

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO RIO GRANDE DO SUL - UERGS**  
**UNIDADE UNIVERSITÁRIA EM PORTO ALEGRE**  
**CURSO DE ADMINISTRAÇÃO: SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE**

**GERSON LUIS LOPES LIMA**

**Emenda Constitucional 95/2016: a sangria do Sistema Único de Saúde**

**PORTO ALEGRE**  
**2022**

**GERSON LUIS LOPES LIMA**

**Emenda Constitucional 95/2016: a sangria do Sistema Único de Saúde**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito para a disciplina de Oficina de Trabalho de Conclusão junto ao curso Administração: Sistemas e Serviços de Saúde na Universidade Estadual do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Vania Roseli Correa de Mello

**PORTO ALEGRE**

**2022**

**GERSON LUIS LOPES LIMA**

**Emenda Constitucional 95/2016: a sangria do Sistema Único de Saúde**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Universidade Estadual do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Administração.

Data de aprovação: \_\_/\_\_/\_\_\_\_.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Vania Roseli Correa de Mello  
Universidade Estadual do Rio Grande do Sul - UERGS

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Carla Garcia Bottega  
Universidade Estadual do Rio Grande do Sul - UERGS

---

Prof<sup>o</sup>. Dr. Celmar Correa de Oliveira  
Universidade Estadual do Rio Grande do Sul - UERGS

Dedico este estudo a minhas três filhas Gabriela Miranda Lima, Maria Eliza Miranda Lima e Rafaela de Abreu Lima na forma de incentivo a nunca desistirem dos seus sonhos, pois sempre é tempo de começar ou recomeçar!

Dedico também este estudo a minha companheira Rejane Dreyer Ribeiro pelo apoio e incentivo de continuarmos na boa luta!

Obrigado pelo carinho de todas, amo vocês!

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço à Universidade Estadual do Rio Grande do Sul pela oportunidade que recebi de fazer parte da sua história como aluno. Agradeço a todos os professores que me transmitiram seus conhecimentos, a todos os colegas que estiveram ao meu lado em particular aos estimados colegas Roseneide e Silva Fontenele e Rogério dos Santos Fontenele por me apoiarem e me darem fundamental suporte no momento mais difícil que atravessei durante toda esta jornada. Um agradecimento mais que especial ao querido amigo Marçal Alves Leite pelo apoio mais que determinante para que eu chegasse ao fim desta jornada. Agradeço também a todos os funcionários e colaboradores da administração, bibliotecários, e demais atividades não menos importantes pelo empenho de fazer esta universidade ser realidade no seu dia a dia, sabedores que somos de todas as limitações de recursos financeiros, físicos e humanos impostos a UERGS pela administração pública do estado do Rio grande do Sul.

Não poderia deixar de fazer um agradecimento especial as minhas orientadoras no Trabalho de Conclusão de Curso I (TCC I) Prof<sup>ª</sup>. Dra. Carla Garcia Bottega, e no Trabalho de Conclusão de Curso II (TCC II) Prof<sup>ª</sup>. Dra. Vania Roseli Correa de Mello, que sem a paciência, compreensão e colaboração destas duas grandes mestras e maravilhosos seres humanos que são, tenho certeza de que não teria sido realizado este estudo.

“O homem é o lobo do próprio homem, na guerra de todos contra todos”

Thomas Hobbes

## RESUMO

Este estudo tem como objetivo levantar os reflexos e consequências da EC 95/2016 em relação ao Sistema Único de Saúde (SUS) e verificar as alterações já percebidas no SUS. Foi realizado um estudo qualitativo, descritivo, exploratório e de revisão bibliográfica. A busca dos artigos foi realizada nas bases de dados da Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e Google Acadêmico, nas quais foram encontrados dezenove artigos entre os anos de 2017 e 2020 sendo que somente seis foram selecionados por se adequarem ao escopo do trabalho. A análise e discussão dos resultados foi realizada a partir de três categorias temáticas: Histórico do subfinanciamento do SUS; Regime de Austeridade Fiscal e suas consequências na Saúde Pública e as consequências e perspectivas futuras da EC-95/2016 no orçamento do SUS. Concluiu-se que as consequências da EC 95/2016 que deu origem ao Novo Regime Fiscal e implantou o teto de gastos primários por 20 anos são as mais graves possíveis para continuidade do SUS. Ainda não se pode precisar seus efeitos de longo prazo, entretanto, é absolutamente certo que o quadro da saúde pública deve se degradar nos próximos anos, em função da austeridade fiscal imposta, sobretudo aos menos favorecidos economicamente, o que levará a um aumento das despesas com saúde das famílias aumentando a iniquidade social. Assim como, um retrocesso nos Determinantes Sociais em Saúde impossibilitando o avanço das Ações e Serviços Públicos em Saúde e, conseqüentemente, o retrocesso dos indicadores de saúde da população.

**Palavras-chave:** Financiamento da Saúde, Emenda Constitucional, Direito à Saúde, Precarização, Sistema Único de Saúde.

## **ABSTRACT**

This study aims to raise the reflexes and consequences of EC 95/2016 in relation to the Unified Health System (SUS) and verify the changes already perceived in the SUS. A qualitative, descriptive, exploratory and bibliographic review study was carried out. The search for articles was carried out in the Scientific Electronic Library Online (SCIELO) and Google Scholar database, nineteen articles were found between the years 2017 and 2020, and of these articles six were selected for content analysis. Three thematic categories were worked on: History of SUS underfunding; Fiscal Austerity Regime and its consequences on Public Health and the consequences and future perspectives of EC-95/2016 in the SUS budget. It was concluded that the consequences of EC 95/2016 that gave rise to the New Fiscal Regime and implemented the primary expenditure ceiling for 20 years are the most serious possible for the continuity of the SUS. Its long-term effects cannot yet be specified, however, it is absolutely certain that the public health situation should deteriorate in the coming years, due to the fiscal austerity imposed, especially on the economically disadvantaged, which will lead to an increase in expenses. with family health, increasing social inequity. As well as a setback in the Social Determinants of Health, making it impossible to advance Public Health Actions and Services and, consequently, the setback of the population's health indicators.

Keywords: Health Financing, Constitutional Amendment, Right to Health, Precariousness, Health Unic System.



## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Gasto público em saúde como porcentagem do gasto total em saúde...23
Tabela 2 – Tabelas de percentuais do Gasto tributário em Saúde.....24

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Tipos de sistema de saúde	19
Gráfico 1 – Evolução das despesas ASPS	22
Quadro 2 - Sumarização dos Artigos	27
Quadro 3 - Consequências das crises econômicas e da austeridade fiscal no mundo	31

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ADTC - Ato das Disposições Constitucionais Transitórias.

ASPS - Ações de Serviços Públicos de Saúde.

APS – Atenção Primária em Saúde

CF - Constituição Federal

CPMF – Contribuição Provisória sobre Movimentações Financeiras

DSS – Determinantes Sociais de Saúde.

EC - Emenda Constitucional

EUA – Estados Unidos da América

INAMPS - Instituto Nacional de Previdência Médica da Assistência Social.

IPCA - Índice de Preços ao Consumidor Ampliado

MS – Ministério da Saúde

NRF- Novo Regime Fiscal

PBF- Programa Bolsa Família

PEC - Projeto de Emenda Constitucional

PIB - Produto Interno Bruto

RCB - Receita Corrente Bruta

RCL - Receita Corrente Líquida

RFB – Receita Federal do Brasil

RSB - Reforma Sanitária Brasileira

SUS - Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>13</b>
<b>2</b>	<b>REFERENCIAL TEORICO</b>	<b>18</b>
2.1	O surgimento do SUS e o financiamento em saúde	18
2.2	Emendas Constitucionais	20
2.3	Dados econômicos	22
<b>3</b>	<b>PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS</b>	<b>25</b>
<b>4</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>27</b>
<b>5</b>	<b>ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b>	<b>29</b>
5.1	Histórico do subfinanciamento do SUS	29
5.2	Regime de Austeridade Fiscal e suas consequências na Saúde Pública	30
5.3	Consequências e perspectivas futuras da EC-95/2016 no orçamento do SUS	34
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>37</b>
	<b>REFERENCIAS</b>	<b>39</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores sistemas de saúde pública em nível mundial, sendo o único na América Latina se comparado aos sistemas de saúde pública do Reino Unido, Suécia, Espanha, Itália, Alemanha, França, Canadá e Austrália (MARQUES; MENDES, 2012). O SUS foi instituído pela Constituição Federal (CF) de 1988, que determina no seu Art.196:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 2018, p.143)

Para muitos o SUS é a maior conquista social da Constituição Federal, pois antes disso o direito à saúde era um privilégio de poucos e o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) previa apenas assistência médica nos hospitais públicos a trabalhadores formais com carteira assinada que tinham desconto em folha e seus dependentes, além dos aposentados e também seus dependentes.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é reconhecido como uma das políticas públicas mais inclusivas praticadas no Brasil. Antes, os brasileiros eram desigualmente divididos entre os ricos, que desembolsavam para pagar por seus próprios atendimentos de saúde, os que tinham empregos formais e acessavam os serviços de saúde oferecidos pela previdência pública, e os indigentes, aqueles que viviam à margem do mercado de trabalho formal, que não tinham a carteira assinada e peregrinavam em busca de atendimento à saúde por caridade ou por meio de alguns programas seletivos de saúde pública. (MENEZES; MORETTI; REIS, 2019, p. 59)

Entretanto, a criação do SUS não veio acompanhada de uma dotação orçamentária suficiente para atender as demandas para implantação plena do sistema de saúde que prevê o acesso universal e integral às Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS). Em setembro de 1990 foi promulgada a Lei nº 8.080 (BRASIL,1990a) Lei Orgânica do SUS, e em dezembro do mesmo ano o congresso aprova a Lei nº 8.142 (BRASIL,1990b) que regulamenta a participação social na gestão do SUS e dá outras providências. (CARVALHO, 2013).

O financiamento da saúde está previsto no Art. 198 da Constituição Federal (CF) nos parágrafos I, II e III. Somente uma década após, com a Emenda

Constitucional nº 29, de setembro de 2000 (BRASIL, 2000) são realizadas alterações no Art. 198 da CF garantindo valores mínimos para o financiamento das ASPS. Alguns anos mais tarde, em junho de 2011, é editado o Decreto Lei nº 7.508 (BRASIL, 2011) que regulamenta a Lei nº 8.080 sobre o planejamento da saúde, a assistência a saúde e a articulação interfederativa e dá outras providências. Finalmente, em janeiro de 2012, é promulgada a Lei Complementar nº 141 (BRASIL, 2012) que regulamenta o parágrafo terceiro do Art. 198 da CF e dispõe sobre os valores mínimos a serem repassados pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios para as ASPS. (CARVALHO, 2013)

Na Lei Complementar nº 141 (BRASIL, 2012) são definidos percentuais mínimos de investimento. Municípios e Distrito Federal deverão aplicar 15% da arrecadação de impostos, estados e Distrito Federal o mínimo de 12% da arrecadação dos impostos, e a união o montante correspondente ao valor empenhado no exercício anterior acrescido da variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) do ano anterior. (PAIM, 2009)

Apesar de muitos avanços no campo legislativo que regulamentam as ASPS para o SUS, e com a definição legal de percentuais mínimos a serem aplicados pelos entes federados, o financiamento da saúde sempre esteve abaixo do mínimo necessário para prestação de um serviço de qualidade e que atenda a universalidade e integralidade prevista nos Arts. 196 e 198 CF respectivamente.

A história do Sistema Único de Saúde (SUS) é marcada pelos problemas de financiamento. Os recursos públicos envolvidos sempre foram insuficientes para garantir uma saúde pública, universal, integral e de qualidade. (MENDES, 2013, p. 987)

As dificuldades do financiamento do SUS desde a sua criação não se alteram, independente do espectro ideológico dos partidos políticos que estiveram à frente da gestão do mesmo desde 1990 até o atual governo. A problemática do financiamento do SUS se dá pela instabilidade das fontes de receitas da seguridade social, que são disputadas pela previdência social, assistência social e pelo SUS. Em 1997 o então Ministro da Saúde Adib Jatene, do Partido Social Democrata Brasileiro (PSDB) propôs a criação da Contribuição Provisória sobre Movimentações Financeiras (CPMF) como fonte de receita exclusiva para o financiamento da saúde. Entretanto, como foram reduzidas cotas de outras receitas da seguridade social para

o SUS, não houve o incremento esperado de receitas para o Sistema. (MENDES, 2013)

Neste trabalho entende-se que o subfinanciamento que já vinha acontecendo historicamente – com recursos destinados para operacionalização e investimento da saúde muito inferior às necessidades – é agravado pelo desfinanciamento do SUS, a exemplo da Emenda Constitucional nº 95 (BRASIL, 2016; FUNCIA, 2019; MENEZES; MORETTI; REIS, 2019). Assim, na esteira do legislativo, a emenda constitucional 95 de 15 de dezembro de 2016 (BRASIL, 2016) altera o regime fiscal nacional, congelando por 20 exercícios o orçamento da união que poderá ser corrigido unicamente pelo Índice de Preços ao Consumidor Ampliado (IPCA) até o ano de 2036, acarretando um retrocesso orçamentário e o desfinanciamento da saúde.

A EC 95 levará a saúde a uma crise de financiamento sem precedentes. Ainda que o País cresça e que as receitas reajam positivamente, as despesas primárias estarão (em seu conjunto) restritas ao teto de gastos. Isto é, elas se reduzirão como proporção do PIB ou das receitas. (MENEZES; MORETTI; REIS, 2019, p. 63)

Passados cinco anos da aprovação da EC 95, conhecida como “PEC da morte”, que vem retirando bilhões de reais do orçamento da saúde e de outras áreas da seguridade social e precarizando ainda mais as ações e serviços de saúde no Brasil, vislumbra-se um cenário de escassez orçamentária ainda mais profunda para a manutenção dos serviços do SUS nos próximos anos. A EC 95 também vem comprometendo a qualidade e a continuidade das ASPS, acarretando o acirramento das diferenças sociais e dificultando o acesso de qualidade aos serviços de saúde por parte da população menos favorecida economicamente, o que por consequência fere os princípios da universalidade e integralidade, principais diretrizes do SUS.

Segundo Menezes, Moretti e Reis (2019) as perdas de receita do SUS, nos próximos 20 anos com a EC 95, acarretarão o equivalente a um trilhão de reais. O simples fato do piso das ASPS deixar de ser corrigido pela variação do PIB e passar a ser corrigido pelo IPCA, somente entre anos de 2017 a 2019 já somam uma redução de 20 bilhões de reais acumulados em repasses ao SUS.

Por outro lado, existem posições diferentes ao atual sistema de financiamento do SUS e que defendem o copagamento a exemplo dos Estados Unidos da América (EUA). Estudos comprovam os efeitos negativos dos sistemas de copagamentos

quando são utilizados para conter demandas excessivas de consultas médicas ou copagamento na aquisição de medicamentos de uso contínuo, pois causam aumento nos índices de mortes entre idosos e pessoas de menor poder aquisitivo, bem como entre pacientes psiquiátricos que deixam de utilizar medicações e acabam utilizando serviços de emergência, que ultrapassam em 17 vezes o valor da arrecadação com copagamentos nos EUA (HOLST; GIOVANELLA; ANDRADE, 2016).

Desta forma, evidencia-se a importância do debate sobre financiamento em saúde, pois sem financiamento adequado o SUS não poderá atender os princípios constitucionais do Art. 196 e Art. 198 da CF (BRASIL, 1988).

O interesse em investigar o processo de financiamento em saúde se dá a partir da premissa de que o SUS só poderá atingir seus objetivos constitucionais de universalidade e integralidade a partir de um financiamento sólido e legal, onde os recursos sejam garantidos nas três esferas do sistema tripartite: União, estados, municípios e Distrito Federal, possibilitando de forma contínua a implementação das ASPS que garantam o acesso qualificado do usuário ao sistema. Por mais que se discuta gestão e metodologias de implantação de tecnologias dentro do sistema, não podemos perder o foco de que sem um financiamento adequado e garantido, o SUS corre riscos de desmonte gradual, sobretudo na atenção primária em saúde (APS) que fica a cargo dos municípios, cada vez mais pressionados pela redução de verbas federais após a EC 29.

Ao longo do tempo, cresceu a participação dos estados e municípios, inclusive pelo fato de que, com a EC 29, a União só tinha a obrigação de manter o gasto de saúde estável em relação ao PIB nominal. Em 2017, os estados aplicaram R\$ 68,3 bilhões (26%) em ASPS; e os municípios, R\$ 82,5 bilhões (31%). Os valores destinados pela União foram de R\$ 114,7 bilhões, representando apenas 43%. (MENEZES; MORETTI; REIS, 2019, p.59)

A partir da relevância que o financiamento em saúde tem para sobrevivência do SUS e considerando que se trata do maior ataque neoliberal implementado contra a estrutura de financiamento do mesmo, este estudo coloca a seguinte questão de pesquisa: quais as consequências da EC 95/2016 para o financiamento do SUS no período de 2017 a 2020?

A fim de responder à questão norteadora, o objetivo geral desta pesquisa consiste em analisar os reflexos para o financiamento do Sistema Único de Saúde a



partir da promulgação da Emenda Constitucional nº 95/2016 e, como objetivos específicos: apontar as possíveis alterações nas ações e serviços públicos de saúde após a EC 95/2016 e levantar as perspectivas futuras do financiamento do SUS com a EC 95/2016 a partir de publicações em periódicos da área da saúde.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo apresenta-se o referencial que busca dar sustentação teórica ao trabalho.

### 2.1 O surgimento do SUS e o financiamento em saúde

Na metade da década de 1970 surge no Brasil o movimento social e popular composto por médicos, trabalhadores da saúde e sociedade civil organizada que ficou conhecido como Reforma Sanitária Brasileira (RSB). Este movimento deu origem ao SUS, sistema que veio a substituir o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) em vigor desde 1977 (CELUPPI; GEREMIA; FERREIRA; PEREIRA; SOUZA, 2019). O INAMPS tinha como base a rede de hospitais públicos e privados e atendia aos trabalhadores formais e aposentados, além de seus dependentes. No entanto, este sistema funcionava com uma contribuição específica descontada em folha de pagamento dos trabalhadores formais, ou seja, tínhamos um sistema meritocrático, não universalista.

O sistema de saúde brasileiro foi, até 1988, marcado pela exclusão da grande massa da população que não estava inserida no mercado formal de trabalho. Essa parcela excluída, durante muito tempo, só tinha acesso a cuidados de saúde por meio de pagamentos diretos aos prestadores ou por meio de ações filantrópicas (BARROS; PIOLA, 2016 p.101)

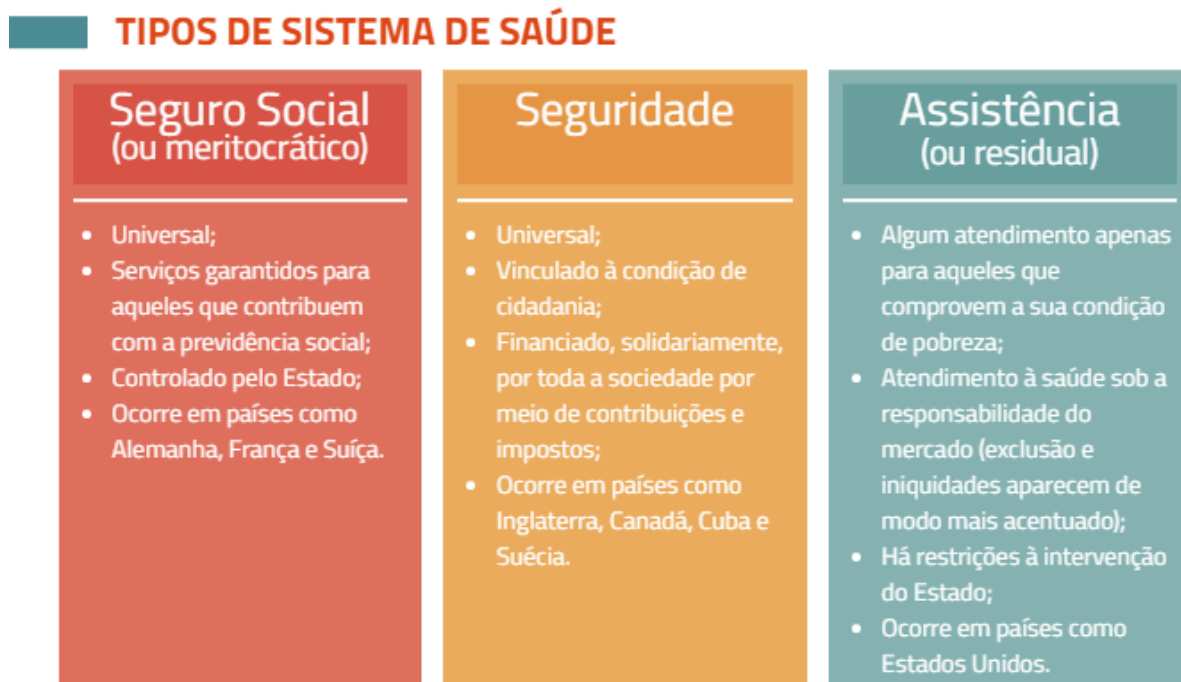
O regime meritocrático do INAMPS, além de ser precário, deixava de fora milhões de brasileiros que não tinham emprego formal e que dependiam exclusivamente das casas de caridade de saúde, as Santas Casas de Misericórdia, ou outros hospitais filantrópicos e/ou religiosos. Desta forma, o Brasil era um país dividido entre trabalhadores formais e indigentes em termos de assistência à saúde, uma situação de absoluta injustiça social e desumanidade, pois quem não tinha acesso ao INAMPS ou recursos financeiros para acessar serviços particulares, dependia exclusivamente da caridade para cuidar de sua saúde. (PAIM, 2009)

Em 1988 a Assembleia Nacional Constituinte, anotou no Art. 196 da CF as propostas da RSB, dando o pontapé inicial à criação do SUS. Entretanto, este processo não se deu de forma célere e adequada conforme necessitava a situação de saúde do Brasil. Após a aprovação pelo Congresso Nacional da Lei n<sup>o</sup> 8080 de

19 de setembro de 1990, conhecida como Lei Orgânica do SUS que regulamenta o Art. 196 da CF, a mesma foi encaminhada para sanção do Presidente da República que veta a participação social na gestão do SUS e também as transferências intergovernamentais de recursos financeiros para a saúde. O movimento da RSB, ainda mobilizado, consegue reverter a situação junto ao Congresso e em dezembro de 1990 é promulgada a Lei nº 8142 que garante a participação social na gestão do SUS e regulamenta as transferências intergovernamentais de recursos financeiros para a saúde. (REIS; FURTADO; SOTÉR; PEREIRA, 2016)

Ainda que a proposta deste estudo não seja analisar as formas de financiamentos em saúde de outros países é importante registrar os principais modelos de financiamento utilizados em alguns países, conforme o quadro 1 a seguir. Os sistemas de saúde, de modo geral, seguem o tipo de proteção social adotado pelos países. Três tipos se destacam em todo o mundo: a seguridade social, o seguro social e a assistência. (PAIM, 2009)

Quadro 1 – Tipos de sistema de Saúde



Fonte: Paim (2009, p. 17)

Observamos no Quadro 1, acima, que o sistema de Seguridade é o que mais se aproxima do sistema brasileiro; entretanto, após 30 anos de existência, o SUS

não tem financiamento adequado e garantido e, ao contrário, vivemos um retrocesso sistemático no financiamento da saúde brasileira. (MARQUES; MENDES, 2012)

O formato de financiamento em saúde se dá através de um conjunto de leis que organizam o sistema tripartite composto por municípios, estados, Distrito Federal e União onde cada um tem sua contrapartida de acordo com seu nível de atendimento: municípios cuidam da APS ou baixa complexidade, estados e Distrito Federal são responsáveis pela média complexidade e União pela alta complexidade e repasses fundo a fundo para estados e municípios. Este regramento legal se encontra na Lei Complementar nº 141 de 2012, resultante da Emenda Constitucional nº 29, onde os municípios e Distrito Federal devem aplicar 15% dos seus impostos, os estados 12% e a União deve aplicar em ASPS o montante do exercício anterior corrigido pela variação nominal do PIB antecedente a Lei Orçamentária Anual (LOA)

[...] investimento financeiro dos municípios, estados e União no SUS são definidos atualmente pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, resultante da sanção presidencial da Emenda Constitucional 29. Por esta lei, municípios e Distrito Federal devem aplicar anualmente, no mínimo, 15% da arrecadação dos impostos em ações e serviços públicos de saúde cabendo aos estados 12%. No caso da União, o montante aplicado deve corresponder ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido do percentual relativo à variação do Produto Interno Bruto (PIB) do ano antecedente ao da lei orçamentária anual. [...] (FINANCIAMENTO..., 201?, documento eletrônico não paginado)

## 2.2 Emendas Constitucionais

A EC nº 29 de 13 de setembro de 2000 determina percentuais de investimento do financiamento em saúde que, muito embora insuficientes, poderiam ser bem menores não fosse sua aprovação. Sua regulamentação ficou paralisada por mais de uma década no legislativo federal, e somente em 13 de janeiro de 2012 foi homologada a Lei Complementar nº 141 que regulamenta os percentuais sobre determinados impostos que devem ser aplicados em saúde pelos municípios, estados, Distrito Federal e União. (REIS; SÓTER; FURTADO; PEREIRA, 2016)

Em 2015 temos a EC nº 86 (BRASIL, 2015) que implementa a participação do capital estrangeiro na saúde e vincula os investimentos em ASPS da união à Receita Corrente Líquida (RCL) da união, e a obrigatoriedade de emendas parlamentares individuais, gerando um aprofundamento do subfinanciamento da saúde.

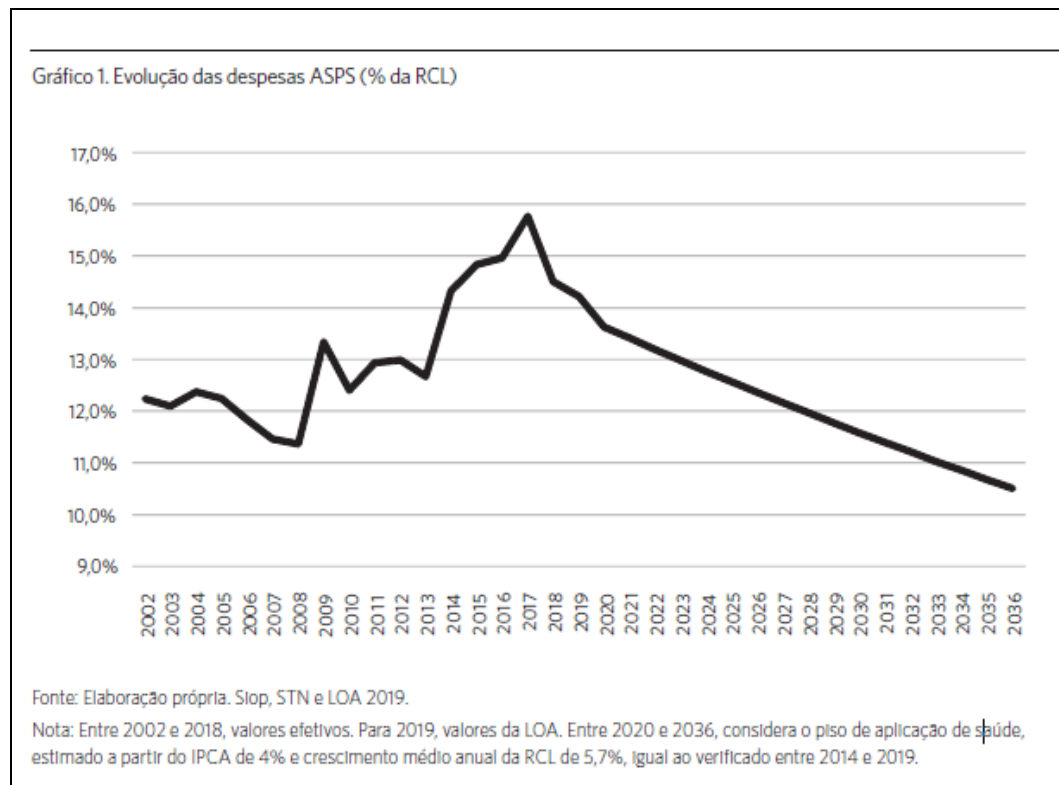
Os fundamentos políticos e econômicos do Sistema Único de Saúde (SUS) foram abalados no início de 2015, com a aprovação da Emenda Constitucional no 86 (EC 86), que cristaliza o subfinanciamento do SUS, e da Lei nº 13.097, que permite a participação de empresas e do capital estrangeiro, direta ou indiretamente, nas ações e cuidados à saúde. Ao impor à União o financiamento de emendas parlamentares individuais e ao vincular a despesa federal da saúde à receita corrente líquida, a EC 86 levará à diminuição de recursos em relação aos valores garantidos pela legislação vigente, que já eram por demais restritivos. (SCHEFFER, 2015, p.663)

O subfinanciamento da saúde não cessa e a EC nº 95 de 15 de dezembro de 2016, é aprovada nos primeiros meses do governo de Michel Temer e institui o Novo Regime Fiscal (NRF) que atinge o Orçamento Fiscal e da Seguridade Social da União congelando por 20 exercícios, entre os anos de 2017 e 2036, o aumento real destes gastos que só poderão ser corrigidos pelo IPCA. Para 2017 o orçamento foi o mesmo de 2016 corrigidos de 7,2% e para os demais exercícios a correção será pelo IPCA até 2036. O congelamento dos gastos públicos tem como único objetivo gerar superávit primário nas contas da união, sendo que este teto de gastos não encontra nenhum paralelo no resto do mundo (MENEZES; MORETTI; REIS, 2019)

Com efeito, é relevante esclarecer que as regras legais para alteração do texto constitucional são bastante exigentes em termos de percentuais de aprovação nas duas casas legislativas do Congresso Nacional: Câmara dos Deputados e Senado Federal. Para tal é exigido votação em dois turnos em ambas as casas, sendo necessária a aprovação de no mínimo três quintos dos parlamentares, conforme consta no Art. 60 § 2º da CF. Trata-se, portanto, de modificação relevante e de difícil aprovação, assim como as leis complementares que exigem maioria absoluta para serem aprovadas.

Deste modo, a EC nº 95 é um instrumento deliberado de desfinanciamento do SUS, constituindo um retrocesso no sistema de seguridade social do Brasil demonstrado no gráfico 1 que projeta as perdas do SUS até 2036.

Gráfico 1 – Evolução das despesas ASPS (% da RCL)



Fonte: Menezes, Moretti e Reis (2019, p. 64)

Como se pode observar na representação gráfica, a participação do orçamento da saúde na RCL tende a decrescer sistematicamente até um valor de pouco mais de 10%.

### 2.3 Dados econômicos

O subfinanciamento crônico e o crescente desfinanciamento da saúde coloca o Brasil na primeira posição com a menor participação de investimento público nos gastos totais em saúde entre os principais países com sistemas de saúde universal, já no ano de 2014.

O Brasil foi o país com menor participação do gasto público em saúde, 40% no primeiro ano (2000) e 46% no último ano analisado (2014). Em seguida, Portugal manteve a participação do gasto público entre 64% e 68%. Os demais países ultrapassaram 70% do gasto público em saúde, com destaque para o Reino Unido, que alcançou 83% da participação do Estado nas ações e serviços públicos em saúde. (FIGUEIREDO; PRADO; MEDINA; PAIM, 2018, p. 40)

Na tabela a seguir, são apresentados o gasto público em saúde como porcentagem do gasto total em saúde no Brasil, França, Itália, Portugal, Espanha e Reino Unido dos anos 2000 a 2014.

Tabela 1 – Gasto público em saúde como porcentagem do gasto total em saúde

Tabela 1. Gasto público em saúde como porcentagem do gasto total em saúde para países selecionados, 2000, 2008-2014								
Países	2000	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Brasil	40,3	43,8	44,4	45,8	45,2	44,3	45,1	46
França	79,4	77,3	77,5	77,5	77	77,2	77,1	78,2
Itália	72,1	76,9	77	77	75,1	75,3	75,6	75,6
Portugal	67,7	67,4	68,7	68,7	66,5	64	65,2	64,8
Espanha	71,6	74	75,7	75,1	73,9	71,7	71,5	70,9
Reino Unido	79,6	81,6	83,2	83,5	83,2	82,9	83,3	83,1

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da OMS.  
Nota: Dados não disponíveis para o período de 2001 a 2007.

Fonte: Figueiredo (2018, p.41)

Segundo Ocké-Reis (2018) a renúncia tributária em saúde correspondente a despesa total em saúde decresceu de 22,2 % em 2003 para 11,7% em 2015 em função das desonerações fiscais promovidas pelos governos, mas como se pode verificar na tabela 2 os valores nominais foram crescentes.

Tabela 2 – Tabelas de percentuais do Gasto tributário em Saúde.

Participação Percentual, Gasto Tributário Total e Gasto Tributário em Saúde - 2003-2015.				Proporção do gasto tributário em saúde sobre a despesa do ministério da saúde - 2003-2015.			
Ano	Gasto Tributário (R\$ milhões)		%	Ano	Ministério da Saúde (R\$ milhões)	Gasto Tributário em Saúde (R\$ milhões)	%
	Total	Saúde					
2003	38.857	8.641	22,2	2003	27.181	8.641	31,8
2004	49.800	10.515	21,1	2004	32.703	10.515	32,2
2005	56.429	11.426	20,2	2005	37.146	11.426	30,8
2006	81.240	14.894	18,3	2006	40.750	14.894	36,6
2007	102.673	15.148	14,8	2007	44.304	15.148	34,2
2008	114.755	17.050	14,9	2008	48.670	17.050	35,0
2009	116.098	17.229	14,8	2009	58.270	17.229	29,6
2010	135.861	18.376	13,5	2010	61.965	18.376	29,7
2011	152.441	20.387	13,4	2011	72.332	20.387	28,2
2012	181.747	23.431	12,9	2012	80.063	23.431	29,3
2013	223.310	25.786	11,5	2013	83.053	25.786	31,0
2014	257.223	29.019	11,3	2014	91.898	29.019	31,6
2015	277.140	32.344	11,7	2015	100.055	32.344	32,3

Fonte: Receita Federal do Brasil (RFB)/Centro de Estudos Tributários e Aduaneiro (Cetad).  
Elaboração: Diretoria de Estudos e Políticas Sociais (Disoc)/ Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea).

Fonte: Ministério da Saúde (MS) e RFB/Cetad.  
Elaboração: Disoc/Ipea.

Fonte: Adaptada de Ocké-Reis, (2018, p.2038)

Na tabela 2 também se verifica uma estabilidade dos percentuais com gastos tributários em relação ao orçamento do Ministério da Saúde. Pode-se concluir que em média 30% do orçamento é subscrito sem desembolso algum ao SUS.

A perda de recursos do setor saúde é agravada pelas políticas neoliberais implementadas mundialmente sempre durante crises econômicas internacionais, com a alegação de que o estado de bem estar social não pode ser mantido sob pena do setor privado colapsar, restando aplicar regimes de austeridade fiscal nos gastos públicos como solução única.

Assim, a cada crise, prega-se a austeridade fiscal e a mercantilização da saúde como solução para os déficits financeiros, com resultados nefastos à saúde da população. Em situações de crise econômica, o colapso dos sistemas de saúde tende a ocorrer quando o sistema de proteção social se encontra previamente espoliado e o sistema de saúde, altamente fragmentado e privatizado, evidenciando-se a divisão da sociedade na escolha e utilização dos serviços de saúde. (Schenkman; Bousquat, p.4460, 2019)



### 3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.

Esta pesquisa consiste em um estudo qualitativo, descritivo, exploratório e de revisão bibliográfica. A proposta é analisar artigos científicos de fontes qualificadas e fazer a análise situacional do financiamento em saúde após a EC 95/2016.

Segundo Gil (1999, p.43) “a pesquisa exploratória proporciona bons resultados sobre temas pouco explorados, onde se torna difícil levantar hipóteses precisas”. Além disso:

As pesquisas exploratórias têm como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, tendo em vista, a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores. De todos os tipos de pesquisa estas são as que apresentam menor rigidez no planejamento. (GIL,1999, p.43)

A proposta deste estudo vai além de simples sistematização de dados. Pela sua natureza descritiva, pretende-se jogar luz nas dificuldades enfrentadas no contexto do financiamento do SUS, o impacto do subfinanciamento crônico e seu crescente desfinanciamento.

Algumas pesquisas descritivas vão além da simples identificação da existência de relações entre variáveis, pretendendo determinar a natureza dessa relação. Neste caso tem-se uma pesquisa descritiva que se aproxima da explicativa. Por outro lado, há pesquisas que, embora definidas como descritivas a partir de seus objetivos, acabam servindo mais para proporcionar uma nova visão do problema, o que as aproxima das pesquisas exploratórias. As pesquisas descritivas são, juntamente com as exploratórias, as que habitualmente realizam os pesquisadores sociais preocupados com a atuação prática. São também as mais solicitadas por organizações como instituições educacionais, empresas comerciais, partidos políticos etc. (GIL,1999,p.44)

Para a análise dos dados foi utilizada a análise de conteúdo, que busca validar as inferências realizadas a partir da análise dos dados qualitativos (MINAYO, 2000). A análise de conteúdo pode ser definida como:

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens. (BARDIN, 1979 apud MINAYO,2000 p. 20).

A pesquisa bibliográfica foi realizada mediante busca eletrônica, na base de dados da Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e Google Acadêmico. Como

localizadores dos artigos, foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde (DECS) que tenham relação mais próxima com a temática estudada, tais como: Financiamento da Saúde, Emenda Constitucional, Direito à Saúde (ou outros similares). Para a seleção dos artigos, trabalhou-se com um recorte temporal de 2017 a 2020. Todos os artigos selecionados foram de publicações nacionais, em língua portuguesa e de acesso on-line.

## 4 RESULTADOS

Este capítulo apresenta os resultados da pesquisa. A partir das buscas nas bases de dados foram encontrados dezenove artigos, sendo dois com duplicidade e outros oito já utilizados na teorização do estudo. Utilizou-se o critério de seleção por área temática do objetivo de cada artigo e não foram encontrados artigos com opiniões divergentes. Obteve-se um total de seis artigos relevantes, os quais foram analisados e constam sumarizados no quadro a seguir:

**Quadro 2 – Sumarização dos Artigos.**

Artigo	Título/Periódico	Autoria	Ano	Objetivo	Metodologia
1	Notas Exploratórias sobre as razões do subfinanciamento Estrutural do SUS./ planejamento e políticas públicas ppp	Marques,R .M.	2017	Razões do Subfinanciamento do SUS	Pesquisa bibliográfica
2	Financiamento do direito à saúde e o novo regime fiscal: A Inconstitucionalidade do Art. 110 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias./ Revista Direito Sanitário	Moutinho, D.V.; Dallari,S.G	2018	Inconstitucionalidade do Art. 110 ADCT	Pesquisa bibliográfica
3	Financiamento dos direitos sociais na constituição de 1988: Do “Pacto Assimétrico “ao “ Estado de Sítio Fiscal”/ Educação Social	Pinto,É.G.; Ximenes,S .B.	2018	Estado de Sítio Fiscal EC 95/2016	Pesquisa bibliográfica
4	Direito à saúde e austeridade fiscal: o caso brasileiro em perspectiva internacional./ Ciência & Saúde Coletiva	Santos,I.S. ; Vieira,F.S.	2018	EC/95 na perspectiva internacional.	Pesquisa bibliográfica
5	O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública - austeridade versus universalidade./ Saúde Debate	Menezes,R .A.P.;Moretti,B.;Reis,A .A.C.	2019	EC/95 austeridade versus universalidade	Pesquisa bibliográfica.
6	Gasto federal com políticas sociais e os determinantes sociais da saúde: para onde caminhamos? / Saúde Debate	Vieira,F.S.	2020	Determinantes Sociais de Saúde.	Pesquisa bibliográfica.

Fonte: Autor (2022)

Os estudos analisados permitiram selecionar os seguintes tópicos:

- 1- Convergência na opinião dos autores sobre o subfinanciamento do SUS e as possíveis consequências no longo prazo da EC 95/2016.
- 2- Risco de continuidade do direito universal a saúde conforme consta na CF 88.
- 3- A austeridade fiscal é identificada como ferramenta de redução do tamanho do estado em favorecimento a manutenção do bem-estar das classes dominantes, aumentando a iniquidade social.
- 4- A inconstitucionalidade do ART.110 da ADTC introduzido pela EC 95/2016.
- 5- Consequências nos Determinantes Sociais em Saúde após a EC 95/2016.

Na próxima seção encontra-se a análise e discussão destes resultados .

## 5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A partir da análise dos resultados foram elaboradas três categorias temáticas: Histórico do subfinanciamento do SUS; Regime de Austeridade Fiscal e suas consequências na Saúde Pública; Consequências e perspectivas futuras da EC 95/2016 no orçamento do SUS.

### 5.1 Histórico do subfinanciamento do SUS.

O subfinanciamento do SUS nasce junto a sua criação na CF 88 que ocorre sem uma fonte de recursos definida. O SUS é colocado dentro da Seguridade Social e passa a disputar verbas com a Previdência Social e Assistência Social sendo esta a primeira dificuldade enfrentada para sua implantação após a CF 88 (MARQUES,2017).

Segundo Marques (2017) o subfinanciamento do SUS se define pela destinação de recursos em relação ao PIB, e pelo valor per capita de gasto público, comparado com países que tem sistema de saúde universal, tais como Inglaterra, França, Alemanha, Portugal e Espanha. A média de investimento destes países em relação ao PIB é de 8% enquanto no Brasil foi 3,9% (2014), gerando uma per capita muito baixa de apenas R\$ 984,91 impossibilitando desta forma a ampliação dos serviços e cobertura a toda população.

Ainda na questão do subfinanciamento do SUS ocorrem diversas mudanças desde a sua criação em relação a distribuição das verbas da Seguridade Social, culminando com o fim do repasse das verbas oriundas das folhas de pagamento no ano de 1993, onde a saúde passou a se financiar parcialmente através de empréstimos junto ao Fundo de Amparo ao Trabalhador – FAT. Com isso em 1996 foi criada a Contribuição Provisória sobre Movimentações Financeiras – CPMF para financiar a saúde visto que não era possível a saúde manter empréstimos junto ao FAT.

Diante da impossibilidade de parte do gasto com o SUS continuar a ser financiado mediante empréstimos junto ao FAT, o Conselho Nacional de Saúde e a Comissão de Seguridade Social da Câmara buscaram soluções para o financiamento, o que se concretizou via aprovação da Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF), que passou a vigorar em 1997. (MARQUES, 2017, p.39)

A CPMF foi extinta em 2007 e se seguiram outros arranjos constitucionais na tentativa de equacionar o financiamento da saúde como a EC 29/2003, a Lei Complementar N°141/2012 e a EC 86/2015. Contudo, não foram suficientes para garantir os recursos mínimos necessários ao bom funcionamento do SUS.

## 5.2 Regime de Austeridade Fiscal e suas consequências na Saúde Pública.

A redução da oferta de serviços públicos advindos da austeridade fiscal não atinge a toda população, ao contrário, ela é defendida para que os mais ricos permaneçam no mesmo patamar de bem-estar social em detrimento dos direitos fundamentais da maioria da população, sobretudo os mais vulneráveis.

A austeridade fiscal caracteriza-se por escolhas que exigem grandes sacrifícios da população, seja porque aumentam a carga tributária seja pela implementação de medidas que restringem a oferta de benefícios, bens e serviços públicos, em razão de cortes de despesas e/ou da realização de reformas estruturais. (SANTOS; VIEIRA, 2018, p.2305)

A EC-95/2016 institui o Novo Regime Fiscal da União congelando os gastos primários que atingem sobretudo a proteção social, impondo uma austeridade fiscal sem precedentes em outros países.

Na prática, o ajuste fiscal implementado no Brasil não teve por objetivo principal controlar o desequilíbrio momentâneo nas contas públicas, mas sim forçar a redução da participação do Estado na oferta de bens e serviços à população, por meio da diminuição do gasto com políticas públicas, o que reduzirá a participação das despesas primárias no PIB de cerca de 20% em 2016 para 16% a 12% do PIB até 2026, a depender do desempenho da economia. Por isso, este ajuste é considerado o mais rígido do mundo e uma reforma do Estado, cujo objetivo, de reduzir o seu tamanho, não foi claramente anunciado (SANTOS; VIEIRA, 2018, p.2308)

Estudos comprovam que os investimentos em saúde e educação têm efeito multiplicador no PIB podendo chegar a 3 vezes o seu valor, ou seja a cada unidade monetária investida em saúde e educação gera um resultado de 3 unidades monetárias no PIB, demonstrando o equívoco das políticas de austeridade fiscal.

Estudos têm demonstrado o efeito multiplicador do gasto com políticas sociais para o crescimento do Produto Interno Bruto (PIB). Em uma análise dos dados de 25 países europeus, Estados Unidos e Japão, verificou-se que os gastos com educação e saúde têm multiplicadores fiscais superiores

a três, o que significa que para cada gasto de uma unidade monetária nessas áreas o aumento esperado do PIB seria de três unidades monetárias<sup>12</sup>. (Santos; Vieira,2018, p2306)

As consequências da austeridade fiscal vão muito além da redução de valores orçamentários para as áreas sociais, em verdade é um ataque frontal aos direitos individuais e sociais sedimentados na CF 88.

Estudos de revisão da literatura evidenciam que a escolha da política de austeridade fiscal em momento de crise econômica pode ter consequências desastrosas para a saúde da população. Essa combinação dificulta a universalização do acesso aos serviços de saúde e coloca em risco os avanços alcançados nessa área pelo Brasil. Além disso, reduz a probabilidade de o País atingir as metas de controle de doenças não transmissíveis e as metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da Agenda 2030 (VIEIRA, 2020, p.958)

Ainda que muitos organismos internacionais reconheçam que medidas de austeridade fiscal não atingem seus objetivos, as mesmas seguem sendo implementadas por viés ideológico.

O viés ideológico liberal permeou as estratégias dos ajustes estruturais ou das reformas setoriais, pois poucos estudos avaliaram previamente o impacto das medidas preconizadas. Houve situações extremas de contradição, em que, apesar de os estudos realizados pelas próprias entidades internacionais demonstrarem que as medidas de austeridade econômica não alcançavam os resultados prometidos, manteve-se na prática sua recomendação<sup>5,6</sup>. (SCHENKMAN; BOUSQUAT, p.4468, 2019)

Para Santos e Vieira (2018) a sustentabilidade e a sobrevivência das políticas sociais no Brasil estão fortemente ameaçadas pela austeridade fiscal imposta pelo neoliberalismo através de organismos internacionais como Fundo Monetário Internacional e Banco Mundial. A austeridade fiscal não vai ao encontro dos interesses da sociedade como um todo, pois atinge de forma desigual aqueles que mais precisam dos serviços públicos, aumentando a iniquidade social e, muito mais que alcançar superávit primário, a política neoliberal visa a diminuição do estado e a transferência dos serviços públicos para o setor privado.

Estudos demonstram as consequências das crises econômicas e as medidas de austeridade fiscal sobre a saúde pública a nível mundial conforme Quadro 3 abaixo:

Quadro 3 - Consequências das crises econômicas e da austeridade fiscal no mundo.

<b>Medidas</b>
• Realização de reformas estruturais para reduzir os gastos do Estado com a oferta de bens e serviços públicos à população
• Cortes do gasto do governo com pessoal
• Redução do gasto do governo com proteção social e gastos sociais em geral, com redução dos orçamentos da saúde
• Fechamento de serviços de saúde, redução de horas de funcionamento e da força de trabalho
• Instituição e/ou aumento do copagamento pelo uso de serviços de saúde e estabelecimento de taxas Adicionais
<b>Consequências</b>
• Aumento do desemprego
• Aumento da pobreza e da desigualdade social
• Agravamento dos problemas sociais, com aumento da violência
• Restrição do direito à saúde para determinados grupos populacionais, como imigrantes, moradores de rua, usuários de drogas
• Aumento da dificuldade de ter acesso aos serviços de saúde por barreiras econômicas
• Aumento da prevalência de depressão e ansiedade
• Piora da saúde mental, com aumento das taxas de suicídio, sobretudo entre menores de 65 anos
• Redução na auto-avaliação do estado de saúde como bom
• Aumento de doenças crônicas não transmissíveis e de algumas doenças infectocontagiosas
• Aumento do consumo de bebidas alcólicas em grupos de alto risco, constituídos por pessoas que já consomem álcool rotineiramente e desempregados
• Abuso de álcool em subgrupos sociais mais vulneráveis, estando entre os fatores de risco a perda do emprego e o desemprego de longa duração, além de suscetibilidades pré-existentes como doenças
<b>Mentais</b>

Fonte: Adaptado de Santos; Vieira, (2017, p.2308)

No Brasil estima-se que as consequências da EC 95/2016 possam ser ainda maiores, pois o Brasil é um dos países com maior desigualdade social do mundo ficando a frente apenas da África do Sul e países do Oriente Médio.



No caso do Brasil, os efeitos da austeridade fiscal podem ser mais graves do que os observados em países desenvolvidos, considerando que os indicadores sociais e a oferta de serviços públicos estão aquém do patamar daqueles países e que o Brasil continua sendo um dos países de maior desigualdade social e de renda do mundo. Em 2016, os 10% mais ricos concentraram 55% da renda produzida no país (Santos; Vieira, 2018, p.2307)

A EC 95/2016 insere o Art. 110 no Ato das Disposições Constitucionais Transitórias - ADTC, congelando por 20 anos as despesas primárias da União, afastando a relação de proporcionalidade entre arrecadação e destinação obrigatória de recursos aos direitos sociais a educação e a saúde. O teto de gastos primários estabelecido na EC 95/2016 ataca a natureza constitucional de progressividade dos direitos individuais e sociais.

O grau de reconhecimento jurídico da *progressividade* na realização dos direitos sociais é, portanto, a terceira característica relevante. O princípio da realização progressiva até a máxima efetividade é, conforme vimos, uma decorrência do próprio estágio de juridificação do Estado social. Na CF88, ainda que não expressamente, tal princípio se reproduz nos objetivos constitucionais gerais (art. 3º), nos princípios da ordem econômica (art. 170), nos objetivos da política urbana (art. 182), nas definições dos direitos à saúde (art. 196) e à educação (art. 205) e no planejamento educacional (art. 214), entre outros. Além disso, sua definição expressa no direito internacional é acoplada à Constituição por determinação do parágrafo 2º do artigo 5º, valendo, no Brasil, a seguinte disposição do Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC) (PINTO; XIMENES, 2018, p.987)

O fundamento constitucional dos direitos individuais e sociais enquanto direitos objetivos e subjetivos, que tem na doutrina constitucional o princípio da progressividade e são protegidos no texto constitucional para que não ocorra retrocesso ou exclusão destes. Baseado neste fundamento jurídico se questiona a constitucionalidade do Art. 110 haja vista que ele impõe o retrocesso e a redução destes direitos invioláveis pelos princípios constitucionais.

Porque não são passíveis de terem “solução” de uma única vez e de uma vez por todas, as políticas públicas de natureza prestacional (como o são saúde, educação, assistência social etc.) são tidas como de eficácia constitucional progressiva. (PINTO; E.G.2015) apud (MOUTINHO; DALLARI, 2018, p.73)

Para Moutinho e Dallari (2018) o Art. 110 da ADTC provoca a redução da despesa mínima per capita e também da proporção das despesas em relação a RCL

e o PIB, desta forma promovendo um retrocesso no direito a saúde, motivo pelo qual o consideram inconstitucional.

Em tempo, foram ajuizadas no Supremo Tribunal Federal (STF) – e estão pendentes de julgamento, reunidas sob a relatoria da ministra Rosa Weber – quatro ações diretas de inconstitucionalidade (ADI) contra a EC n. 95/2016, a saber, as ADI n. 5.633, n. 5.643, n. 5.658 e n. 5.680. Entre elas, a ADI n. 5.658 ataca severamente o artigo 110 do ADCT e requer tanto a declaração de sua inconstitucionalidade quanto a interpretação do artigo 107 do ADCT conforme a Constituição, para que o limite que ele impõe seja calculado e fiscalizado sem considerar as despesas com saúde e educação. (MOUTINHO; DALLARI,2018, p.86)

Ainda que o ajuste fiscal tenha sido o mais severo até hoje imposto à sociedade brasileira, e sem precedentes no resto do mundo, fica o alerta de que há espaço para retrocessos ainda maiores no atual governo.

Mais recentemente, o governo federal propôs o Plano Mais Brasil, apresentado ao Congresso Nacional por senadores da base aliada na forma de três Propostas de Emenda à Constituição (PEC), com os objetivos de desvincular e desindexar despesas e desobrigar os entes da Federação de sua execução. O Plano é constituído pela PEC 186 (Emergencial), PEC 187 (dos Fundos Públicos) e PEC 188 (do Pacto Federativo)<sup>11</sup>. (VIEIRA,2020, p.948)

### 5.3 Consequências e perspectivas futuras da EC-95/2016 no orçamento do SUS

Segundo Pinto e Ximenes (2018) até 2036 a base de cálculo para gasto mínimo em saúde com base no exercício fiscal de 2016 é de R\$ 109,1 bilhões em ASPS, que desde 2018 estão sendo corrigidas monetariamente pelo IPCA. Assim, chegaremos a 2036 com despesas em ASPS equivalente a 9,4% RCL em comparação aos 15% da RCL aplicados no exercício de 2017.

Sobre o impacto da EC-95 no orçamento da saúde pública não há dúvidas que caminhamos para um colapso do sistema nos próximos vinte anos, pois os preceitos constitucionais de universalidade e integralidade estão definitivamente ameaçados com a manutenção do teto de gastos.

A EC 95 levará a saúde a uma crise de financiamento sem precedentes. Ainda que o País cresça e que as receitas reajam positivamente, as despesas primárias estarão (em seu conjunto) restritas ao teto de gastos. Isto é, elas se reduzirão como proporção do PIB ou das receitas. (MENEZES; MORETTI; REIS,2019, p.63)

Por outro lado, temos os entes federados (Estados, Municípios e Distrito Federal) aumentando a cada exercício fiscal suas participações no gasto total das despesas com saúde de forma que a maioria destes já esgotaram suas capacidades orçamentárias.

Entre 2003 e 2017, as despesas federais de saúde passaram de 58% para 43% das despesas públicas totais. Significa dizer que os estados e, sobretudo, os municípios gastam proporcionalmente cada vez mais em saúde. Se mantido o congelamento, esses entes deverão ser responsáveis por 70% dos gastos públicos até 2036. (MENEZES; MORETTI; REIS, 2019, p.64)

Em termos de perdas orçamentárias em despesas federais com ASPS a EC 95/2016 causará nos próximos anos um impacto de proporções ainda não percebidas na sua real dimensão, e que se agravarão a cada ano levando em consideração o crescimento populacional e o envelhecimento da população.

Até 2036, o artigo 110 do ADCT provocará o seguinte impacto nas despesas mínimas obrigatórias da União em ações e serviços públicos de saúde, que garantem o financiamento do direito à saúde: (i) redução de 8,49% na despesa federal anual *per capita*, tendo como ponto de partida um gasto público nacional que já era, em 2015, 77,54% e 15,78% inferior, respectivamente, aos gastos anuais *per capita* médios dos países desenvolvidos de sistema universal selecionados e dos demais dez países mais populosos da América Latina; (ii) redução na relevância em relação ao PIB, de 1,66% para 1,05%, em um cenário em que o Brasil aplicava em saúde pública somente 3,81% do PIB em 2015, contra o índice mundial de 5,88%, a média de 4,18% do PIB nos vizinhos latino-americanos e a média de 6,96% do PIB nos países desenvolvidos selecionados; (iii) redução de sua participação nas despesas totais de 15% para 9,51% da RCL, sendo que, em 2015, os gastos governamentais médios dos dez países desenvolvidos selecionados e dos demais dez países mais populosos da América Latina eram, respectivamente, 131,95% e 57,48% superiores ao brasileiro; (iv) perda de R\$ 627,8 bilhões, em valores correntes de 2017. Nesse período, em contraposição, as necessidades de saúde da população e, portanto, de seu financiamento, crescerão em razão do envelhecimento da população. (MOUTINHO; DALLARI, 2018, p.87)

Segundo Santos e Vieira (2017) a EC 95/2016 aprofundará as desigualdades sociais no Brasil, fazendo com que o direito a saúde e a segurança social de forma geral não seja garantida da forma que está prevista na CF 88, e fará com que as famílias tenham que aumentar os seus gastos com saúde em função da consequente incapacidade do estado atender as demandas através do SUS.

É importante observar a gravidade da redução orçamentaria da saúde dentro das regras da proporcionalidade de receitas frente as despesas. Em apenas 2 anos se observa redução de quase dois pontos percentuais sobre a RCL.

Se tomada a despesa com ASPS como proporção da RCL, percebe-se que, entre 2018 e 2019, ele já diminui 1,8 ponto percentual. Pelas regras da EC 95, o piso de aplicação de 2017 seria 15% da RCL, valor que deve ser atualizado pela inflação por até 20 anos. A despesa aplicada correspondeu a 15,8% da RCL no primeiro ano da EC 95, reduzindo-se para 14,5% da RCL em 2018 e para 14,2% da RCL em 2019, conforme estimativas da LOA. Percebe-se, pois, que os efeitos da EC 95 sobre o financiamento do SUS são imediatos, implicando gastos abaixo do patamar de 15% da RCL. (MENEZES; MORETTI; REIS, 2019, p.65)

A EC-95 é a materialização do avanço das políticas neoliberais de austeridade fiscal com objetivo de reduzir o estado brasileiro, mas estão em curso emendas constitucionais que podem agravar ainda mais este quadro.

Embora a EC 95 seja a medida de ajuste fiscal mais rígida adotada no Brasil e no mundo, há a possibilidade de que ações mais radicais possam ser implementadas, agravando a situação de financiamento das políticas sociais no País. (VIEIRA, 2020, p.948)

Por último destaca-se a redução ampla dos investimentos nas áreas sociais, pilares de manutenção dos Determinantes Sociais em Saúde - DSS. A redução destes investimentos levará, por exemplo, a um aumento da mortalidade infantil de 0-5 anos, configurando uma negligência do estado sobre o direito a saúde e a vida.

Estimou-se, com base em dados do PBF, da Estratégia Saúde da Família (ESF), do índice de pobreza e dos possíveis efeitos da EC 95, que a mortalidade em crianças menores de 5 anos será maior sob a vigência dessa emenda, em comparação com a manutenção dos níveis atuais de proteção social, podendo ocorrer quase 20 mil mortes evitáveis a mais entre 2017 e 2030. (VIEIRA,2020, p.954)

As consequências da EC 95/2016 na saúde pública e no orçamento do SUS tendem a levar ao sucateamento do mesmo, reduzindo sua capacidade de atendimento a 30 por cento do que temos hoje, em comparação à 2036. (VIEIRA; MORETTI; DALLARI et al)

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo procurou revelar os reflexos da Emenda Constitucional 95/2016 e seus possíveis desdobramentos em relação a manutenção e continuidade das ASPS no cotidiano do SUS.

A pesquisa identificou algumas consequências imediatas e outras possíveis consequências ao longo da vigência de 20 anos do teto de gastos, entre elas a perspectiva de sucateamento do SUS, a consequente redução de cobertura e diminuição da qualidade dos serviços de saúde. Traz um alerta sobre o avanço da pauta neoliberal sobre o SUS que se fortalece com a falta de apoio popular, sindical e político, junto aos partidos políticos de todas as correntes, incluídos os mais progressistas.

Fica claro que a austeridade fiscal imposta pela EC 95/2016 vai muito além de um simples ajuste fiscal temporário para atingir superávit primário e tem por objetivo a redução do tamanho do estado e a transferência dos serviços públicos ao setor privado. Não obstante, descarta-se a possibilidade de não se perseguir o equilíbrio fiscal das contas públicas, pois a saúde financeira do estado é garantidora da continuidade da segurança social e das demais obrigações legais do estado, considerando que não se pode ferir os direitos dos cidadãos e impor regressividade ou perda de direitos fundamentais a pretexto de austeridade fiscal.

A análise das consequências da EC 95/2016 não pode ficar restrita às perdas orçamentárias e as óbvias consequências da escassez de recursos aos serviços de saúde. A EC 95 significa um ataque frontal aos direitos individuais e sociais conquistados na CF 88, e suas consequências ainda serão objeto de estudos estatísticos que, de acordo com cenários de maior ou menor desempenho da economia, estimam perdas orçamentárias para o SUS, em 20 anos, entre 700 bilhões e 1,3 trilhão de reais.

A solução para o subfinanciamento do SUS e a interrupção do desfinanciamento passa obrigatoriamente pelo texto constitucional, e as ações em defesa do SUS não serão conquistadas sem o apoio majoritário dos legisladores. Não pode-se acreditar que ao fim do novo regime fiscal em 2036, o status de financiamento do SUS voltará ao equivalente em 2016 quando recebia destinação de 15% da RCL.

Espera-se que os ministros do Supremo Tribunal Federal votem o mais rápido possível pela inconstitucionalidade das quatro Ações Diretas de Inconstitucionalidade (ADI) contra a EC n. 95/2016, a saber, as ADI n. 5.633, n. 5.643, n. 5.658 e n. 5.680. Entre elas, a ADI n. 5.658 ataca severamente o artigo 110 do ADCT, que já estão no STF sob a relatoria da Ministra Rosa Weber.

É imperativo afirmar que a continuidade dos efeitos do Art. 110 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias-ADTC incluído pela EC-95 levará ao sucateamento do sistema de proteção social e inevitavelmente a redução do SUS e a precarização das ASPS nos próximos 20 anos.

Importante destacar que durante este estudo foram encontradas algumas dificuldades em termos de maior disponibilidade de artigos com direcionamento ao tema EC 95/2016, sobretudo nos anos de 2019 e 2020. Outra dificuldade encontrada se refere ao fato de que a EC 95/2016 abrange toda a Seguridade Social e a Educação e, desta forma, muitos autores discorrem sobre as consequências gerais da mesma, ficando difícil o recorte específico no que tange ao SUS.

Este estudo de forma alguma tem por ambição esgotar o tema ou mesmo prescrever uma opinião. Resta muito a investigar e seguir no debate de tema tão caro a sociedade brasileira, sobretudo aos menos favorecidos economicamente e aos vulneráveis que dependem exclusivamente do SUS. Este estudo pretende, isto sim, ter contribuído para chamar a atenção para tamanha relevância do tema que se encontra bastante raro nas pautas políticas e sociais do congresso nacional e sociedade civil organizada respectivamente, e espera-se também que venha a engajar outros colegas de curso a seguir este debate pois o financiamento do SUS é de vital importância na vida de qualquer administrador que se prepara para gerir o sistema público de saúde.

## REFERENCIAS.

BARROS, M.E.D.; PIOLA, S.F. ROA, A.C. (org.). **Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento**. Rio de Janeiro: OPAS, 2016. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema\\_saude\\_brasil\\_organizacao\\_financiamento.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude_brasil_organizacao_financiamento.pdf) Acesso em: 21 nov. 2021.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. 55. ed. São Paulo: Saraiva, 2018.

BRASIL. **Lei nº 8080 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 1990a. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/norma/549956/publicacao/15808140>. Acesso em: 21 nov. 2021.

BRASIL. **Lei nº 8142 de 28 de dezembro de 1990**, Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília 1990b. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/norma/550018/publicacao/15715902>, Acesso em: 21 nov. 2021.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 29 de 13 de setembro de 2000**, Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, p. 389, São Paulo: SARAIVA, 2018

BRASIL. **Decreto nº 7508 de 28 de junho de 2011**, Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm) Acesso em: 21 nov. 2021.

BRASIL. **Lei Complementar nº 141 de 13 de Janeiro de 2012**, Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/norma/572896/publicacao/15760034> Acesso em: 21 nov. 2021.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 86 de 17 de março de 2015**, Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da

programação orçamentária que especifica Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, p. 375, São Paulo: SARAIVA, 2018

BRASIL, **Emenda Constitucional nº 95 de 15 de dezembro de 2016**, Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, p.279, São Paulo: SARAIVA, 2018

CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. **Estudos avançados**. São Paulo, v. 27, n. 78, p. 7-26, 2013. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ea/a/HpvKjJns8GhnMXzgGDP7zzR/?lang=pt>. Acesso em: 21 nov. 2021.

CELUPPI, I.C; GEREMIA, D.S.; FERREIRA, J; PEREIRA,A.M.M.; SOUZA,J.B. 30 anos de SUS: relação público-privada e os impasses para o direito universal à saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 121, p. 302-313, 2019. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Zf7bkDWh8bcM7GKvPwtdvRd/?lang=pt> Acesso em: 21 nov. 2021.

FIGUEIREDO, J.O.; PRADO,N.M.B.L.; MEDINA,M.G.; PAIM,J. Gastos público e privado com saúde no Brasil e países selecionados, **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, V. 42, n 2, p. 37-47, 2018 Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/hbzwsvZnS7PbVJsXsfWJSfB/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 21 nov. 2021.

FINANCIAMENTO. *In*: FIOCRUZ. **PenseSUS**. Rio de Janeiro, [2021?]. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/financiamento> Acesso em: 24 nov. 2021.

FUNCIA, F.R. Do Subfinanciamento que Temos para o Desfinanciamento que não Queremos: Rumo à 16ª (8ª+8), Conferência Nacional de Saúde, **Domingueira**, n 26 p. 1-4 Disponível em: <http://idisa.org.br/domingueira/domingueira-n-26-julho-2019#a0> Acesso em: 24 nov. 2021.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

HOLST, J.; GIOVANELLA, L.; ANDRADE, G.C.L. Porque não instituir copagamento no Sistema Único de Saúde: efeitos nocivos para o acesso a serviços e a saúde dos cidadãos, **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. especial, p. 213-226, 2016.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/zRNf6kWMFsyqVDnvXML7JXM/?lang=pt&format=pdf> Acesso em 21 nov. 2021.

MARQUES, R.M. Notas Exploratórias Sobre as Razões do Subfinanciamento Estrutural do SUS. **planejamento e políticas públicas ppp**, São Paulo, n. 49, 2017 Disponível em:

<http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/8232> Acesso em:18 Maio 2022.

MARQUES, R.M.; MENDES, A. A problemática do financiamento da saúde pública brasileira: de1985 a 2008. **Economia e Sociedade**, Campinas, v. 21, n. 2 (45), p. 345-362, 2012. Disponível em:



<https://www.scielo.br/j/ecos/a/bqHNFgxm8Qj7mstC7CtWcyp/abstract/?lang=pt>; Acesso em 21 nov. 2021.

MENDES, A. A longa batalha pelo financiamento do SUS, **Saúde Soc.** São Paulo, v.22, n.4, p.987-993, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/SQy6jTcM9j4q6c4RRmwmbmh/?lang=pt> Acesso em: 21 nov. 2021

MENDES, A.; CARNUTZ, L; GUERRA, L.D.S. Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate.** Rio De Janeiro, V. 42, n. especial 1, p. 224-243 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/F95jdgvrBmBzh4CJXdXBJDh/?lang=pt> Acesso em: 25 nov. 2021.

MENEZES, A.P.R.; MORETTI, B.; REIS, A.A.C. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública – austeridade versus universalidade, **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n 5, p. 58-70, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/JLN5qfhCmLh4ZwY4sm4KWpt/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 21 nov. 2021.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde.** 11 ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

MOUTINHO, D.V.; DALLARI, S. G. Financiamento do Direito à Saúde e Novo regime Fiscal: A inconstitucionalidade do Artigo 11º do Ato da Disposições Constitucionais Transitórias. **Revista Direito Sanitário**, São Paulo v.19 n.3, p. 68-90, 2018. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/download/158499/153596> Acesso em: 18 Maio 2022.

OCKÉ-REIS, C.O. Sustentabilidade do SUS e renúncia de arrecadação fiscal em saúde, **Ciência & Saúde Coletiva**, 23(6):2035-2042, 2018 Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/fpzPVyhXgvk9SpDLSRxmYqh/?lang=pt> Acesso em: 21 nov. 2021.

PAIM, J.S. **O Que é o SUS.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. Disponível em: <http://www.livrosinterativoseditora.fiocruz.br/sus/>. Acesso em: 21 nov. 2021

PINTO, E.G.; XIMENES, S.B. Financiamento dos Direitos Sociais na Constituição de 1988: Do “Pacto Assimétrico” ao “Estado de Sitio Fiscal” **Educ. Soc.**, Campinas, v. 39, nº. 145, p.980-1003, 2018 Disponível em: <https://www.scielo.br/j/es/a/vz4B7TFqdXFYNxHxRgqzDBd/abstract/?lang=pt> Acesso em: 18 maio 2022.

REIS, A.A.C.; SÓTER, A.P.M.; FURTADO, L.A.C.; PEREIRA, S.S.S. Tudo a temer: financiamento, relação público e privado e o futuro do SUS. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. especial, p. 122-135, 2016 Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/kYPzVLX9DKpxWtWJgKKTtgS/?lang=pt&format=pdf> Acesso em: 21 nov. 2021.

SANTOS, I.S; VIEIRA, F.S. Direito à saúde e austeridade fiscal: o caso brasileiro em perspectiva internacional, Rio de Janeiro, **Ciência & Saúde Coletiva**, 23(7):2303-2314, 2018 Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/ZgbMjYykcWRkccrSPQrqWjx/?lang=pt> Acesso em: 18 maio 2022.

SCHEFFER, M. O capital estrangeiro e a privatização do sistema de saúde brasileiro, **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.31, n. 4, p.663-666, 2015. Disponível em:

<https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2015/05/Capital-Estrangeiro-Scheffer-CSP.pdf> Acesso em: 21 nov. 2021.

SCHENKMAN,S; BOUSQUAT,A.E.M. Alteridade ou austeridade: uma revisão acerca do valor da equidade em saúde em tempos de crise econômica internacional

**Ciência & Saúde Coletiva**, 24(12):4459-4472, 2019. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/mD4sGKNN6qfTzfcWj7CCpSs/?lang=pt> Acesso em: 07 jul. 2022.

VIEIRA, F. Gasto federal com políticas sociais e os determinantes sociais da saúde: para onde caminhamos? **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 127, p. 947-961, 2020. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/bwT6Y5bRzchHpZcnVxM7J3H/?lang=pt> Acesso em: 21 nov. 2021.