



A SAÚDE COMO POLÍTICA PÚBLICA DE ESTADO: O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, TRAJETÓRIA E FINANCIAMENTO.

Vanessa Schuerz¹

RESUMO

O trabalho possui o intuito de analisar e descrever o Sistema único de Saúde, partindo dos problemas públicos que ensejaram a sua criação, também faz um apanhado do seu financiamento e das modificações ao longo dos anos. Principalmente sobre a vigência da Emenda Constitucional 95/16.

O artigo está dividido em cinco seções: na primeira é apresentado o Brasil antes do sus e as formas incipientes de assistência social para saúde, a segunda trata especificamente da sua criação, bem como do seu financiamento e gestão, ou seja, o desenho e funcionamento do SUS, na seção seguinte trata de como a emenda 95 afeta e afetará o financiamento do sistema único de saúde. E por último, os apontamentos sobre os últimos acontecimentos que podem vir a alterar suas contas, já nas considerações finais são apontadas as dificuldades para construção do tema e as necessidades de aperfeiçoamento.

Palavras chave: Financiamento. Sistema único de saúde. Direito a saúde. Política Pública.

ABSTRACT

The work possessed by the intent of analyzing and discovering the Unified Health System, based on public problems that will teach his offspring, also makes it possible to support his financing and modifications over the course of years. Mainly on the validity of the Constitutional Amendment 95/16.

The article is divided into five sections: the first is presented in Brazil before its incipient forms of social assistance for health, the second deals specifically with its creation, as well as its financing and management, or its design, and operation of SUS, the following section deals with how amendment 95 affects and will affect the financing of the Unified Health System. And finally, the comments on the latest events that can change your accounts, the final considerations are not given to the difficulties for the construction of the theme and the needs of improvement.

Keywords: Financing. Unified Health System. straight to health, Public Policy.

¹ Advogada OAB-RJ, Mestranda em Direito pela Universidade Federal do estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), Bacharela em Direito pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), Bolsista pela Capes, e-mail: schuervanessa@gmail.com, lattes: <http://lattes.cnpq.br/1226502006791294>



1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde foi concebido a partir do movimento de reforma sanitária que discutia um novo modelo para a saúde brasileira, coincidindo também com o processo da redemocratização do Brasil, no contexto da transição do regime militar. Os serviços de saúde, que antes eram para poucos e estavam vinculados à condição de trabalhador, ou seja, apenas àqueles que contribuam para o sistema, passaram a ser um direito para todos, impulsionando a criação de políticas públicas que garantissem o seu cumprimento.

Assim, com o tempo foi estabelecida uma extensão do seu conceito e, com essa nova concepção, o sistema de saúde brasileiro deveria possuir três pilares: universalidade, equidade e integralidade. Logo, reformas como a promovida pela EC n.º 95/2016, vão de encontro ao que foi concebido para esse direito constitucionalmente estabelecido.

A Emenda Constitucional (EC) n.º 95/2016 instaurou um novo regime fiscal no ordenamento jurídico brasileiro. Conhecida como EC do “Teto”, esta foi promulgada em 2016 e produzirá, em tese, efeitos até 2036, uma vez que o prazo de sua vigência foi estabelecido em 20 exercícios financeiros.

Por sua vez, se aproxima o período do seu prazo revisional, previsto no art. 108 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT). Far-se-á necessário, por isso, um levantamento das consequências dessa alteração legislativa na sociedade brasileira. Em virtude de ter um objeto delimitado, este trabalho versa principalmente sobre os efeitos da EC n.º 95/2016 junto ao Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente em razão do estado de excepcionalidades causado pela pandemia de Sars-Cov-2, que, para ser combatida, impôs a necessidade de ser criado um “orçamento de guerra”, o qual foi editado por meio de outra Emenda Constitucional, a EC n. 106 de 2020.

A proposta deste trabalho, portanto, é uma análise do sistema único de saúde e seu financiamento, perpassando diversas áreas do conhecimento, não apenas o campo jurídicodogmático, no que concerne ao direito à cidadania e à reserva possível dos direitos fundamentais, mas também se atreve a trazer aspectos econômicos e alguns dados históricos e políticos, bem como pontuações sobre a saúde no atual contexto.

A metodologia foi composta por revisão bibliográfica qualitativa, usando como fontes não só a legislação, mas também dados produzidos pelo governo, notícias de jornais, artigos



em periódicos, notas técnicas, livros, monografias, teses entre outros, com pertinência temática para essa construção. Utilizou-se principalmente de fontes secundárias e fez-se revisão bibliográfica das obras dos autores aqui trabalhados.

2 BRASIL ANTES DO SUS

A saúde brasileira continuamente está vinculada ao sistema de seguridade social, muito antes da definição estabelecida pela Constituição em seu art. 194, que prevê “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.” (BRASIL 1988).

Uma das primeiras ações da República brasileira, ainda na década de 1920, foi a promulgação do Decreto 4.682 de 1923, conhecido como Lei Eloy Chaves. Atribuiu-se a ele o marco pela implementação da previdência social brasileira. Em seu texto, previa que os empregados ferroviários que tivessem contribuído para fundos de uma caixa teriam direitos a socorro médico bem como os seus familiares, desde que eles morassem na mesma casa e dependessem da renda para seu sustento, também teriam desconto em medicamentos. (BRASIL, 1923)

Em análise da referida legislação, é possível a visualização de uma assistência médica incipiente. A principal problemática dessa iniciativa, porém, consistia na ideia de que o direito à saúde seria indissociável da condição de trabalhador. Nesse sentido:

Os magros resultados alcançados, entretanto, levariam outros atores privados a reconsiderarem o papel da força de trabalho industrial e as normas que deviam dar estabilidade à ordem social. É desse reconhecimento que surgirão as iniciativas das caixas de aposentadorias e pensões de índole remedial, isto é, compensando minimamente, as deficiências na distribuição de benefícios, regulada estritamente que era pelo mercado na esfera acumulativa. (SANTOS, 1979, p. 73)

Mais adiante, na década de 1960, no decorrer da Ditadura Civil-Militar, surgiu então o Instituto Nacional de Assistência Médica (INAMPS), onde o direito à saúde ainda era vinculado ao trabalho e o seu acesso dependia das contribuições à previdência. Essa política oportunizou uma política privada de saúde, tendo maior contorno empresarial, em desfavor de uma política de assistência pública. (MENICUCCI, 2008).

A síntese desse período seria a partir do início da industrialização, na década de 1920, quando surgem as caixas de aposentadorias e pensões (Lei Eloy Chaves), sendo



sucedidas pelos institutos na década posterior, e depois unificados na década de 1960 pelo INAMPS. Época em que a assistência é pautada no privilégio de uma medicina individual, assistencialista desfavorecendo a saúde pública, e propicia um sistema de capitalização da medicina e seu acesso por vias privadas. (ANDRADE et al, 2000). Evidencia-se que a assistência suplementar à saúde já estava sendo construída e consolidada décadas antes de uma saúde pública.

2.1 Reforma Sanitária

Os anos 1980 foram marcados por muitas mudanças, mas o processo mais importante nesse período para o Brasil foi a redemocratização. Esse período oportunizou o movimento de Reforma Sanitária, pois, naquele momento, não se buscava apenas por uma democracia formal, mas também, uma busca por melhores condições a população, abarcando assim os direitos à cidadania.

A reforma sanitária pode ser compreendida como um movimento político articulado em defesa do direito à saúde com ideias embasadas no fomento de produções acadêmicas, que construíram uma comunidade epistêmica. . (MENICUCCI, 2008, p. 28)

A crise causada pelo fim da capacidade de sustentar o financiamento do modelo de saúde vigente, que era bastante oneroso e pouco efetivo, foi frutífera para o movimento da Reforma Sanitária, pois salientou as falhas do modelo até então estabelecido, tendo como resultado o descontentamento de todos, desde prestadores de serviços, usuários, trabalhadores etc. Nesse sentido, foi elaborada uma proposta fundamentada como alternativa a crise, em harmonia com a conjuntura, que se mostrava favorável para mudanças democráticas e ampliação de políticas sociais. (NASCIMENTO 2008, p. 31)

Sobressai do processo da Reforma Sanitária, em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, tendo vários setores da sociedade civil presente. Segundo Xavier, (2019) estima-se a presença de 4 mil pessoas, sendo metade composta por usuários da saúde pública que, em concordância, acreditavam em uma reformulação de toda estrutura jurídica-institucional, que seria insuficiente somente uma transformação financeira e administrativa. E, assim, nasceu um documento intitulado *Democracia e Saúde*², que foi referência para elaboração

² Sérgio Arouca, em seu discurso na referida conferência, explica o nome do documento: “E o lema que foi colocado no sistema de saúde durante os últimos anos foi exatamente isso democracia e saúde, significando que



da constituição de 1988.

Assim, com o advento de uma nova constituinte no ano posterior, muito foi debatido sobre o rumo do Brasil, principalmente no quesito sanitário. A Constituição Federal veio implementar em partes a democracia como saúde, iniciando um momento totalmente novo no país.

3 A GÊNESES DO SUS

Com a promulgação da CFRB/88, o direito à saúde tinha uma nova forma. Porém, só na década de 1990 o sistema foi regulamentado, pelas leis 8.080 e 8.142. Dessa maneira, ao legitimar a saúde constitucionalmente, ficou-se estabelecido que, além de direito de todos, este deveria ser garantida pelo Estado, assim como um dever das pessoas, da família, das empresas e da sociedade. Determinou-se os princípios que o sistema nacional de saúde deveria ter: universalidade, integralidade e equidade.

Destarte, o princípio da universalidade merece uma maior ênfase, já que ele exprime a noção de atendimento e acesso das políticas da saúde para todos. Em outras palavras, pode ser compreendido como a capacidade de acessar o sistema sem ônus financeiro. Inovando a noção que vigorava anteriormente da relação entre trabalhador e beneficiário a saúde. Nesse sentido:

A construção do SUS previa mudanças profundas na organização e no financiamento dos serviços de saúde, além da introdução de novos mecanismos de governança e responsabilização para os níveis de gestão do sistema. Especificamente, confrontou várias fragilidades observadas no sistema pré-SUS, tais como: a disponibilidade limitada de serviços em algumas regiões do País, o inadequado sistema de atenção primária em saúde e o excesso de centralização. (GRAGNOLATI *et al.*, 2013, p. 17)

Segundo o IBGE, cerca de 150 milhões de brasileiros são atendidos exclusivamente pelo SUS, o que significa dizer, em percentuais, que mais de 70% da população é beneficiária, sem diferenciação na caderneta de contribuição. Isso é a

para conseguir começar a timidamente melhorar as condições de saúde da população brasileira, era fundamental a conquista de um projeto democratização desse país.” (1986)



universalidade prática, atingindo espaço de atuação, na atenção básica, de populações isoladas, como indígenas, ribeirinhas, quilombolas. (IBGE, 2019)

A sua abrangência e complexidade estão pautadas na sua atuação em diversas áreas, desde a política de transplantes de órgãos, atendimento em circunstâncias de vigilância sanitária, campanhas de vacinação, disponibilização de remédios de alto custo para enfermos de síndromes raras até campanhas de conscientização de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), entre outros.

Conforme o Relatório de Gestão levantado pelo Ministério da Saúde, em 2016, foram realizados no SUS 2.138.389.144 procedimentos ambulatoriais, cerca de 308 milhões de consultas médicas dados em que consideram consultas de urgência ou especializadas. Além disso, foram realizadas 266.963 cirurgias para câncer, 2.692.494 procedimentos quimioterápicos e 9.452.820 procedimentos radioterápicos. Dados que são impressionantes, porém não se pode perder de vista o subfinanciamento e a política adotada de financiar o público e o privado, pois causa uma concorrência por todas as espécies de recursos.

4 FINANCIAMENTO E GESTÃO

O artigo 55 do ADCT definia que: “trinta por cento, no mínimo, do orçamento da seguridade social, excluído o seguro-desemprego, serão destinados ao setor de saúde.” (BRASIL 1988). A seguridade social estaria dividida, ainda, em quatro contribuições: “Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS), Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL), Programa de Integração Social (PIS) e o Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público (PASEP)”(NASCIMENTO, 2019, p. 112).

Nos anos 1990, porém, foi possível verificar que tal preceito estava sendo violado, após drásticos e recorrentes contingenciamentos das verbas em razão de uma adaptação macroeconômica. Os recursos que deveriam ser oriundos do orçamento da seguridade social, passaram a ser destinados, tão somente, à previdência social, não sendo mais repassados ao Ministério da Saúde. A partir da metade da década, o SUS passou a ser financiando pelo Tesouro Nacional.

Outras medidas foram tomadas nos anos que sucederam, como o Fundo de



Estabilização Fiscal, proposto pela EC n.º 10, que seria uma espécie de desvinculação das despesas da União, retirando obrigações previstas na Constituição Federal, com o subterfúgio de maior liberdade. Com o orçamento da Saúde minguando cada vez mais, era necessário angariar verba de alguma maneira, assim, como resultado de uma campanha para o financiamento adequado do SUS, surge a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), mas logo ela se mostra ineficiente ao seu propósito, pois a sua renda fora vinculada à Previdência Social.

A saúde precisava de segurança, portanto havia necessidade de ter uma fonte de recursos estável com garantia pelo menos do mínimo de aplicação de receita. A saída encontrada, nos anos 2000, foi a implementação da EC n.º 29. Assim, as despesas na saúde foram vinculadas ao PIB, sendo então o valor aplicado o do exercício fiscal anterior, corrigido pela variação nominal do PIB. Os estados e o Distrito Federal ficariam responsáveis pela contribuição de 12% da arrecadação de seus impostos — aqueles previstos nos artigos 155, 157 e 159 da CFRB/88. Já os municípios e o Distrito Federal deveriam destinar 15% da arrecadação dos seus impostos — os previstos nos art. 156 e 159 da CFRB/1988. Para os entes federativos que não conseguissem aplicar tais percentuais, foi estabelecido aplicação de, no mínimo, 7%, necessitando ser elevada de maneira gradual até 2004, como data limite para serem atingidos os percentuais de 12% e 15%. (BRASIL, 2000)

O orçamento da saúde sempre esteve oscilante, evidenciando o seu subfinanciamento crônico (GRAGNOLATI, 2013). Até mesmo com a EC n.º 29, que foi uma medida positiva, verifica-se que o Brasil estava muito aquém da aplicação do financiamento necessário. Em parâmetros internacionais, o gasto em relação ao PIB seria em torno de 4% para os membros da Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE) e alguns países de renda média. Segundo Gragnolati e colaboradores (2013, p. 54):

Considerando o período de 1995–2010, para o qual há dados comparáveis de outros países, a taxa média de crescimento anual em gastos públicos (reais) na saúde foi menor no Brasil do que em vários outros países de renda média (3% por ano no Brasil, em comparação com 8% a 12% na China, República da Coreia, África do Sul e Turquia). Ressalta-se que o crescimento em gastos reais acelerou no início da década de 2000 (cerca de 6% ao ano), mas continua inferior ao de muitos países comparáveis ao Brasil.

4.1 Emenda Constitucional 95.

Nos últimos anos, as medidas econômicas tomadas têm afetado diretamente o orçamento do SUS. O gráfico abaixo demonstra os valores do gasto público por cada ente federativo, desde 2003 e 2015, ficando evidente a redução de 7% entre os extremos do gráfico da esfera da união, ficando sempre no limiar daquilo que havia sido obrigado constitucionalmente.

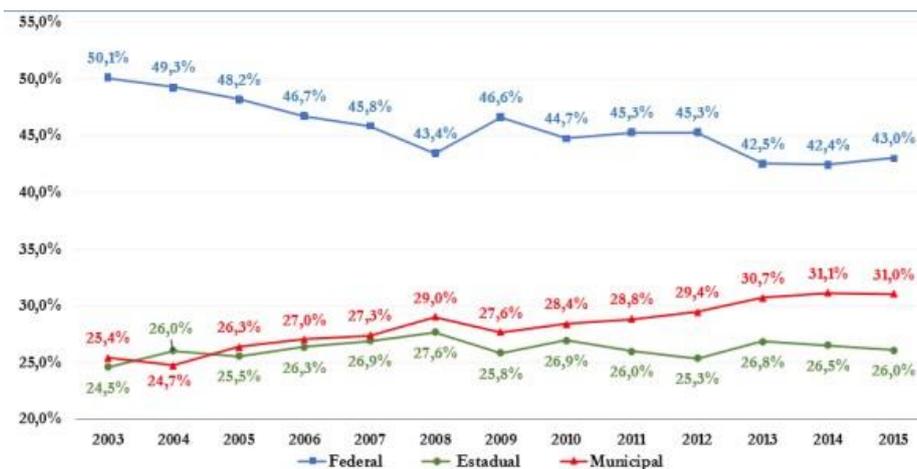
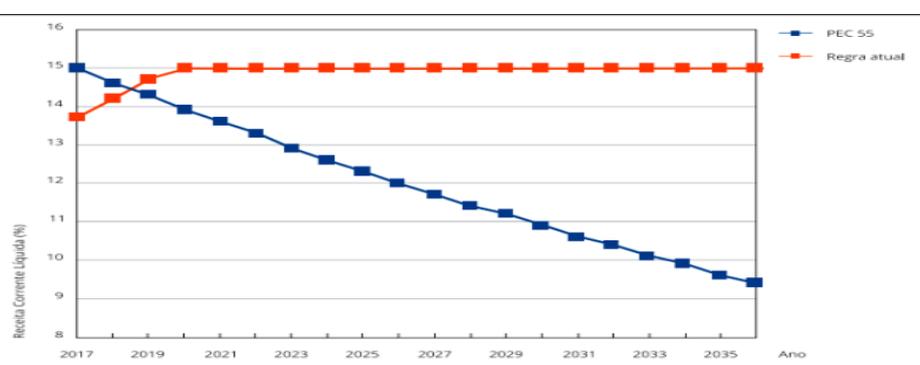


Figura 1 – Investimento na saúde por cada ente federativo 2003-2015, % do total Fonte: Ministério da Saúde, idealizado por Xavier 2019

O destaque, porém, é da EC n.º 95/2016, posterior a 2015, essa emenda estabeleceu um novo regime fiscal, definindo um teto dos gastos pelo período de 20 anos. Ao implementar a EC n.º 95/2016, foram ignorados alguns marcadores necessários para políticas públicas de saúde, tais como o:

crescimento populacional, a transição demográfica, a necessária expansão da rede pública, o impacto da incorporação tecnológica (crescente e cumulativa na área da saúde) e os custos associados à mudança do perfil assistencial determinado pela prevalência das doenças não transmissíveis e das causas externas”. (MENEZES et al, 2019, p. 7)

A figura 2, abaixo mostra as projeções pautadas na regra de investimento que





vigorava em 2016 e quais seriam os seus efeitos em razão da EC n.º 95/2016. Nesse sentido: “o piso de gastos com a saúde saíra, com base na Receita corrente líquida (RCL), de 15% em 2017 para 12% em 2026 e finaliza em 9,4% em 2036, ocasião de se manter a regra da EC95/16 como foi aprovada por vinte exercícios financeiros.” (ARAÚJO, 2017, p. 51)

Figure 2 Evolução comparativa de gastos com a saúde de acordo com a regra atual e com a regra da EC 95/2016/16, utilizando como medida a RCL Fonte: Adaptado de DWECK e ROSSI (2016). Citada na obra de Araújo 2017

Conforme aponta Nascimento (2019), mesmo com um cenário favorável de um PIB crescente a 2,0% ao ano, o investimento em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) seria reduzido para 12,7% em razão da desobrigação de vincular a receita corrente líquida estabelecida pela EC n.º 95/2016. Os números chegariam a 10% ao final da vigência da Emenda. Com isso, os gastos *per capita* de aplicação mínima que, em 2016 representavam R\$ 519,00, em 2036, estariam estimados em R\$ 485,00, mais de 6% de queda ao analisar com a regra estabelecida com EC n.º 86. Considerando essa mesma taxa de crescimento do PIB, a diminuição do financiamento ao SUS em R\$ 416 bilhões nos 20 anos de congelamento.

Outros autores estimam as perdas em números ainda maiores, pois calculam não pelo PIB, mas pela estimativa do IPCA. É o que aponta, por exemplo, Menezes et al (2019), que, considerando a programação da saúde partindo do piso dentro dos 20 anos estabelecidos, preveem a diminuição nos investimentos em ASPS em torno de cinco pontos percentuais da RCL. Em suas palavras:

Os impactos de médio e longo prazos também podem ser estimados para o SUS, comparando-se a aplicação no piso congelado da EC 95 e os valores obrigatórios, caso vigorasse a regra anterior (15% da RCL do exercício corrente). A expectativa, elaborada pelos próprios autores, baseada no crescimento médio anual da RCL de 5,7% e do IPCA de 4%, é de perda estimada para as despesas federais em ASPS de R\$ 800 bilhões, entre 2020 e 2036, na hipótese de alocação do orçamento da saúde no piso da EC 95. (MENEZES et al, 2019, p. 7)

Desse modo, o gráfico abaixo ilustra os percentuais apresentados.

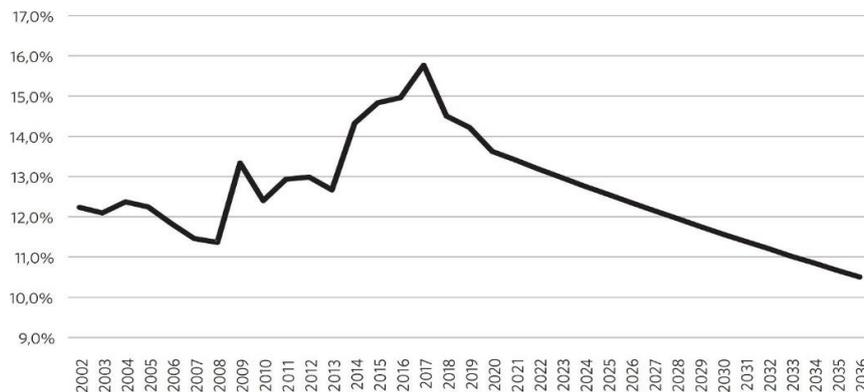


Figure 3- Evolução das despesas ASPS (% da RCL) Fonte: Siop, STN e LOA 2019, e idealizado por MENEZES et al (2019)

O gráfico acima é interpretado, conforme alerta Menezes et al (2019), compreendendo que, dos anos de 2020 a 2036, usa-se como estimativa o cálculo do IPCA em 4%, e uma média de 5,7% baseada nos valores dos anos anteriores. No período de 2002 a 2018, são considerados os valores efetivos, e por fim, em 2019 foi considerado o valor presente na Lei Orçamentária Anual (LOA).

Segundo tal análise acerca dos dados do Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento (SIOP), os valores estabelecidos no Projeto da Lei Orçamentária Anual (PLOA) já estariam similares ao piso estabelecido pela EC n.º 95/2016 e que a LOA gerada posteriormente não deixaria margem para “preservação real do orçamento de saúde” MENEZES *et al*, 2019, p.8). Vejamos:

Segundo dados do Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento (Siop), consultados em maio de 2019, a LOA 2019 trazia R\$ 120,8 bilhões de despesas programadas em ASPS, expansão nominal de 2,8% em relação ao ano anterior. O crescimento sequer repõe a inflação de 2018, que foi de 3,75% (IPCA). As despesas na LOA 2019 já estão programadas próximas ao teto da EC 95, definido pelo limite de 2018, reajustado pelo IPCA de 12 meses (4,39%). Com isso, quaisquer ampliações orçamentárias em saúde devem ser compensadas com reduções em outras áreas. Diante da redução geral das dotações, especialmente as discricionárias, sequer há espaço para a preservação real do orçamento de saúde. (MENEZES *et al*, 2019, p. 8)

Ainda para Menezes et al (2019), há entraves financeiros no exercício de 2019 que não foram quitados em 2018, alertando que o orçamento para o ano de 2019 teria que ser comprimido em razão desses valores. Ou seja, “do total do orçamento para ASPS empenhado em 2018 (R\$ 117,5 bilhões), R\$ 11,7 bilhões não foram pagos, sendo R\$ 1



bilhão referente às emendas impositivas, e R\$ 10,7 bilhões, às ações programáticas” (MENEZES *et al*, 2019, p. 8)

Para análise da Figura 7, é necessário tomar como parâmetro os investimentos com ASPS de maneira proporcional à RCL. Nesse sentido, evidencia-se uma queda de 1,8 ponto percentual entre os exercícios financeiros de 2018 e 2019. Nesse prisma, pelo que estabelece a EC n.º 95/2016, os valores devem ser corrigidos pela inflação (IPCA) do ano anterior, até o final dos 20 exercícios.

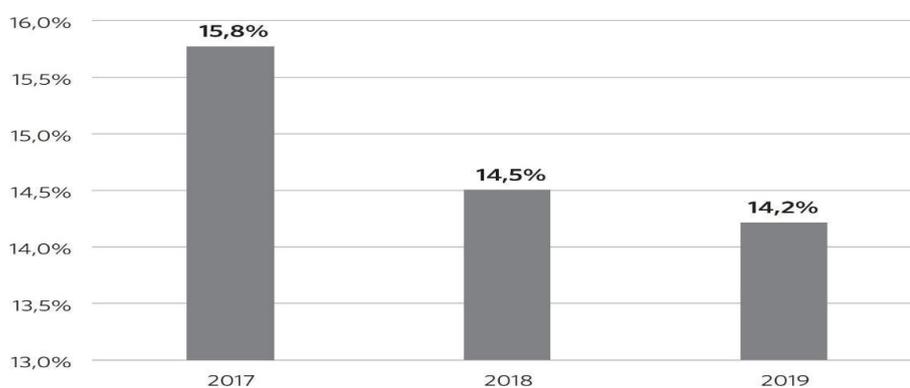
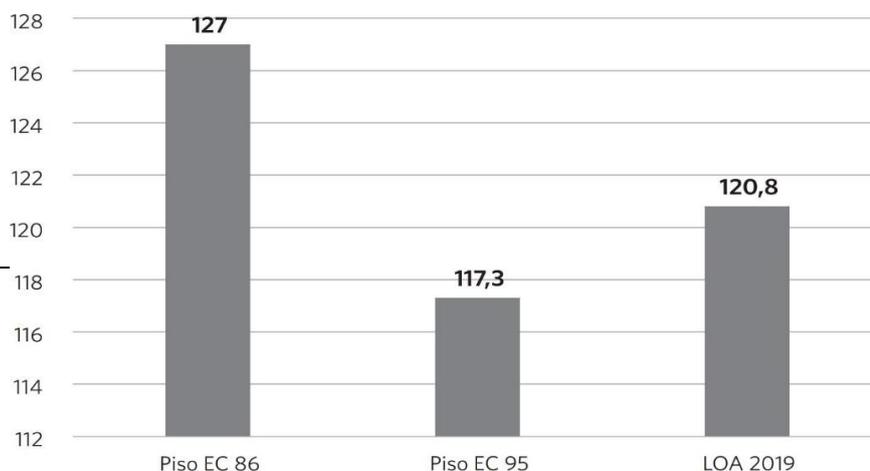


Figure 4 – Despesas federais ASPS em relação a RCL (%) Fonte: Siop, STN e LOA 2019. E idealizado por MENEZES et al (2019)

Na teoria, em 2017 foi aplicado 15,8% da RCL, enquanto, no ano seguinte, diminuiria 1,3%, ou seja, aplicação passou para 14,5% da RCL, e em 2019 houve a queda de mais 0,3%, totalizando 14,2% da RCL investida em ASPS, abaixo do mínimo de 15% estabelecidos pela EC n.º 86. Evidencia-se que, desde o segundo ano de seu exercício, a EC n.º 95/2016 já afeta negativamente o financiamento do SUS. (MENEZES et al, 2019).

O próximo gráfico exemplifica aplicação dos gastos em ASPS com valores na moeda nacional em bilhão, Menezes e colaboradores (p. 8, 2019) notabilizam que a saúde brasileira já perdeu “R\$ 8,2 bilhões em 2019, isto é, caso vigorasse o piso anterior – 15% da RCL de cada ano –, o orçamento da saúde seria, pelo menos, R\$ 8,2 bilhões maior do que o disponível”. Com isso, o princípio da austeridade estaria dominando o orçamento de





ASPS, os conceitos estariam invertidos onde o teto é o piso.

Figure 5 – Comparação entre regras de aplicação em ASPS (R\$ bilhões) Fonte: Siop, STN e LOA 2019, e idealizado por MENEZES et al (2019)

Assim, Menezes e colaboradores (2019, p. 8) demonstram que:

A perda estimada é resultado da diferença entre R\$ 127 bilhões, ou seja, 15% da RCL prevista para 2019 (mínimo obrigatório caso não vigorasse a EC 95), e o valor orçamentário disponível para 2019, de R\$ 118,8 bilhões (dotação da LOA, subtraindo-se os valores contingenciados na data de consulta ao Siop).

Menezes e colaboradores (2019) acrescentam ainda que a situação pode sofrer uma piora considerável com o planejamento do governo em desvincular as despesas, atingindo os gastos em ASPS. Nesse sentido, propõem o seguinte raciocínio:

Um exercício simples pode ajudar a mostrar os efeitos perversos dessa proposta de desvinculação. Se, entre 2000 e 2017, o valor aplicado por todos os entes em saúde tivesse sido corrigido apenas pela inflação, sem o efeito da vinculação instituído pela EC 29/00, o valor total gasto em saúde, em 2017, teria sido de R\$ 104,6 bilhões, equivalente a apenas 39% do gasto atual, que é da ordem de R\$ 265,5 bilhões, correspondendo a um gasto público total de 1,6% do PIB. O gasto de saúde nesse período (2000-2017) seria R\$ 1,2 trilhão menor do que o observado. Comparando-se os dois cenários (com e sem a PEC da desvinculação), Moretti estima que, entre 2020 e 2036 (tomado como referência por ser o último exercício da EC 95), haveria uma perda superior a R\$ 2 trilhões para o SUS. (MENEZES *et al*, 2019, p. 9-10)

5 Apontamentos sobre o financiamento na pandemia de SARS COV 2

É importante manter-se em foco que agora estamos nos recuperando da pandemia do novo coronavírus. Todas as suas consequências ainda não foram estudadas, em outras palavras, os dados acerca dos impactos da EC n.º 95/2016 sobre o desempenho do SUS por falta de verbas ainda estão sendo produzidos. A calamidade sanitária foi se arrefecendo em razão das vacinações. É necessário, porém, ter em mente que a crise causada pelo Covid-19 chegou em um momento dramático, tanto político quanto econômico, tornando a situação ainda mais gravosa. (D'AGOSTINI 2019)



Em virtude da austeridade no plano dos direitos sociais já instalada no país como política econômica, em um contexto de pandemia, “serão acentuadas as desigualdades sociais, o desemprego, a queda da renda dos trabalhadores, a fome e a miséria no Brasil.” (SALVADOR, p. 6, 2020) O financiamento para o combate da pandemia também observou isso e se deu por meio de crédito orçamentário extraordinário, que são aqueles para situações atípicas e emergenciais, tendo como objetivo satisfazer despesas causadas por guerras, comoção interna ou calamidade pública.

Nesse panorama de necessário aumento de gastos, foi aprovada a EC n.º 106, que estabelece o “orçamento de guerra” para o enfrentamento do novo coronavírus. Também foram editadas mais de medidas provisórias, com mecanismos orçamentários para o prélio contra a pandemia. (SALVADOR, 2020)

Até setembro de 2021 foram destinados mais de 11 bilhões em ações orçamentárias com maior ligação ao desempenho e funcionamento do SUS ou seja, houve a necessidade do estabelecimentos medidas de ampliação dos gastos em função da saúde, editadas pelas medidas provisórias. Ressalta-se, contudo, que houve outras medidas para o enfrentamento que não tiveram correlação com a saúde em si, como por exemplo aquela que editou o auxílio emergencial.

Por fim, é necessário citar a Medida Provisória n.º 970, de 25 de maio de 2020, que previa a contratação de 5 mil profissionais da saúde por tempo indeterminado, que atuariam em lugares bastante afetados pela pandemia, para que não faltassem profissionais nas áreas mais vulneráveis, garantindo acesso ao SUS a uma população hipossuficiente.

5.1 Emenda Constitucional 126 (PEC da Transição)

Recentemente foi aprovada a Emenda a Constituição 126 que prevê que o atual governo aumente 145 bilhões do Teto de Gastos. Onde estaria destinado aproximadamente R\$ 75 bilhões em políticas de saúde.

Considerando a Emenda 95, a correção era feita pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA). Contudo, haverá um aumento de RCL em razão da EC 126, indo



para 2%. O que dispensará momentaneamente a regra estabelecida pelo teto, e voltará a ocorrer no próximo exercício fiscal.

Logo, haverá maiores investimentos financeiros na saúde, mas ainda não se tem estudos para averiguar os seus impactos, além de modificarem os parâmetros em que eram estudados os impactos da emenda do teto.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O SUS é um grande marco de política pública, pois ao passar por todo *policy cycle* ele se tornou parte integrante do Brasil, consagrado na legislação, atingindo o patamar de política de Estado. Embora encontra-se fragilizado devido às reformas que o colocam em situação contrária à sua idealização constitucional, acarretando um subfinanciamento que tem os seus efeitos sentidos principalmente pelas comunidades mais vulneráveis, como, por exemplo, as populações ribeirinhas, vez que há um quadro de desistência 15% de médicos para atender esses povoados.

A universalidade, um dos pilares principais do SUS, vem sendo posta à prova com esse subfinanciamento, minguando e precarizando um sistema que atende 70% da população brasileira. Em retrospectiva, o acesso à saúde era um privilégio de poucos, e a redução da capacidade do SUS significa dizer que há um regresso nas políticas públicas que podem alcançar de novo um regime de saúde para poucos.

O cenário já era grave antes da crise sanitária causada pela pandemia, pois, como visto, a EC n.º 95/2016 reduziu os investimentos públicos, retirando a margem para efetuar uma política fiscal anticíclica que comportasse choques adversos. A pandemia surgiu, então, como um agravante cujo combate foi custeado por meio do “orçamento de guerra” e inúmeras medidas provisórias. O aumento de gastos nesse período é óbvio para propiciar segurança e mecanismos de defesa contra a Covid-19, porém ficou muito além do teto, devido à falta de liberdade orçamentária.

Mesmo com a superação da crise sanitária causada pelo coronavírus, ainda vai há um rastro de problemas econômicos causados pelo teto intensificados pela pandemia. A “âncora fiscal do país” se mostrou ineficiente para lidar com as consequências, havendo a necessidade de mais uma emenda, para tentar remediar os efeitos econômicos da tragédia do COVID-19.



Os estudos no momento são incipientes, e precisam ser consolidados para termos as dimensões do impacto do teto no financiamento da saúde, bem como os estudos de como a pandemia afetou e afetará o orçamento público nos próximos anos. E todos eles são importantes para conseguirmos mensurar a eficiência das políticas econômicas, mas sempre visualizando a maior cobertura de direitos possível.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, L. O. M. de et al. **A descentralização no marco da Reforma Sanitária no Brasil**. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J: Public Health, Rev Panam, v. 8, 2000.
- ARAÚJO, KALIL JORGE DE. **TETO DOS GASTOS PÚBLICOS NO BRASIL: A EC 95/2016/16 E O ATAQUE AO PROJETO CONSTITUINTE DE 1988**. Orientador: Cynara Monteiro Mariano. 2017. 81 p. Monografia (Bacharel em direito) - UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, [S. l.], 2017.
- BARATA, RB. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde [online]**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009
- D' Agostini, L. (2020). Pandemia do COVID-19 e a urgência da extinção do Teto dos Gastos. **A Economia Em** Revista - AERE, 28(2). Recuperado de <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/EconRev/article/view/5695/20164>
- DANTAS, André V. **Coronavírus, o pedagogo da catástrofe: lições sobre o SUS e a relação entre público e privado**. Trabalho, Educação e Saúde, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, 2020, e00281113. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00281
- DORNELAS, Henrique Lopes. **A APLICAÇÃO DO PRINCÍPIO DA VEDAÇÃO DE RETROCESSO SOCIAL NA PROTEÇÃO DO DIREITO SOCIAL À SAÚDE E EM RELAÇÃO À A EMENDA CONSTITUCIONAL N° 95/2016/2016**. In: **A (NÃO) Efetividade das Ciências Jurídicas no Brasil 2**. 1. ed. Ponta Grossa Parana: Atena, 2020. cap. 1, p.12-30.



FIO CRUZ (Brasil): **INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL (INAMPS)**. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/instituto-nacional-de-assistencia-medica-da-previdencia-social-inamps>. Acesso em: 3 nov. 2022.

GIOVANELLA, L., et al. orgs. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. 2nd. ed. rev. and enl. ISBN 978-85-7541-349-4.

GOVERNO DO BRASIL. **A Constituição Federal reconhece saúde como direito fundamental** (05 de 10 de 2018).

GRAGNOLATI, M., et al., 2013. **Twenty Years of Health System Reform in Brazil: An Assessment of the Sistema Unico de Saude. Directions in Development**. Washington,DC: World Bank. doi: 10.1596/978-0-8213-9843-2.

IBGE aponta que 71,5% da população brasileira depende do SUS. A tarde, Site, p. 00, 20 nov. 2021. Disponível em: <https://atarde.uol.com.br/saude/noticias/2137933-ibge-aponta-que-715-da-populacao-brasileira-depende-do-sus>. Acesso em: 3 nov. 202

LIMA, NL., et al. orgs. **Saúde democracia: história e perspectivas do SUS** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

MENEZES, Ana Paula do Rego *et al.* O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública: – austeridade versus universalidade. **Saúde em Debate**, scielo, 45, 2019. DOI <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S505>. Disponível em: <https://scielosp.org/article/sdeb/2019.v43nspe5/58-70/>. Acesso em: 3 nov. 2021.

MENICUCCI, TMG. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007

NASCIMENTO, Jorge Mathias do. **O direito à saúde no Brasil exercido através da judicialização da saúde: do subfinanciamento crônico ao desfinanciamento progressivo**. 2019. 296 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.



SALVADOR, E. 2020, **Disputa do fundo publico em tempos de pandemia no Brasil** disponível em <https://doi.org/10.15448%2F1677-95/201609.2020.2.39326>, EDIPUCRS, vol.19, p. 2 , Textos & Contextos, Porto Alegre, 2020.

SANTOS, Wanderley Guilherme dos. **Cidadania e Justiça: a política social na ordem brasileira**. Rio de Janeiro: Editora Campos, 1979.

VideoSaúde Distribuidora da Fiocruz, **Democracia É saúde**. Youtube, 1986. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=-_HmqWCTEeQ&t=239s

VAN DER ZWAN, N. **Making sense of financialization**. *Socio-economic review*, v. 19, p.99-129, 2014.

VIEIRA , F. S. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, **Crise econômica, Austeridade Fiscal e Saúde: que lições podem ser aprendidas?** Brasília, 2016

XAVIER, Roberto Sobreira. **Austeridade que mata: uma análise do impacto da crise política sobre os indicadores de Atenção Primária em Saúde no Estado de São Paulo**. 2019. 122 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Programa de pós-graduação de Gestão de Políticas Públicas, Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019.