



ANA PAULA GUIDOLIN

Crise, austeridade e o financiamento da saúde no Brasil

CAMPINAS

2019



Universidade Estadual de Campinas

Instituto de Economia

Ana Paula Guidolin

Crise, austeridade e o financiamento da saúde no Brasil

Monografia apresentada ao Instituto de Economia da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do título de Bacharel em Ciências Econômicas.

Orientador: Pedro Linhares Rossi

Coorientadora: Grazielle Custódio David

CAMPINAS

2019

*À minha vó Herminia, que estaria contando para todas amigas
que sua neta se formou na Unicamp.*

Agradecimentos

Ao Instituto de Economia da Unicamp, que me proporcionou um ambiente de pesquisa científica de excelência e sempre me instigou a buscar uma sociedade mais justa.

Ao meu orientador Pedro Rossi, que me estimulou a pesquisar a inconstitucionalíssima EC nº 95 e seus impactos sociais.

À minha coorientadora Grazielle David, que me apresentou ao apaixonante campo da economia da saúde.

À professora Adriana Nunes que me ajudou a dar os primeiros passos na pesquisa acadêmica.

Ao pessoal do Cecon que me mostrou um ambiente de pesquisa comprometido e descontraído ao mesmo tempo.

Aos meus pais, Ana Maria e José Carlos, e ao meu irmão, Paulo Renato, pelo amor e apoio incondicionais.

Às minhas amigas – em especial Juliana, Lorrana, Daniella, Gabrielle, Carolina e Nuria – pelo companheirismo de sempre.

Ao meu namorado que me apoiou nos momentos mais difíceis dessa jornada.

A todos que ao longo desses anos tenham contribuído para a minha formação, profissional e pessoal, muito obrigada.

“[...] human rights decline, or simply lack of assertion, should not be seen as the outcome of doing wrongly the right economics, but of rightly doing the wrong economics.”

Manuel Branco

Resumo

Esse trabalho procura analisar os efeitos da crise econômica e da austeridade fiscal na garantia do direito à saúde no Brasil. A hipótese principal é a de que políticas de austeridade fiscal obstaculizam a garantia do direito à saúde, partindo do pressuposto de que sua efetivação exige financiamento adequado. Com base nessa hipótese, foram traçados quatro objetivos principais: (a) construir pontes teóricas entre o campo dos direitos humanos e o da economia que, em geral, não dialogam; (b) analisar a evolução do marco legal responsável pelo estabelecimento e financiamento do SUS entre 1988 e 2018 (c) avaliar se há associação entre a conjuntura de crise, a deterioração de indicadores de saúde e a limitação de recursos orçamentários no Brasil; (d) analisar o histórico da execução orçamentária entre 2002 e 2018, colocando em evidência a Emenda Constitucional nº 95/2016 – conhecida como Teto dos Gastos – e seus impactos para o futuro do financiamento da saúde no Brasil.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde (Brasil), Crise econômica, Política econômica.

Abstract

This work seeks to analyze the effects of the economic crisis and austerity measures on the guarantee of health rights in Brazil. The main hypothesis is that austerity policies hinder the guarantee of the right to health, assuming that its realization requires adequate funding. Based on this hypothesis, four main objectives were set: (a) build theoretical connections between human rights and economics, which, in general, do not intersect; (b) analyze the evolution of the legal framework responsible for the establishment and financing of SUS between 1988 and 2018; (c) evaluate if the crisis conjuncture, the deterioration of health indicators and limited budget resources are associated; (d) analyze the history of the budget execution between 2002 and 2018, putting in evidence the Constitutional Amendment nº 95/2016 – known as “Teto dos Gastos” – and its impacts for the future of health financing in Brazil.

Keywords: Sistema Único de Saúde (Brasil), Economic Crisis, Economic Policy.

Lista de ilustrações

Figura 1 – Síntese: crise econômica, medidas de austeridade fiscal e suas consequências	37
Figura 2 – Evolução da taxa de cobertura dos planos de saúde entre 2008 e 2018 (em % da população total)	39
Figura 3 – Total empenhado (esquerda) e total pago (direita) em comparação ao mínimo vigente entre 2002 e 2018 do governo federal (em milhões de reais de 2018)	44
Figura 4 – Valores reais do total pago e projeção a partir de 2012 do governo federal (em milhões de reais de 2018)	45
Figura 5 – Evolução do número de internações por “transtornos mentais e comportamentais” entre 2008 e 2018	48

Lista de quadros

Quadro 1 – Deduções e método empregado na apuração da execução orçamentária entre 2002 e 2018	41
---	----

Lista de tabelas

Tabela 1 – Subutilização da força de trabalho e pobreza – Comparação entre 2014 e 2018 (em milhões de pessoas)	38
Tabela 2 – Execução orçamentária nominal entre 2002 e 2018 (em milhões de Reais)	42
Tabela 3 – Cálculo para apuração do valor mínimo vigente entre 2002 e 2018 (em milhões de Reais)	43
Tabela 4 – Diferença em valores de 2018 entre mínimo vigente e valor empenhado/total pago entre 2002 e 2018 (em milhões de Reais)	44

Lista de abreviaturas e siglas

ADCT	Ato das Disposições Constitucionais Transitórias
ADI	Ação Direta de Inconstitucionalidade
ASPS	Ações e Serviços Públicos de Saúde
CADH	Convenção Americana de Direitos Humanos
CEAP	Centro de Educação e Assessoramento Popular
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CESR	Center for Economic and Social Rights
CID 10	Código Internacional de Doenças (10ª versão)
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DRU	Desvinculação das Receitas da União
EC	Emenda Constitucional
FMI	Fundo Monetário Internacional
INESC	Instituto de Estudos Socioeconômicos
IPCA	Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LC	Lei Complementar
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA	Lei Orçamentária Anual
LOS	Lei Orgânica da Saúde
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
NRF	Novo Regime Fiscal

OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OSS	Orçamento da Seguridade Social
PIB	Produto Interno Bruto
PFPB	Programa Farmácia Popular do Brasil
PLP	Projeto de Lei Complementar
PLP	Projeto de Lei Popular
PLS	Projeto de Lei do Senado
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
RCB	Receita Corrente Bruta
RCL	Receita Corrente Líquida
RP	Resto a pagar
STF	Supremo Tribunal Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
TN	Tesouro Nacional

Sumário

	Introdução	1
1	DIREITO À SAÚDE, ORÇAMENTO PÚBLICO E AUSTERIDADE	5
1.1	Direitos humanos e direito à saúde	6
1.2	Orçamento público e direitos humanos	7
1.2.1	Direitos humanos e economia	7
1.2.2	Literatura que articula política fiscal e direitos humanos	8
1.3	Lógica da austeridade fiscal e dos direitos humanos	11
1.3.1	O que é austeridade fiscal?	11
1.3.2	Efeitos da austeridade fiscal	11
2	O FINANCIAMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL . . .	17
2.1	Transição: de um sistema de saúde segmentado a um universal . . .	18
2.2	Orçamento do SUS: do subfinanciamento ao desfinanciamento . . .	19
2.2.1	Constituição Federal de 1988: estabelecimento e indefinição	19
2.2.2	Década de 90: soluções provisórias	22
2.2.3	Emenda Constitucional nº 29/2000: avanço contido	23
2.2.4	Lei Complementar nº 141/2012: regulamentação tardia e insuficiente	25
2.2.5	Emenda Constitucional nº 86/2015: vinculação às avessas	27
2.2.6	Emenda Constitucional nº 95/2016: desfinanciamento	29
3	CRISE, AUSTERIDADE E SAÚDE: O CASO BRASILEIRO	33
3.1	Crise e saúde: evidências na literatura empírica	34
3.2	Como a austeridade pode agravar o problema	36
3.3	Crise, austeridade e saúde no Brasil	38
3.3.1	Deterioração no quadro social	38
3.3.2	Evolução do financiamento da saúde	39
3.3.3	Saúde dos brasileiros: alguns indicadores	46
	Conclusão	51
	REFERÊNCIAS	53

Introdução

Importância e delimitação do tema

No artigo 196 da Constituição Federal de 1988 afirma-se que o direito à saúde deve ser garantido de forma universal pelo Estado por meio de políticas sociais e econômicas, de forma a reduzir o risco de doença e de outros agravos (BRASIL, 1988). Essa perspectiva implica em não colocar os direitos humanos em geral – e o direito à saúde em específico – como um limitador à política econômica.

Esse é o ponto de partida desse estudo: direitos humanos devem ser incorporados à economia normativa assumindo o posto de objetivo central da política econômica, e não serem tratados como obstáculos que impedem o alcance de metas financeiras. Contudo, essa segunda perspectiva predomina na lógica neoliberal que, com frequência, empreende ofensiva aos direitos garantidos por meio de políticas de austeridade, principalmente em conjunturas de crise econômica que são mais propícias a mudanças.

No caso do direito à saúde e da saúde pública no Brasil – consubstanciados no Sistema Único de Saúde (SUS) – a ameaça está presente desde sua origem nos turbulentos anos 80 e 90. A indefinição em relação à vinculação de recursos para a saúde na esfera federal e o uso de brechas orçamentárias no marco legal afim de desviar recursos e gerar superávit primário são alguns exemplos de problemas recorrentes na história do SUS. Essas práticas configuraram ao longo dos anos uma lógica de subfinanciamento do sistema, que se agravou com as políticas de austeridade fiscal que vem sendo implementadas no período de crise econômica. Nesse contexto adverso há uma tendência à deterioração no quadro social que acaba por impactar o nível de saúde da população, em especial o grupo de maior vulnerabilidade social. O cenário resultante é de aumento na demanda por serviços públicos de saúde concomitante à diminuição na oferta. Essa contradição dificulta a capacidade de resposta do SUS frente à crise econômica e à austeridade fiscal, o que em última instância ameaça a garantia do direito à saúde.

Hipótese e objetivos

A hipótese desse trabalho é a de que políticas de austeridade fiscal obstaculizam a garantia do direito à saúde, partindo do pressuposto de que sua efetivação exige financiamento adequado. Com base nessa hipótese, foram traçados quatro objetivos principais: (a) construir pontes teóricas entre o campo dos direitos humanos e o da economia que, em geral, não dialogam; (b) analisar a evolução do marco legal responsável pelo estabelecimento

e financiamento do SUS de 1988 a 2018 (c) avaliar se há associação entre a conjuntura de crise, a deterioração de indicadores de saúde e a limitação de recursos orçamentários no Brasil; (d) analisar o histórico da execução orçamentária entre 2002 e 2018, colocando em evidência a Emenda Constitucional nº 95/2016 – conhecida como Teto dos Gastos – e seus impactos para o futuro do financiamento da saúde no Brasil.

Metodologia

A construção de pontes teóricas entre a dimensão dos direitos humanos e a da economia foi feita por meio da aproximação entre termos e princípios que comumente não dialogam, tais como a austeridade fiscal e a vedação ao retrocesso social. Afim de encontrar os pontos de atrito e de convergência entre tais áreas do saber foram analisados os termos em que se discute a necessidade de financiamento para a efetivação dos direitos humanos em geral e do direito à saúde em específico.

Em seguida, foi analisada a evolução no financiamento do SUS a partir do marco legal nacional que perpassa a Constituição Federal de 1988, a Emenda Constitucional nº 141/2012, a Emenda Constitucional nº 86/2015 e culmina na Emenda Constitucional nº 95/2016. A partir dessa visão histórica, situa-se a EC nº 95/2016 como um ponto de inflexão.

Por fim, a relação entre crise econômica, austeridade fiscal e situação de saúde da população foi analisada a partir de revisão do tema na literatura de forma a delimitar os principais canais de comunicação entre a conjuntura de crise e vulnerabilidade social, a política econômica adotada e a situação de saúde da população. Em seguida, foram levantados dados baseados nessa literatura de forma a analisar essa interrelação no Brasil que passa por uma grave crise econômica e social que tem recebido a austeridade fiscal como resposta política.

Afim de analisar tendências e a prospecção que se faz dada a situação atual, foi analisada a série histórica de execução orçamentária em ASPS que abrange o período de 2002 a 2018 em termos nominais e reais, considerando os estágios de empenho e pagamento. Foi dada especial atenção ao cumprimento do piso mínimo constitucional para a saúde bem como às inscrições em restos a pagar.

A execução orçamentária do SUS foi considerada a partir da terminologia de Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), cunhada na Emenda Constitucional (EC) nº 29/2000 e regulamentada na Lei Complementar (LC) nº 141/2012, como segue:

Art. 2º Para fins de apuração da aplicação dos recursos mínimos estabelecidos nesta Lei Complementar, considerar-se-ão como despesas com ações e serviços públicos de saúde aquelas voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde que atendam, simultaneamente, aos

princípios estatuídos no art. 7º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e às seguintes diretrizes: I - sejam destinadas às ações e serviços públicos de saúde de acesso universal, igualitário e gratuito; II - estejam em conformidade com objetivos e metas explicitados nos Planos de Saúde de cada ente da Federação; e III - sejam de responsabilidade específica do setor da saúde, não se aplicando a despesas relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que incidentes sobre as condições de saúde da população (BRASIL, 2012)

Estrutura

Esse estudo se divide em três seções além dessa introdução e da conclusão. Sua estrutura parte da construção de pontes teóricas entre austeridade fiscal e direitos humanos para, em seguida, traçar a evolução no financiamento do SUS em termos de marco legal envolvido e, por fim, a partir de uma revisão bibliográfica sobre os impactos da crise econômica e da austeridade fiscal na garantia do direito à saúde, levantar evidências para o caso brasileiro que levem em consideração alguns indicadores de saúde e a evolução na execução orçamentária recente.

O primeiro capítulo desse trabalho representa uma breve revisão teórica sobre a relação entre austeridade fiscal e direitos humanos. Em primeiro lugar, o direito à saúde é situado como direito humano que exige postura ativa do Estado para sua efetivação. Em seguida, são analisados os princípios cabíveis na intermediação dessa relação conflituosa entre diferentes lógicas.

No segundo capítulo traça-se um panorama da evolução no financiamento do sistema de saúde público no Brasil, o SUS. Partindo-se de uma breve descrição do sistema de saúde anterior ao SUS, destacam-se as principais mudanças que ocorreram nessas três décadas a partir da Constituição Federal de 1988, tais como a Emenda Constitucional nº 29/2000, a Lei Complementar nº 141/2012, a Emenda Constitucional nº 86/2015 e a Emenda Constitucional nº 95/2016 – conhecida como Teto dos Gastos – e essencial para a discussão sobre o futuro do financiamento do SUS.

No terceiro capítulo do trabalho, foram apontados os efeitos combinados das crises econômicas e da política de austeridade fiscal sobre a garantia do direito à saúde, de forma teórica e, em seguida, aplicada ao Brasil a partir de indicadores. Foram abordados os efeitos de deterioração no quadro social, dando ênfase à subutilização da força de trabalho e à pobreza, e foram analisados alguns indicadores de saúde relevantes. Por fim, ao examinar a evolução da execução orçamentária entre 2002 e 2018, destacou-se a mudança mais recente no marco legal que afeta o financiamento da saúde, a saber, a Emenda Constitucional nº 95/2016 – conhecida como Teto dos Gastos –, apontando para seu impacto no futuro do financiamento da saúde no Brasil.

1 Direito à saúde, orçamento público e austeridade

Apresentação

A efetivação dos direitos humanos em geral e do direito à saúde em específico exige financiamento adequado. Assim, o objetivo desse capítulo é traçar um panorama que facilite a intermediação entre a lógica dos direitos humanos e a da economia, principalmente em momentos de crise econômica e políticas de austeridade fiscal. O arcabouço teórico e conceitual acumulado será aplicado para o caso brasileiro nos capítulos seguintes.

A estrutura do presente capítulo se divide em três tópicos. O primeiro diz respeito ao direito à saúde situado como direito humano que exige postura ativa do Estado para sua efetivação. O segundo trata da interrelação entre orçamento público e direitos humanos, de forma a ressaltar os princípios que promovem sua intermediação. Por fim, o terceiro tópico aborda as contradições entre a lógica da austeridade fiscal e a dos direitos humanos.

1.1 Direitos humanos e direito à saúde

O direito à saúde está inserido na segunda geração de direitos humanos e, como tal, exige atitude positiva do Estado para sua efetivação em busca de justiça social (SARLET, 2012). A transição dos direitos humanos da primeira para a segunda geração guarda relação com o momento histórico marcado pela constatação de que “a consagração formal de liberdade e igualdade não gerava a garantia do seu efetivo gozo” (SARLET, 2012, p. 45), ou seja, caberia ao Estado um papel ativo na efetivação de tais direitos. Assim, a igualdade formal abriu caminho para a igualdade substancial, sendo que esta acepção é ponderada pelo retrato social e não uma mera garantia abstrata e genérica. O avanço do caráter positivo depositado no Estado na garantia do direito à saúde pode ser notado a partir da evolução em sua garantia formal por meio da Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, do Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais de 1966 e do Protocolo Adicional à Convenção Americana de Direitos Humanos em matéria de direitos econômicos, sociais e culturais de 1999.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH) consagrada em 1948 no período pós Segunda Guerra Mundial foi um marco histórico no direito internacional ao estabelecer, pela primeira vez, o reconhecimento de determinado consenso em torno de um sistema de valores entre os cidadãos do mundo (BOBBIO, 1992). Em relação ao direito à saúde, a DUDH promove no artigo 25 que:

§1 Toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle (ONU, 1948).

Sendo assim, o direito à saúde é posto como universal – imprescindível a todos –, de forma independente da “perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle”. Segundo Bobbio (1992, p. 19), a DUDH inaugura o processo do “movimento dialético, que começa pela universalidade abstrata dos direitos naturais, transfigura-se na particularidade concreta dos direitos positivos, e termina na universalidade não mais abstrata, mas também ela concreta, dos direitos positivos universais”. A responsabilidade pela positivação dos direitos foi expressa com maior tangibilidade no Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC) elaborado em 1966, embora o Brasil tenha aderido ao mesmo em 1992. Em relação ao direito à saúde, postula em seu artigo 12 que:

1. Os Estados Partes do presente Pacto reconhecem o direito de toda pessoa de desfrutar o mais elevado nível possível de saúde física e mental.
2. *As medidas que os Estados Partes do presente Pacto deverão adotar com o fim de assegurar o pleno exercício desse direito* incluirão as

medidas que se façam necessárias para assegurar: a) A diminuição da mortalidade e da mortalidade infantil, bem como o desenvolvimento das crianças; b) A melhoria de todos os aspectos de higiene do trabalho e do meio ambiente; c) A prevenção e o tratamento das doenças epidêmicas, endêmicas, profissionais e outras, bem como a luta contra essas doenças; d) A criação de condições que assegurem a todos assistência médica e serviços médicos em caso de enfermidade (ONU, 1966, grifo nosso).

Nota-se que ao Estado signatário desse pacto é outorgada a responsabilidade por instaurar medidas que assegurem o pleno exercício do direito à saúde, sendo postuladas algumas diretrizes para tal. De forma a avançar na garantia internacional dos direitos da segunda geração, foi promulgado o Protocolo Adicional à Convenção Americana de Direitos Humanos em matéria de direitos econômicos, sociais e culturais, conhecido como Protocolo de São Salvador, de 1999. No que versa sobre o direito à saúde em seu artigo 10, declara que:

1. Toda pessoa tem direito à saúde, entendida como o gozo do *mais alto nível de bem estar físico, mental e social*.
2. A fim de tornar efetivo o direito à saúde, os *Estados Partes comprometem-se a reconhecer a saúde como bem público* e, especialmente, a adotar as seguintes medidas para garantir este direito: a) Atendimento primário de saúde, entendendo-se como tal a assistência médica essencial colocada ao alcance de todas as pessoas e famílias da comunidade; b) Extensão dos benefícios dos serviços de saúde a todas as pessoas sujeitas à jurisdição do Estado; c) Total imunização contra as principais doenças infecciosas; d) Prevenção e tratamento das doenças endêmicas, profissionais e de outra natureza; e) Educação da população sobre prevenção e tratamento dos problemas da saúde; e f) Satisfação das necessidades de saúde dos grupos de mais alto risco e que, por sua situação de pobreza, sejam mais vulneráveis (CIDH, 1999, grifo nosso).

Esse documento torna ainda mais concreta a exigência de postura ativa do Estado, reconhecendo a saúde como bem público e expandindo as medidas que o Estado deve adotar na garantia de tal direito. Também merece destaque a progressão do que se entende por direito à saúde, que atinge máxima abrangência como o “gozo do mais alto nível de bem-estar físico, mental e social”. Justamente por depender de uma postura ativa do Estado, essa categoria de direitos que engloba a saúde possui uma importante dimensão econômica (POTRICH, 2013). No entanto, como será visto adiante, a interrelação entre direitos humanos e economia tem se mostrado conflituosa, apresentando problemas de comunicação e atritos nos princípios basilares.

1.2 Orçamento público e direitos humanos

1.2.1 Direitos humanos e economia

A economia, em específico a *mainstream* – predominante na academia, na política e na mídia – e os direitos humanos parecem estar divorciados, como apontado por Branco

(2009). A análise desse desencontro deve começar pela dificuldade no alinhamento das linguagens, uma baseada em bens e serviços que podem ser distribuídos desigualmente enquanto a outra está baseada em direitos universais e equânimes. De um lado, uma abordagem positiva que gira em torno da eficiência observada, de outro, padrões normativos que determinam a equidade (BRANCO, 2009).

O grau de garantia de um direito, segundo esses padrões normativos, não pode ser medido por meio da soma do número de indivíduos que o possuem, como é feito na maximização da utilidade, mas sim pelo grau em que este é garantido para todos indivíduos (BRANCO, 2009). Segundo a perspectiva econômica, uma alocação ótima do mercado imobiliário pode aceitar a situação em que parte da população seja sem teto. Já segundo a visão dos direitos humanos, é inaceitável que alguém não possua condições dignas de moradia. Como resultado dessas contradições, os direitos humanos são vistos como um obstáculo à lógica econômica, que hesita em integrá-los como parte de si.

O ponto focal dos direitos humanos está em uma existência digna universal, enquanto a economia *mainstream* se direciona à alocação eficiente de bens e serviços escassos. A incompatibilidade segue ao se examinar os valores intrínsecos a cada um. O individualismo e o utilitarismo do cálculo econômico se contrapõem à lógica universal, razoável e proporcional dos direitos. Conforme indicado por Olsen (2006), os princípios da razoabilidade e da proporcionalidade agem como ponderações no controle da constitucionalidade das restrições aos direitos fundamentais, restringindo possíveis ônus desmensurados à população mais vulnerável. Por sua vez, o cálculo racional do *homo economicus* se baseia apenas no princípio da eficiência que é, em essência, técnico. Entretanto, “*Besides inequality, economic efficiency can also tolerate exclusion of individuals from the distribution of resources when the former are fastened by tight budget constraints*” (BRANCO, 2009, p. 7)¹. Em busca da construção de pontes que articulam direitos humanos e economia, deve-se analisar o principal campo de conflito entre ambos, a saber, a política fiscal. As decisões macroeconômicas que lhe dizem respeito se projetam no orçamento público, materializando o planejamento e a alocação de recursos, indispensáveis para a positivação dos direitos.

1.2.2 Literatura que articula política fiscal e direitos humanos

Como resumido por David (2018, p. 301): “A política fiscal é uma política pública, e, como tal, está sujeita às obrigações dos princípios de direitos humanos que têm os Estados”. As prioridades definidas pelo Estado são consubstanciadas na formulação e execução do orçamento público após debate político e correlação de forças (INESC, 2017). Dessa forma, cabe definir o orçamento como uma peça política em vez de uma alocação de recursos técnica. O debate em torno da política fiscal e, em última instância do orçamento,

¹ “Além da desigualdade, a eficiência econômica também pode tolerar a exclusão de indivíduos da distribuição de recursos quando aquela é restringida por restrições orçamentárias rígidas” (BRANCO, 2009, p. 7, tradução própria)

se torna especialmente crítico em conjunturas de crise nas quais a dita escassez de recursos se sobrepõe aos direitos. No campo jurídico, há uma disputa em torno de qual o grau de interferência que a esfera da economia poderia ter na esfera de garantia dos direitos humanos. Como indicado por Potrich (2013), a principal objeção à efetividade desses direitos diz respeito à reserva do possível, que se vê limitada, no entanto, pelo princípio do mínimo existencial.

A reserva do possível se refere à restrição de recursos imposta pela realidade à efetivação do direito instituído, sujeitando tais direitos à discricionariedade política sintetizada no orçamento público (SARLET, 2012). Deve-se distinguir, no entanto, a “substancial diferença entre inexistência de recursos e escolha alocativa de recursos” (POTRICH, 2013, p. 11), de forma a evitar que se crie uma insuficiência artificial de recursos como escusa para gasto em outras áreas, em descompasso com o instituído em legislação nacional e internacional.

Por sua vez, o mínimo existencial diz respeito à garantia de um nível mínimo de satisfação das necessidades básicas da sociedade, proporcionando uma vida digna. Embora se discuta a composição do mínimo existencial, diversas literaturas apontam para a saúde como integrante principal desse “núcleo mínimo do direito” (POTRICH, 2013). O direito à saúde é necessário para existência digna e, no limite, para a própria existência *per se*. Como afirmado por Olsen (2006, p. 354): “No caso do direito fundamental à saúde, há que se observar se a atuação restritiva dos poderes públicos não está a anular a possibilidade de reabilitação do enfermo, condenando-o à morte em virtude de argumentos como a escassez artificial de recursos”. No âmbito de discussão do grau de discricionariedade permitida aos gestores públicos no tocante aos direitos humanos, em especial os direitos econômicos, sociais e culturais, o artigo 2º do PIDESC (1966) determina que:

§1. Cada Estado Membro no presente Pacto compromete-se a adotar medidas, tanto por esforço próprio como pela assistência e cooperação internacionais, principalmente nos planos econômico e técnico, até o máximo de seus recursos disponíveis, que visem a assegurar, progressivamente, por todos os meios apropriados, o pleno exercício dos direitos reconhecidos no presente Pacto, incluindo, em particular, a adoção de medidas legislativas (ONU, 1966, grifo nosso)

Assim, de acordo com Olsen (2006), a invocação da reserva do possível não deve obstaculizar o bem maior da vida, prevalecendo a manutenção da dignidade da pessoa humana a partir do uso máximo de recursos disponíveis para o financiamento dos direitos humanos. Dessa forma, é vedado o retrocesso social também conhecido como princípio da realização progressiva de direitos humanos (INESC, 2017).

A superação dos períodos de recessão em geral é debatida em meio a uma pressão curto prazista e se apresenta como um ajuste conjuntural. No entanto, as medidas tomadas nesse ínterim são determinantes para redirecionar o rumo do desenvolvimento no país. Para

os países periféricos, que não conseguem se desvencilhar completamente das estruturas de poder coloniais e padecem de um maior nível de desigualdade, as crises recorrentes e as soluções dadas a elas representam grande risco de retrocesso político, social e econômico. Depreende-se que o princípio de vedação ao retrocesso social é especialmente necessário nos países periféricos que possuem estruturas retrógradas.

O relator independente da Organização das Nações Unidas (ONU), Juan Pablo Bohoslavsky aponta para a possibilidade de retrocesso social se, e somente se, o Estado prove que a medida retrógrada é: (a) temporária, limitando-se em natureza e efeito ao período da crise; (b) legítima, tendo como fim a proteção dos direitos humanos; (c) razoável em termos do resultado que se espera obter; (d) necessária já que nenhuma outra alternativa menos prejudicial estaria disponível; (e) proporcional, de modo que seus custos não se sobreponham aos seus benefícios; (f) não discriminatória, atentando-se às inequidades agravadas em tempos de crise, mitigando-as quando possível; (g) protetiva para o conteúdo mínimo dos direitos econômicos, sociais e culturais; (h) baseada em transparência e efetiva participação da comunidade afetada e (i) sujeita à contínua avaliação e revisão (ONU, 2018).

Por sua vez, em relação ao uso máximo de recursos disponíveis, Bohoslavsky pontua que os Estados devem mobilizar todas fontes possíveis de recursos, ou seja, para além dos recursos já existentes, deve-se buscar novas fontes de receita respeitando o princípio de justiça fiscal, que não onera a população mais vulnerável:

9.2 States must not only use existing resources to fulfil this obligation but also generate potential resources in a sustainable way when the former are not sufficient to ensure the realization of rights. This requires, for example, seeking international assistance and cooperation, mobilizing domestic resources in ways compatible with environmental sustainability and with the rights of people affected by extractive industries, as well as regulating the financial sector.

9.3 States' obligation to mobilize resources includes: tackling tax evasion and avoidance; ensuring a progressive tax system, including by widening the tax base with regard to multinational corporations and the richest; avoiding international tax competition; improving the efficiency of tax collection; and reprioritizing expenditures to ensure, among other things, adequate funding of public services (ONU, 2018, p. 9)²

Tal assertiva possui o poder de colocar em dúvida a validade do princípio da reserva

² “9.2 Os Estados não devem apenas usar os recursos existentes para cumprir essa obrigação, mas também gerar recursos potenciais de maneira sustentável quando os primeiros não são suficientes para garantir a realização dos direitos. Isso requer, por exemplo, a busca por assistência e cooperação internacional, mobilização de recursos domésticos de maneira compatível com a sustentabilidade ambiental e com os direitos das pessoas afetadas pelas indústrias extrativas, além de regular o setor financeiro.

9.3 A obrigação dos Estados de mobilizar recursos inclui: combater a evasão e a elisão fiscais; garantir um sistema tributário progressivo, inclusive ampliando a base tributária em relação às empresas multinacionais e aos mais ricos; evitar concorrência tributária internacional; melhorar a eficiência da arrecadação de impostos; e a priorização de gastos para garantir, entre outras coisas, financiamento adequado aos serviços públicos.” (ONU, 2018, p. 9, tradução própria)

do possível. Na discussão do campo jurídico, o orçamento parece estático e imutável. No entanto, a realidade econômica revela que o orçamento é dinâmico e dispõe de diversas possíveis saídas para a expansão da receita de forma a preservar ou expandir o nível de garantia dos direitos humanos além de corrigir a injustiça tributária dada por impostos regressivos, como no caso brasileiro (INESC, 2017). No entanto, a política de austeridade fiscal, como será visto adiante, reforça a visão da reserva do possível escamoteando o grau de liberdade que o gestor público possui na captação e alocação de recursos.

1.3 Lógica da austeridade fiscal e dos direitos humanos

1.3.1 O que é austeridade fiscal?

O termo “austeridade” remete a uma qualidade moral, um indivíduo austero coloca a disciplina e a responsabilidade em primeiro lugar, se submetendo a determinado sacrifício em nome da razão. Essa qualidade, no entanto, é transposta para o governo em seu papel de agente econômico que é impelido a restringir a oferta de bens e serviços públicos por meio de cortes orçamentários em prol da sustentabilidade fiscal do país, o que levaria à retomada do seu crescimento segundo seus defensores. No entanto, o que é considerado uma virtude na esfera individual pode se tornar um vício se aplicado coletivamente, incorrendo no risco da falácia da composição³. Outros termos são utilizados com a mesma finalidade de impor um aspecto moral à política fiscal, tais como: responsabilidade, governança, ajuste e consolidação. No entanto, aqui será dada preferência para o termo “austeridade fiscal” tanto por sua frequência no debate político quanto por sua inteligibilidade.

Ao analisar a história por trás da austeridade como ideologia, Blyth (2013) a define como uma forma de deflação voluntária que força o ajuste da economia via redução de salários, preços e gasto público com a finalidade de restaurar a competitividade. De forma mais abrangente, pode-se definir austeridade fiscal como uma política de ajuste baseada na redução dos gastos públicos e na retração do Estado como indutor do crescimento econômico e promotor do bem-estar social (ROSSI, 2017). Mais do que um “Estado mínimo”, tais medidas almejam uma transformação do Estado, ou ainda, uma “transformação da ação pública” por meio da instauração de regras de concorrência e parâmetros de eficiência em todos os domínios da existência (DARDOT; LAVAL, 2016).

1.3.2 Efeitos da austeridade fiscal

O discurso neoliberal ganhou força teórica e política desde os anos 80, defendendo que na crise cabe ao Estado se retrair a fim de restaurar a expectativa e confiança de agentes privados que voltariam a estimular a economia. No entanto, alguns dos próprios

³ Termo utilizado para descrever o mito de que o todo possui as mesmas características das partes.

defensores da austeridade fiscal admitem efeitos sociais de curto prazo como apontado em documento do Departamento Fiscal do Fundo Monetário Internacional (FMI, 1995) e por Alesina (2010), reconhecido defensor da política de ajuste fiscal:

Nevertheless, in many cases adverse effects still remain, and vulnerable groups need to be protected through well-targeted social safety nets [...] SSNs are a combination of measures aimed at mitigating the short-term adverse effects of economic reforms on the poor. Without SSNs, economic reform may, in the short term, lower the poor's living standards (FMI, 1995, p. 26-27)⁴.

One major impediment to large fiscal adjustment is that the public might believe that they imply large social costs for the disadvantaged. The answer that fiscal adjustments do not need to interfere with social programs, pensions, transfers is weak. The share of public spending that goes towards such program is simply too large to be unaffected and, in addition, the internal dynamics of the programs and the demographic of some of them often makes it impossible to adjust without touching them (ALESINA, 2010, p. 10)⁵.

Ademais, as questões sociais suscitadas pela crise internacional de 2008 e as medidas de política econômica adotadas em seguida compeliram organizações mundiais a se posicionarem sobre o assunto, por vezes revisando as teorias convencionais. Segundo a Organização Internacional do Trabalho (OIT), “*short-term fiscal consolidation reforms are undermining long-term development efforts*” (OIT, 2017, xxxiv)⁶. O próprio FMI publicou um *position paper* elaborado por Blanchard, Dell’Ariccia e Mauro (2010) no qual afirma-se que a política contracíclica é uma ferramenta importante. Em outro artigo de economistas do FMI, sobre os custos sociais da chamada consolidação fiscal, afirma-se que:

In the case of fiscal consolidation, the short-run costs in terms of lower output and welfare and higher unemployment have been underplayed, and the desirability for countries with ample fiscal space of simply living with high debt and allowing debt ratios to decline organically through growth is underappreciated (FURCERI; LOUNGANI; OSTRY, 2016, p. 40)⁷.

⁴ “No entanto, em muitos casos os efeitos adversos ainda permanecem, e grupos vulneráveis precisam ser protegidos por meio de redes de seguridade social bem focalizadas [...] Essas redes são uma combinação de medidas destinadas a mitigar os efeitos adversos de curto prazo das reformas econômicas sobre os pobres. Sem essas redes, a reforma econômica pode, no curto prazo, diminuir o padrão de vida dos mais pobres” (FMI, 1995, p. 26-27, tradução própria)

⁵ “Um grande impedimento para um maior ajuste fiscal é que o público talvez acredite que ele implica em grandes custos sociais para os mais desfavorecidos. A resposta de que os ajustes fiscais não precisam interferir nos programas sociais, aposentadorias e transferências é fraca. A parcela de gastos públicos direcionada a esse programa é simplesmente grande demais para não ser afetada e, além disso, a dinâmica interna dos programas e a demografia de alguns deles geralmente tornam impossível o ajuste sem tocá-los” (ALESINA, 2010, p. 10, tradução própria)

⁶ “Reformas de consolidação fiscal curto-prazistas estão minando os esforços de desenvolvimento no longo prazo” (OIT, 2017, xxxiv, tradução própria)

⁷ “No caso da consolidação fiscal, os custos a curto prazo em termos de diminuição da produção e do bem-estar social e aumento do desemprego têm sido subestimados. Já a conveniência de países com amplos espaços fiscais de simplesmente lidar com uma dívida maior, permitindo a diminuição orgânica das taxas de endividamento através do crescimento, é subvalorizada” (FURCERI; LOUNGANI; OSTRY, 2016, p. 40, tradução própria)

A hipótese que sustenta politicamente a austeridade fiscal é a de que contrações fiscais poderiam ter efeitos líquidos expansionistas sobre a atividade econômica, sugerindo que os multiplicadores do gasto público seriam inexpressivos. Em contraposição a esse argumento, Orair, Siqueira e Gobetti (2016), demonstram a importância de uma análise dos multiplicadores fiscais que diferencie os estados do ciclo econômico, para que não se caia na armadilha da média entre períodos de expansão e retração econômica. Na expansão do ciclo econômico o setor privado toma para si as rédeas do crescimento, sendo que gastos do governo nesse instante não geram grande impacto em termos de multiplicador para o Produto Interno Bruto (PIB), ficando próximos a zero. Um aumento na demanda do governo durante o período de expansão econômica – embora possa trazer outros benefícios tais como a redução de desigualdades – se apresenta como alternativa concorrente à demanda privada que está a pleno vapor, não estimulando a demanda agregada em si. Já nos momentos de recessão, a demanda privada se retrai e o componente autônomo da demanda representado pelo governo se apresenta, não como alternativa concorrente, mas sim como indutor do crescimento. Orair, Siqueira e Gobetti (2016) ressaltam, no entanto, que além da distinção entre momentos do ciclo, deve-se atentar aos tipos de gastos empreendidos, ou seja, à composição da política fiscal. Segundo os autores, os multiplicadores associados aos investimentos e benefícios sociais são os mais significativos, respectivamente 1,68 e 1,51. Abrahão, Mostafa e Herculano (2011), por sua vez, apontam um impacto expressivo decorrente do aumento de 1% do PIB no gasto com saúde em termos de crescimento do PIB (1,70%), renda das famílias (1,44%) e redução do GINI (-1,50%). Dessa forma, o gasto social representa um duplo benefício a medida em que “promove crescimento junto com uma melhor distribuição de renda e de capacidades” (ABRAHÃO; MOSTAFA; HERCULANO, 2011, p. 6).

Essa percepção de que o Estado deve estimular a economia em tempos de recessão e crise se contrapõe à visão da austeridade fiscal apontando para seu efeito contraproducente sintetizado em um círculo vicioso: “[...] o corte de gastos reduz o crescimento, o que deteriora a arrecadação e piora o resultado fiscal, o que leva a novos cortes de gastos” (ROSSI; DWECK; ARANTES, 2018, p. 18). A contraproducência indicada por esse círculo vicioso reforça a hipótese de que a austeridade fiscal diz respeito à uma mudança no caráter do Estado em vez de um mero ajuste na política fiscal.

A política de austeridade fiscal compromete a efetivação dos direitos humanos tanto por meio da restrição na oferta de bens e serviços públicos quanto pelas consequências na demanda que agravam e são agravadas pelo problema do desemprego (FURCERI; LOUNGANI; OSTRY, 2016). Sendo assim, as consequências sociais da crise são intensificadas no mesmo instante em que os bens e serviços públicos são retraídos, exacerbando os impactos negativos da crise para a população mais vulnerável socialmente. Utilizando o linguajar jurídico, os princípios da razoabilidade, proporcionalidade e não discriminação são infringidos, tendo em vista que a “carga de sacrifício” da política econômica adotada

recai, principalmente, sobre a população mais vulnerável que deveria ser alvo de ações protetivas. Ademais, os princípios de vedação ao retrocesso e uso máximo de recursos disponíveis também são violados via escolha alocativa de recursos que se transveste de inexistência de recursos.

Considerações finais

Esse capítulo procurou se debruçar sobre os elementos que fundamentam o pressuposto da necessidade de postura ativa do Estado e financiamento adequado para a positivação de direitos humanos, em específico o direito à saúde. A interrelação entre orçamento público e direitos humanos tem se mostrado conflituosa tanto pela dificuldade no alinhamento das linguagens quanto pela disparidade nos princípios basilares, o que se mostra empiricamente no Capítulo 2 ao se tratar da evolução no marco legal referente ao estabelecimento e financiamento do SUS. Por fim, realizou-se a discussão sobre os efeitos sociais da austeridade fiscal tanto por meio da restrição na oferta de bens e serviços públicos via cortes orçamentários quanto pelas consequências na demanda que agravam e são agravadas pelo problema do desemprego.

2 O financiamento do sistema de saúde no Brasil

Apresentação

Partindo da intermediação realizada entre o campo dos direitos humanos e o da economia, o objetivo desse capítulo é traçar a evolução do marco legal referente ao estabelecimento e financiamento do SUS de 1988 a 2018. Essa evolução vai embasar a análise dos impactos da crise econômica e da austeridade fiscal na saúde, realizada posteriormente.

A estrutura está dividida em dois tópicos. O primeiro buscar descrever brevemente o sistema de saúde anterior ao SUS evidenciando a transformação de paradigmas que ocorreu entre um sistema segmentado e um que se pretende universal. O segundo trata dos principais marcos legais envolvidos ao longo do período no financiamento do SUS culminando na EC nº 95/2016, determinante para o futuro da efetivação do direito à saúde no Brasil.

2.1 Transição: de um sistema de saúde segmentado a um universal

A luta pelo direito à saúde no Brasil – movimento conhecido como Reforma Sanitária – é muito anterior à sua concepção na Constituição Federal de 1988. Gouveia e Palma (1999, p. 139) situam o SUS como uma “conquista depois de um longo processo de acúmulo e de lutas que, desde os anos 70, vem envolvendo movimentos populares, trabalhadores em saúde, usuários, intelectuais, sindicalistas e militantes dos mais diversos movimentos sociais”.

Em 1976 foi criado o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) que redigiu o documento “A questão democrática na área da saúde” em 1979 na ocasião do 1º Simpósio Nacional de Política de Saúde promovido pela Câmara dos Deputados (SOARES, 2014). Nesse documento, o movimento sanitário já exigia princípios e diretrizes que começariam a se converter em marco legal anos depois:

O reconhecimento do direito universal e inalienável, comum a todos os homens, à promoção ativa e permanente de condições que viabilizem a preservação de sua saúde; [...] do caráter sócio-econômico global destas condições: emprego, salário, nutrição, saneamento, habitação e preservação de níveis ambientais aceitáveis; [...] da responsabilidade parcial, porém intransferível das ações médicas propriamente ditas, individuais e coletivas, na promoção ativa da saúde da população; [...] do caráter social deste Direito e tanto da responsabilidade que cabe à coletividade e ao Estado em sua representação, pela efetiva implementação e resguardo das condições supra mencionadas (CEBES, 1979).

Antes do SUS, segundo Saldiva e Veras (2018), o acesso à saúde se dava por três vias: pagamento pelo serviço particular/Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), sistemas de assistência à saúde sindicalizada e sistemas “misericordiosos” como Santas Casas, Hospitais-Escola ou entidades de caridade. Ainda segundo os autores, a falta de universalização se refletia na estimativa de que cerca de 80% da população dependia da misericórdia a partir da caridade e filantropia ou simplesmente ficava à margem do sistema. A assistência médica integral aos trabalhadores formais em contraste com o atendimento residual aos pobres e indigentes revela um sistema de saúde segmentado e excludente que funcionava ora sob a lógica do seguro social, ora sob a lógica do assistencialismo (JORGE et al., 2007). Ambas as lógicas são problemáticas do ponto de vista de garantia do direito à saúde: a do seguro social estabelece uma relação de direito contratual, na qual os benefícios dependem de contribuição prévia; enquanto a do assistencialismo se materializa em medidas compensatórias insuficientes que adquirem caráter estigmatizante (FLEURY, 2009).

Com o surgimento do SUS a partir da Constituição Federal de 1988, vem à tona o modelo de seguridade social que tem como objetivo a universalização do direito à saúde. O fundamento dessa mudança foi o de “eliminar a dupla punição: exclusão do

processo econômico formal e exclusão da cobertura contra riscos sociais” (JORGE et al., 2007, p. 2). A seguridade social, que passa a incluir além de saúde, assistência social e previdência social, está inserida no processo de constitucionalização da cidadania. O mecanismo regulador nesse caso é solidário e redistributivo fazendo com que os benefícios passem a ser concedidos a partir de necessidades baseadas na justiça social (FLEURY, 2009) e não mais a partir de contribuições prévias ou caridade e misericórdia.

Seguindo a lógica da seguridade social, os princípios do SUS de equidade, integralidade e universalidade (BRASIL, 1990) são essenciais para a real efetivação do direito à saúde. Os princípios de universalidade e equidade estão relacionados ao acesso aos serviços públicos de saúde. Não basta assegurar acesso a todas pessoas, mas também deve-se investir mais onde a carência é maior, em consonância ao princípio dos direitos humanos de proporcionalidade. Já o princípio de integralidade se relaciona com a cobertura de ações e serviços preventivos e curativos em todos níveis de complexidade. Da garantia desses princípios como parte integrante do direito à cidadania e da ideia de saúde como bem público não comercializável, decorre a necessidade de prestação pública de tais serviços, criando um espaço de confronto com o ideário neoliberal (JORGE et al., 2007).

Tais princípios – universalidade, integralidade e equidade – estão assegurados na Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/1990 e representam a essência normativa do SUS. Também são assegurados outros princípios de caráter mais administrativo e operacional tais como a descentralização entre os órgãos federativos e a participação da comunidade. Conforme Fleury (2009), a efetivação desses princípios é essencial para viabilizar o SUS, tornando a saúde um bem público e o direito à saúde como parte integrante do conjunto de direitos humanos. Para tanto, faz-se necessário analisar a viabilidade orçamentária de concretização desses princípios.

2.2 Orçamento do SUS: do subfinanciamento ao desfinanciamento

2.2.1 Constituição Federal de 1988: estabelecimento e indefinição

A concepção do SUS se deu em um contexto marcado pela ascensão da lógica neoliberal no Brasil e no mundo. O cenário de hiperinflação e restrições macroeconômicas era hostil à constituição de uma política social universalista garantida por uma visão de cidadania garantida pelo Estado (SOARES, 2014). O antagonismo daí resultante deu origem ao subfinanciamento crônico do sistema de saúde que prejudica a realização *de facto* dos princípios estabelecidos *de jure* na Constituição Federal de 1988. Como será visto adiante, esse quadro de subfinanciamento foi agravado por meio de medidas de austeridade se transformando em desfinanciamento. Como sintetizado por Soares (2014, p. 32): “O tensionamento entre o projeto político-econômico hegemônico e as aspirações do movimento sanitário definiram e definem o SUS”.

Apesar da afirmação legal de que as políticas sociais e econômicas devem garantir o Sistema Único de Saúde, a Carta Magna não definiu com precisão o *modus operandi* do financiamento da política de saúde. Dada essa brecha, ganhou força a visão que reduz os direitos previstos constitucionalmente – dentre estes o da saúde – a meras recomendações. Por conseguinte, Fleury (2009) destaca que, para além da constitucionalização, é necessária a institucionalização por meio de políticas públicas efetivas e eficazes que viabilizem a efetivação desses direitos.

Nos artigos 194 e 195 (BRASIL, 1988) a saúde é colocada como integrante da seguridade social, junto à previdência e à assistência social. Tal classificação é notável pois a seguridade social se pauta pela solidariedade, ou seja, sua garantia é independente da capacidade de contribuição do beneficiário. No entanto, o estabelecimento vago no art. 198 (BRASIL, 1988) de que o SUS seria financiado “com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes” é absolutamente insuficiente para garantir a implementação do ambicioso sistema público universal pretendido. Foi definido provisoriamente no art. 55 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) (BRASIL, 1988) que no mínimo trinta por cento do orçamento da seguridade social, excluído o seguro-desemprego, seria destinado ao setor de saúde. Essa vinculação teria validade até a aprovação da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) que definiria ano a ano qual percentual seria destinado à saúde (PIOLA et al., 2013). No entanto, esse percentual não foi cumprido e não se manteve na LDO depois de 1993 como será discutido adiante (SOARES, 2014).

Outro indicativo do antagonismo que permeou a concepção e desenvolvimento do SUS está nas concessões realizadas ao setor privado de saúde, que já tinha atingido determinado grau de desenvolvimento. O texto constitucional em seu artigo 199 declara que “A assistência à saúde é livre à iniciativa privada” (BRASIL, 1988). A participação complementar – via contrato de direito público ou convênio – e suplementar – via oferta de planos e seguros privados de assistência à saúde – do setor privado gerou um peculiar mix público-privado (OCDE, 2004) no sistema de saúde brasileiro:

Trata-se de um sistema de saúde que, embora constitucionalmente definido como universal e integral, tem o setor privado prestador sustentado pela compra estatal de serviços e um segmento de seguradoras e operadoras de planos de saúde fortemente subsidiado pelo Estado, pelos distintos instrumentos de renúncia fiscal [...] (SANTOS; UGÁ; PORTO, 2008, p. 1439).

No Brasil a participação dos gastos públicos para o custeio da saúde é minoritária, atingindo 45% do total do gasto com saúde (TN, 2018), contrastando com outros países que garantem um sistema de saúde universal como Reino Unido (92,4%), Suécia (84%) e França (81%) (SALDIVA; VERAS, 2018). Essa predominância do gasto privado em saúde – baseada em instrumentos de renúncia fiscal – ameaça o princípio de universalidade na

medida em que, apesar de representar mais da metade do gasto em saúde no país, apenas um quarto da população tem acesso a esse serviço, segundo a base DataSUS, sendo que o grupo de beneficiários é composto por pessoas que possuem melhores condições econômicas (CNS, 2015). Esse percentual ainda é mascarado pelos diferentes níveis de cobertura de cada plano de saúde. Os planos de saúde mais populares – que são incentivados e subsidiados pelo governo – por exemplo, possuem menor cobertura para doenças mais graves, onerando o SUS que não é ressarcido (SALDIVA; VERAS, 2018).

Além da composição, o nível de gasto público em comparação ao PIB também contrasta com esses países. Em 2016, segundo banco de dados do Banco Mundial, o gasto público em saúde representou 3,9% do PIB no Brasil, enquanto Reino Unido, Suécia e França dispenderam 7,8%, 9,1% e 9,6% em relação ao próprio PIB, respectivamente. Em 2014, o Brasil assinou, junto aos Estados Membros da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS) o compromisso de aumentar o gasto público em saúde até atingir a meta referência de 6% do PIB (OPAS/OMS, 2019). No entanto, com a projeção de crescimento econômico atual, o Brasil poderia alcançar essa meta apenas no ano de 2064 segundo OPAS/OMS (2019), sendo que Canadá, Costa Rica e Uruguai já superaram essa meta e a média da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) é de 6,5% (TN, 2018). A unicidade do SUS em representar um sistema de saúde universal que atende a mais de 200 milhões de pessoas acaba por atenuar os dados de gasto em saúde em proporção do PIB. Ao se comparar o gasto público com saúde per capita em US\$ de 2016 (PPP), segundo dados do Banco Mundial, o Brasil dispendeu apenas 591 US\$, ficando atrás do Reino Unido (3.352 US\$), Suécia (4.498 US\$), França (3.964 US\$), e também da média da América Latina e Caribe (612 US\$).

Embora o direito à saúde já estivesse garantido na Constituição Federal de 1988, foi a Lei Orgânica da Saúde (LOS) nº 8.080/1990 que regulamentou o SUS definindo condições para promoção, proteção e recuperação da saúde além de organizar seu funcionamento (BRASIL, 1990). Por outro lado, a participação social com a criação dos Conselhos e Conferências de Saúde e a transferência de recursos entre as esferas do governo seguindo o princípio de descentralização foram reguladas por meio da Lei Complementar nº 8.142/1990 que se integrou à LOS (SOARES, 2014). Em termos de financiamento, como explicado em Piola et al. (2013), a maior relevância da Lei Orgânica da Saúde está no estabelecimento de transferências diretas, regulares e automáticas entre as esferas do governo, mas ainda assim houve a necessidade de reforçar esse mecanismo com o Decreto nº 1.232/1994. Apesar do avanço, não foram estabelecidos os critérios de distribuição de recursos para os outros entes federativos com base nas características epidemiológicas e organização dos serviços assistenciais como previsto no art. 35 da LOS 8.080/1990, restando a distribuição baseada no critério populacional. Essa falta de critérios, segundo Piola et al. (2013), incentivou o repasse fundo a fundo que, apesar de representar um avanço para a descentralização ao adquirir regularidade e automatismo, acaba tirando autonomia dos estados e municípios

visto que os recursos vêm com destinação pré concebida.

2.2.2 Década de 90: soluções provisórias

Como assinalado anteriormente, houve descumprimento do percentual de 30% instituído no artigo 55 do ADCT na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) demonstrando a fragilidade do instituído no que se refere ao financiamento do SUS e o quão arriscado é delegar a definição de patamares mínimos para o âmbito infraconstitucional que é mais suscetível às vontades políticas correntes. Como apontado por Piola et al. (2013), a escassez de recursos gerou um ambiente de disputa interna entre as áreas sociais, como no caso da saúde e da previdência social. Em 1993, essa disputa culminou no não repasse das contribuições previdenciárias para o financiamento da saúde. Em caráter emergencial para garantir um mínimo de recursos para a saúde, recorreu-se ao Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT) (PIOLA et al., 2013).

O Orçamento da Seguridade Social (OSS) garantido na Constituição logo entrou em atrito com o avanço das medidas neoliberais. Em 1994, segundo Jorge et al. (2007, p. 6) “o descumprimento do OSS começou a ser institucionalizado com a criação do Fundo Social de Emergência (FSE)”. Esse mecanismo mudou de nome em 1997 para Fundo de Estabilização Fiscal (FEF) e em 2000 se tornou a atual Desvinculação das Receitas da União (DRU). Parte dos recursos arrecadados em âmbito federal pode ser usada livremente, diminuindo, na prática, os recursos destinados à seguridade social em geral e à saúde em específico. Esse desvio explica, segundo Cislighi, Teixeira e Souza (2011) porque o aumento da arrecadação das contribuições sociais em âmbito federal não significou ampliação dos recursos para a seguridade social. O valor inicial da DRU era de 20%, mas no governo de Temer aumentou para 30% com a PEC nº 87/2015, além de ter introduzido no ordenamento jurídico a desvinculação de receitas na ordem de 25% a nível estadual e municipal com a PEC nº 143/2015 (NASCIMENTO, 2019).

A resposta do governo de Fernando Henrique Cardoso à indefinição do financiamento à saúde se deu por meio da criação de um novo tributo em 1996: a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) cuja arrecadação se destinaria ao financiamento de ações e serviços de saúde (PIOLA et al., 2013). Apesar de ser concebida como provisória, a CPMF foi prorrogada a partir de diversas Emendas Constitucionais, sendo extinta apenas em janeiro de 2008 (SOARES, 2014). Segundo Piola et al. (2013, p. 10) “[...] a contribuição imediata da CPMF foi mais efetiva para a garantia de estabilidade de financiamento da saúde do que para a ampliação de seus recursos, uma vez que seu impacto foi amortecido pela retração de outras fontes de financiamento da saúde”. Durante o período em que vigorou, entre 1997 e 2007, a CPMF representou em torno de 30% do total dos recursos federais para a saúde e, desde sua extinção, a Contribuição sobre Financiamento da Seguridade Social (COFINS) vem substituindo a CPMF como uma das principais fontes

de recursos para a saúde (PIOLA et al., 2013).

No que diz respeito ao marco legal do SUS, a década de 90 ficou marcada pelas Normas Operacionais Básicas (NOB) e posteriormente pelas Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) que foram editadas por portarias ministeriais e objetivavam o avanço dos princípios de descentralização e regionalização (SOARES, 2014). No entanto, os estados e municípios, como citado anteriormente, seguiram clamando por maior autonomia aos poderes locais, nomeando as transferências de “tuteladas”. Tal estratégia, como apontado em Soares (2014) se baseia em financiamento específico para programas específicos, as chamadas “caixinhas de recursos”. Pode-se aferir que a transferência de responsabilidades para estados e municípios não se deu por completo: tanto a forma que se deu o repasse de recursos quanto o fato de a estrutura tributária estar centralizada na esfera federal, tolhem os poderes locais de autonomia limitando “iniciativas próprias e singulares que vinculem práticas de saúde às realidades locais e regionais” (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001, p. 290). Como sintetizado por Cislighi, Teixeira e Souza (2011), a descentralização significou maior responsabilização – principalmente dos municípios – porém manteve a dependência financeira na União. Posteriormente, a criação dos blocos de financiamento em 2006 – inserido no Pacto pela Saúde – aumentou o grau de autonomia de estados e municípios, porém a definição de mecanismos e critérios para os repasses segue pendente (PIOLA et al., 2013).

2.2.3 Emenda Constitucional nº 29/2000: avanço contido

O principal marco legal pós Constituição Federal, no que diz respeito ao financiamento do SUS, ocorreu com a Emenda Constitucional nº 29/2000. A instabilidade proveniente da indefinição de vinculação de recursos incitou a criação de diversas iniciativas parlamentares que foram aglomeradas na EC nº 29/2000. Sua aprovação gerou um aumento no patamar dos recursos aplicados em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) de 2,89% do PIB em 2000 para 3,9% do PIB em 2011 (PIOLA et al., 2013). Como visto, esse patamar se manteve constante até 2016 e se encontra abaixo do investido em outros países que possuem sistemas públicos universais de saúde.

O estabelecimento de vinculação de recursos a serem aplicados em ASPS ocorreu de forma diferenciada para União, estados e municípios. Definiu-se a aplicação mínima – que poderia ser alcançada de forma gradativa segundo progressão determinada – de 12% para

os Estados¹ e Distrito Federal e 15% para os municípios², percentuais calculados sobre o produto da arrecadação de impostos e que deveriam ser alcançados até 2004, sendo que o percentual inicial seria de 7% para estados e municípios. Já no caso da União, a definição viria por Lei Complementar a ser posteriormente regulamentada (BRASIL, 2000a).

Além da importância na definição de um novo patamar no nível de gasto público com saúde, a EC nº 29 foi um marco para o princípio de descentralização do SUS ao aumentar a participação de estados e municípios. No entanto, como apontado por Piola, Benevides e Vieira (2018), a União seguiu centralizando a carga tributária em si, apesar da tendência de diminuir sua participação no gasto total em ASPS: em 2003 foi de 50,1% passando em 2017 para 43,2%, o ente federativo que mais absorveu essa diferença foram os municípios. Além da tendência centralizadora na estrutura tributária, outras constatações embasam a crítica em relação ao nível do financiamento da saúde pela União: apesar do aumento relativo verificado no gasto social federal total, o mesmo não se verifica para a saúde e a participação dos gastos federais em ASPS em relação à Receita Corrente Bruta (RCB) diminuiu (PIOLA et al., 2013).

A EC nº 29/2000 definiu patamares mínimos até 2004, delegando para Lei Complementar (LC) o estabelecimento a partir de 2005. Em caso de ausência de LC, continuaria em vigência os patamares promulgados na EC em questão (BRASIL, 2000a). A esperada Lei Complementar indicada foi promulgada apenas doze anos depois, trata-se da LC nº 141/2012 que será analisada adiante. Diversas questões importantes foram delegadas para LC, como por exemplo:

[...]a confirmação dos percentuais de participação das três esferas no financiamento do SUS; critérios de rateio dos recursos da União destinados aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios, e dos estados destinados aos respectivos municípios; as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União [...] e a definição de “ASPS” (PIOLA et al., 2013, p. 20).

¹ De acordo com (BRASIL, 2000a), os estados deveriam considerar “o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios”. Esse ordenamento se traduz na consideração das seguintes fontes de arrecadação para os estados: ITD (Imposto de Transmissão Causa Mortis e Doação), ICMS (Imposto sobre a Circulação de Mercadorias e Serviços), IPVA (Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores), adicional de IR (Imposto de Renda) e FPE (Fundo de Participação dos Estados) (CEAP, 2005)

² De acordo com (BRASIL, 2000a), os municípios levariam em conta “o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º”. Dessa forma, os municípios deveriam considerar as seguintes fontes de arrecadação: IPTU (Imposto sobre a Propriedade Predial e Territorial Urbana), ITBI (Imposto sobre a Transmissão Inter Vivos, a Qualquer Título, por Ato Oneroso, de Bens Imóveis, por Natureza ou Acesso Física, e de Direitos Reais sobre Imóveis exceto os de Garantia, bem como a Cessão de Direitos à sua Aquisição), IVVC (Imposto sobre Vendas e Varejo de Combustíveis líquidos e Gasosos), ISS (Imposto Sobre Serviço de Qualquer Natureza), FPM (Fundo de Participação dos Municípios), IPI-Exportação (Imposto sobre Produtos Industrializados), Quota-parte ITR (Imposto sobre Propriedade Territorial Rural), ICMS (Imposto sobre Circulação de Mercadoria e Serviço) e IPVA (Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores) (CEAP, 2005)

A falta de regulamentação permitiu que fossem encontrados subterfúgios para descumprir a EC nº 29/2000 como apontado por Piola et al. (2013). Tal descumprimento ocorreu tanto com a polêmica da “base fixa” versus “base móvel” quanto com a indefinição em torno do termo “ASPS”. A polêmica em relação à base ocorreu entre 2001 e 2002 tendo, de um lado, o Ministério da Fazenda defendendo a base fixa no valor despendido em 2000 que seria o valor apurado em 1999 acrescido de 5% e, de outro, o Ministério da Saúde que defendeu a base móvel no valor efetivamente empenhado ano a ano que seria reajustado pela variação do PIB (PIOLA et al., 2013). Por fim, o Tribunal de Contas da União se manifestou favoravelmente à tese da base móvel. A outra fonte de descumprimento se deve à indefinição de “ASPS”, termo cunhado na EC nº 29/2000, mas não definido com exatidão. Apesar da tentativa de solução com a Resolução nº 322/2003 do Conselho Nacional de Saúde, não houve reconhecimento por parte de todos gestores públicos que, para efeitos de cumprimento da EC nº 29/2000, incluíram gastos como “ASPS” que não deveriam ser considerados tais como saneamento básico, merenda escolar, pagamento de inativos, entre outros (CISLAGHI; TEIXEIRA; SOUZA, 2011).

2.2.4 Lei Complementar nº 141/2012: regulamentação tardia e insuficiente

Pelas questões apontadas acima, havia muita expectativa em torno da regulamentação da EC nº 29/2000: acreditava-se que a Lei Complementar consolidaria seus avanços e corrigiria suas falhas, visto que “muitos gestores, sem intenção de cumpri-la, impunham a regulamentação da EC como condição para efetivá-la” (CEAP, 2005, p. 33). Dessa forma, vislumbrava-se uma oportunidade de ampliação dos recursos para o SUS devido à correção dos desvios a partir da definição das ASPS, instauração de medidas que evitassem o descumprimento dos patamares mínimos e, principalmente, criação de novas fontes de recursos para o sistema (PIOLA et al., 2013). De fato, a Lei Complementar nº 141/2012 definiu quais categorias seriam consideradas ASPS para cômputo do patamar mínimo estabelecido para cada ente federativo e também determinou que caso esse patamar não fosse atingido, o ente responsável deveria compensar a diferença no ano seguinte, sem que o montante entrasse na contabilidade do ano corrente como ASPS. No entanto, a expectativa de expansão do nível de gasto em saúde se frustrou: “A regulamentação não promoveu mudança do critério de vinculação dos recursos federais ou embutiu a criação de uma nova contribuição” (PIOLA et al., 2013, p.36).

Houve diversas tentativas de construção da Lei Complementar que regulamentaria a EC nº 29/2000 como apontado por Soares (2014). A primeira tentativa se deu com o Projeto de Lei do Senado nº 35/2002 que tramitou até ser arquivado em 2007. Outra tentativa que contou com o apoio de diversos movimentos em defesa da saúde pública foi o Projeto de Lei nº 01/2003 que previa 10% da Receita Corrente Bruta (RCB) para a saúde. O PLS nº 35/2002 foi reapresentado como PLS nº 127/2007 que foi aprovado

no Senado e seguiu para a Câmara sob o desígnio PLP 306/2008. Ao receber diversas emendas, o projeto passa a ser denominado Projeto de Lei Complementar (PLP) 306B e é apresentado com a introdução da Contribuição Social para a Saúde (CSS) – que seria excluída do texto aprovado – e sem a fixação dos 10% da RCB que havia retornado no PLP 306/2008. Vale ressaltar que a vinculação de 10% da RCB para a saúde foi barrada sob o imperativo da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) que condiciona a criação de despesa obrigatória de caráter continuado à apresentação de estimativa do seu impacto orçamentário-financeiro, origem dos recursos para o seu custeio e comprovação de que a despesa criada não afetará as metas de resultados fiscais (BRASIL, 2000b). Após passar por uma “desidratação” política que não garantia vinculação para a União tampouco expandia a base de financiamento da saúde, o projeto foi aprovado por quase unanimidade no senado, se tornando a Lei Complementar nº 141/2012.

A LC nº 141/2012 logrou definir quais são as ASPS que o SUS deveria financiar, a aplicação mínima de recursos em ASPS – que novamente tratou a União de forma diferenciada –, os critérios de rateio dos recursos para outras esferas e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde (BRASIL, 2012). Os percentuais de 12 e 15% foram mantidos para Estados e Municípios enquanto para a União definiu-se que o montante equivaleria ao valor empenhado no exercício financeiro anterior acrescido de, no mínimo, o percentual de variação nominal do PIB ocorrida no ano anterior da Lei Orçamentária Anual (LOA) (BRASIL, 2012). Na prática, o critério adotado para a União representava a continuidade do instituído provisoriamente na EC nº 29/2000 adicionado da definição explícita de base móvel, evitando a polêmica anterior em relação à base fixa.

Para o cálculo do piso federal, a LC nº 141/2012 definiu que as despesas consideradas seriam: “I - as despesas liquidadas e pagas no exercício; II - as despesas empenhadas e não liquidadas, inscritas em restos a pagar até o limite das disponibilidades de caixa ao final do exercício, consolidadas no fundo de saúde” (BRASIL, 2012). Essa definição determina, conforme Vieira, Piola e Benevides (2018), que o estágio de empenho deve ser utilizado na apuração do patamar mínimo de gasto em ASPS confirmando o que havia sido instituído provisoriamente na EC nº 29/2000. Ademais, a inscrição em restos a pagar está limitada às disponibilidades de caixa para que a rubrica seja considerada despesa em ASPS. No entanto, a inscrição em restos a pagar se mostraria uma forma de subterfúgio para o real dispêndio em saúde tendo em vista que esse montante é em parte cancelado e não compensado imediatamente em exercícios subsequentes, podendo resultar em aplicação efetiva inferior ao piso mínimo constitucional nos anos de emissão dos empenhos (VIEIRA; PIOLA, 2016), como será analisado adiante.

Frente a essa problemática, a LC nº 141/2012 determinou no artigo 24 a compensação dos valores relativos a restos a pagar cancelados que impliquem aplicação inferior ao piso do ano em que houve o empenho da despesa (BRASIL, 2012). Entretanto, não

houve consenso sobre a reposição de restos a pagar cancelados a partir do exercício de 2012 independentemente do ano de empenho segundo Vieira, Piola e Benevides (2018), prevalecendo a interpretação de que apenas os restos a pagar cancelados referentes a anos de empenho a partir de 2012 poderiam ser compensados. O montante dos restos a pagar é de grande relevância para o financiamento do SUS “tanto porque seu cancelamento pode resultar em aplicação efetiva inferior ao mínimo, quanto pelo seu volume e sua longevidade” (VIEIRA; PIOLA; BENEVIDES, 2018, p. iv).

2.2.5 Emenda Constitucional nº 86/2015: vinculação às avessas

A insatisfação com o nível de gasto em ASPS e a falta de vinculação para a esfera federal culminou, segundo Vieira (2016), em um projeto de lei de iniciativa popular (PLP) liderado por entidades do Movimento de Reforma Sanitária (MRS) que ficou conhecido como “Saúde +10”. A proposta, consubstanciada no PLP nº 321/2013 exigia da União o dispêndio de, no mínimo, 10% de sua Receita Corrente Bruta (RCB). No entanto, a proposição foi desconsiderada e outros projetos alternativos foram priorizados. A proposta que se tornaria vencedora foi a PEC nº 358/2013 que culminou na EC nº 86/2015, conhecida como orçamento impositivo. Como explicado por Piola, Benevides e Vieira (2018), essa denominação foi dada porque o governo federal passou a ser obrigado a executar as emendas parlamentares aprovadas para o orçamento anual, sendo que metade deste valor deveria ser destinado às ASPS. A problemática reside no fato de que esse recurso seria contabilizado como parte do piso mínimo a ser investido pela União, sem passar pelo planejamento da política e nem contar com participação social na escolha alocativa (DAVID, 2015).

A medida definiu um percentual de 13,2% da Receita Corrente Líquida (RCL) que seria progressivamente expandido até alcançar 15% da RCL em 2020. Apesar do maior percentual em relação à proposta de 10% da RCB do PLP nº 321/2013, a redução na base de cálculo ao se considerar a RCL e não a RCB³ implicaria em menor volume de recursos exigidos no piso mínimo em ASPS. O retrocesso orçamentário se revela a partir do dado apontado pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) de que, em 2014, as ASPS foram financiadas com 14,38% da RCL do ano, ou seja, o estabelecimento de 13,2% da RCL para 2016 representaria uma contração no orçamento da saúde que ainda seria agravada pela queda da arrecadação dada a conjuntura de crise (CNS, 2015). Na época, segundo Piola, Benevides e Vieira (2018), o percentual de 10% da RCB proposto pelo movimento Saúde +10 equivalia a 18,7% da RCL, muito superior aos 13,2% que seriam implantados imediatamente.

³ Segundo Demonstrativo da Receita Corrente Líquida do Tesouro Nacional, o cálculo da RCL consiste em descontar da RCB as transferências constitucionais e legais, a contribuição de empregadores e trabalhadores para a seguridade social, a contribuição do plano de seguridade social do servidor e a compensação financeira do RGPS (Regime Geral de Previdência Social) e RPPS (Regime Próprio de Previdência Social).

Assim, apesar da vinculação do gasto federal em ASPS ser uma demanda histórica do movimento da saúde, a EC nº 86/2015 representou uma “vinculação às avessas” na medida em que significava uma diminuição do montante orçamentário empenhado em ASPS. Também foi definido na EC nº 86/2015 que os recursos oriundos da exploração de petróleo e gás natural, conhecidos como royalties do petróleo, deixariam de ter caráter “adicional” como determinado na Lei 12.858/2013 e passariam a ser considerados para o cálculo do percentual mínimo a ser despendido pela União, representando outro modo de enxugamento do financiamento da saúde.

Com base no princípio dos direitos humanos de vedação ao retrocesso na implementação de direitos sociais, a Procuradora Federal dos Direitos do Cidadão (PFDC) Deborah Duprat encaminhou para o Procurador Geral da República (PGR) Rodrigo Janot o pedido de Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) dos artigos 2º e 3º da EC nº 86/2015 que tratam do patamar mínimo e da contabilidade dos royalties do petróleo (ABRASCO, 2016). O pedido ADI 5595 foi encaminhado ao Supremo Tribunal Federal (STF) que deferiu liminar para suspender a eficácia dos artigos em questão. A urgência foi justificada pelo ministro Ricardo Lewandowski dado o “quadro crônico de subfinanciamento da saúde pública do país, que causa número formidável de mortes e agravos evitáveis à saúde dos cidadãos brasileiros” (STF, 2017). Apesar da validade concedida via decisão cautelar, a União descumpriu a medida, incorrendo em perdas para a saúde que foram judicializadas. Ainda hoje, a ADI 5595 não foi levada a julgamento definitivo no STF. O desenrolar dessa ação importa na medida em que afeta o orçamento de 2017 que servirá de base até 2036, segundo a EC nº 95/2016 que será analisada adiante, e também tendo em vista que os royalties do petróleo representam rubrica de grande potencial para financiamento do SUS (DAVID, 2015).

No mesmo ano de aprovação da EC nº 86/2015 foram promulgadas outras duas medidas de relevância para o setor público de saúde: a PEC nº 87/2015 e a Lei 13.097/2015. A PEC 87/2015 prorrogou a DRU até 2023 e aumentou de 20% para 30% a alíquota de retenção da receita arrecadada que pertence ao Orçamento da Seguridade Social, diminuindo ainda mais o volume de recursos disponíveis para preservar diversas políticas sociais, inclusive a saúde pública (VIEIRA, 2016). Por sua vez, a Lei 13.097/2015 alterou a LO nº 8.080/1990, passando a permitir a entrada do capital estrangeiro para suposta ampliação na base de financiamento do setor de saúde. Entretanto, o que se observou foi a apropriação do fundo público nacional e a efetiva saída de capital (DAVID, 2015). Os investimentos estrangeiros, como apontado por Scheffer (2015, p. 664), possuem vocação especulativa e tendem a escolher leitos, exames e procedimentos que geram altos retornos financeiros, “afastando-se do atendimento a populações que vivem em áreas distantes de recursos assistenciais, do atendimento a idosos, crônicos graves, portadores de transtornos mentais e outros pacientes que demandam atenção contínua.”

2.2.6 Emenda Constitucional nº 95/2016: desfinanciamento

A evolução do financiamento da política pública em saúde de certa forma serve como reflexo da evolução da política macroeconômica como um todo. Segundo Rossi e Dweck (2016), no segundo governo de Dilma Rousseff, a estratégia econômica adotada foi a da austeridade: havia a crença de que, um breve ajuste fiscal e monetário iria restaurar a confiança dos agentes privados que voltariam a investir, estimulando a economia. A “contração fiscal expansionista” não aconteceu dado que, apesar da queda nas despesas, as receitas despencaram e o déficit aumentou. A desaceleração de 2014 se tornou a maior crise da história do Brasil (ROSSI; MELLO, 2017).

Desde 2013, como será demonstrado a seguir, as taxas de crescimento real no dispêndio de ASPS começaram a diminuir. Em um primeiro momento, esse movimento diz respeito à própria redução das receitas às quais o dispêndio em ASPS é vinculado. No entanto, as políticas adotadas a partir de 2015 agravaram o quadro do financiamento para a saúde pública. Essa tomada de rumo se realizou por completo a partir da EC nº 95/2016 proposta pelo governo Temer que instituiu o Novo Regime Fiscal (NRF) válido até 2036, podendo o índice de correção ser revisado em 2026. Segundo essa regra, como aponta Rossi e Dweck (2016), o gasto primário do governo federal – que exclui o pagamento de juros sobre a dívida pública – fica limitado a um teto congelado em valores reais, ou seja, o gasto do ano anterior é reajustado apenas pela inflação acumulada medida pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) nos últimos 12 meses até o mês de junho do ano anterior. Na prática, sob a vigência do Teto dos Gastos, haverá redução do gasto público relativamente ao PIB e ao número de habitantes. Ademais, diferentemente da experiência internacional, o NRF não tem cláusula de escape que permita determinada margem de manobra frente a crises econômicas.

do ponto de vista macroeconômico, a reforma fiscal é desastrosa ao impor à demanda pública um caráter contracionista por um longo período e por retirar do Estado os instrumentos fiscais capazes de enfrentar crises econômicas. No entanto, os efeitos sociais do novo regime fiscal são ainda mais críticos (ROSSI; DWECK, 2016, p. 2).

Apesar do subfinanciamento histórico ao qual o SUS foi submetido desde sua origem, as políticas de austeridade aplicadas à saúde significaram um agravamento do quadro, levando a um desfinanciamento. A instituição do NRF em caráter constitucional representa uma ameaça à vinculação das receitas destinadas à saúde e educação que passam a ser estrangidas pela busca do superávit primário. No momento da instituição da EC nº 95/2016, como apontado por Vieira, Piola e Benevides (2018), foram discutidas duas vias de impacto no volume de recursos efetivamente disponibilizados para o SUS: (I) imposição do teto geral de gasto que foi congelado em valor equivalente a 15% da RCL de 2017 para o período de 2018 a 2036 e (II) forma de apuração do piso federal de despesas com ASPS.

Em relação à forma de apuração do gasto, como indicado em Vieira, Piola e Benevides (2018), o NRF passou a aplicar a regra do regime de caixa (pagamento) para o total de despesas, o que significa a consideração das rubricas “pago” e “resto a pagar pago” no exercício em questão. Para o piso federal com ASPS, essa concepção mudaria a forma de cálculo tendo em vista que, desde a EC nº 29/2000 reafirmada pela LC nº 141/2012, a rubrica considerada para cumprimento do piso era o “empenhado”. No entanto, nota-se no Demonstrativo das Despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde do Relatório Resumido de Execução Orçamentária (RREO) da União que prevaleceu o entendimento pela equipe econômica do governo de que a rubrica considerada para apuração do cumprimento do piso seria o estágio de empenho. De acordo com Vieira, Piola e Benevides (2018), tal decisão incentivou ainda mais a prática de inscrição de restos a pagar como subterfúgio para cumprimento do piso – auferido pelo valor empenhado – apesar da não realização do gasto implicando na não oferta de bens e serviços públicos que têm sua execução postergada. Esse montante de restos a pagar pode ser postergado indefinidamente – sem ser corrigido pela inflação – e até cancelado, resultando em aplicação efetiva inferior à aplicação mínima nos anos em que foram empenhados (PIOLA; BENEVIDES; VIEIRA, 2018). Apesar disso, o montante não pago inscrito em restos a pagar, do ponto de vista fiscal, é interpretado como esforço de poupança ampliado o superávit primário do governo.

Apesar de assegurada na LC nº 141/2012, a compensação dos restos a pagar cancelados, que implicam em dispêndio inferior ao mínimo em seu ano de empenho, é de difícil acompanhamento e raramente acontece (VIEIRA; PIOLA; BENEVIDES, 2018). O modo de realizar essa compensação também é fonte de controvérsia, tendo em vista que a equipe econômica do governo, as Secretarias do Tesouro Nacional (STN) e do Orçamento Federal (SOF) compartilham a tese de que:

não é preciso registrar necessariamente nas modalidades específicas as despesas com ASPS, a fim de demonstrar a compensação de RPs cancelados que afetaram a aplicação mínima de anos anteriores. Assume-se que aplicações superiores ao mínimo, registradas em qualquer modalidade, podem ser usadas na compensação, contrariando regulamentação estabelecida por estas próprias secretarias (VIEIRA; PIOLA; BENEVIDES, 2018, p.viii).

Essa tese fortalece a perspectiva – prejudicial ao SUS – que trata o piso para custeio de saúde como um teto, na medida em que o “superávit” de um ano poderia compensar o “déficit” em outro.

Existem duas falácias na narrativa política em defesa da EC nº 95/2016 que necessitam de destaque ao se discutir o financiamento do SUS: (I) houve aumento na aplicação de recursos no SUS dado o adiantamento para 2017 do percentual de 15% da RCL previsto na EC nº 86/2015 como mínimo em 2020 e (II) nada impede que o gasto em saúde aumente, já que o teto dos gastos vale para o total das despesas.

Em relação à primeira assertiva, deve-se ressaltar que o patamar mínimo previsto na EC nº 86/2015 implicava em redução orçamentária para as ASPS, portanto o aparente aumento dado o “adiantamento” do percentual de 15% da RCL não representou um avanço no financiamento de saúde. Cabe lembrar, também, que o valor referente ao financiamento do SUS tende a diminuir conforme a receita se expanda, visto que o percentual deixou de ter uma base móvel (ano a ano) para ter uma base fixa (ano de 2017). Por sua vez, a segunda assertiva pressupõe que outros gastos poderiam ser reduzidos abrindo espaço fiscal para expansão do financiamento da saúde. Como demonstrado em projeção por Rossi e Dweck (2016), mesmo que a Reforma da Previdência estabilize os gastos com a previdência em 8,5% do PIB, o que é considerado improvável, e a economia cresça em média 2,5% ao ano “mostra-se que é impossível – matematicamente impossível – o Brasil chegar em 2036 com um maior nível de gasto com saúde e educação em proporção ao PIB, mesmo na hipótese anarcocapitalista de se eliminar todos os outros gastos públicos” (ROSSI; DWECK, 2016, p. 4).

Como é típico dos ciclos econômicos, em determinado momento a economia brasileira voltará a crescer. Quando isso ocorrer, ainda na vigência da EC 95/2016, ocorrerão superávits primários. No entanto, esses recursos não serão destinados às políticas públicas de bem comum, como a saúde, mas sim ao pagamento de juros da dívida pública e aumento das reservas monetárias, além do cumprimento da meta fiscal. Ao deixar de utilizar o crescimento econômico como parâmetro para o patamar mínimo em ASPS em prol da mera correção inflacionária, ignora-se: (I) a necessidade de expansão dos gastos em saúde pública dado o movimento demográfico e epidemiológico em curso e (II) os custos dos insumos, matérias, medicamentos e tecnologias de saúde. O primeiro fator diz respeito ao processo de envelhecimento e crescimento da população: segundo projeção da população realizada pelo IBGE, a porcentagem de pessoas idosas (acima de 65 anos) vai passar de 8,5% em 2016 para 16% em 2036, além do crescimento populacional de aproximadamente 17,7 milhões de pessoas. Essa mudança demográfica tende a aumentar a demanda por serviços públicos de saúde tendo em vista o perfil epidemiológico da população idosa. Em relação ao segundo fator, deve-se levar em conta que “em geral, os serviços de saúde apresentam crescimento contínuo de seus preços relativos, ou seja, uma inflação acima da média da economia” (TN, 2018, p. 7).

Considerações finais

Esse capítulo tratou da evolução no marco legal responsável pelo estabelecimento e financiamento do SUS de 1988 a 2018. A constitucionalização do SUS representou grande avanço ao substituir a lógica do sistema de saúde de seguro social e assistencialismo por uma lógica de seguridade social. Entretanto, ao longo dessas três décadas, não foi dada viabilidade orçamentária para concretização do instituído, estabelecendo um processo de subfinanciamento crônico que perpassa todo o marco legal envolvido. O conflito entre os princípios diretores do direito à saúde e a lógica econômica explorada no Capítulo 1 se torna evidente. O ponto de chegada desse capítulo se transfigura na análise da Emenda Constitucional nº 95/2016 que agrava o quadro de subfinanciamento histórico do SUS, transformando-o em desfinanciamento. Os efeitos combinados da crise e das políticas de austeridade na saúde da população são abordados a seguir no Capítulo 3 desse trabalho.

3 Crise, austeridade e saúde: o caso brasileiro

Apresentação

Nos capítulos anteriores, discutiu-se que o direito à saúde carece de financiamento para sua efetivação via sistema de saúde universal e que no Brasil sob a vigência da EC nº 95/2016 há descumprimento dos princípios de uso máximo de recursos disponíveis e vedação ao retrocesso social na área. O objetivo desse capítulo é utilizar esse acúmulo para mapear – na teoria e também com base em dados – a relação entre crise econômica, austeridade fiscal e direito à saúde no Brasil.

A estrutura se dividirá em quatro principais tópicos. O primeiro trata das consequências da própria crise econômica na saúde que se traduz em perdas financeiras e materiais além de angústia relacionada ao emprego, fatores esses que convergem para a deterioração do estado geral de saúde, a começar pela saúde mental e pela exposição aos fatores de risco. Por sua vez, o segundo tópico aborda como a austeridade pode agravar o problema por meio da retração na demanda e no financiamento do SUS. Em seguida, os conceitos acumulados são aplicados para o caso do Brasil, levando-se em conta a deterioração no quadro social e indicadores de saúde. Por fim, o quarto tópico diz respeito à análise da execução orçamentária entre os anos de 2002 a 2018, que foi considerada em termos nominais e reais nos estágios de empenho e pagamento.

3.1 Crise e saúde: evidências na literatura empírica

Cabe aqui resgatar a interrelação entre saúde e condições de vida que a Medicina Social já discutia nos séculos XVIII e XIX. Segundo tais estudos, conforme Silva e Alves (2011), além dos fatores físicos e biológicos, fatores sociais e econômicos também devem ser levados em conta para analisar o processo de saúde-doença: tem-se, assim, o conceito ampliado de saúde que é feito a partir de uma leitura biopsicossocial. Na mesma linha, a Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS, 1946), determina em seu preâmbulo o conceito de saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade”. Como sintetizado por Santos (2017):

[...] a saúde é fruto da condição de vida em que o indivíduo se encontra, levando em consideração moradia, alimentação, educação, lazer, renda e também o acesso aos serviços de saúde e outras condições que permitem o desenvolvimento individual e coletivo, sendo assim produto da organização social, capaz de produzir enormes desigualdades no que se diz respeito aos níveis de vida (SANTOS, 2017, p.4).

Assim, a saúde reflete um conjunto de determinantes relacionados ao desenvolvimento social e econômico da sociedade. No entanto, as crises econômicas – recorrentes no sistema capitalista – agravam esses determinantes e se colocam como obstáculos para a busca pelo pleno gozo do direito à saúde. Segundo Vieira (2016), esse tolhimento se impõe por três vias: questões sociais mais amplas, situação de saúde da população e sistema de saúde público.

Vieira (2016) exemplifica que as consequências sociais se referem ao aumento da exclusão social, redução de salários, empobrecimento e aumento do desemprego, que estão relacionadas com perdas financeiras e endividamento das famílias. Adiciona-se a insegurança quanto à manutenção do emprego como fator estressante e tem-se um cenário de diminuição da qualidade de vida, aumento da exposição a doenças e aumento do risco de não adesão ao tratamento, deteriorando a situação de saúde como um todo. A saúde mental é a primeira a ser atingida, com aumento e piora dos transtornos de ansiedade e depressão, uso e abuso de álcool e drogas ilícitas e aumento de casos de suicídio (SEQUEIRA et al., 2015).

Conforme indicado em Vieira (2016), a maior exposição aos fatores de risco – tabagismo, alimentação não saudável, inatividade física e uso nocivo de bebidas alcoólicas – e a deterioração no quadro da saúde mental podem “estar na origem de outros processos de deterioração do quadro de saúde da população por provocarem diminuição da resposta imunológica do organismo, resultando em aumento de doenças crônicas e infectocontagiosas.” (Vieira, 2016, p.20).

Existe, também, um impacto a nível familiar que ocorre com a transferência de determinados cuidados para a família, mais especificamente para o prestador de cuidados que acaba se sobrecarregando e sofrendo a deterioração de sua saúde (SEQUEIRA et al., 2015). Cabe aqui um destaque para a questão de gênero, tendo em vista que o cuidado está entre as características atribuídas ao estereótipo da mulher. No Brasil, segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) Contínua 2018, as mulheres gastam em média 21,3 horas por semana com atividades de cuidados de pessoas e/ou afazeres domésticos, enquanto os homens gastam 10,9. Infere-se que essa sobrecarga da transferência de cuidados da esfera pública para a privada recai, principalmente, nas mulheres.

Estudos revisados por Schramm, Paes-Souza e Mendes (2018) apontam piora nos desfechos relacionados às doenças infecciosas, como por exemplo malária, tuberculose e dengue, durante os períodos de recessão, frequentemente como resultado do maior contato entre pessoas convivendo em situações de vida precárias, menor acesso aos tratamentos e terapias existentes e dificuldades de adesão. Já em relação às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), esses estudos observam aumento de picos hipertensivos nas emergências, da incidência de infarto agudo do miocárdio e de diabetes.

Catalano et al. (2011) a partir de ampla revisão bibliográfica referente aos impactos da recessão econômica na saúde, identifica três mecanismos responsáveis por esse encadeamento: estresse, frustração-agressão e orçamento. O mecanismo do estresse – que sabidamente desencadeia diversas doenças – é predominante na literatura e ocorre a partir de experiências como perda de emprego, aumento de incidência em trabalhos extenuantes, dificuldades materiais e financeiras. O mecanismo da frustração-agressão incide com base na percepção de perda injusta de ganhos obtidos que pode gerar comportamento antissocial e autodestrutivo, abuso de substâncias e violência. Por fim, o mecanismo do orçamento se verifica no esforço de adaptação no padrão de vida das pessoas ao perderem emprego e renda que pode ser a origem do abandono de hábitos saudáveis como boa alimentação, prática de exercícios físicos e medicação adequada.

Apesar dessas tendências verificadas em ampla literatura, existem evidências contrárias devido ao grande número de fatores subjetivos, ambientais e sociais envolvidos. Catalano et al. (2011) indica evidências na literatura que apontam, por exemplo, o emprego como fator estressante – sendo que sua perda ou a diminuição no seu ritmo diminuiria o estresse –; o efeito-inibição do mecanismo de frustração-agressão que destaca o medo de perder o emprego como motivo para as pessoas se tornarem menos propícias a comportamentos que colocariam sua estabilidade em risco como o abuso de substâncias e o comportamento antissocial; e o abandono de hábitos não saudáveis a partir da restrição orçamentária, dando prioridade aos hábitos saudáveis. Todavia, estudos empíricos no Brasil apontam, como será visto a seguir, para a confirmação das associações inversas apontadas

anteriormente entre indicadores de saúde e situação socioeconômica da população.

3.2 Como a austeridade pode agravar o problema

O cenário de crise por si só possui determinadas implicações: desemprego, empobrecimento e endividamento são processos desencadeados que podem gerar grandes retrocessos civilizatórios. A escolha da política econômica adotada torna-se responsável, então, por adereçar determinada solução a esse quadro. Tal escolha da política econômica não é puramente técnica e revela determinados pressupostos: quais variáveis são prioritárias e qual sociedade se vislumbra a partir do modelo? A depender da escolha feita, as implicações da crise podem ser agravadas ou atenuadas. Nos últimos anos, o Brasil tem feito a escolha pela austeridade fiscal como solução para a crise, tendo como expressão máxima a EC nº 95/2016 analisada anteriormente. Essa escolha, no entanto, possui impactos econômicos e sociais, afetando inclusive direitos humanos, como a saúde.

Os efeitos decorrentes da austeridade fiscal no direito à saúde se dão por duas vias: de forma indireta a retração da demanda proveniente dos cortes orçamentários contrai fortemente o mercado de trabalho e a estrutura de rendimentos, resultando em exacerbação da vulnerabilidade social decorrente inicialmente da crise (DWECK et al., 2018), e a segunda se relaciona diretamente ao financiamento das políticas sociais, destacando-se o SUS, como será analisado adiante.

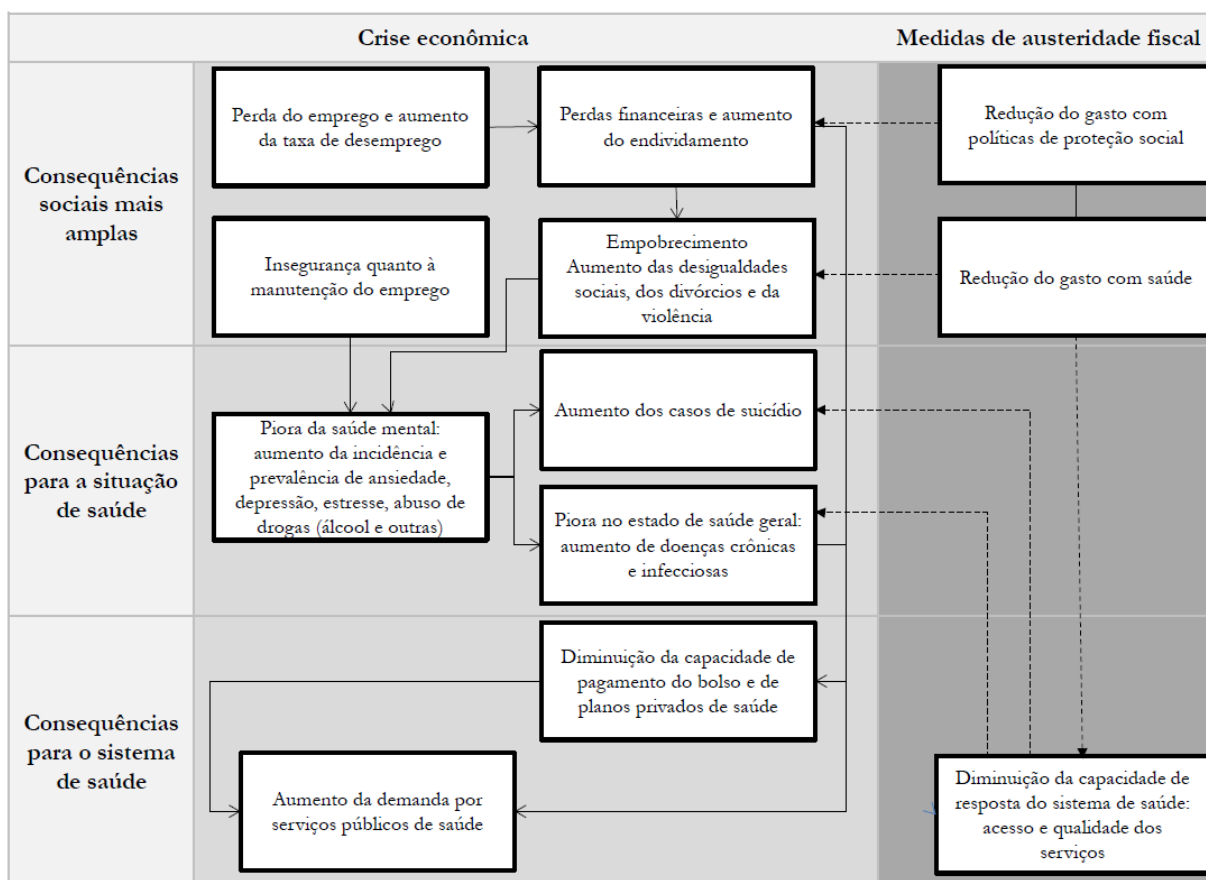
Como visto no esquema da Figura 1 elaborada por Vieira (2016), o efeito combinado da crise econômica e das medidas de austeridade fiscal resultam em perdas financeiras e materiais, empobrecimento, agravo no estado de saúde e diminuição na capacidade de pagamento pela saúde oferecido no setor privado. Essa combinação de determinantes converge no aumento da demanda por serviços públicos de saúde concomitante à diminuição da capacidade de resposta do sistema de saúde, consubstanciada no acesso e na qualidade dos serviços (VIEIRA, 2016). Essa contradição acaba por agravar as consequências sociais da crise como apontado por Bohoslavsky (ONU, 2018) e referendado na Assembleia Geral do Conselho de Direitos Humanos da ONU:

[...] it is precisely during these periods [of economic and financial crisis] that the population – in particular those who are disenfranchised, living in poverty or at high risk of falling into poverty – is in greatest need of State compliance with its obligations to respect, protect and fulfil human rights (ONU, 2018, p. 5)¹.

Por sua vez, Schramm, Paes-Souza e Mendes (2018) apontam para o aumento

¹ [...] é precisamente durante esses períodos [de crise econômica e financeira] que a população – em particular aquela que é desprovida de direitos, vive na pobreza ou com alto risco de cair na pobreza – sente a maior necessidade de comprometimento do Estado com sua obrigação de respeitar, proteger e cumprir os direitos humanos (ONU, 2018, p. 5, tradução própria)

Figura 1 – Síntese: crise econômica, medidas de austeridade fiscal e suas consequências



Fonte: (VIEIRA, 2016)

da exposição aos fatores de risco – tais como pressão alta, colesterol alto, sedentarismo, tabagismo, consumo de álcool e má alimentação – em decorrência do agravamento da crise econômica provocado pelas políticas de austeridade. Esses fatores provocam e agravam doenças, interagindo entre si em uma cadeia complexa de causalidade na qual agem fatores sociais, ambientais, comunitários e individuais (SCHRAMM; PAES-SOUZA; MENDES, 2018).

A literatura revisada sistematicamente em Vieira (2016) e Schramm, Paes-Souza e Mendes (2018) é representativa para países europeus e integrantes da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), enquanto se mostra escassa na América Latina. Como apontam Schramm, Paes-Souza e Mendes (2018, p. 22), “são justamente os efeitos combinados da crise econômica com as políticas de ajuste fiscal que mais interessam aos países da América Latina”. A análise do próximo tópico é um esforço no sentido de encontrar evidências de tais efeitos combinados para o Brasil no período recente.

3.3 Crise, austeridade e saúde no Brasil

3.3.1 Deterioração no quadro social

Como apontado por Stuckler e Basu (2014, p. 201): “Evidentemente, as políticas econômicas não são, *per se*, agentes patogênicos ou vírus capazes de causar diretamente uma doença. São antes as “causas das causas” da doença – os fatores subjacentes que condicionam fortemente o grau de exposição a riscos de saúde”. Essa seção visa abordar as “as causas das causas” que se caracterizam como efeitos indiretos da crise econômica e da austeridade fiscal na efetivação do direito à saúde no Brasil.

Conforme argumentado por Rossi e Mello (2017), em 2014 iniciou-se uma desaceleração movida pela contração dos investimentos, embora o componente do consumo seguisse contribuindo para o crescimento. Já em 2015, o governo de Dilma Rousseff convoca Joaquim Levy como Ministro da Fazenda e passa a implementar um conjunto de políticas de austeridade econômica que impactam fortemente nos componentes da demanda agregada, atuando de forma pró-cíclica. Com o impeachment em 2016, o governo de Michel Temer passa a privilegiar reformas estruturais liberalizantes, como a EC nº 95/2016, em detrimento de ajustes de curto prazo, porém mantendo a lógica de austeridade. Como síntese, “Em uma economia já fragilizada, tomou-se uma opção de ajuste que contribuiu para transformar uma desaceleração na maior crise da história brasileira” (ROSSI; MELLO, 2017, p. 4).

Tabela 1 – Subutilização da força de trabalho e pobreza – Comparação entre 2014 e 2018 (em milhões de pessoas)

Categoria	Subcategoria	2014	2018	Variação abs. (2014-2018)	Variação % (2014-2018)
Subutilização da força de trabalho	Desocupados	6,22	12,62	6,4	+ 103%
	Subocupados	3,46	6,77	3,31	+ 96%
	Desalentados	1,63	4,67	3,04	+ 187%
Pobreza	Renda mensal per capita inferior a R\$ 145	9,03	13,54	4,51	+ 50%
	Renda mensal per capita inferior a R\$ 420	45,82	52,52	6,7	+ 15%

Fonte – IBGE. Elaboração própria.

Em todo o período, a implementação das políticas – consubstanciadas nos ajustes de curto prazo e nas reformas estruturais – foi colocada como condicionante para imediata recuperação da economia a partir da retomada na confiança dos agentes privados. No entanto, não houve recuperação sustentada do crescimento econômico que pode ser observada pela queda acumulada de 8,12% na taxa de crescimento real do PIB per capita

entre 2014 e 2018, segundo dados do IBGE. Para os indicadores sociais a evolução no período é calamitosa como demonstrado na Tabela 1.

Frente a esse quadro de crise prolongada e consoante à literatura revisada anteriormente, a taxa de cobertura dos planos privados de saúde diminuiu, como demonstrado no gráfico apresentado na Figura 2. Essa inflexão se deve tanto à tendência no mercado de trabalho que diminui a adesão aos planos por meio das empresas, quanto ao empobrecimento da população que passa a enfrentar restrições orçamentárias. Como consequência, o SUS volta a ser o sistema preferencial em que as pessoas buscam a garantia do seu direito à saúde. O aumento de demanda por bens e serviços públicos de saúde associado com redução orçamentária gera um cenário preocupante de possível redução de acesso e qualidade (VIEIRA, 2016).

Figura 2 – **Evolução da taxa de cobertura dos planos de saúde entre 2008 e 2018 (em % da população total)**



Fonte: ANS/DataSUS. Elaboração própria.

3.3.2 Evolução do financiamento da saúde

Nota metodológica

Com vistas a analisar o impacto direto da austeridade no financiamento do SUS, foram analisados os dados referentes à execução orçamentária da União no período de 2002 a 2018. A base de dados utilizada foi a plataforma Siga Brasil, sistema do Senado Federal de informação online e caráter público. Seguindo a metodologia indicada em Vieira e Piola (2016) foram obtidos os valores da execução de cada exercício referentes ao órgão orçamentário 36000 – Ministério da Saúde (MS) para posterior adoção de procedimentos

que deduzam das despesas totais do MS aquelas que não são consideradas ASPS, de acordo com o marco legal vigente em cada exercício como demonstrado no Quadro 1.

A EC nº 29/2000 estabeleceu o conceito de ASPS que está associado à apuração do patamar mínimo de financiamento do SUS, porém careceu de definição exata. Diversos debates sobre o assunto culminaram na Resolução CNS nº 322/2003 que apontou diretrizes a serem consideradas na definição dos valores que podem ser computados para cumprimento do patamar mínimo em ASPS. No entanto, a Resolução não foi amplamente aceita entre os gestores públicos que usaram a indefinição de ASPS como subterfúgio para a inserção de outras despesas no computo para que o piso fosse atingido. Anos depois, a LC nº 141/2012 consolidou a definição de ASPS, servindo de apoio para o não desvio de recursos destinados à saúde pública. Dado o decorrer dos fatos, até 2012 foram consideradas as deduções previstas na Resolução CNS nº 322/2003, tendo em vista que a execução orçamentária de todo período foi aprovada pelo próprio conselho a partir da aplicação de determinados procedimentos. A partir de 2013 foram levadas em conta as deduções impostas pela LC nº 141/2012, que são mais amplas em comparação ao primeiro período. As instruções contidas no Quadro 1 guiaram o tratamento de dados realizado.

Vale ressaltar que a escolha do grupo de procedimento (A ou B) se deve ao ano de empenho da despesa. Toma-se como exemplo a execução orçamentária do exercício de 2018: para as rubricas referentes a anos de empenho até 2012, aplicam-se as deduções de A; por sua vez as rubricas referentes a anos de empenho a partir de 2013 são deduzidas conforme B. Tal procedimento é necessário dada a longevidade e o volume dos restos a pagar que são postergados ano pós ano. Para se ter uma dimensão dessa problemática, em 2018 ainda foi reinscrito resto a pagar referente a empenho de 2003, sendo que esse montante não foi atualizado monetariamente. O valor acumulado de restos a pagar em 2018 que foram cancelados ou não pagos equivale a R\$ 31,25 bilhões, montante que foi contabilizado para apuração do piso mínimo em ASPS, embora não tenha sido executado de fato.

Análise de resultados

Em seguida às deduções apresentadas, os dados nominais foram agregados na Tabela 2 de forma a servir como base para análises posteriores em relação ao cumprimento do patamar mínimo estabelecido ao longo do período e à taxa de crescimento real nas despesas pagas em ASPS. Nota-se de antemão que dos dezessete anos analisados (2002 a 2018) apenas quatro apresentaram um montante total pago superior ao empenhado, indicando a prática recorrente de inscrição em restos a pagar.

Entre 2002 e 2015, aplicando-se a regra da EC nº 29/2000, a base de cálculo foi obtida (I) a partir do valor empenhado no ano anterior quando este apresentar o valor empenhado superior ao mínimo vigente ou (II) a partir do valor mínimo vigente no ano anterior quando este apresentar o valor empenhado inferior ao mínimo vigente. Por sua

Quadro 1 – Deduções e método empregado na apuração da execução orçamentária entre 2002 e 2018

Legislação considerada	Deduções	Método
(A) Resolução nº 322/2003 (2002 a 2012)	Despesas financiadas com recursos do Fundo de Erradicação e Combate à Pobreza (Fcep)	Exclusão das fontes 145, 179, 379 e 979
	Inativos e pensionistas	Exclusão do programa 0089
	Assistência médica ao servidor	Exclusão da ação 2004
	Serviço da dívida: juros	Exclusão do GND 2 - Juros
	Serviço da dívida: amortizações	Exclusão do GND 6 - Amortizações
(B) LC nº 141/2012 (a partir de 2013)	Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Exclusão da UO 36213
	Operações de crédito	Exclusão das fontes 148 e 348
	Inativos e pensionistas	Exclusão do programa 0089 e em 2014 do programa 0909 - ação 0536
	Assistência médica ao servidor	Exclusão da ação 2004
	Serviço da dívida: juros	Exclusão do GND 2 - Juros
	Serviço da dívida: amortizações	Exclusão do GND 6 - Amortizações
	Farmácia popular	Exclusão da ação 20YS
	Academias de saúde	Exclusão da ação 20YL
	Participação em organismos internacionais	Exclusão do programa 0910
	Saneamento básico	Exclusão das ações 20AG, 10GD, 10GE e 20Q8
	Resíduos sólidos	Exclusão das ações 20AM e 10GG
	Compensação de RPs cancelados	Exclusão das modalidades de aplicação 35, 45, 73, 75 e 95 contidas no identificador de uso 6

Fonte – Baseado em Vieira e Piola (2016)

Tabela 2 – **Execução orçamentária nominal entre 2002 e 2018 (em milhões de Reais)**

Ano	Empenhado	Pago	RP Pago	Total Pago
2002	24.568	22.793	1.725	24.517
2003	27.012	25.022	1.298	26.320
2004	32.505	29.670	1.638	31.308
2005	36.292	32.999	2.022	35.021
2006	40.521	36.163	2.295	38.458
2007	44.052	38.449	3.509	41.957
2008	48.428	42.738	3.243	45.981
2009	58.017	49.433	4.122	53.556
2010	61.656	55.278	6.427	61.705
2011	71.986	63.575	5.130	68.705
2012	79.720	71.191	6.448	77.638
2013	83.053	75.411	6.833	82.244
2014	91.899	84.764	7.264	92.028
2015	100.055	92.205	5.914	98.118
2016	106.236	98.684	8.057	106.741
2017	114.701	100.579	6.016	106.595
2018	116.821	105.053	11.886	116.939

Fonte – Siga Brasil. Elaboração própria a partir das deduções indicadas no Quadro 1.

vez, o valor mínimo vigente foi obtido a partir da base de cálculo acrescida da variação nominal do PIB considerada no RREO, que se refere ao ano anterior. No ano de 2016, agora sob a regra da EC nº 86/2015, o mínimo foi obtido extraindo-se 13,2% da RCL do mesmo ano. Por fim, nos anos de 2017 e 2018, a EC nº 95/2016 estabeleceu que o mínimo seria 15% da RCL em 2017 e, para os anos seguintes, esse valor seria corrigido pelo IPCA acumulado em doze meses até junho do ano anterior. O detalhamento do cálculo para apuração do valor mínimo vigente pode ser conferido na Tabela 3.

Apesar do entendimento por parte do governo de que a despesa no estágio do empenho basta para cumprimento do piso em ASPS; entende-se que o estágio de pagamento “parece ser o mais adequado pela concretude que dá à efetivação das despesas, pela facilidade do seu acompanhamento e pela transparência” (VIEIRA; PIOLA; BENEVIDES, 2018, p.xxiii). Dessa forma, ainda que o mínimo seja apurado oficialmente considerando o valor empenhado, as análises subsequentes consideram, principalmente, o valor total pago. Tendo em vista as regras de aplicação vigentes em cada período, obtiveram-se as seguintes diferenças: entre o valor empenhado e o valor mínimo estabelecido pela legislação vigente (apuração oficial); e entre o valor total pago e o valor mínimo estabelecido pela legislação vigente (apuração própria). Os valores obtidos foram atualizados para preços de 2018 utilizando-se o IPCA e estão sintetizados na Tabela 4 e no gráfico da Figura 3.

Nota-se que, dos dezessete anos analisados (2002 a 2018), apenas quatro tiveram

Tabela 3 – Cálculo para apuração do valor mínimo vigente entre 2002 e 2018 (em milhões de Reais)

Ano	Regra de aplicação	RCL	Variação nominal do PIB considerada	Base de Cálculo	Mínimo vigente
2002	EC n° 29/2000	-	9,21	22.324	24.380
2003		-	12,29	24.568	27.587
2004		-	15,61	27.587	31.893
2005		-	13,52	32.505	36.900
2006		-	9,68	36.900	40.472
2007		-	8,65	40.521	44.026
2008		-	9,61	44.052	48.285
2009		-	12,91	48.428	54.680
2010		-	5,06	58.017	60.953
2011		-	16,38	61.656	71.755
2012		-	9,89	71.986	79.105
2013		-	6,01	79.720	84.511
2014		-	10,31	84.512	93.225
2015		-	6,98	93.225	99.732
2016	EC n° 86/2015	709.930	-	-	93.711
2017	EC n° 95/2016	727.254	-	-	109.088
2018		805.348	-	-	112.359

Fonte – Siga Brasil para dados da execução orçamentária; Relatório Resumido de Execução Orçamentária (RREO – Tesouro Nacional) para variação nominal do PIB considerada; Demonstrativo da Receita Corrente Líquida (DRCL – Tesouro Nacional) para RCL e IBGE para IPCA. Elaboração própria a partir das deduções indicadas no Quadro 1 considerando a regra vigente.

valores pagos superiores ao mínimo vigente. Partindo do pressuposto de que, nos anos que os valores pagos foram superiores ao valor mínimo não se configura a geração de “superávit” que pode ser abatido nos anos de “déficit”, ou seja, de que o piso para aplicação de ASPS é de fato um patamar mínimo, acumula-se uma perda real de R\$ 37,3 bilhões ao se somar os saldos negativos do período entre total pago e mínimo vigente. Caso se considere o estágio de empenho, a perda real diminui para R\$ 6,2 bilhões.

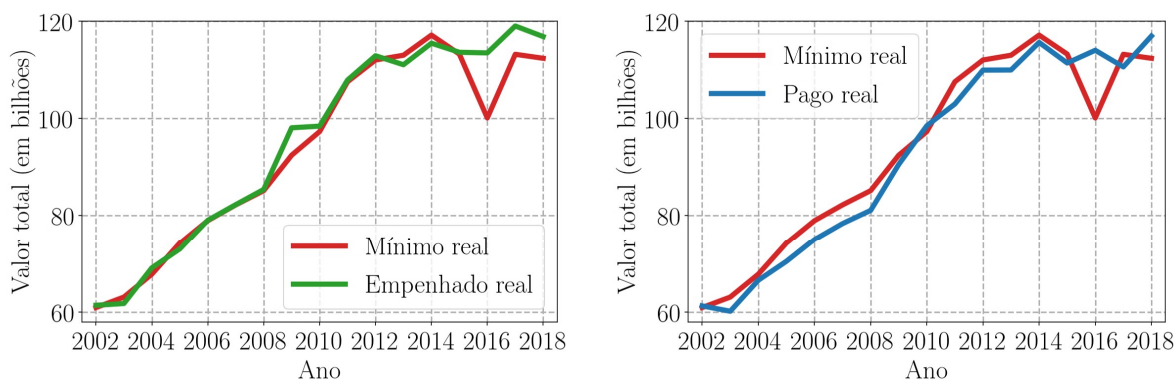
A contínua execução orçamentária abaixo do patamar mínimo se explica pelo fato de que a diferença entre a aplicação mínima e a despesa empenhada costuma ser pequena, prática que Piola et al. (2013) denominou de transformação do piso no teto, como pode ser observado na Figura 3 no lado esquerdo. Dessa forma, a prorrogação e o cancelamento de restos a pagar pode facilmente comprometer os pisos de aplicação em termos de oferta de bens e serviços públicos de saúde, apesar de respeitar o piso oficial que é auferido em termos de empenho (VIEIRA; PIOLA; BENEVIDES, 2018).

Tabela 4 – Diferença em valores de 2018 entre mínimo vigente e valor empenhado/total pago entre 2002 e 2018 (em milhões de Reais)

Ano	IPCA	Mínimo vigente	Empenhado	Pago	Empenhado - Mínimo	Total pago - Mínimo
2002	12,53%	60.967	61.437	61.309	470	342
2003	9,30%	63.117	61.801	60.218	(1.316)	(2.900)
2004	7,60%	67.815	69.116	66.570	1.301	(1.245)
2005	5,69%	74.236	73.013	70.456	(1.223)	(3.780)
2006	3,14%	78.944	79.040	75.016	96	(3.928)
2007	4,46%	82.210	82.258	78.346	48	(3.864)
2008	5,90%	85.140	85.392	81.077	251	(4.063)
2009	4,31%	92.432	98.073	90.532	5.641	(1.900)
2010	5,91%	97.286	98.408	98.486	1.123	1.201
2011	6,50%	107.537	107.883	102.966	346	(4.571)
2012	5,84%	112.011	112.882	109.934	870	(2.078)
2013	5,91%	112.988	111.039	109.957	(1.950)	(3.031)
2014	6,41%	117.131	115.464	115.626	(1.666)	(1.504)
2015	10,67%	113.225	113.591	111.392	367	(1.832)
2016	6,29%	100.093	113.471	114.011	13.378	13.918
2017	2,95%	113.179	119.002	110.592	5.823	(2.587)
2018	3,75%	112.359	116.821	116.939	4.462	4.580
Soma dos saldos negativos					(6.154,00)	(37.282,00)

Fonte – Siga Brasil para dados da execução orçamentária; Relatório Resumido de Execução Orçamentária (RREO – Tesouro Nacional) para variação nominal do PIB considerada; Demonstrativo da Receita Corrente Líquida (DRCL – Tesouro Nacional) para RCL e IBGE para IPCA. Elaboração própria a partir das deduções indicadas no Quadro 1 considerando a regra vigente.

Figura 3 – Total empenhado (esquerda) e total pago (direita) em comparação ao mínimo vigente entre 2002 e 2018 do governo federal (em milhões de reais de 2018)

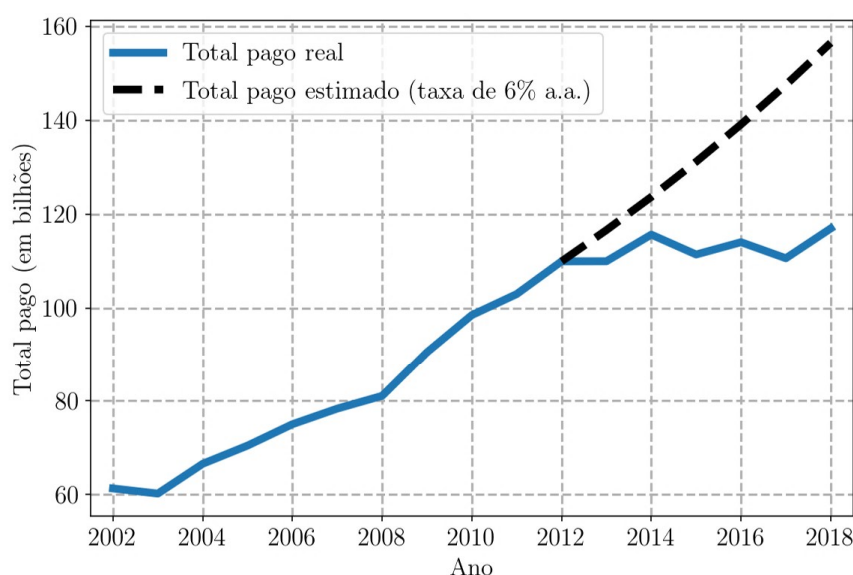


Fonte: Siga Brasil para dados da execução orçamentária; Relatório Resumido de Execução Orçamentária (RREO – Tesouro Nacional) para variação nominal do PIB considerada; Demonstrativo da Receita Corrente Líquida (DRCL – Tesouro Nacional) para RCL e IBGE para IPCA. Elaboração própria a partir das deduções indicadas no Quadro 1 considerando a regra vigente. A esquerda: apuração oficial considerando estágio de empenho. A direita: apuração própria considerando estágio de pagamento.

Cabe ressaltar que o saldo positivo destoante em 2016 na Tabela 4 não reflete um aumento no valor pago em ASPS, mas sim uma diminuição no valor mínimo, como mostra o gráfico da Figura 3, devido à mudança da regra de cálculo da aplicação mínima (da EC nº 29/2000 para a da EC nº 86/2015) e à queda da arrecadação decorrente da crise econômica (VIEIRA; PIOLA; BENEVIDES, 2018).

Partindo para a análise da evolução do total pago (soma do pago e RP pago) em termos reais, é notório no gráfico da Figura 4 que a taxa de crescimento real anual vem caindo de forma acelerada desde 2013, se afastando da tendência de crescimento real anual de 6% analisada entre o período de 2002 e 2012 representada pela linha tracejada. Essa desaceleração que se inicia em 2013 representou até 2018 uma perda real acumulada de R\$ 39,6 bilhões em relação à projeção.

Figura 4 – Valores reais do total pago e projeção a partir de 2012 do governo federal (em milhões de reais de 2018)



Fonte: Siga Brasil. Elaboração própria a partir das deduções indicadas no Quadro 1 considerando a regra vigente. Projeção estimada a partir de 2012 utiliza média das taxas reais de crescimento entre 2002 e 2012.

Vale notar que a vinculação ao PIB e, mais ainda, às receitas, tende a gerar uma tendência pró-cíclica nos pisos de gastos vinculados à essas variáveis. Entretanto, cabe uma ressalva à “naturalização” dessa tendência pró-cíclica: o vínculo se refere ao piso mínimo e não ao valor gasto de fato, cabe à política econômica por meio de mudanças na arrecadação visando a justiça tributária e da decisão alocativa de recursos se adequar à conjuntura de forma a respeitar os princípios de vedação ao retrocesso social e uso máximo de recursos disponíveis, como visto no Capítulo 1. A queda das receitas no governo Dilma, por exemplo, foi potencializada pelas desonerações fiscais e pela retração nos investimentos públicos (CARVALHO, 2018), medidas pró cíclicas que agravaram o quadro social e econômico em curso.

Adicionalmente, a adoção de uma medida de austeridade fiscal como a EC nº 95/2016 desrespeita também – todos – os limites apontados por Bohoslavsky (ONU, 2018) a medida em que não se limita ao período da crise, não visa a proteção dos direitos humanos, não se mostra sustentável, não se caracteriza como única alternativa possível, seu ônus recai de forma desproporcional e discriminatória agravando inequidades já existentes, não leva em consideração o conteúdo mínimo dos direitos econômicos, sociais e culturais, não foi planejada visando transparência e participação da comunidade afetada e não está sujeita a contínua avaliação e revisão. Enquanto vigorar o teto dos gastos promovendo a institucionalização da austeridade fiscal, o SUS perderá continuamente capacidade de resposta frente ao movimento demográfico e epidemiológico em curso e à evolução no custo de insumos, matérias, medicamentos e tecnologias de saúde. Além desses fatores, evidências na literatura apontam para o agravamento das condições de saúde da população – principalmente a mais vulnerável – nos momentos de crise, gerando aumento na demanda por serviços públicos de saúde. Alguns indicadores serão vistos a seguir de modo a embasar as consequências dessa política econômica na saúde da população.

3.3.3 Saúde dos brasileiros: alguns indicadores

Com o objetivo de analisar os efeitos da recessão econômica e os impactos dos gastos em proteção social e em saúde na mortalidade adulta, Hone et al. (2019) realizou uma análise a nível municipal considerando um indicador de mortalidade que levou em conta as dezessete causas de morte selecionadas que são mais propícias a serem afetadas por recessões econômicas segundo a OMS. O autor conclui que:

Increases in unemployment between 2012 and 2017 were associated with more than 30 000 additional deaths, mainly from cancer and cardiovascular disease. The largest increases in mortality were observed in black and mixed race populations, men, and individuals aged 30-59 years [...] Municipalities with higher expenditures on health and social protection programmes had lower or no unemployment-associated increases in mortality (HONE et al., 2019, p. 1581)².

Dessa forma, depreende-se que os gastos sociais são capazes de conter os efeitos negativos das crises e que a recessão econômica tende a agravar desigualdades sociais e de acesso à saúde já existentes, atingindo de forma mais severa a determinados grupos. Outro índice útil para a análise das disparidades sociais na garantia do direito à saúde é o total

² Aumentos na taxa de desemprego entre 2012 e 2017 foram associados a mais de 30.000 mortes adicionais, principalmente de câncer e doenças cardiovasculares. Os maiores aumentos na mortalidade foram observados em populações negras e pardas, homens, e indivíduos que possuíam entre 30 e 59 anos [...] Prefeituras com maiores dispêndios em saúde e programas de proteção social tiveram menor ou nenhum aumento da mortalidade associada ao desemprego (HONE et al., 2019, p. 1581, tradução própria)

de “óbitos por causas evitáveis”³ desagregado por anos de escolaridade, que servem como *proxy* da renda. Entre 2008 e 2017, segundo dados do DataSUS, o índice aumentou em aproximadamente 30% para a faixa que supera doze anos de escolaridade, enquanto que o aumento para a faixa inferior a doze anos de escolaridade foi na ordem de 40%, indicando ônus desproporcional para as camadas mais vulneráveis da população.

Outra perspectiva de análise ocorre a partir do possível cumprimento ou não de metas estabelecidas em acordos internacionais relacionados à saúde. Malta et al. (2018) indica que as medidas de austeridade fiscal comprometem as metas de controle de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil. Esse grupo de doenças representa 72% das mortes no Brasil e atingem em maior proporção os grupos sociais mais vulneráveis (MALTA et al., 2019). Segundo Malta et al. (2018), a meta de redução na mortalidade prematura (30 a 69 anos) por DCNT poderá não ser atingida até 2022 devido à estabilização na tendência de mortalidade por DCNT em 2015 e 2016 que “pode ser consequência da mudança no comportamento dos FR [fatores de risco] e por condições de vida e acesso a serviços, prejudicados pela crise econômica e social” (MALTA et al., 2018, p. 3117). Comparando os períodos de 2010-2014 e 2015-2017 em relação aos fatores de risco, Malta et al. (2018) apontam para a reversão na tendência rumo a hábitos menos saudáveis como uso abusivo de álcool e tabagismo, além da redução no consumo de hortaliças e em atividade física. Também é posto que a população com menor escolaridade apresenta prevalências mais elevadas de fatores de risco, indicando maior vulnerabilidade.

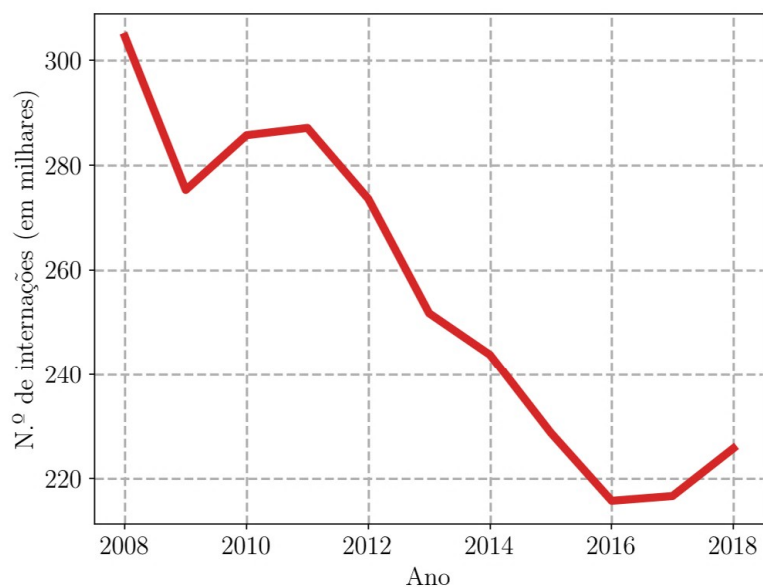
Tendo em vista que a principal correia de transmissão apontada pela literatura entre a crise econômica e o adoecimento da população ocorre a partir do mecanismo do estresse (CATALANO et al., 2011), no gráfico apresentado na Figura 5 tem-se a evolução do número de internações referentes aos transtornos mentais e comportamentais, utilizados aqui como indicadores da saúde mental da população. Em relação à subcategoria dos transtornos do humor como depressão, ansiedade e manias, segundo definição do DataSUS/MS⁴ “a ocorrência dos episódios individuais pode frequentemente estar relacionada com situações ou fatos estressantes.”

Nota-se no gráfico da Figura 5 que há uma tendência de elevação das internações a partir de 2016. Esse movimento pode ser associado aos efeitos combinados da crise e da austeridade fiscal que resultaram no aumento da subutilização da força de trabalho e no empobrecimento como demonstrado na Tabela 1, culminando em situações de estresse relacionadas a perdas financeiras e materiais (VIEIRA, 2016). Cabe ressaltar que a evidência apontada não representa comprovação de causalidade, mas sugere – com apoio

³ As causas evitáveis consideradas são passíveis de redução via: (I) ações de imunoprevenção, (II) adequada atenção à mulher na gestação e parto e ao recém nascido, (III) ações adequadas de diagnóstico e tratamento e (IV) ações adequadas de promoção à saúde, vinculadas a ações adequadas de atenção à saúde.

⁴ Pode ser acessado em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/f30_f39.htm>

Figura 5 – **Evolução do número de internações por “transtornos mentais e comportamentais” entre 2008 e 2018**



Fonte: DataSUS. Elaboração própria.

da literatura empírica analisada – a existência de associação entre a piora dos indicadores sociais e econômicos e o maior adoecimento da população, principalmente a mais vulnerável como demonstrado por (HONE et al., 2019) e (MALTA et al., 2018).

Considerações finais

Esse capítulo descreve os efeitos combinados da crise e das políticas de austeridade na saúde da população, em especial a mais vulnerável. Para tanto, foi abordada literatura que relaciona a saúde com as condições de vida – visão biopsicossocial – que são impactadas pela crise e agravadas pela política de austeridade, bem como analisada a evolução na execução orçamentária de 2002 a 2018. A restrição na oferta de bens e serviços públicos via cortes orçamentários e as consequências na demanda que agravam e são agravadas pelo problema do desemprego são fatores subjacentes que condicionam o grau de exposição a fatores de risco e a doenças. Essa análise, com base teórica e empírica, corrobora a hipótese central desse trabalho de que as políticas de austeridade fiscal obstaculizam a garantia do direito à saúde, que mesmo em tempos ditos “normais” não recebe financiamento adequado conforme demonstrado. Assim, como apontado no Capítulo 1 desse trabalho, persiste a necessidade de incorporação na economia normativa de princípios como a vedação ao retrocesso social e o uso máximo de recursos disponíveis.

Conclusão

Nessa monografia foi visto que a efetivação do direito à saúde exige financiamento adequado e não deve estar sujeita à discricionariedade da política econômica, como indicado no Capítulo 1. Entretanto, no Brasil o subfinanciamento histórico ao qual o SUS foi submetido desde sua origem se agravou com a Emenda Constitucional nº 95/2016, transformando-se em desfinanciamento, evolução vista no Capítulo 2. Por fim, no Capítulo 3 foi discutido que em um cenário de crise econômica e deterioração do quadro social, a população se torna mais vulnerável a fatores de risco e doenças e acaba por demandar mais atenção pública em saúde, que por sua vez está “padecendo” de austeridade fiscal.

O ponto focal dos direitos humanos está em uma existência digna universal, enquanto a economia *mainstream* se direciona à alocação eficiente de bens e serviços escassos. O individualismo e o utilitarismo do cálculo econômico se contrapõem à lógica universal, razoável e proporcional dos direitos. Essas contradições resultam na hesitação da economia *mainstream* em integrar os direitos humanos como parte de si, preferindo colocá-los como obstáculos ao cálculo econômico. A consequência dessa visão é a restrição de direitos – concretizados na oferta de bens e serviços públicos – sob o argumento de que são muito onerosos. No debate público recente, é comum a assertiva de que a “Constituição não cabe no bolso” em alusão a essa visão.

O princípio jurídico que sustenta a política econômica da austeridade fiscal é a reserva do possível que se refere à restrição de recursos disponíveis para efetivação do direito instituído. No entanto, deve-se atentar ao caso de insuficiência artificial de recursos como escusa para gasto em outras áreas que estejam em descompasso com o instituído em legislação nacional e internacional. Nesse sentido, estão em discussão atualmente as PECs 186 e 188/2019 que tratam explicitamente de destinar o “excesso de arrecadação” e o superávit financeiro à amortização da dívida pública, em vez de priorizar investimento público e gasto social, que poderiam estimular a demanda agregada da economia e atenuar o grave quadro social.

Na discussão do campo jurídico, o orçamento parece estático e imutável. No entanto, a realidade econômica revela que o orçamento é dinâmico e dispõe de diversas possíveis saídas para a expansão da receita de forma a preservar ou expandir o nível de garantia dos direitos humanos além de corrigir a característica injustiça tributária brasileira. Assim, resulta que a austeridade fiscal consubstanciada na retração do Estado como indutor do crescimento econômico e promotor do bem-estar social é, antes de tudo, uma escolha política, tendo em vista a existência de alternativas econômicas. Entretanto, com frequência a austeridade é posta como única alternativa que resulta de cálculo técnico, remontando

ao slogan de Margaret Thatcher: *There is no alternative*.

Enquanto vigorar o teto dos gastos promovendo a institucionalização da austeridade fiscal, o SUS perderá continuamente capacidade de resposta frente a tendências estruturais e conjunturais. Estruturalmente, tem-se o movimento demográfico em curso de envelhecimento da população que traz consigo mudança no perfil epidemiológico, exigindo mais saúde pública para a população; por sua vez, a evolução no custo de insumos, matérias, medicamentos e tecnologias de saúde que possuem crescimento contínuo de seus preços relativos, também não está sendo considerada. No âmbito conjuntural, evidências teóricas e empíricas apontam para o agravamento das condições de saúde da população – principalmente a mais vulnerável – nos momentos de crise. A deterioração do quadro social implica em dificuldades materiais e financeiras que acabam aumentando a exposição aos fatores de risco e às doenças, gerando estresse, desincentivando práticas saudáveis, aumentando o risco de não adesão ao tratamento além de incentivar comportamentos violentos e autodestrutivos. Ademais, a capacidade de adesão da população a planos privados diminui, redirecionando a demanda por serviços de saúde para o SUS.

Apesar da conjuntura de crise ter sido um motivador desse trabalho, cabe ressaltar que o financiamento do SUS não foi adequado mesmo em momentos de crescimento econômico, caracterizando o quadro de subfinanciamento. O patamar de gasto em saúde em relação ao PIB está abaixo da meta de 6% estabelecida pela OPAS/OMS e também é menor em comparação com outros países que possuem sistemas universais de saúde. O uso de brechas orçamentárias como a inscrição em restos a pagar que podem ser prorrogados indefinidamente sem correção monetária e até cancelados, serve como subterfúgio para cumprimento do piso – auferido pelo valor empenhado – e concomitante geração de saldo primário, apesar da não realização do gasto de fato. Tal mecanismo tende a se exacerbar enquanto o piso mínimo constitucional para a saúde for apurado no estágio de empenho e não no estágio de gasto. Com o teto de gastos, além desse subterfúgio, o piso tende a diminuir em termos per capita e em relação à receita. O sistema público de saúde brasileiro era tido como insuficiente, mas agora corre risco de se tornar inoperante.

O caminho para uma economia que incorpore de fato os direitos humanos, necessariamente passa por uma transformação radical de paradigmas de forma a prezar pela escolha alocativa de recursos protetiva à população mais vulnerável. Em conjunturas de crise, é necessário que o Estado adote uma postura anticíclica de forma a estimular a economia e impedir que ajustes de curto prazo acabem por comprometer o desenvolvimento – econômico e social – no longo prazo. Mesmo que a economia se recupere – como em geral ocorre nos ciclos econômicos – e as medidas de austeridade fiscal sejam revogadas, as sequelas deixadas na saúde da população não serão revertidas.

Referências

- ABRAHÃO, J.; MOSTAFA, J.; HERCULANO, P. **Gastos com a política social: alavanca para o crescimento com distribuição de renda**. [S.l.: s.n.], 2011. Comunicados do IPEA n. 75. Disponível em: <<http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/4634>>. Acesso em: 07/12/2019.
- ABRASCO. **Procuradoria dos Direitos do Cidadão considera inconstitucional emenda que reduziu recursos para o SUS**. [S.l.: s.n.], 2016. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/sistemas-de-saude/pfdc-considera-inconstitucional-emenda-que-reduziu-recursos-para-o-sus/19111/>>. Acesso em: 13/07/2019.
- ALESINA, A. Fiscal adjustments: lessons from recent history. **ECOFIN meeting**, v. 15, p. 1909–1940, 2010. Disponível em: <https://scholar.harvard.edu/files/alesina/files/fiscaladjustments_lessons-1.pdf>. Acesso em: 20/10/2019.
- BLANCHARD, O.; DELL'ARICCIA, G.; MAURO, P. Rethinking macroeconomic policy. **Journal of Money, Credit and Banking**, v. 42, p. 199–215, fev. 2010. Disponível em: <<https://www.imf.org/external/pubs/ft/spn/2010/spn1003.pdf>>. Acesso em: 28/05/2019.
- BLYTH, M. **Austerity: The history of a dangerous idea**. [S.l.]: Oxford University Press, 2013.
- BOBBIO, N. A era dos direitos. **Carlos Nelson Coutinho**. Rio de Janeiro: Campus, p. 45, 1992.
- BRANCO, M. C. Economics against human rights: The conflicting languages of economics and human rights. **Capitalism Nature Socialism**, v. 20, n. 1, p. 88–102, 2009. Disponível em: <https://www.ces.uc.pt/ces/eventos/pdfs/manuel_branco.pdf>. Acesso em: 04/07/2019.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 5 de outubro de 1988**. Brasília: Diário Oficial da União, 1988. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/consti/1988/constituicao-1988-5-outubro-1988-322142-publicacaooriginal-1-pl.html>>. Acesso em: 14/05/2019.
- BRASIL. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Brasília: Lei Orgânica da Saúde, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 09/06/2019.
- BRASIL. **Emenda Constitucional nº 29 de 13 de setembro de 2000**. Brasília: [s.n.], 2000a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc29.htm>. Acesso em: 22/06/2019.
- BRASIL. **Lei Complementar nº 101 de 4 de maio de 2000**. Brasília: Lei de Responsabilidade Fiscal, 2000b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp101.htm>. Acesso em: 13/07/2019.

BRASIL. **Lei Complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012**. Brasília: [s.n.], 2012. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LCP/Lcp141.htm>. Acesso em: 24/07/2019.

CARVALHO, L. **Valsa Brasileira: do boom ao caos econômico**. São Paulo: Editora Todavia SA, 2018.

CATALANO, R. et al. The health effects of economic decline. **Annual review of public health**, Annual Reviews, v. 32, p. 431–450, 2011. Disponível em: <<https://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev-publhealth-031210-101146>>. Acesso em: 10/09/2019.

CEAP. **Financiamento do SUS: a luta pela efetivação do Direito Humano à Saúde**. [S.l.: s.n.], 2005. Centro de Educação e Assessoramento Popular. Disponível em: <https://unasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/22361/mod_page/content/12/Financiamento%20SUS.pdf>. Acesso em: 19/07/2019.

CEBES. **A questão democrática na área da saúde**. [S.l.]: 1º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde na Câmara Federal, 1979. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Disponível em: <<http://cebes.org.br/2015/10/a-questao-democratica-na-area-da-saude/>>. Acesso em: 21/10/2019.

CIDH. **Protocolo Adicional à Convenção Americana de Direitos Humanos em matéria de direitos econômicos, sociais e culturais – Protocolo de São Salvador**. [S.l.: s.n.], 1999. Convenção Interamericana de Direitos Humanos. Disponível em: <http://www.cidh.org/Basicos/Portugues/e.Protocolo_de_San_Salvador.htm>. Acesso em: 03/07/2019.

CISLAGHI, J. F.; TEIXEIRA, S. O.; SOUZA, T. O. **O financiamento do SUS: principais dilemas**. [S.l.]: Anais do I circuito de debates acadêmicos, IPEA, 2011. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br/code2011/chamada2011/pdf/area2/area2-artigo16.pdf>>. Acesso em: 22/10/2019.

CNS. **O atual quadro de subfinanciamento do Sistema Único de Saúde (SUS) no contexto da Emenda Constitucional nº 86/2015 e do ajuste fiscal**. [S.l.: s.n.], 2015. Conselho Nacional de Saúde. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2015/docs/documento_final_seminario_cns_Cofin_abrasco.pdf>. Acesso em: 20/10/2019.

DARDOT, P.; LAVAL, C. **A nova razão do mundo: ensaio sobre a sociedade neoliberal**. São Paulo: Editora Boitempo, 2016.

DAVID, G. **A essencial Justiça Fiscal na Reforma Tributária para garantir o Direito à Saúde**. [S.l.: s.n.], 2015. Disponível em: <<https://www.cartamaior.com.br/?/Editoria/Politica/A-essencial-Justica-Fiscal-na-Reforma-Tributaria-para-garantir-o-Direito-a-Saude-/4/34500>>. Acesso em: 21/11/2019.

DAVID, G. Política fiscal e direitos humanos: uma análise a partir dos acordos internacionais. In: ROSSI, P.; DWECK, E.; OLIVEIRA, A. L. M. (Org.). **Economia para poucos: Impactos sociais da austeridade e alternativas para o Brasil**, Autonomia Literária, São Paulo, 2018. Disponível em: <<http://pedrorossi.org/wp-content/uploads/2019/09/Economia-para-Poucos.pdf>>. Acesso em: 04/05/2019.

DWECK, E. et al. Impacto da austeridade sobre o crescimento e a desigualdade no brasil. **XXIII Encontro Nacional de Economia Política**, v. 9, n. 1, 2018. Disponível em: <<https://www.sep.org.br/anais/Trabalhos%20para%20o%20site/Area%203/53.pdf>>. Acesso em: 12/09/2019.

FLEURY, S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 743–752, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232009000300010&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 20/06/2019.

FMI. Guidelines for fiscal adjustment. **Pamphlet Series**, n. 49, 1995. Fiscal Affairs Department. Disponível em: <<https://www.imf.org/external/pubs/ft/pam/pam49/pam49con.htm>>. Acesso em: 04/11/2019.

FURCERI, D.; LOUNGANI, P.; OSTRY, J. D. Neoliberalism: oversold. **Finance & Development**, v. 53, n. 2, p. 38–41, jun. 2016. Disponível em: <<https://www.imf.org/external/pubs/ft/fandd/2016/06/pdf/ostry.pdf>>. Acesso em: 27/06/2019.

GOUVEIA, R.; PALMA, J. J. Sus: na contramão do neoliberalismo e da exclusão social. **Estudos avançados**, v. 13, p. 139–146, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40141999000100014>. Acesso em: 16/08/2019.

HONE, T. et al. Effect of economic recession and impact of health and social protection expenditures on adult mortality: a longitudinal analysis of 5565 brazilian municipalities. **The Lancet Global Health**, Elsevier, v. 7, n. 11, p. e1575–e1583, 2019. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2214109X19304097>>. Acesso em: 25/10/2019.

INESC. **Metodologia: orçamento & direitos: referenciais políticos e teóricos**. [S.l.: s.n.], 2017. Instituto de Estudos Socioeconômicos. Disponível em: <<https://www.inesc.org.br/wp-content/uploads/2018/08/LivroMetodologiaOr%C3%A7amentoDireitos.pdf?x63825>>. Acesso em: 28/05/2019.

JORGE, E. A. et al. **Seguridade social e o financiamento do Sistema Único de Saúde – SUS no Brasil**. [S.l.]: Área de economia da saúde e desenvolvimento, Secretaria Executiva, Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2013/outubro/14/doc2-141013.pdf>>. Acesso em: 17/07/2019.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D. D.; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das normas operacionais básicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, p. 269–291, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v6n2/7003.pdf>>. Acesso em: 12/10/2019.

MALTA, D. C. et al. Probabilidade de morte prematura por doenças crônicas não transmissíveis, brasil e regiões, projeções para 2025. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 22, abr. 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1415-790X2019000100428&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 04/07/2019.

MALTA, D. C. et al. Medidas de austeridade fiscal comprometem metas de controle de doenças não transmissíveis no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 3115 – 3122, out. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018001003115&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 04/07/2019.

NASCIMENTO, J. M. d. O direito à saúde no Brasil exercido através da judicialização da saúde: do subfinanciamento crônico ao desfinanciamento progressivo. 2019. Tese de doutorado. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/bvsintegralidade/resource/pt/int-5555>>. Acesso em: 19/09/2019.

OCDE. **Proposal for a Taxonomy of Health Insurance**. [S.l.: s.n.], 2004. OECD Study on Private Health Insurance. Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico. Disponível em: <<http://www.oecd.org/health/insurance>>. Acesso em: 29/10/2019.

OIT. **World Social Protection Report 2017–19: Universal social protection to achieve the Sustainable Development Goals**. [S.l.: s.n.], 2017. Organização Internacional do Trabalho. Disponível em: <https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_604882.pdf>. Acesso em: 12/06/2019.

OLSEN, A. **Eficácia dos direitos fundamentais sociais frente a reserva do possível**. [S.l.: s.n.], 2006. Dissertação de mestrado. Disponível em: <<https://acervodigital.ufpr.br/handle/1884/3084>>. Acesso em: 12/10/2019.

OMS. **Constituição da Organização Mundial da Saúde**. [S.l.: s.n.], 1946. Organização Mundial da Saúde. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>. Acesso em: 12/09/2019.

ONU. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. [S.l.]: Assembleia Geral da ONU, 1948. Organização das Nações Unidas. Disponível em: <<https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Pages/Language.aspx?LangID=por>>. Acesso em: 05/05/2019.

ONU. **Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais**. [S.l.: s.n.], 1966. Organização das Nações Unidas. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d0591.htm>. Acesso em: 16/05/2019.

ONU. **Guiding principles on human rights impact assessments of economic reforms**. [S.l.: s.n.], 2018. Report of the Independent Expert on the effects of foreign debt and other related international financial obligations of States on the full enjoyment of human rights, particularly economic, social and cultural rights - A/HRC/40/57. Organização das Nações Unidas. Disponível em: <<https://www.ohchr.org/EN/HRBodies/HRC/RegularSessions/Session40/Pages/ListReports.aspx>>. Acesso em: 04/07/2019.

OPAS/OMS. **“Países estão gastando mais em saúde, mas pessoas ainda pagam muitos serviços com dinheiro do próprio bolso”**. [S.l.: s.n.], 2019. Organização Pan-Americana da Saúde. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5874:países-estão-gastando-mais-em-saúde-mas-pessoas-ainda-pagam-muitos-serviços-com-dinheiro-do-próprio-bolso&Itemid=843>. Acesso em: 10/08/2019.

ORAIR, R.; SIQUEIRA, F.; GOBETTI, S. **Política fiscal e ciclo econômico: uma análise baseada em multiplicadores do gasto público**. [S.l.: s.n.], 2016. XXI Prêmio tesouro nacional. Disponível em: <<http://www.tesouro.fazenda.gov.br/documents/10180/558095/2o-lugar-rodrigo-octavio-orair-086.pdf/ff2dc598-149a-419d-b95f-fb6e54e10d4f>>. Acesso em: 20/06/2019.

PIOLA, S. F.; BENEVIDES, R. P. D. S.; VIEIRA, F. S. C. **Consolidação do gasto com ações e serviços públicos de saúde: trajetória e percalços no período de 2003 a 2017**. [S.l.: s.n.], 2018. Texto para Discussão n. 2439, IPEA. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8934/1/td_2439.pdf>. Acesso em: 07/09/2019.

PIOLA, S. F. et al. **Financiamento público da saúde: uma história à procura de rumo**. [S.l.: s.n.], 2013. Texto para Discussão n. 1846, IPEA. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/1580/1/TD_1846.pdf>. Acesso em: 12/08/2019.

POTRICH, F. B. Efetividade dos direitos sociais, reserva do possível e seus limites. **Revista Virtual da AGU**, p. 3–22, 2013. Disponível em: <https://s3.amazonaws.com/academia.edu/documents/39445668/efetividade_dos_direitos_sociais__reserva_do_possivel_e_seus_limites_-_felipe_bittencourt_potrich.pdf?response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DEfetividade_dos_direitos_sociais_reserva.pdf&X-Amz-Algorithm=AWS4-HMAC-SHA256&X-Amz-Credential=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A%2F20191119%2Fus-east-1%2Fs3%2Faws4_request&X-Amz-Date=20191119T222131Z&X-Amz-Expires=3600&X-Amz-SignedHeaders=host&X-Amz-Signature=a07b7ea85e7ffbd89de60e7549e2a02f029ac411615f8038d50ccb268aafa2a5>. Acesso em: 13/10/2019.

ROSSI, P. **Audiência Pública na Comissão de Direitos Humanos do Senado Federal**. Brasília: [s.n.], 2017. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=v3ncCN2JrW8>>. Acesso em: 17/10/2019.

ROSSI, P.; DWECK, E. Impactos do novo regime fiscal na saúde e educação. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n12/1678-4464-csp-32-12-e00194316.pdf>>. Acesso em: 06/08/2019.

ROSSI, P.; DWECK, E.; ARANTES, F. Economia política da austeridade. In: ROSSI, P.; DWECK, E.; OLIVEIRA, A. L. M. (Org.). **Economia para poucos: Impactos sociais da austeridade e alternativas para o Brasil**, Autonomia Literária, São Paulo, 2018. Disponível em: <<http://pedrorossi.org/wp-content/uploads/2019/09/Economia-para-Poucos.pdf>>. Acesso em: 04/05/2019.

ROSSI, P.; MELLO, G. **Choque recessivo e a maior crise da história: a economia brasileira em marcha à ré**. São Paulo: Nota do Centro de Estudos de Conjuntura e Política Econômica (Cecon – IE/UNICAMP), 2017. Disponível em: <<http://www.eco.unicamp.br/cecon/centro/146-destaque/591-nota-de-conjuntura>>. Acesso em: 05/11/2019.

SALDIVA, P. H. N.; VERAS, M. Gastos públicos com saúde: breve histórico, situação atual e perspectivas futuras. **Estudos Avançados**, v. 32, n. 92, p. 47–61, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142018000100047&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10/10/2019.

SANTOS, G. N. B. Neoliberalismo e seus reflexos na política de saúde no Brasil. **Anais Seminário FNCPS: Saúde em Tempos de Retrocessos e Retirada de Direitos**, v. 1, n. 1, 2017. Disponível em: <<http://www.seer.ufal.br/index.php/anaisseminariofncps/article/download/3954/2785>>. Acesso em: 26/08/2019.

SANTOS, I. S.; UGÁ, M. A. D.; PORTO, S. M. Mix público-privado no sistema de saúde brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 5, set./out. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n5/09.pdf>>. Acesso em: 14/08/2019.

SARLET, I. W. **A eficácia dos direitos fundamentais: uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional**. 11. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2012. 45-58 p.

SCHEFFER, M. O capital estrangeiro e a privatização do sistema de saúde brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, p. 663-666, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000400663>. Acesso em: 07/12/2019.

SCHRAMM, J. M. D. A.; PAES-SOUZA, R.; MENDES, L. V. P. **Políticas de austeridade e seus impactos na saúde**. Rio de Janeiro: CEE-Fiocruz, 2018. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/28240/2/Joyce_Mendes_et_al_politicas_de_austeridade.pdf>. Acesso em: 02/05/2019.

SEQUEIRA, C. et al. Impacto da crise financeira e social na saúde mental. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, n. 14, p. 72-76, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602015000300010>. Acesso em: 22/05/2019.

SILVA, A. T. M. F.; ALVES, M. M. A influência do estado neoliberal no sistema de saúde brasileiro diante do conceito ampliado de saúde. **Biológicas & Saúde**, v. 1, n. 1, 2011. Disponível em: <https://www.seer.perspectivasonline.com.br/index.php/biologicas_e_saude/article/view/511>. Acesso em: 07/05/2019.

SOARES, A. **O subfinanciamento da saúde no Brasil: uma política de Estado**. Tese de doutorado (FCM-UNICAMP): [s.n.], 2014. Disponível em: <<http://www.repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/312960>>. Acesso em: 25/09/2019.

STF. "Ministro suspende regras sobre orçamento impositivo na área da saúde". [S.l.: s.n.], 2017. Supremo Tribunal Federal. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=354339>>. Acesso em: 03/11/2019.

STUCKLER, D.; BASU, S. **A economia desumana: porque mata a austeridade**. Editorial bizâncio. Lisboa: [s.n.], 2014.

TN. **Aspectos fiscais da saúde no Brasil**. [S.l.: s.n.], 2018. Tesouro Nacional. Disponível em: <<http://www.tesouro.fazenda.gov.br/-/relatorio-do-tesouro-faz-uma-analise-fiscal-do-gasto-com-saude-no-brasil>>. Acesso em: 25/09/2019.

VIEIRA, F. S. **Crise econômica, austeridade fiscal e saúde: que lições podem ser aprendidas?** [S.l.: s.n.], 2016. Nota Técnica n. 26, IPEA. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/160822_nt_26_disoc.pdf>. Acesso em: 28/04/2019.

VIEIRA, F. S.; PIOLA, S. F. **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.** [S.l.: s.n.], 2016. Texto para Discussão n. 2225, IPEA. Disponível em: <<https://www.econstor.eu/handle/10419/146661>>. Acesso em: 23/07/2019.

VIEIRA, F. S.; PIOLA, S. F.; BENEVIDES, R. P. D. S. Controvérsias sobre o novo regime fiscal e a apuração do gasto mínimo constitucional com saúde. **Políticas Sociais: Acompanhamento e Análise n. 25**, 2018. Disponível em: <<http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/9401>>. Acesso em: 13/08/2019.