, que os autores definem como “aquela que se reveste de um enfoque normativo e prescritivo sobre a administração pública” (2018, p. 7).

Já a outra perspectiva apresentada pelos autores é a partir de uma perspectiva analítica, que seria “uma orientação para o estudo e a reflexão sobre a atuação de organizações e suas relações com os ambientes nos quais se inserem” (2018, p. 8).

Mark Bevir, em seu artigo “Governança Democrática: Uma Genealogia” (2011), também traz dois olhares para a governança. De acordo com o autor, “a governança surgiu então em duas ondas analiticamente distintas da reforma do setor público. A primeira consistiu nas reformas associadas ao conceito econômico de racionalidade – o neoliberalismo, a Nova Administração (New Public Management) e a terceirização. A segunda consistiu em reformas associadas a conceitos sociológicos de racionalidade – a terceira via, a governança joined-up e redes e parcerias”.

Governança, como aqui se pretende discutir, parte do pressuposto da participação de uma forma colaborativa de trabalho e que ao discutirem políticas de saúde, pretendem jogar luz as diversas faces que o país apresenta, como diferenças sociais, regionais, de raça, classe e gênero.

Uma boa forma de definir governança é proposta por Dias & Cario (2014) ao diferenciarem governança neoliberal e democrática. A primeira parte de um modelo racional, de controle, tentando aplicar um modelo, independente da realidade que seja apresentada.

Já a segunda, de acordo com as palavras dos autores

sustenta-se na adoção de teorias democráticas para tentar fazer com que a administração pública, como instrumento de um projeto democratizante, possa contribuir para sustentar a redefinição do papel do estado frente aos interesses e ao desenvolvimento de uma sociedade multicêntrica, complexa e limitada por um contexto de instrumentalidade (DIAS E CARIO, 2014, p.355)

Sendo assim, essas discussões requerem a participação de vários atores e a capacidade dos tomadores de decisão em criar redes de comunicação e de apoio.

Neste capítulo buscamos demonstrar que a base da Agenda 2030 é construída por desenvolvimento sustentável e governança global. Em breve resumo do que foi exposto aqui, desenvolvimento parte de um conceito amplo, entendendo que deve estar relacionado tanto a fatores de crescimento econômicos, como redução de desigualdades e melhoras nas condições sociais da população.

Já o termo Governança pressupõe aumento da participação de atores diversos – Estado, mercado e sociedade civil – e fortalecimento dos processos de participação e aproximação entre a atuação do estado e as necessidades reais da população.

No próximo capítulo iremos discutir o papel do orçamento nas definições das políticas públicas e como a Governança Orçamentária, olhando para o orçamento

como espaço de tomada de decisões e não apenas uma peça técnica de definição de despesas e previsão de receita, pode contribuir no aprimoramento das políticas de saúde.

4 GOVERNANÇA ORÇAMENTÁRIA

Antes de iniciarmos a discussão da relação entre governança e orçamento, apresentaremos um panorama geral sobre o Novo Regime Fiscal Brasileiro, aprovado a partir da Emenda Constitucional nº 95/2016.

De acordo com Menezes et al. (2019), esta norma pretendeu limitar os gastos do governo por duas décadas. Ou seja, o teto de gastos propõe limitar os gastos em políticas sociais, indo de encontro ao que já citamos sobre a importância dessas políticas em uma série de indicadores sociais.

Outro ponto que é importante para nossa discussão é a atual situação de crise econômica no mundo. Antes mesmo da pandemia, Viana & Silva (2017) afirmavam que o Brasil se encontrava em uma das crises econômicas das mais profundas em sua história. De acordo com os autores,

desde o segundo trimestre de 2014, o país tem apresentado variação percentual negativa do produto interno bruto (PIB) real em relação ao mesmo período do ano anterior, o que indica um período prolongado de recessão econômica (VIANA E SILVA, 2017, p. 47)

Com isso, como resultado lógico, os que perderam capacidade de arcar com os custos do plano de saúde migraram para uso exclusivo do SUS, tendo um aumento da pressão da prestação de serviços no sistema de saúde, já sobrecarregado com uma alta demanda, má gestão e precariedade financeira.

Um pouco antes da promulgação da Emenda Constitucional que estabeleceu o Novo Regime Fiscal (NRF), o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA - apresentou uma Nota Técnica sobre o impacto dos gastos com saúde em uma curva temporal. De acordo com este relatório, a proposta do novo regime seria reverter o histórico aumento de gastos públicos, o que, de acordo com os autores “implica uma ruptura dos acordos políticos e sociais relacionados com essa dinâmica” (2016, p. 5).

Ainda, os autores sustentam que há consenso que os problemas do SUS orbitam em dois campos, falta de recursos e deficiência em sua gestão. Porém, como crítica a proposta do teto de gastos, eles argumentam que para melhoria de gestão é necessário investimento e que, além disso, há deficit de atendimento em várias regiões

país, “refletido nas intermináveis “filas de espera”, sobretudo no tocante ao atendimento especializado” (2016, p. 4).

De acordo com o documento supracitado, após diversas crises financeiras enfrentadas pelo SUS, foi aprovada, a Emenda Constitucional nº29/2000 e, posteriormente, alterada pela Emenda Constitucional nº 86/2015.

De acordo com o novo normativo, as bases de calculo para aplicação mínima em políticas de saúde pela União seria calculada a partir de um percentual da Receita Corrente Líquida (RCL) “13,2% da RCL em 2016, 13,7% em 2007, 14,2% em 2019 e 15,0% em 2020” (2016, p. 6). Ou seja, havia a intenção por parte do legislador de garantir o orçamento federal a partir das correções nas variações nominais do PIB.

Porém, com a aprovação do teto de gastos, os autores sugerem que haverá uma perda substancial de recurso a ser investido em políticas de saúde.

Considerando que a Emenda Constitucional nº 95 impôs que o crescimento das despesas terão como base de correção apenas o Índice Nacional de Preços ao Consumidos Amplo (IPCA), os autores sugerem que a perda acumulada, a depender do crescimento do PIB, poderá chegar a R\$ 1 trilhão no período de 20 anos.

Corroborando com o que demonstra o relatório apresentado acima, Menezes at all (2019) dizem que, com a aplicação do Novo Regime Fisca - NRF, a perda da capacidade de gastos com as políticas de saúde seria em torno de R\$ 800 bilhões nos 20 anos.

Com dados apresentados pelo próprio Ministério da Saúde, no Relatório de Gestão de 2019, percebemos que o valor mínimo a ser aplicado com a regra do IPCA era de R\$ 117.293.431.868,23 e, por outro lado, na regra antiga, da EC 86, o valor a ser aplicado seria de R\$ 131.320.495.490,91. Ou seja, uma diferença de R\$ 14.027.063.622,68.

Tendo um panorama dos impactos que o NRF irá ter na capacidade de financiamento nas políticas sociais, retornamos a discussão central deste capítulo, que é como a governança se relaciona na tomada de decisão para direcionamento do orçamento em políticas de saúde.

Ora, já pontuamos que há um histórico subfinanciamento das políticas de saúde no Brasil, enfraquecendo o princípio da universalidade do SUS e, assim, todos impactos negativos – sociais e econômicos – que esse efeito pode trazer para a sociedade brasileira.

Na discussão de governança e orçamento, encontramos na literatura a citação de atores que participam na definição dos gastos do governo durante a construção das peças orçamentárias. De acordo com Borges (2015), “o orçamento apresenta-se como arena política onde atores que possuem valores, preferências e projetos específicos interagem por meio das estratégias que ora reduzem ora acirram o conflito, na disputa de poder por recursos escassos”.

Borges (2015), ao citar Wildavsky & Caiden (2014) e Good (2014) nos apresenta quatro grupos de atores que influenciam na construção do orçamento. O primeiro, guardiões, que seriam os responsáveis por manter o equilíbrio fiscal e de promover a efetiva alocação do recurso. O segundo grupo, gastadores, seriam identificados como os órgãos setoriais, a autora diz que “seriam aqueles responsáveis tanto por promover a efetiva alocação de recursos quanto por entregar de forma eficiente bens e serviços públicos para a sociedade” (2015, p. 71).

Já os outros dois grupos seriam os definidores de prioridades e os controladores externos. O primeiro “seriam aqueles gastadores responsáveis pela execução da agenda prioritária do presidente e que, devido a essa posição, teriam capacidade de influenciar diretamente a atuação dos guardiões, responsáveis pela política econômica e fiscal do governo” (2015, p. 72). Por último, os controladores externos, “seriam aqueles interessados tanto na provisão de serviços públicos de qualidade, a partir da atuação eficiente e eficaz dos gastadores e dos definidores de prioridades, quanto ad sustentabilidade da situação econômica do país, sob responsabilidade dos guardiões” (2015, p. 73).

Com isso, dentro dessa perspectiva inédita que se encontra o Brasil, de austeridade fiscal, redução acentuada de disponibilidade de recursos para saúde – como demonstrado acima, crise econômica e social (com piora devido a pandemia), a construção do orçamento – e atuação dos atores acima citados – passa a ser tema de maior atenção tanto pelos técnicos quanto pelos políticos. De acordo com Borges (2015), citando novamente Good (2014),

os resultados do processo orçamentário, nas suas diferentes fases – elaboração, aprovação e execução -, poderiam ser analisados como medidas visíveis do peso da influência dos diferentes atores que participaram do processo decisório (BORGES, 2015, p. 70)

Sendo assim, poderíamos definir governança orçamentária como uma forma de analisar e compreender a forma com que os atores envolvidos atuam na

construção do orçamento, interagem entre si, constroem prioridades, criam regras informais de fluxo com o objetivo de otimizar a alocação de recursos a partir das prioridades e forças dessa rede de atuação.

Terminamos esta parte fazendo um breve resumo do que foi apresentado. Primeiramente comentamos sobre os efeitos econômicos no Novo Regime Fiscal implementado no Governo Temer e que, em diversas oportunidades, o atual governo declarou que será mantido – mesmo com todas as consequências trazidas pela pandemia. Como demonstrado, esse novo regime pressupõe uma austeridade fiscal e congelamento dos gastos sociais até 2036 (sendo corrigido apenas pelo IPCA).

Posteriormente demonstramos como o papel da discussão do orçamento e como a governança – olhando para um modelo em que envolve a ação do Estado junto com diversos atores e necessidade contínua de negociação por recursos – passa a ter papel fundamental frente ao já histórico subfinanciamento do SUS e que, como demonstrado, tenderá a se agravar com o atual regime, combinado com a crise que o país se encontra.

No próximo e último capítulo iremos apresentar como os atores se articularam, por meio de regras formais e informais, para construção do Projeto de Lei Orçamentária Anual e a publicação da Lei Orçamentária nº 13.978/2020, que estimou a receita e fixou a despesa da União para o exercício de 2020.

5 DISCUSSÃO

Neste capítulo iremos apresentar uma breve análise que foi feita com base na Proposta de Lei Orçamentária Anual (PLOA) e a Lei nº 13.978/2020, aprovada com base na PLOA.

Na construção dos dois documentos supracitados contamos com dois tipos de fluxos, o formal e o informal. Enquanto o primeiro, formal, é feito com base em normativos, o segundo é construído a partir da realidade de cada órgão.

A importância das peças orçamentárias nos é apresentada na Constituição Federal de 1988, em seu artigo 167, § 1º, inciso XI, que determina que “nenhum investimento cuja execução ultrapasse um exercício financeiro poderá ser iniciado sem prévia inclusão no plano plurianual, ou sem lei que autorize a inclusão, sob pena de crime de responsabilidade”.

Ou seja, inferimos desta determinação normativa que qualquer despesa que o Estado pretenda executar, tem que estar prevista em alguma das peças orçamentárias.

A Lei Orçamentária Anual, responsável pela execução do orçamento propriamente dito, irá estimar receitas e fixar despesas. O §5º do artigo 165 da Constituição Federal diz que:

§ 5º - A lei orçamentária anual compreenderá:

I - o orçamento fiscal referente aos Poderes da União, seus fundos, órgãos e entidades da administração direta e indireta, inclusive fundações instituídas e mantidas pelo Poder Público;

II - o orçamento de investimento das empresas em que a União, direta ou indiretamente, detenha a maioria do capital social com direito a voto;

III - o orçamento da seguridade social, abrangendo todas as entidades e órgãos a ela vinculados, da administração direta ou indireta, bem como os fundos e fundações instituídos e mantidos pelo Poder Público.

Após a construção da proposta orçamentária anual, o executivo deverá enviar para o Congresso Nacional a PLOA até o dia 31 de agosto e, este, após as discussões e possíveis alterações, tem até o dia 22 de dezembro para devolver o documento ao executivo para, então, ser aprovada e sancionada como Lei.

Conforme explicam Santos & Gasparini (2020), a Constituição Federal, que aqui estamos classificando como regras formais, criou regras específicas para atuação do Executivo e Legislativo – para o primeiro, o poder de veto e, para o segundo, a aprovação e controle da execução. Nas palavras dos autores, “as decisões político-orçamentárias a esses poderes, responsáveis pela definição e realização de políticas públicas” ficaram submetidas a “tutela jurisdicional”.

Feito este breve resumo das regras formais, muito do que é discutido no campo de orçamento já está exaustivamente normatizado e segue um rito que não tem alteração, dando segurança jurídica aos agentes que participam.

Por outro lado, a partir da discussão de Governança Orçamentária, além das regras formais, nos deparamos com fluxo informais, que tem forte influência no processo de decisão.

Entretanto, antes de apresentarmos as questões atinentes a este fluxo, sugerimos cinco pontos de análise que irão nos atender como diretrizes e parâmetros para delimitar os pontos importantes a serem observados na discussão da Governança Orçamentária de forma geral. Estas categorias de análise seriam as seguintes:

Tabela 2

I	Estabelecimento de fóruns estáveis e democráticos de discussão
II	Formulação dos processos de decisão
III	Existência de instrumentos de Políticas Públicas
IV	Capacidade decisória dos atores que compõem a rede
V	Existência de indicadores para mensurar a efetivação do que foi proposto na Lei Orçamentária e sua conexão com as outras peças orçamentárias.

Fonte: Elaboração do autor (2021)

Como referência para os fluxos aqui descritos, foi feito uma consulta a um Mapa de Processos que atualmente é utilizado como referência para as tramitações das discussões da construção do Orçamento Anual do Ministério da Saúde.

Este documento está em fase de formalização e representa todo fluxo qualitativo e quantitativo da proposta orçamentária. O início das discussões ocorrem entre as Coordenações responsáveis pelo orçamento das Secretarias finalísticas e seus Departamentos. Com o amadurecimento do documento, outros atores são incluídos na discussão, como a Secretaria de Planejamento e Orçamento (SPO) e a Secretaria Executiva.

Nas categorias aqui propostas, já podemos observar que o estabelecimento de fóruns estáveis e democráticos de discussão é amplamente atendido, tendo em vista que as discussões da proposta orçamentária conta com a participação de todos níveis da estrutura do Ministério da Saúde.

Utilizando a nomenclatura proposta por Borges (2015), identificaríamos os departamentos como gastadores e as Coordenações-Gerais de Planejamento e Orçamento (CGPO) como controladores, informando o montante de recurso disponível e cobrando a conexão da construção das propostas com o Plano Plurianual (PPA), Plano Nacional de Saúde (PNS) e a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO).

Uma vez que é finalizada a parte qualitativa, as Secretarias enviam o documento para a SPO, que irá criticar e ajustar as solicitações – já considerando a parte quantitativa do orçamento – juntamente com as CGPO de cada Secretaria, para alinhar os pontos determinantes para construção da PLOA.

Acompanhando o Mapa analisado, observa-se que o papel dos atores envolvidos no processo é orgânico. Ou seja, utilizando como exemplo a CGPO,

inicialmente ela se posiciona como controladora e ao iniciar as negociações com a SPO, essa mesma unidade passa a ser representante das Secretarias finalísticas, assumindo o papel da gastadora.

Por último, a proposta é consolidada com as decisões finais do Ministro e apresentada ao Ministério da Economia, já dentro dos parâmetros do teto de gastos, que irá validar a proposta, solicitar redução ou permitir expansão.

Neste momento notamos que a discussão é feita num sistema bottom-up, onde a construção das prioridades é proposta a partir das Secretarias finalísticas do Ministério da Saúde.

Além disso, dessa movimentação dos atores em diferentes papéis ao longo da discussão da proposta, podemos observar que há um rito nos processos de decisão, demonstrando que além de garantirem um espaço de discussão em relação a parte qualitativa da proposta, também há um processo de decisão consolidado, atendendo o segundo critério da nossa categoria aqui proposta.

Nessa mesma esteira, observamos que os instrumentos de políticas públicas como espaço formal de discussão e possibilidade de avaliação da proposta a ser enviada também tem espaço razoável durante a construção do documento.

Porém, foi observado que não há neste processo de construção do orçamento a participação do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) ou mesmo do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, sugerindo um processo centralizado em âmbito federal.

Após esses alinhamentos, a proposta orçamentária do órgão é postada no SIOF e enviada para o Congresso Nacional, que irá atuar como definidor de prioridades.

Aqui passamos a observar os dois últimos parâmetros que sugerimos para acompanhar o processo de Governança Orçamentária, que seria identificar se o que foi definido e negociado entre os atores que compõem a rede de negociação realmente é atendido e se há meios, indicadores, para identificar este processo.

Aqui, isolamos como variável no orçamento de 2020 as propostas identificadas como Resultado Primário “2” (RP2), que seriam os gastos discricionários do órgão, e como Resultado Primário “9”, que seriam as emendas de relator.

Com isso, conforme demonstrado no quadro abaixo, identificamos que grande parte do que foi proposto como gasto discricionário do órgão, foi convertido para Emenda de Relator.

Quadro 1

Documento Orçamentário	RP2	RP9
PLOA	R\$ 26.684.020.692,00	R\$ -
LOA	R\$ 15.837.724.670,00	R\$ 8.041.043.063,00

Fonte: SIOP

O primeiro ponto que merece atenção é que essa transferência de valor entre o que foi proposto pelo órgão central, o Ministério da Saúde, e o que foi aprovado depois da atuação do Congresso Nacional, é que não houve aderência entre o solicitado e o aprovado.

Retornando ao texto de Santos & Gasparini (2020), “Orçamento Impositivo e Relação entre Poderes no Brasil”, os autores explicam que por meio do presidencialismos de coalizão, sistema vigente no Brasil, enquanto o orçamento seria um meio para que o executivo efetivasse seu programa de governo, este mesmo instrumento serve aos parlamentares para atenderem suas bases eleitorais, através de emendas.

Em relação às emendas, os autores fazem duas ponderações importantes. A primeira é que as emendas deveriam cumprir um objeto de negociação que eles classificam como “engrenagem de um sistema de trocas”, onde o governo, garantindo apoio do legislativo, usaria este recurso para implementar seu plano de governo.

Por outro lado, ao citarem Lima e Viana (2016), os autores ponderam que não visam cumprir o planejamento do governo, mas, simplesmente, melhor o desempenho eleitoral por parte dos parlamentares.

Como crítica final a figura das emendas parlamentares, elas carecem de normatização para cumprirem requisitos técnicos para sua aplicação. Nesta mesma esteira, Santos & Gasparini (2020) dizem o seguinte:

a emenda também falece em exigir a eficácia e a efetividade dos gastos ora obrigatórios. Não exige obtenção de resultados (alcance de metas), tampouco a demonstração dos impactos deles advindos. Ignora a necessidade e utilidade do bem ou serviço. Exige somente a efetiva utilização dos recursos, ou seja, a execução orçamentária e financeira, mesmo que de forma ineficiente. (SANTOS E GASPÁRINI, 2020, p. 366)

Sendo assim, quando trazemos o penúltimo ponto de análise aqui proposto, capacidade decisória dos atores que compõem a rede, observamos que há um tendência de forte expansão dos gastos com emendas, sugerindo que as definições

realizadas pelos atores setoriais, o Ministério da Saúde, tem perdido força na indicação do orçamento e, retomando as classificações de Borges, demonstra que o congresso se posiciona como definidor de prioridade.

Ainda em tempo, também não identificamos indicadores que demonstrem o atendimento do que foi negociado e do que foi aprovado, sugerindo uma fragilidade de monitoramento no processo da governança orçamentária.

6 CONCLUSÃO

A partir das relações apresentadas no trabalho, percebemos que os termos aqui discutido tem diversos pontos de contato, que são a Agenda 2030, Desenvolvimento, Governança e Orçamento.

A Agenda 2030 se mostra como importante farol para o aprimoramento nas discussões qualitativas das políticas de saúde, sendo importante sua constante relação com o processo de decisão na arena orçamentária.

Em relação ao tema desenvolvimento, como aqui demonstrado, pretendeu-se dar um olhar além do econômico, incluindo em seu significado a questão de redução de desigualdades e expansão de liberdades. Ou seja, tentamos sair da percepção de desenvolvimento apenas com perspectiva do crescimento do Produto Interno Bruto, como pregado por alguns teóricos, e incluímos relações de redução de desigualdade no termo.

Em relação ao tema central do trabalho, as contribuições da governança orçamentária nas políticas de saúde, podemos notar os processos de discussão nas definições de prioridades sugere a atuação de um rede de atores na construção da proposta orçamentária, indo ao encontro da forma como o tema foi aqui discutido.

Com isso, com a discussão apresentada em relação ao orçamento aprovado em 2020, podemos dizer que há uma sugestão de que boa parte do orçamento da saúde pode estar sendo direcionado para as emendas parlamentares – no caso dos dados aqui analisadas, para as emendas de relatoria.

Primeiramente, isso sugere que pode haver, na rede de discussão do orçamento, uma hipertrofia por parte do Poder Legislativo e um possível enfraquecimento do executivo, no sentido de implementar seu programa de governo.

O segundo ponto que merece destaque são como as emendas tem sido apresentadas. Em pese a legitimidade da atuação do congresso por meio das emendas, observamos que não há um critério técnico ou mesmo um monitoramento

de efetividade e/ou eficiência dos recursos aplicados por meio das emendas, o que pode sugerir um comprometimento nos resultados pretendidos nas políticas de saúde.

Sendo assim, sugerimos que futuros estudos sejam feitos para aprofundar o tema governança orçamentária e suas relações com os processos de decisões em outras frentes do orçamento, principalmente a atuação dos parlamentares no processo de decisão do direcionamento dos recursos.

REFERÊNCIAS

ANTUNES MARTINS, A. P. **Governança global da pesquisa científica no contexto da pandemia de covid-19: análise das diretrizes e discursos sobre ciência e ética produzidos pela Organização Mundial de Saúde.** Boletim de Gestão de Políticas Públicas e COVID-19 do Observatório da Sociedade Pós-Pandêmica. Políticas Públicas & Governança. Vol. 1, Jul., 2020.

BAHIA, L. **Trinta anos de Sistema Único de Saúde (SUS): uma transição necessária, mas insuficiente.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 34, n. 7, e00067218, 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000700401&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 09/11/2020.

BRASIL. **Relatório de Gestão 2019.** Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_gestao_ministerio_saude_2019.pdf; Acesso em: 09/11/2020;

_____. **Políticas Sociais: Acompanhamento e Análise.** 2020. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/politicas_sociais/201007_bps_book.pdf; Acesso em: 09/11/2020.

BEVIR, M. **Governança democrática: uma genealogia.** Rev. Sociol. Polit., Curitiba, v. 19, n. 39, p. 103-114, June 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-44782011000200008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09/11/2020.

CASTRO SILVA BORGES, A.C. **Governança Orçamentária e Gasto Público no Brasil: Uma abordagem institucional do processo de definição da despesa em âmbito federal.** Dissertação Mestrado em Administração – Universidade de Brasília, Brasília, 2015. [Orientador: Prof. Dr. João Mendes da Rocha Neto];

CHIORO REIS, A.D; MENEZES, A.P.; ALMEIDA CASTRO FURTADO, L.; DA SILVA PEREIRA, S.S. **Tudo a temer: financiamento, relação público e privado e o futuro do SUS.** Saúde debate, Rio de Janeiro, v. 40, n. spe, p. 122-135, Dec. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000500122&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09/11/2020.

DE FREITAS, R. **Democracia e Governança da saúde: interesses e atores.** 2017. pp. 377 – 393. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=32686; Acesso em: 29/10/2020.

D'AVILA VIANA, A.L; PACÍFICO DA SILVA, H. **Saúde e Desenvolvimento no Brasil: Argumentos para promover a cidadania em tempos difíceis.** Planejamento e Políticas Públicas. N. 49. Jul./Dez. 2017 Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8236/1/ppp_n49_sa%C3%BAde.pdf; Acesso em: 09/11/2020.

DIAS, T., & Cario, S. A. F. (2014b). **Governança pública: ensaiando uma concepção**. Contabilidade, Gestão e Governança, 17(3), 89-108.

DOS SANTOS, N. R.. **SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 23, n. 6, p. 1729-1736, jun. 2018 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601729&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 09/11/2020.

ESPING-ANDERSEN, G. **As três economias políticas do welfare state**. Lua Nova, São Paulo , n. 24, p. 85-116, Sept. 1991 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64451991000200006&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 09/11/2020.

GADELHA, C.A.; COSTA, L.S. **Saúde e desenvolvimento no Brasil: avanços e desafios**. Rev. Saúde Pública, São Paulo , v. 46, supl. 1, p. 13-20, Dec. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000700003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09/11/2020.

LAVALL, T.; OLSSON, G. **Governança global e o desenvolvimento na sua pluridimensionalidade: um olhar sobre a Agenda 2030 das Nações Unidas**. Direito e Desenvolvimento, [S.l.], v. 10, n. 1, p. 51-64, 16 jul. 2019

MENEZES, A.P., MORETTI, B., Ademar CHIORO REIS, A.D. **O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública – austeridade versus universalidade**. Saúde em Debate [online]. v. 43, pp. 58-70. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042019S505>>. Acesso em: 09/11/2020.

MILANOVIC, Branko. **Capitalismo sem rivais: o futuro do sistema que domina o mundo**. São Paulo: Todavia, 2020.

MOZZATO, A. R.; GRZYBOVSKI, D. **Análise de conteúdo como técnica de análise de dados qualitativos no campo da administração: potencial e desafios**. Revista de Administração Contemporânea, v. 15, n. 4, p. 731-747, 11.

ROCHA, Cristianne Maria Famer, Martins, Mariana da Rosa e Farias, Mateus Aparecido de. **Saúde para todos: a participação da sociedade civil na governança global em saúde**. Saúde em Debate [online]. 2020, v. 44, n. spe1 [Acessado 12 Outubro 2021] , pp. 160-170. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042020S114>>. Epub 17 Ago 2020. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-11042020S114>.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **A cruel pedagogia do vírus**. Coimbra: Edições Almedina, S/A, 2020

Santos, Núbia Cristina Barbosa e Gasparini, Carlos Eduardo. **Orçamento Impositivo e Relação entre Poderes no Brasil**. Os autores agradecem os comentários e sugestões feitos por dois pareceristas anônimos da Revista Brasileira de Ciência Política. . Revista Brasileira de Ciência Política [online]. 2020, n. 31 [Acessado 16 Outubro 2021] , pp. 339-396. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-335220203109>>. Epub 11 Maio 2020. ISSN 2178-4884. <https://doi.org/10.1590/0103-335220203109>.

SENADO FEDERAL. **Constituição Federal de 1988**. Brasília, DF, 1988.

SEN, Amartya. **Desenvolvimento como liberdade**. Ed. SCHWARCZ, 2009. São Paulo.

SOARES, Adilson e Santos, Nelson Rodrigues dos **Financiamento do Sistema Único de Saúde nos governos FHC, Lula e Dilma**. Saúde em Debate [online]. 2014, v. 38, n. 100 [Acessado 16 Outubro 2021] , pp. 18-25. Disponível em: <<https://doi.org/10.5935/0103-104.20140002>>. ISSN 0103-1104. <https://doi.org/10.5935/0103-104.20140002>.

SULPINO VIEIRA, F.; PUCCI DE SÁ E BENEVIDES, R. **Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil**. 2016. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/7270>; Acesso em: 09/11/2020;