

## O Direito à Saúde no Brasil em Tempos de Crise Econômica, Ajuste Fiscal e Reforma Implícita do Estado

Recebido 31.09.2016  
Aprovado 05.11.2016

Fabiola Sulpino Vieira<sup>1</sup>  
Rodrigo Pucci de Sá e Benevides<sup>2</sup>

### Resumo

O objetivo deste artigo é discutir as mudanças recentes no modelo de financiamento da proteção social brasileira e seus impactos na garantia do direito à saúde no Brasil, a partir da promulgação Emenda Constitucional nº 95 de 2016, que instituiu o chamado “Novo Regime Fiscal”, que limita por 20 anos o crescimento das despesas primárias à taxa de inflação. Para dar suporte à discussão, apresentam-se, inicialmente, os contornos do direito à saúde no Brasil, bem como dados sobre o gasto com saúde do País, comparando-o ao de países da América Latina. São abordados, ainda, os esforços empreendidos para o aumento dos recursos alocados no sistema público de saúde e para a estabilidade do seu financiamento ao longo das últimas décadas. Em seguida, avalia-se o impacto das novas regras fiscais sobre os recursos federais para a saúde em comparação com a regra vigente em 2016, chegando-se à conclusão de que maiores dificuldades serão enfrentadas para a efetivação do direito à saúde no Brasil. Haverá diminuição da participação das despesas primárias do governo federal no Produto Interno Bruto, e da despesa federal com saúde, em particular, revelando o objetivo implícito de redução do tamanho do Estado na recente reforma fiscal.

**Palavras-chave:** Sistema Único de Saúde. Sistema público de saúde. Direito à saúde. Reforma do Estado. Financiamento da saúde. Emenda Constitucional nº 95.

### Derecho a la Salud en Tiempos de Crisis Económica, Austeridad Fiscal y Reforma Implícita del Estado en Brasil

### Resumen

El propósito de este artículo es discutir los recientes cambios en el modelo de financiación de la protección social de Brasil y su impacto en la garantía del derecho a la salud desde la promulgación de la Enmienda Constitucional nº 95, de 2016. Esta Enmienda establece el llamado "Nuevo Régimen Fiscal", que limita durante 20 años el crecimiento del gasto general a la tasa de inflación, excepto de los gastos financieros. Para apoyar la discusión, se presenta, inicialmente, el derecho a la salud en Brasil, así como datos sobre el gasto en salud del país, comparándolo con los gastos de países de América Latina. Los esfuerzos para aumentar los recursos asignados en el sistema de salud pública y para garantizar la estabilidad de su financiación a lo largo de las últimas décadas también son abordados. A continuación, se evalúa el impacto de las nuevas normas fiscales de fondos federales para la salud en comparación con la regla actual, concluyéndose que mayores dificultades son esperadas para la garantía del derecho a la salud en Brasil. Disminuirá la proporción del gasto primario del gobierno federal en el producto interno bruto, y

---

<sup>1</sup> Doutora em saúde coletiva. Mestre profissional em economia da saúde. Farmacêutica. Especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental em exercício na Coordenação de Estudos e Pesquisas de Saúde da Diretoria de Estudos e Políticas Sociais (Disoc) do Ipea. E-mail: [fabiola.vieira@ipea.gov.br](mailto:fabiola.vieira@ipea.gov.br).

<sup>2</sup> Mestre em saúde coletiva. Economista. Especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental em exercício na Coordenação de Estudos e Pesquisas de Saúde da Diretoria de Estudos e Políticas Sociais (Disoc) do Ipea. E-mail: [rodrigo.benevides@ipea.gov.br](mailto:rodrigo.benevides@ipea.gov.br).

el gasto federal en salud, en particular, revelando el objetivo implícito de reducción del tamaño del Estado en la reciente reforma fiscal.

**Palabras clave:** Sistema Único de Salud. Sistema público de salud. Derecho a la salud. Reforma del estado. Financiación de la atención de la salud. Enmienda Constitucional nº 95.

## The Right to Health in Times of Economic Crisis, Fiscal Austerity and State Implicit Reform in Brazil

### Abstract

The objective of this article is to discuss the recent changes in the Brazilian social protection financing model and its impacts on the guarantee of the right to health in Brazil, after the enactment of Constitutional Amendment No. 95 of 2016. This Amendment establishes the so-called "New Fiscal Regime" for 20 years, which links the growth of the government expenditure to the inflation rate. To support the discussion, we first present the contours of the right to health in Brazil, as well as data on health spending in the country, comparing it to that of Latin American countries. We also discuss the efforts made to increase the resources allocated to the public healthcare system and to stabilize the spending over the last decades. Next, the impact of the new fiscal rules on the federal resources for health is evaluated in comparison with the current rule, and we conclude that greater difficulties will be faced for the right to health guarantee in Brazil. There will be a decline in the share of federal government expenditures on Gross Domestic Product, and in federal health spending in particular, revealing that the implicit goal of the recent reform is to reduce the State size.

**Key-words:** Unified Health System. Public healthcare system. Right to health. State reform. Healthcare financing. Constitutional Amendment No. 95.

### Introdução

Os avanços na saúde pública do Brasil nas últimas décadas são inquestionáveis, com a ampliação do acesso da população à atenção básica e de emergência, com a universalização da vacinação e da assistência pré-natal, além do investimento em recursos humanos e na ampliação da oferta de tecnologias. Ainda que persista a desigualdade socioeconômica no acesso à assistência médica no País, ela não existe entre pessoas que reportam seu estado de saúde ruim, indicando que aqueles que têm problemas de saúde mais graves estão obtendo atendimento e tratamento, sem diferenças decorrentes de suas condições socioeconômicas (Paim et al, 2011).

As melhorias nas condições de saúde da população brasileira nas últimas décadas são atribuídas a mudanças favoráveis nos determinantes sociais da saúde e à reforma setorial que culminou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir do reconhecimento pela Constituição Federal – CF 1988 (Brasil, 1988) de que a saúde é um direito fundamental, e que é dever do Estado. O SUS foi construído a partir dos anos noventa de forma descentralizada e hierarquizada, com responsabilidades definidas para as três esferas de governo. A partir de 2000, a Emenda Constitucional nº 29 (EC 29)

(Brasil, 2000) garantiu um patamar mínimo de recursos para a saúde nas três esferas de governo<sup>3</sup> (União, estados e municípios). Contudo, persiste a dificuldade de garantir o direito à saúde para a população brasileira, sendo o seu maior desafio, o político (Victora et al, 2011).

O compromisso com a consolidação do SUS frequentemente figurou como plataforma política dos diferentes governos desde sua criação, e apesar disso, muitos foram os desafios para a garantia de seu financiamento. Desde o início da vigência da EC 29, em 2000, as execuções orçamentárias anuais do governo federal foram sempre muito próximas ao mínimo constitucional. Tal prática manteve a participação do gasto federal em relação ao Produto Interno Bruto (PIB) em torno de 1,7%, mas não houve avanços para além deste mínimo, mesmo nos períodos de maior expansão econômica. Essa trajetória de baixa priorização da saúde nos orçamentos anuais e no processo de execução orçamentária terá piora com o Novo Regime Fiscal, instituído pela Emenda Constitucional nº 95 (EC 95), de 2016 (Brasil, 2016a), que congela o gasto primário federal por 20 anos, com profundos impactos no financiamento da saúde.

O diagnóstico que deu sustentação a essa reforma foi explicitado na Exposição de Motivos<sup>4</sup> do projeto enviado pelo governo ao Congresso Nacional, referente à Proposta de Emenda à Constituição nº 241 (PEC 241), de que há uma crise fiscal causada pela expansão exagerada das despesas primárias, ignorando a importante queda da receita a partir de 2014 e a existência de elevados subsídios que comprometem a arrecadação de receitas pelo governo federal. Esse diagnóstico está sendo usado como pretexto para a redução do tamanho do Estado, impactando por 20 anos a capacidade de resposta quanto à garantia dos direitos sociais declarados na Constituição Federal de 1988 (CF 1988).

Trata-se, portanto, de uma reforma implícita do Estado: a EC 95 dá corpo ao “Novo Regime Fiscal” (NRF), sem revelar a real intenção de reduzir a participação das despesas primárias em relação ao Produto Interno Bruto (PIB), implicando a redução da participação do Estado em diversas políticas públicas, entre as quais as de saúde e de educação. Não é por outra razão que a proposta do NRF surge como emenda à

---

<sup>3</sup> Para a União a regra corrigia o valor aplicado no ano anterior pela variação nominal do PIB, e para estados e municípios, percentuais de 12% e 15%, respectivamente, da receita de impostos.

<sup>4</sup> Exposição de motivos nº 83/2016, que apresenta a Proposta de Emenda Constitucional (PEC) nº 241, referente ao “Novo Regime Fiscal”, renumerada no Senado como PEC nº 55 e publicada como EC nº 95. [http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop\\_mostrarintegra;jsessionid=909EA8BA3167F5AACD399CDFB8E4D10F.proposicoesWebExterno2?codteor=1468431&filename=Tramitacao-PEC+241/2016](http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=909EA8BA3167F5AACD399CDFB8E4D10F.proposicoesWebExterno2?codteor=1468431&filename=Tramitacao-PEC+241/2016)

constituição, dado que essas duas políticas têm percentuais garantidos de receitas definidos na CF 1988. Ou seja, se a intenção da EC 95 não fosse reduzir a participação das despesas com saúde e educação em proporção do PIB, tal reforma não necessitaria ser inscrita na Constituição.

Assim, este artigo tem por objetivo discutir as perspectivas para o financiamento do SUS e para a garantia do direito à saúde no Brasil, a partir do início da vigência do Novo Regime Fiscal, instituído pela EC 95. Para dar suporte a esta discussão, inicia-se o texto configurando brevemente o direito à saúde no Brasil e apresentando, em seguida, dados sobre o gasto com saúde do País, comparando-o ao de outros países da América Latina. Na sequência, a partir de uma perspectiva histórica, abordam-se os esforços para elevação dos recursos alocados no sistema e para que os orçamentos pudessem ser menos sujeitos a grandes oscilações. Apresentam-se, por fim, as estimativas de perdas de recursos para o SUS quando se compara a regra de aplicação mínima em saúde da EC 95 à regra vigente em 2016, definida pela Emenda Constitucional nº 86 (Brasil, 2015a).

## **O Direito à Saúde no Brasil**

Quando se inicia uma discussão sobre políticas públicas de saúde, torna-se necessário fazer referência ao Art. 196 da CF 1988 (Brasil, 1988) devido ao entendimento sobre o direito à saúde ali expresso. A saúde não é vista como um antônimo de doença, em que a oferta e o acesso a serviços médicos e hospitalares por si só bastariam para garanti-la, mas é compreendida em seu contexto econômico e social, havendo o reconhecimento de que existem outros fatores que condicionam o estado de bem-estar e de saúde dos indivíduos, e que, portanto, é preciso que o Estado formule e implemente políticas econômicas e sociais para garantir os direitos previstos.

Esta compreensão da política de saúde captura outras dimensões do processo saúde-doença, em que a existência de estado de bem-estar ou a sua negativa encontra explicação em fatores determinantes e condicionantes econômicos e sociais para a elevação dos riscos de surgimento das doenças. A Lei Orgânica da Saúde trata de explicitá-los no seu Art. 3º, reconhecendo que, entre outros determinantes e condicionantes, estão a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente,

o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais que afetam a saúde da população, os quais expressam a organização social e econômica do País (Brasil, 1990).

O direito à saúde, conforme prevê a Constituição Federal brasileira, somente pode ser garantido mediante políticas públicas. Asbahr (2004) argumenta que é um direito humano social que, por ter caráter coletivo, exige a ação efetiva do Estado para sua concretização a todos os cidadãos. O autor discute ainda que os limites à concretização judicial desse direito são: a) reserva do possível, pois a saúde depende da alocação de recursos que são finitos; b) princípio da proporcionalidade, que limita o raio de abrangência de um dos direitos fundamentais, no caso da existência de colisão entre eles, segundo os critérios de adequação, necessidade ou vedação do excesso e, ainda, proporcionalidade; c) reserva de consistência, que implica, no caso de ações judiciais, a necessidade de explicitação de todos os motivos que levaram o juiz a tomar sua decisão.

Pittelli et al (2003) esclarecem que os direitos sociais surgiram no final do século XIX, caracterizando-se pelo fato de que o Estado presta serviços à coletividade, como saúde, educação, previdência etc, o que somente pode ser feito por meio de políticas públicas. Por sua vez, em trabalho sobre o Estado, o mercado e os direitos, Kuntz (2002) discute a concepção de direitos advinda após a Segunda Guerra Mundial e explicitada na Declaração Universal dos Direitos do Homem. O autor esclarece que o conceito de justiça atrelado a essa concepção passa pela condição em que o Estado opera políticas públicas, tais como educação e saúde gratuitas, além da garantia de segurança econômica em face da doença e do desemprego.

Esse conceito amplo de justiça inspirou a Constituição de 1988, estabelecendo-se a necessidade de formulação e implementação de políticas públicas para que o Estado consiga cumprir as garantias sociais previstas, entre elas o direito universal à saúde, permitindo a superação do modelo contributivo previdenciário. A universalidade, a igualdade e a integralidade foram instituídas como princípios do acesso a bens e serviços de saúde no Brasil há vinte e oito anos pela CF, em um momento de acirrado debate sobre a falência do modelo previdenciário de assistência médica existente no País até então, e de resistência para a preservação do *status quo*.<sup>5</sup>

---

<sup>5</sup> Fleury et al (2008) compilaram uma série de artigos originalmente publicados nas décadas de 1970 e 1980 que demonstram os embates e propostas prévios à instituição do direito à saúde no Brasil como um direito de todos e um dever do Estado.

Nesse contexto, uma das políticas adotadas pelo Estado para equacionar parte dos problemas que comprometem os níveis de saúde da população brasileira foi a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), constituído como um conjunto de ações e serviços de saúde prestados por instituições (públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações) mantidas pelo Poder Público e por instituições privadas conveniadas (Ministério da Saúde, 1990).

No período pós-Constituição, as disputas continuaram, tanto para assegurar o financiamento suficiente pelas três esferas de governo para o SUS e a organização dos serviços em uma rede hierarquizada e regionalizada, quanto para regular a relação público-privada no País, em decorrência da segmentação do mercado de assistência à saúde, no qual o SUS convive com um sistema privado fortemente subsidiado pelo Estado.

Apesar do êxito inicial de inscrever o direito à saúde no texto constitucional, os anos que se seguiram foram marcados por conflitos em torno do modelo de estado do bem-estar social em implantação, traduzindo-se, no caso específico da saúde, em lutas permanentes para a consolidação do SUS.

O SUS tem como princípios, expressos na Constituição, a universalidade do acesso, a igualdade e a integralidade da assistência, e tem como diretrizes a descentralização, com direção única em cada esfera de governo, o atendimento integral e a participação da comunidade. A universalidade trouxe para o SUS a noção de cidadania como elemento norteador da política de saúde; quebrou-se a lógica do seguro-saúde existente até então, em que o direito de acesso aos serviços médico-hospitalares tinha por requisito a contribuição previdenciária dos indivíduos, e adotou-se a lógica de seguridade social. A CF 1988 garantiu o acesso à saúde como um direito de cidadania, de forma que muitos cidadãos que estavam à margem do sistema de saúde passaram a fazer jus aos cuidados, tornando o SUS uma das maiores políticas de inclusão social da história do País.

Quanto ao conceito de igualdade, traduz-se na igualdade de acesso, de forma que devem ser excluídas quaisquer discriminações ou privilégios que interfiram no acesso da população à assistência à saúde. Nesse aspecto, explicita-se que o SUS deve implementar intervenções focalizadas para possibilitar a redução das desigualdades na oferta do cuidado. Os grupos mais desprotegidos precisam de atenção especial para minimizar o efeito de fatores sociais (acesso à informação, escolaridade, condições de

habitação, geográfica e de infraestrutura, etc.), econômicos (trabalho, renda, etc.) e biológicos (etnia, sexo, idade, deficiências, etc.) sobre o grau de atenção à saúde que obtêm. Compreende-se, assim, que para garantir a igualdade de acesso, faz-se necessária a adoção de tratamento diferenciado a fim de reduzir ou eliminar a desigualdade existente entre os diferentes estratos populacionais. Desse modo, o princípio de igualdade do SUS se desdobra no princípio de equidade (Viana et al, 2003).

No tocante à qualificação do acesso, a integralidade da assistência traz a noção da hierarquia entre patamares diferenciados da atenção à saúde, de sua interrelação, e dos instrumentos necessários para sua prestação. Diz respeito ao conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema (Brasil, 1990; Campos, 2003). Desse modo, não se pode depreender do estabelecimento da integralidade da assistência terapêutica na Constituição, por exemplo, a obrigatoriedade de oferta de todos os produtos farmacêuticos existentes. Está relacionada aos tipos de ações e serviços necessários, considerando o atendimento prestado, seja na atenção primária, de média ou alta complexidade. Implica, no âmbito individual, a disposição de meios para efetivar o cuidado com oferta de consulta, diagnóstico, internação e tratamento, de forma integrada entre os níveis de complexidade da atenção à saúde, considerando ainda ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde.

Do ponto de vista da organização do sistema, o SUS é composto por uma rede de serviços de saúde regionalizada e hierarquizada, financiada pelas três esferas de governo desde 2000, na forma da vinculação constitucional definida pelo ADCT da CF 1988, com ações e serviços prestados de acordo com as responsabilidades definidas de forma tripartite pelos gestores da saúde, e cabendo: i) aos municípios a prestação de serviços de saúde em cooperação com o estado e a União; ii) aos estados a prestação de serviços em áreas estratégicas e em situações de carência de serviços ou omissão do município; iii) à União um papel estratégico e normativo, de regulação, coordenação e apoio à articulação interestadual, com prestação de serviços em caráter excepcional e em áreas estratégicas (Machado et al, 2007).

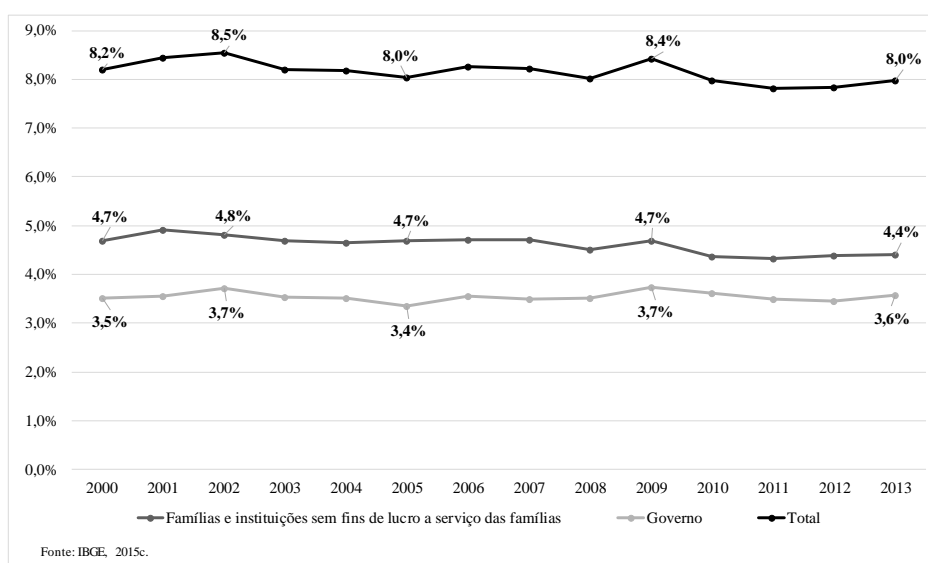
Para garantir o acesso aos bens e serviços, o Estado precisa alocar recursos a fim de financiar as políticas adotadas no âmbito do sistema de saúde. Para ilustrar esse esforço são apresentadas, na próxima seção, informações sobre o gasto nacional com saúde.

## O Gasto Nacional com Saúde

No Brasil, o gasto do governo com saúde tem se mantido historicamente em patamares menores do que o gasto das famílias. Em 2013, o gasto do governo como percentual do Produto Interno Bruto (PIB) foi de 3,6%, equivalentes a R\$ 190,2 bilhões, e o das famílias foi de 4,4% do PIB, correspondentes a R\$ 227,6 bilhões (Brasil, 2015b). O gráfico 1 apresenta a participação do consumo final de bens e serviços de saúde no PIB, por setor institucional, para o período de 2000 a 2013.

### GRÁFICO 1

Participação do consumo final de bens e serviços de saúde no PIB. Brasil, 2000 a 2013.



Uma questão relevante é que esses 3,6% do PIB, que representam 45,5% do gasto total com saúde são alocados para atender exclusivamente a mais de 75% da população com a oferta integral de bens e serviços de saúde, o que corresponde à parcela da população sem cobertura da saúde suplementar, além de atender a 100% da população no caso da oferta de bens e serviços de vigilância em saúde (sanitária e epidemiológica), vacinação, e tratamentos de alto custo não cobertos pelos planos de saúde, dentre os quais podemos citar o oncológico e o transplante de órgãos.

Vale ressaltar que o gasto tributário em saúde (renúncia de arrecadação fiscal) é elevado. Entre 2003 e 2013, a preços médios de 2013, o governo subsidiou o setor privado de saúde, por meio da renúncia de arrecadação de tributos, em aproximadamente R\$ 230 bilhões, sendo que, no último ano, os subsídios foram de R\$



25,4 bilhões. Esse valor é equivalente a 30,6% do orçamento do Ministério da Saúde daquele exercício financeiro (Ocke-Reis e Gama, 2016).

Segundo Barros e Piola (2016), o Brasil é o único país que dispõe de sistema universal em que o gasto público é menor que o gasto privado. Os autores afirmam que intensas articulações entre empresas do segmento privado de saúde e membros do Poder Legislativo têm fragilizado o SUS, exemplificando com as seguintes medidas: a abertura da provisão de ações e serviços de saúde ao capital estrangeiro (Lei nº 13.097/2015); a diminuição do aporte federal de recursos para o SUS, a partir de 2016, com a aprovação da Emenda Constitucional nº 86; e a tentativa de reintroduzir a assistência médica como direito trabalhista, por meio da Proposta de Emenda à Constituição nº 451, de 2014. Ressaltam ainda que outras medidas do Poder Executivo reforçam esta tendência como, por exemplo, cortes orçamentários decorrentes de ajuste fiscal, a ampliação da desvinculação das receitas da União (DRU) de 20% para 30% do Orçamento da Seguridade Social e a redução do ritmo de implantação de programas em razão de restrição orçamentária.

Em comparações internacionais, o gasto público com saúde do Brasil se situa abaixo do gasto de países que possuem sistema universal de saúde, e mesmo abaixo do gasto de países da América Latina nos quais a saúde não constitui um dever do Estado. Na tabela 1, apresentam-se o gasto público como participação do PIB e o gasto per capita de países latino-americanos selecionados, ordenando-se de forma decrescente este último.

**TABELA 1**

Indicadores de gasto público com saúde de países da América Latina selecionados em 2014, em dólares internacionais (PPC).

Países	% PIB	Gasto per capita (PPC)*
Uruguai	6,11	1.276
Panamá	5,88	1.228
Chile	3,85	865
Colômbia	5,41	723
Argentina	2,65	630
<b>Brasil</b>	<b>3,83</b>	<b>607</b>
México	3,26	581
Paraguai	4,50	400
El Salvador	4,47	373
Venezuela	1,54	271
Nicarágua	5,10	251

Fonte: World Health Organization Global Health Expenditure database (veja <http://apps.who.int/nha/database> para atualizações).

\*Paridade do poder de compra (dólares internacionais).

Na seção seguinte, discutem-se, em perspectiva histórica, os embates em torno do financiamento da saúde pública no Brasil.

### **As Lutas em Torno do Financiamento do SUS**

Desde a criação do SUS, seu financiamento tem sido tema constantemente discutido nos fóruns de gestores e da academia, por ainda ser considerado insuficiente para atender às necessidades de saúde da população brasileira, considerando os princípios de universalidade, integralidade e igualdade no acesso a bens e serviços (Mendes e Funcia, 2016).

De acordo com a Constituição, a saúde deve ser financiada com recursos provenientes da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios. No caso da União, a regra para aplicação de recursos foi definida, inicialmente, no Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) da CF 1988, ficando estabelecido que a saúde, após deduzidas as despesas com o seguro desemprego, seria financiada com um mínimo de 30% dos recursos do Orçamento da Seguridade Social, um fundo público constituído de recursos provenientes de contribuições sociais destinadas às áreas da saúde, previdência e assistência social, até que fosse aprovada a Lei de Diretrizes Orçamentárias - LDO (Brasil, 1988). Esta regra nunca foi cumprida.

Nos anos que se seguiram, a LDO de cada exercício reproduzia o dispositivo do ADCT, até que finalmente em 1994 houve veto presidencial a esta regra. O resultado é que, nos anos 1990, os gestores da saúde enfrentaram o grande desafio de universalizar o acesso aos serviços, mas com orçamento extremamente limitado, gerando crises no financiamento dos serviços de saúde e a necessidade de o Ministério da Saúde tomar empréstimos de recursos do Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT) para honrar despesas junto aos prestadores do SUS (Ministério da Saúde; Opas, 2013a).

As incertezas em torno do financiamento do sistema motivaram os debates sobre a necessidade de vincular a aplicação de recursos da saúde ao Produto Interno Bruto (PIB) e/ou às receitas, a fim de garantir recursos mínimos e estáveis para o seu financiamento, movimento que levou à aprovação da Emenda Constitucional nº 29 (EC 29), em setembro de 2000 (Brasil, 2000). No mesmo ano foi criado o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos de Saúde (SIOPS) para monitorar o

cumprimento das aplicações mínimas pelos entes da federação (Ministério da Saúde; Opas, 2013b).

A EC 29 estabeleceu que a aplicação mínima da União em ações e serviços públicos de saúde (ASPS) seria o montante aplicado no ano anterior corrigido pela variação nominal do PIB e, no caso dos estados e dos municípios, de 12% e 15%, respectivamente, da receita de impostos e transferências constitucionais e legais (Brasil, 2000). Regras de transição foram estabelecidas de forma que a União passasse a cumprir este mínimo a partir de 2000 e os demais entes a partir de 2004, com percentuais escalonados da receita que iniciavam em 7% em 2000.

Após definida a regra constitucional e, na ausência de uma lei complementar que a regulamentasse, muita polêmica envolveu o cumprimento da aplicação mínima. No caso da União, o Ministério da Fazenda interpretava que a base para aplicação mínima em ASPS era fixa em 1999, enquanto o Ministério da Saúde defendia que a correção pela variação nominal do PIB deveria ser aplicada sobre o montante alocado no ano anterior, uma base móvel (Piola, 2006), tendo prevalecido o entendimento do Ministério da Saúde por força de decisão do Tribunal de Contas da União (Brasil, 2002). No caso de estados e municípios, muitos questionavam a legalidade de imposição de regras para cumprimento da aplicação mínima por meio de uma Resolução do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2003), que estabelecia quais despesas poderiam ser consideradas como ASPS, uma vez que a EC 29 não dispunha sobre o tema e não havia lei que tratasse do assunto. Ademais, o montante de despesas inscritas como restos a pagar<sup>6</sup>, pelo menos na União, passou a ser uma preocupação importante (Vieira e Piola, 2016).

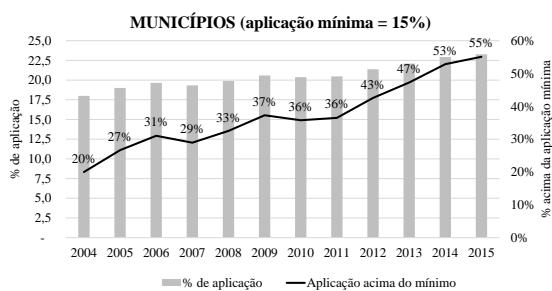
Apesar das polêmicas e do descumprimento da aplicação mínima por alguns entes da federação, a regra de vinculação de recursos da EC 29 aumentou o montante de recursos para o financiamento do SUS e estabilizou o gasto federal como percentual do PIB (Piola et. al, 2013). A figura 1 apresenta dados sobre a aplicação de recursos em saúde pelos entes da federação.

#### **FIGURA 1**

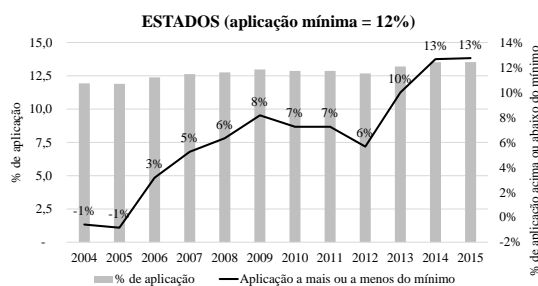
Aplicação de recursos em ASPS pelos entes da federação.

---

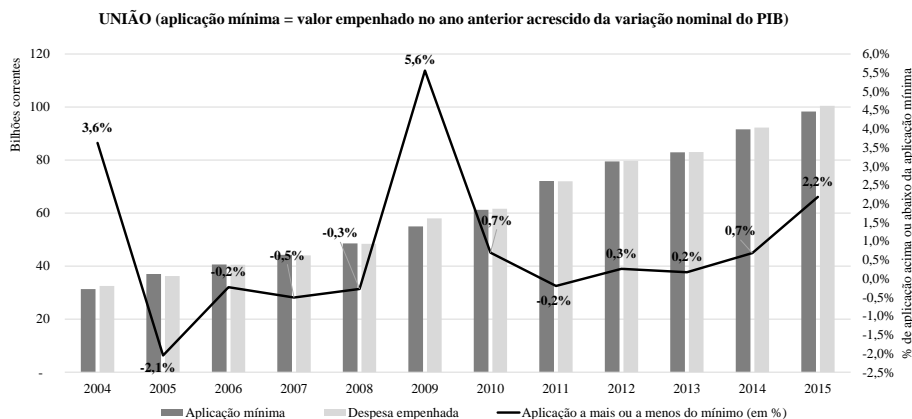
<sup>6</sup> Segundo a legislação brasileira, restos a pagar são despesas que foram empenhadas até 31 de dezembro de um determinado ano, mas que não foram pagas até esta data. Na prática, são despesas registradas no orçamento do ano, mas sem que o seu pagamento tenha se efetivado no mesmo ano de registro.



Fonte: Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde - SIOPS. Acesso: 13/11/2016. Elaboração dos autores.



Fonte: Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde - SIOPS. Acesso: 13/11/2016. Elaboração dos autores.

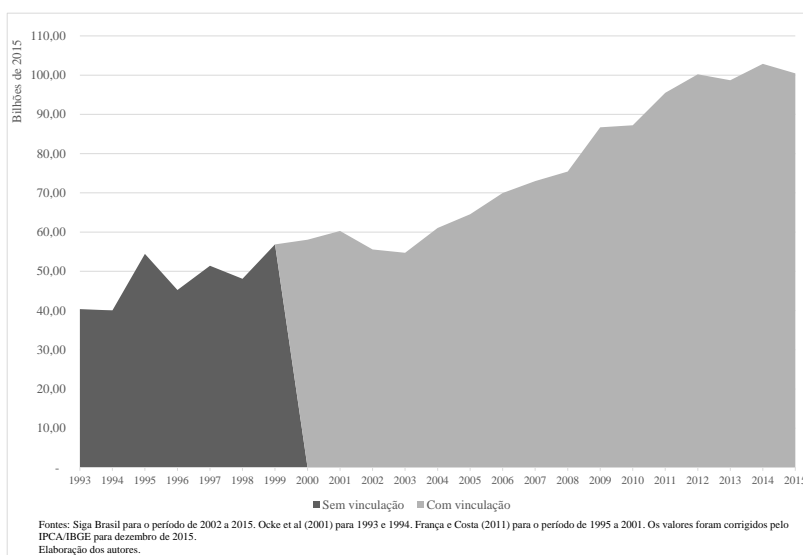


Fonte: Siga Brasil. Elaboração dos autores.

No caso da União, comparando-se a série de 1993 a 2015, verifica-se que o gasto aumentou 149% em termos reais neste período (gráfico 2).

## GRÁFICO 2

Gasto federal com ações e serviços públicos de saúde, 1993 - 2015.



Fontes: Siga Brasil para o período de 2002 a 2015. Ocke et al (2001) para 1993 e 1994. França e Costa (2011) para o período de 1995 a 2001. Os valores foram corrigidos pelo IPCA/IBGE para dezembro de 2015. Elaboração dos autores.

A EC 29 estabeleceu, ainda, que lei complementar a ser reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabeleceria: i) os percentuais de aplicação mínima em ASPS pelos entes

da federação; ii) os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios, e dos estados destinados a seus respectivos municípios; iii) as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal; e iv) as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União. Mas essa regulamentação só ocorreu doze anos depois, em 2012, com a aprovação da Lei Complementar nº 141, que manteve os mesmos percentuais da EC 29 para estados e municípios e a regra de aplicação para a União, definindo, ainda, as despesas que podem ser consideradas com ações e serviços públicos de saúde (Brasil, 2012).

Apesar do aumento do montante de recursos alocados no SUS, o debate nos anos 2000 persistiu porque os recursos ainda eram considerados insuficientes e porque a União não se esforçou para alocar recursos para além da aplicação mínima. Isso motivou a proposição de vários projetos de lei com o objetivo de ampliar o financiamento do SUS (Ministério da Saúde; Opas, 2013a), especialmente por parte da União, entre eles o Projeto de Lei de Iniciativa Popular nº 321, de 2013, conhecido por Saúde+10, que propôs que a aplicação mínima da União fosse equivalente a 10% de sua receita corrente bruta (Brasil, 2013).

Este projeto não foi apoiado pelo governo e por sua base no Congresso Nacional. Propôs-se, então, a inserção de um dispositivo alternativo àquele constante no PLP 321 em uma Proposta de Emenda à Constituição (PEC 358/2013) que tratava do orçamento impositivo (tornava obrigatória a execução da programação orçamentária de despesas destacadas por emendas parlamentares), para definir a aplicação mínima da União com base em um percentual da receita corrente líquida (RCL), escalonado entre 2016 e 2020. Esta proposta deu origem à Emenda Constitucional nº 86, aprovada em 17 de março de 2015, que estabeleceu os seguintes percentuais de aplicação mínima da União: 13,2% da RCL em 2016; 13,7% em 2017; 14,1% em 2018; 14,5% em 2019 e 15,0% em 2020 (Brasil, 2015a).

A trajetória do financiamento do SUS revela as dificuldades que têm sido enfrentadas para garantir os recursos necessários à manutenção do sistema e para reduzir os chamados vazios assistenciais (*deficit* de oferta). O gasto público com saúde nas três esferas de governo aumentou, desde o início da vinculação pelas regras da EC 29, de cerca de 3,0% do PIB para 3,9% em 2015, contudo, ainda é considerado muito baixo para a manutenção de um sistema universal de saúde quando se compara com o de

outros países. Não bastassem os desafios ora enfrentados, a reforma fiscal vigente, a partir de 2017, estabelece um teto para as despesas primárias que será corrigido apenas pela inflação, reduzindo-as em proporção do PIB, e um piso de aplicação mínima para a saúde corrigido pelo mesmo mecanismo, o que criará constrangimentos ainda maiores à concretização do direito à saúde no Brasil, conforme será discutido na próxima seção.

### **Perspectivas para o Financiamento do SUS e Garantia do Direito à Saúde**

Em análise sobre os desafios e perspectivas para o financiamento do SUS, Marques, Piola e Ocké-Reis (2016) avaliam que um cenário bastante plausível é o da expansão do mercado de planos de saúde e dos subsídios e, conseqüentemente, de fragilização do SUS, dados o contexto de globalização financeira no setor saúde, o perfil conservador da atual coalizão no governo federal e a baixa capacidade de pressão da sociedade civil.

A inclinação pró-mercado de assistência à saúde não é sequer disfarçada nos pronunciamentos e decisões do atual ministro da Saúde, que já se manifestou sobre a necessidade, em sua opinião, de reduzir o tamanho do SUS. Nesse sentido, a nova gestão do MS decidiu sobre a criação de um grupo de trabalho para elaborar uma proposta de oferta de planos de saúde privados acessíveis (Colucci, 2016; Brasil, 2016b).

Paralelamente, insere-se no debate sobre o financiamento do SUS a Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016, por meio da qual se altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) da Constituição Federal para que, a partir de 2017, a aplicação mínima em ações e serviços públicos de saúde (ASPS) pelo governo federal seja calculada corrigindo-se o limite mínimo do ano anterior pela inflação.

Os impactos das medidas contidas na proposta inicial que deu origem a esta Emenda para o financiamento do SUS e para a efetivação do direito à saúde no Brasil foram analisados em nota técnica publicada em 21/09/2016, concluindo-se que o SUS perderia recursos em relação à regra vigente, e que o gasto público com saúde seria reduzido em termos de sua participação no PIB por não partilhar dos ganhos decorrentes do crescimento econômico durante vinte anos (Vieira e Benevides, 2016).

O relator do tema, quando de sua tramitação como Proposta de Emenda à Constituição nº 241 (PEC 241) na Comissão Especial criada pela Câmara dos Deputados, Deputado Darcísio Perondi, apresentou parecer em 4/10/2016, propondo um substitutivo que alterava o limite inicial de aplicação mínima em ASPS (Substitutivo à PEC 241-B), congelando-o por vinte anos em valor equivalente a 15% da receita corrente líquida (RCL) de 2017, com correção monetária a cada ano pelo IPCA acumulado de julho a junho do ano anterior ao da elaboração da proposta orçamentária.<sup>7</sup>

Conforme já mencionado neste artigo, a regra vigente em 2016 de aplicação mínima em saúde pelo governo federal é definida pela EC 86, que estabelece para este ano um percentual de 13,2% da RCL, com aumento escalonado, para 13,7% em 2017, 14,1% em 2018, 14,5% em 2019 e 15,0% em 2020.

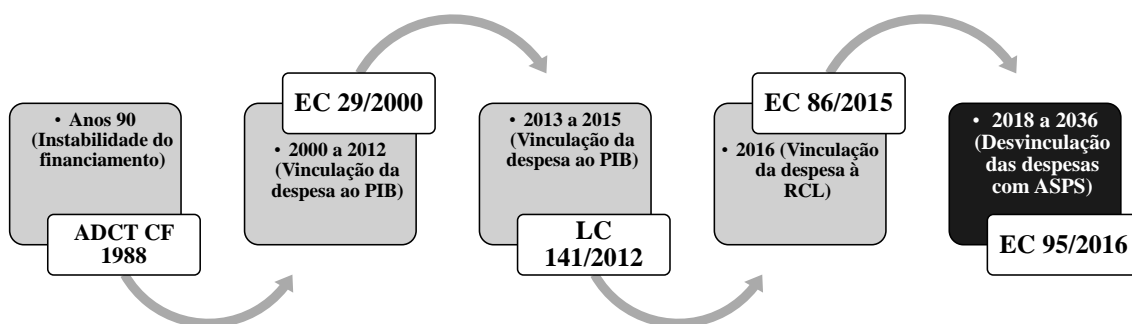
A proposta inicial da Emenda (PEC 241) teve como base um ano (2016) em que a RCL apresentou queda real devido à redução da atividade econômica, e o valor previsto para a saúde foi inferior, em termos reais, ao valor empenhado em 2015, último ano de vigência da EC 29. Com a alteração feita naquela Proposta ainda na Câmara, a proposição tramitou no Senado Federal como PEC 55, prevendo congelamento da aplicação mínima em saúde tendo como referência o orçamento de 2018 e utilizando como base a RCL de 2017, ano em que já se prevê crescimento da economia, após dois anos de forte recessão, adotando-se percentual de 15,0% ao invés dos 14,1% previstos na EC 86 para 2018. Esta foi a proposta aprovada, que deu origem à Emenda Constitucional nº 95, de 2016 (EC 95). A figura 2 apresenta, de forma resumida, a evolução da legislação referente ao financiamento do SUS e, a seguir, são analisados os impactos da EC 95 para este financiamento.

## **FIGURA 2**

Legislação sobre o financiamento SUS.

---

<sup>7</sup> Na proposta inicial enviada pelo Poder Executivo ao Congresso Nacional, o congelamento do gasto com saúde começaria em 13,2% da receita corrente líquida da União de 2016 e a inflação para correção dos valores seria apurada pelo IPCA do ano anterior ao da lei orçamentária.



ADCT = Ato das Disposições Constitucionais Transitórias; CF = Constituição Federal; EC = Emenda Constitucional; LC = Lei Complementar.  
Elaboração dos autores.

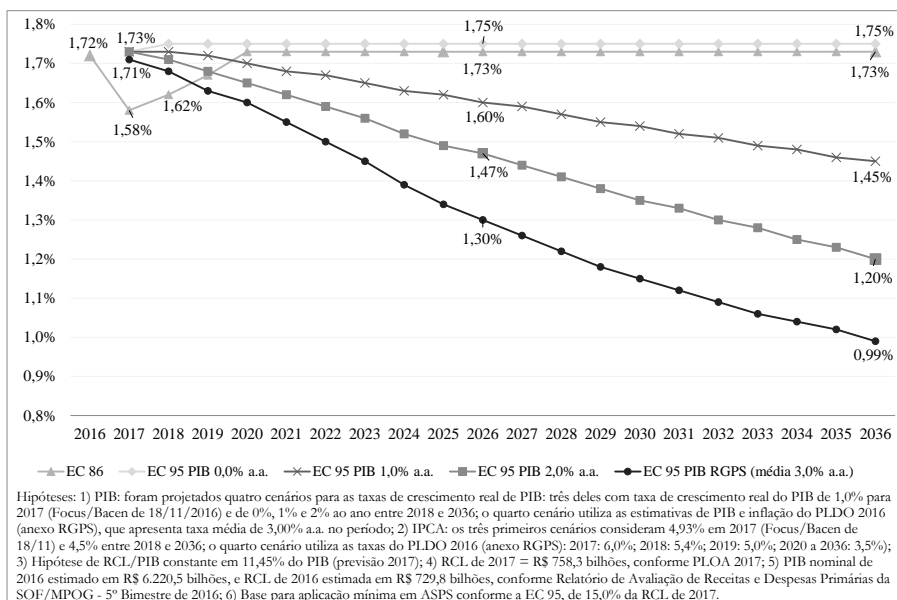
Para estimar os impactos da EC 95 no gasto com saúde nos próximos 20 anos, foram projetados os valores dos limites mínimos de aplicação em saúde de acordo com quatro cenários para as taxas de crescimento real do PIB: um com os parâmetros apresentados no Anexo IV.6 do Projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias – PLDO 2017, referente às projeções atuariais do Regime Geral da Previdência Social – RGPS, e outros três com taxas de crescimento do PIB de 0,0%, 1,0% e 2,0%, e taxa de inflação de 5,1% em 2017 e 4,5% a partir de 2018. Esses cenários do Novo Regime Fiscal foram comparados com o Cenário-Base, que considera a manutenção das regras da EC 86, com vinculação de 15,0% da RCL a partir de 2020.

O gráfico 3 apresenta o resultado das projeções sobre a participação dos gastos mínimos no PIB. Caso a regra da EC 86 fosse mantida, o percentual de vinculação aumentaria até alcançar os 15,0% da RCL, em 2020, ficando a partir daí estável em 1,73% do PIB, dada a hipótese adotada de crescimento da RCL à mesma taxa do PIB. Já sob as novas regras da EC 95, a participação do gasto federal com saúde no PIB cairá de forma inversamente proporcional ao crescimento do PIB. No cenário de taxas de crescimento do PIB de 2,0% ao ano, o valor da aplicação mínima se reduzirá gradualmente, alcançando 1,47% em 2026 e 1,20% do PIB em 2036.

### GRÁFICO 3

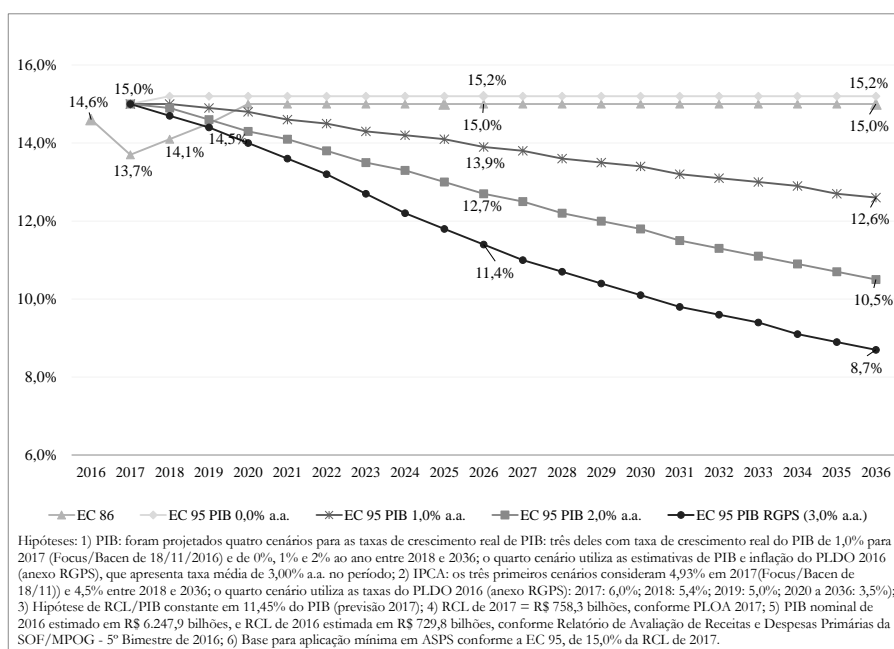
Projeção do impacto da EC 95 sobre o gasto federal com saúde em comparação com a manutenção da regra da EC 86 - em % do PIB.





#### GRÁFICO 4

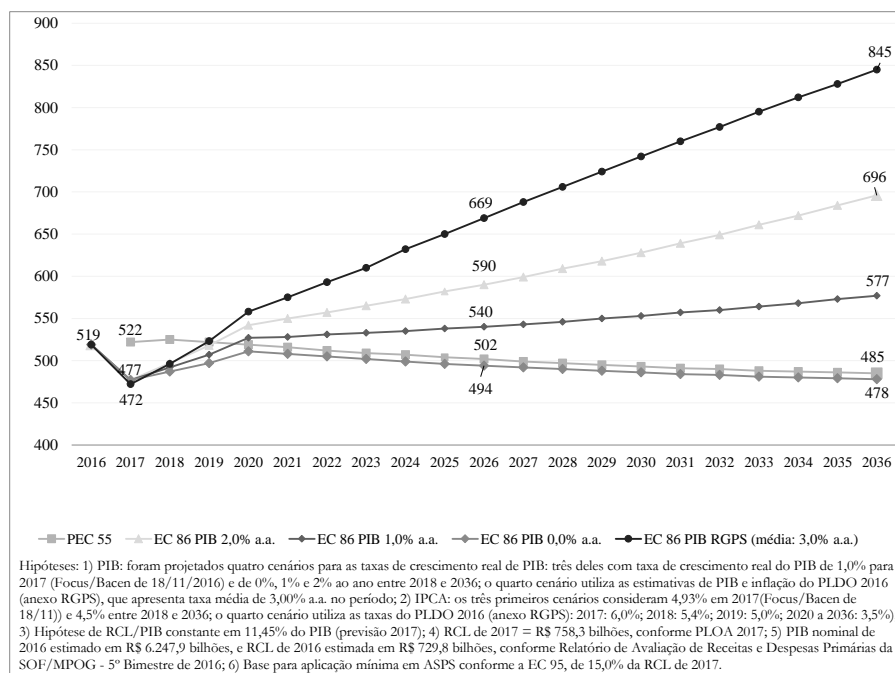
Projeção do impacto da EC 95 sobre o gasto federal com saúde em comparação com a manutenção da regra da EC 86 - em % da RCL.



No cenário de crescimento real do PIB de 2,0% ao ano, a desvinculação da RCL pela EC 95, reduzirá o limite mínimo em ASPS para 12,7% da RCL em 2026, e para 10,5% em 2036 – ao invés dos 15,0% previstos na regra da EC 86 (gráfico 4). Por fim, o gasto per capita, calculado pela aplicação mínima, será de R\$ 485 em 2036, 6,3% menor do que os R\$ 519 autorizados para aplicação em 2016 (gráfico 5).

#### GRÁFICO 5

Projeção do impacto da EC 95 sobre o gasto federal com saúde em comparação com a manutenção da regra da EC 86 - em R\$ de 2016 per capita.



No cenário que considera taxas de crescimento do PIB de 2,0% ao ano, a perda de recursos para financiamento das ASPS com a EC 95 foi estimada em R\$ 415 bilhões em 20 anos, quando se comparam com os recursos que seriam alocados pelo governo federal a partir da aplicação da regra EC 86, sendo R\$ 69 bilhões nos primeiros 10 anos e R\$ 347 bilhões nos 10 anos seguintes, entre 2027 e 2036. Na tabela 2, comparam-se as perdas nos quatro cenários de taxas de crescimento do PIB.

## TABELA 2

Estimativa de impacto da EC 95 para o financiamento federal do SUS - cenários para o período 2017-2036: perda acumulada e valor do gasto projetado para 2036.

Taxa de crescimento anual do PIB	Perda Acumulada 2017-2036 em relação à regra da EC 86 (R\$ bilhões de 2016)	Valor do gasto federal com Saúde (ASPS) em 2036			
		R\$ bilhões de 2016	% do PIB	% da RCL	Valor per capita em R\$ de 2016
0,0 % ao ano	50	110,0	1,74	15,2	485
1,0 % ao ano	-168	110,0	1,44	12,6	485
2,0% ao ano	-415	110,0	1,20	10,5	485
LDO 2017 (*)	-738	111,6	0,99	8,7	492
<b>Empenhado 2015**</b>		110,7	1,69	14,8	542
<b>Previsto 2016</b>		106,9	1,71	15,5	519

\* LDO 2017 - anexo RGPS. Taxa de crescimento real do PIB das projeções atuariais para o RGPS (LDO 2017 - PL 02/2016). A média no período 2017-2036 é de 3,00% ao ano. IPCA de 6,0% em 2017, 5,4% em 2018, 5,0% em 2019 e 3,5% a partir de 2020.

\*\* O valor empenhado em 2015 foi de R\$ 100,1 bilhões correntes, equivalentes a R\$ 110,7 bilhões em valores de 2016.

Hipóteses: 1) PIB: foram projetados quatro cenários para as taxas de crescimento real de PIB: três deles com taxa de crescimento real do PIB de 1,0% para 2017 (Focus/Bacen de 18/11/2016) e de 0%, 1% e 2% ao ano entre 2018 e 2036; o quarto cenário utiliza as estimativas de PIB e inflação do PLDO 2016 (anexo RGPS), que apresenta taxa média de 3,00% a.a. no período; 2) IPCA: os três primeiros cenários consideram 4,93% em 2017 (Focus/Bacen de 18/11) e 4,5% entre 2018 e 2036; o quarto cenário utiliza as taxas do PLDO 2016 (anexo RGPS): 2017: 6,0%; 2018: 5,4%; 2019: 5,0%; 2020 a 2036: 3,5%; 3) Hipótese de RCL/PIB constante em 11,45% do PIB (previsão 2017); 4) RCL de 2017 = R\$ 758,3 bilhões, conforme PLOA 2017; 5) PIB nominal de 2016 estimado em R\$ 6.247,9 bilhões, e RCL de 2016 estimada em R\$ 729,8 bilhões, conforme Relatório de Avaliação de Receitas e Despesas Primárias da SOF/MPOG - 5º Bimestre de 2016; 6) Base para aplicação mínima em ASPS conforme a EC 95, de 15,0% da RCL de 2017.

As projeções apresentadas representam um exercício dos impactos da EC 95 sobre o gasto com saúde, demonstrando que o congelamento reduz sua participação como proporção do PIB, da RCL e em termos per capita. Foi adotada a hipótese simplificadora de crescimento da RCL na mesma proporção do PIB, o que subestimaria o crescimento da RCL em períodos de expansão econômica e, conseqüentemente, subestimaria as perdas com a EC 95 com relação à regra atual.

Outro aspecto relevante diz respeito aos impactos desta Emenda sobre o crescimento do PIB: não constitui objeto do estudo estimar ou projetar quais seriam os impactos positivos ou negativos da EC 95 sobre o crescimento econômico, tanto assim que se trabalhou com vários cenários, onde o mais otimista é justamente o que consta como anexo no projeto de lei que define o orçamento federal para 2017 (PLDO 2017), enviado pelo governo ao Congresso. O que se propõe a estimar é qual seria o impacto das novas regras sobre as aplicações mínimas em saúde – e o resultado a que se chega é que sob as novas regras, quanto maior for a força da retomada do crescimento econômico, maiores serão as perdas para o SUS.

Em que pese a expectativa do atual governo de um efeito positivo do Novo Regime Fiscal sobre as expectativas dos agentes econômicos, deve-se considerar também os efeitos da redução das despesas do setor público, em especial das despesas com investimentos, sobre a demanda agregada. O congelamento dos gastos com saúde, com redução em comparação com a regra de vinculação da EC 86, desconsidera uma série de

aspectos relevantes que influenciam a necessidade de investimentos em saúde para manter os serviços existentes e garantir a cobertura universal e integral das ações e serviços públicos. Um desses aspectos que mais pressionarão o aumento dos gastos públicos com saúde é o envelhecimento populacional.

As projeções do IBGE para a estrutura etária indicam que a população brasileira com 60 anos ou mais, que hoje representa cerca de 12,1% do total, em 2036 representará 21,5%. Em termos absolutos, em 2036 a população com 60 anos ou mais representará praticamente o dobro da atual (+96%), passando de 24,9 milhões para 48,9 milhões de habitantes, e a população com 80 anos ou mais aumentará em mais de 150%, passando de 3,5 milhões para 8,8 milhões (Brasil, 2013). Essas mudanças na estrutura demográfica brasileira exigirão o aumento do gasto público com saúde, caso o direito à saúde não seja suprimido da Constituição ou não haja redução do acesso pela via da queda da qualidade e da cobertura da assistência médica, hospitalar ou farmacêutica, por meio de uma espécie de reforma implícita do Estado, com redução do acesso ao sistema público e incentivo à contratação dos serviços de saúde suplementar.

A fim de justificar a desvinculação das despesas com saúde, o governo tem argumentado que o Congresso Nacional, a cada ano, poderia destinar recursos adicionais acima da aplicação mínima, o que parece pouco provável por vários motivos. Em primeiro lugar, porque ao instituir um teto de gasto para as despesas primárias, congelando as despesas com saúde e educação em termos reais, mas com o aumento esperado das despesas com benefícios previdenciários e assistenciais, o espaço para a ampliação do orçamento da saúde ficaria, a cada ano, mais reduzido, e implicaria o comprometimento das demais despesas, com investimentos e outras políticas públicas (segurança, ciência e tecnologia, transportes, cultura, defesa, etc.). Segundo, porque a história do financiamento público da saúde no Brasil revela que a sua estabilização somente ocorreu com a vinculação das despesas estabelecida pela EC 29, período durante o qual o País experimentou taxas relevantes de crescimento econômico, mas não houve aplicação significativa de recursos acima do mínimo constitucional por parte do governo federal. Sob a vigência do teto de despesas primárias, com disputa por recursos entre as diversas políticas do Estado, as dificuldades serão ainda mais severas.

Enquanto a regra da EC 29 protegia o orçamento federal do SUS por meio da correção pela variação nominal do PIB, incorporando tanto a inflação (deflator implícito do PIB) quanto o crescimento real do PIB, a regra da EC 95 corrige o limite mínimo apenas pela

inflação, desconsiderando a incorporação das taxas de crescimento da economia ao gasto com saúde, e reduzindo, conseqüentemente, sua participação no PIB. Reduzir a participação das despesas primárias no PIB é um dos objetivos desta Emenda (Fórum 21 et al, 2016).

Para 2017, o Banco Central projeta crescimento de 1,0% para a economia brasileira (Relatório Focus, 02/12/2016). A EC 95 só protegeria o gasto com saúde se admitíssemos que a economia brasileira ficaria estagnada por vinte anos, uma vez que a regra de vinculação de recursos para a saúde da EC 86 estabelece como aplicação mínima em ASPS um percentual da RCL.

Com a EC 95, os recursos que deixarão de ser obrigatoriamente aplicados em saúde são significativos, chegando a mais de R\$ 400 bilhões em vinte anos, no cenário de crescimento da economia de 2% ao ano. A redução dos recursos garantidos para o sistema público de saúde ocasionará estrangulamentos ainda maiores que os atuais para a oferta de bens e serviços de saúde à população brasileira, em um contexto de crescimento populacional e de envelhecimento da estrutura etária, com aumento esperado dos custos da assistência à saúde.

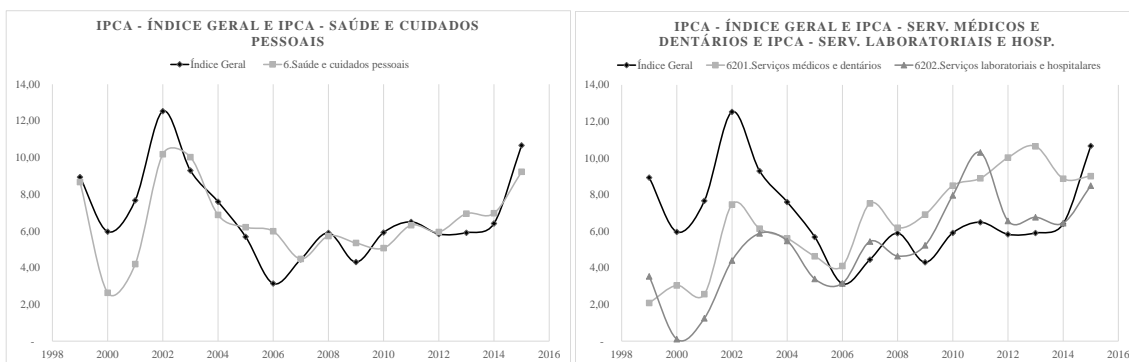
Ademais, é preciso considerar que a inflação dos serviços de saúde pode ser maior que a inflação geral, medida pelo IPCA, e, neste caso, a atualização monetária do orçamento da saúde pelo índice geral do IPCA não seria adequada, assim como não é adequado utilizar o item “saúde e cuidados pessoais” do IPCA para esse tipo de análise,<sup>8</sup> como mostra a Figura 3.

### **FIGURA 3**

Comparação entre o IPCA – Índice geral e o IPCA para produtos e serviços de saúde. Brasil, 1999 a 2015.

---

<sup>8</sup> A cesta de produtos dos “cuidados pessoais” inclui papel higiênico, absorventes, artigos de maquiagem, desodorantes, lâminas de barbear, entre outros produtos. Quando se compara o IPCA (índice geral) ao IPCA – saúde e cuidados pessoais não se identificam diferenças importantes entre os dois índices. Contudo, quando se analisam o IPCA – serviços médicos e dentários e o IPCA – serviços laboratoriais e hospitalares, verifica-se, por exemplo, no período de 2003 a 2015, que o primeiro ficou acima do índice geral em 8 dos 13 anos desta série e em todos os anos a partir de 2006, e o segundo ficou acima do índice geral em 7 dos 13 anos. Indexar a atualização do orçamento federal da saúde pelo IPCA – índice geral pode representar mais perdas de recursos.



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sistema IBGE de Recuperação Automática – SIDRA.  
Elaboração dos autores.

## Considerações Finais

Este artigo teve como objetivo analisar os impactos das medidas propostas para o ajuste fiscal sobre o direito à saúde. Os cenários apresentados quanto às implicações para o financiamento do SUS limitam-se a calcular o impacto da EC 95 em decorrência de diferentes taxas de crescimento do PIB nos próximos vinte anos.

O argumento dos defensores da EC 95 é o de que serão geradas expectativas positivas nos agentes econômicos e que a forte redução do gasto público será compensada pelo aumento do gasto privado e que a partir daí o País entrará em uma rota de crescimento na qual a demanda agregada será garantida pelo setor privado. Também afirmam que essa é a única salvação para a economia brasileira, e que um cenário alternativo, sem a EC 95, seria catastrófico. Contudo, a solução da questão fiscal envolve diversas variáveis e possibilidades de política fiscal que não necessariamente o estabelecimento de um teto para as despesas primárias, ou de um teto com essa arquitetura, que implicaria forte redução das despesas com políticas sociais e infraestrutura.

Segundo Pires (2016), a maioria dos países que adotaram limites para o crescimento dos gastos públicos, muitos deles em situação de desequilíbrio fiscal pior que a brasileira, fizeram o ajuste permitindo crescimento real do gasto, seja definindo explicitamente o percentual de crescimento real na regra, seja estabelecendo a regra para o crescimento como percentual do PIB. Somente o Japão adotou uma regra semelhante à da EC 95, devendo-se lembrar que este país não apresenta crescimento populacional e passa por período de deflação.

No Brasil, com a EC 95 e a retomada do crescimento econômico, o resultado será a redução do gasto público com políticas relevantes em relação ao PIB, o que significa menor esforço do Estado para garantia dos direitos sociais, entre eles, o direito à saúde. Para que uma política receba maior aporte de recursos, outra política necessariamente terá de perder recursos, em um contexto de existência de um teto decrescente para os gastos em relação ao PIB.

Argumenta-se a favor da EC 95 que haverá disputa na elaboração do orçamento e que as áreas efetivamente prioritárias receberão maior volume de recursos. Na verdade, a recente reforma representa a reversão das prioridades entre as políticas públicas que já foram definidas pelo constituinte quando no art. 6º da CF 1988 elenca os direitos sociais: “a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, e a assistência aos desamparados”; e no art. 3º declara que os objetivos da República são: “I - construir uma sociedade livre, justa e solidária; II - garantir o desenvolvimento nacional; III - erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais; e IV - promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação”.

As políticas que asseguram direitos e contribuem para o alcance dos objetivos da República deixam, assim, de ser as verdadeiras prioridades para a ação do Estado. O congelamento dos gastos por vinte anos é o tempo de uma geração. Na prática, o que esta Emenda faz é uma reforma do Estado de maneira implícita.

Para finalizar, a EC 95 impõe à sociedade brasileira uma ruptura na trajetória de consolidação do estado do bem-estar social, construído nas últimas décadas de forma lenta, com idas e vindas, mas de maneira consistente. Implicará, no caso da saúde, maiores dificuldades para a efetivação do direito à saúde, empurrando aqueles que dispõem de recursos financeiros para o mercado de planos de saúde; os que têm consciência de seu direito, da responsabilidade do Estado e meios de exigí-lo, para a judicialização; e os mais vulneráveis sujeitos à insuficiência da oferta e da qualidade dos serviços públicos cada vez mais precarizados.

## Referências

ASBAHR, Péricles. “Considerações sobre o direito humano à saúde”. *Revista de Direito Sanitário*, v. 5, n. 3, p. 9-28, 2004.

BARROS, Maria Elizabeth Diniz; PIOLA, Sergio Francisco. “O financiamento dos serviços de saúde no Brasil”. In: MARQUES, Rosa Maria; PIOLA, Sergio Francisco; ROA, Alejandra Carrillo. *Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento*. Rio de Janeiro: ABrES; Brasília: Ministério da Saúde; OPAS/OMS no Brasil, 2016, p. 101-138.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm)>. Acesso em: 21 out. 2016.

*Lei nº 8.080, 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, 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)>. Acesso em: 21 out. 2016.

*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. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc29.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc29.htm)>. Acesso em: 21 out. 2016.

Tribunal de Contas da União. *Decisão nº 143/2002 TCU – Plenário*. Decide sobre consulta formulada pela Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados sobre o significado da expressão “ano anterior” na Emenda Constitucional 29/2000, que trata do piso de recursos para a saúde. Significado da expressão "ano anterior". Brasília, 2002. Disponível em: <<http://www.tcu.gov.br/Consultas/Juris/Docs/judoc%5CDec%5C20020325%5CTC%2004.370.doc>>. Acesso em: 21 out. 2016.



Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 322, de 8 de maio de 2003*. Aprova as seguintes diretrizes acerca da aplicação da Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Brasil: CNS, 2003.

*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; e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/LCP/Lcp141.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm)>. Acesso em: 21 out. 2016.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação*. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>. Acesso em: 20 jul. 2016.

*PLP 321/2013 - Projeto de Lei Complementar*. Altera dispositivos da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, e dá outras providências. Brasília, 2013. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=589775>>. Acesso em: 21 out. 2016.

*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. Brasília, 2015a. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc86.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc86.htm)>. Acesso em: 21 out. 2016.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Conta-satélite de saúde Brasil: 2010 a 2013*. Rio de Janeiro: IBGE, 2015b.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. *Retropolação da série de consumo final de bens e serviços de saúde. Brasil, 2000 a 2013*. Rio de Janeiro: IBGE, 2015c. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/economia\\_saude/css\\_2010\\_2013/defaulttab\\_xls.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/economia_saude/css_2010_2013/defaulttab_xls.shtm). Acesso em: 3 out. 2016.

Senado Federal. *Emenda Constitucional nº 95, de 2016*. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Brasília, 2016a. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/Emendas/Emc/emc95.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc95.htm)>. Acesso em: 19 dez. 2016.

Ministério da Saúde. Portaria nº 1.482, de 4 de agosto de 2016. Institui grupo de trabalho para discutir projeto de Plano de Saúde Acessível. Brasília, 2016b. *Diário Oficial da União*, 05/08/2016, n. 150, seção I, p. 26.

CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. “O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família”. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 8, n. 2, 569-584, 2003.

COLUCCI, Cláudia. *Tamanho do SUS precisa ser revisto, diz novo ministro da Saúde*. Entrevista com Ricardo Barros, publicada em 17/05/2016. São Paulo: Folha de São Paulo, 2016. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2016/05/1771901-tamanho-do-sus-precisa-ser-revisto-diz-novo-ministro-da-saude.shtml>>. Acesso em 30 out. 2016.

FLEURY, Sonia; BAHIA, Ligia; AMARANTE, Paulo (Org.). *Saúde em debate: fundamentos da reforma sanitária*. Rio de Janeiro: Cebes, 2008.

FÓRUM 21; FUNDAÇÃO FRIEDRICH EBERT STIFTUNG (FES); GT DE MACRO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE ECONOMIA POLÍTICA (SEP); PLATAFORMA POLÍTICA SOCIAL. *Austeridade e retrocesso: finanças públicas e política fiscal no Brasil*. São Paulo: Fórum 21; FES; SEP e Plataforma Social, 2016.

FRANÇA, José Rivaldo Melo de; COSTA, Nilson do Rosário Costa. “A dinâmica da vinculação de recursos para a saúde no Brasil: 1995 a 2004”. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 1, p. 241-257, 2011.

KUNTZ, Rolf. “Estado, mercado e direitos”. In: FARIA, José Eduardo; KUNTZ, Rolf. *Qual o futuro dos direitos? Estado, mercado e justiça na reestruturação capitalista*. São Paulo: Editora Max Liminad, 2002, páginas do capítulo.

MACHADO, Cristiani Vieira; LIMA, Luciana Dias; BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. Configuração institucional e o papel dos gestores no Sistema Único de Saúde. In:

MATTA, Gustavo Corrêa; PONTES, Ana Lúcia de Moura (orgs). Políticas de Saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2007, p. 139-162.

MARQUES, Rosa Maria; PIOLA, Sérgio Francisco; OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. Desafios e perspectivas futuras no financiamento do SUS. In: MARQUES, Rosa Maria; PIOLA, Sergio Francisco; ROA, Alejandra Carrillo. Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento. Rio de Janeiro: ABrES; Brasília: Ministério da Saúde; OPAS/OMS no Brasil, 2016, p. 247-260.

MENDES, Aquilas; FUNCIA, Francisco Rózca. “O SUS e seu financiamento”. In: MARQUES, Rosa Maria; PIOLA, Sergio Francisco; ROA, Alejandra Carrillo. *Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento*. Rio de Janeiro: ABrES; Brasília: Ministério da Saúde; OPAS/OMS no Brasil, 2016, p. 139-168.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS. “Financiamento público de saúde”. *Série Ecos – Economia da Saúde para a Gestão do SUS*; Eixo 1, v. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

“Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos de Saúde - SIOPS”. *Série Ecos – Economia da Saúde para a Gestão do SUS*; Eixo 2, v. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *ABC do SUS. Doutrinas e princípios*. Brasília: Ministério da Saúde; 1990. Disponível em: <[http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/abc\\_do\\_sus\\_doutrinas\\_e\\_principios.pdf](http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/abc_do_sus_doutrinas_e_principios.pdf)>. Acesso em: 21 out. 2016.

OCKE-REIS, Carlos Octávio; RIBEIRO, José Aparecido Carlos; PIOLA, Sérgio Francisco. “Financiamento das políticas sociais nos anos 1990: o caso do Ministério da Saúde”. *Texto para Discussão* nº 802. Brasília: Ipea, 2001.

OCKE-REIS, Carlos Octávio; GAMA, Filipe Nogueira da. “Radiografia do gasto tributário em saúde – 2003-2013”. *Nota Técnica* nº 19. Brasília: Ipea, 2016.

PAIM, Jairnilson; TRAVASSOS, Cláudia; ALMEIDA, Celia; BAHIA, Ligia; MACINKO, James. “O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios”. In: The Lancet Series. *Saúde no Brasil 1*, maio, p. 11-31, 2011.

PIOLA, Sérgio Francisco. “Tendências do financiamento da saúde”. *Debates GVsaúde*, v. 2, 2º semestre, p. 12-14, 2006.

PIOLA, Sérgio Francisco; PAIVA, Andrea Barreto de; SÁ, Edvaldo Batista; SERVO, Luciana Mendes Servo. “Financiamento público da saúde: uma história à procura de rumo”. *Texto para Discussão* nº 1846. Brasília: Ipea, 2013.

PIRES, Manoel Carlos de Castro. *Análise da PEC 241*. Documento discutido e distribuído em seminário realizado no Ipea em outubro de 2016. Brasília: Ipea, 2016.

PITTELLI, Sérgio Domingos; MUÑOZ, Daniel Romero. “Macroalocações de recursos em saúde por intermédio da atividade jurídico-processual: implicações bioéticas”. *Revista de Direito Sanitário*, v. 4, n. 3, p. 43-56, 2003.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila; FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; LIMA, Luciana Dias de. “Política de Saúde e Equidade”. *São Paulo em Perspectiva*, v. 17, n. 1, p. 58-68, 2003.

VICTORA, Cesar G et al. “Condições de saúde e inovações nas políticas de saúde no Brasil: o caminho a percorrer”. In: *The Lancet. Series. Saúde no Brasil 1*, maio, p. 90-102, 2011.

VIEIRA, Fabiola Sulpino; BENEVIDES, Rodrigo Pucci de Sá e. “Os impactos do Novo Regime Fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil”. *Nota Técnica* nº 28. Brasília: Ipea, 2016.

VIEIRA, Fabiola Sulpino; PIOLA, Sérgio Francisco. “Restos a pagar de despesas com ações e serviços públicos de saúde da União: impactos para o financiamento federal do Sistema Único de Saúde e para a elaboração das contas de saúde”. *Texto para Discussão* nº 2225. Brasília: Ipea, 2016.