



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE
JOAQUIM VENÂNCIO

Yuri Gonçalves De Farias

**O austericídio no Sistema Único de Saúde (SUS):
Uma análise dos possíveis impactos da Emenda Constitucional n° 95 no Gasto com a
Saúde Pública Brasileira**

Rio de Janeiro

2017

Yuri Gonçalves de Farias

**O austericídio no Sistema Único de Saúde (SUS):
Uma análise dos possíveis impactos da Emenda Constitucional n° 95 no Gasto com a
Saúde Pública Brasileira**

**Monografia apresentada à Escola Politécnica
de Saúde Joaquim Venâncio – Fundação
Oswaldo Cruz (EPSJV-Fiocruz) como
requisito parcial para aprovação no Curso
Técnico em Gerência em Saúde.**

**Orientador: Prof. Me. Antonio J. Marinho
Ribeiro
Coorientadora: Profa. Dra. Adelyne M. M.
Pereira**

**Rio de Janeiro
2017**

Dedico esse trabalho à Epsjv, família e amigos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV-Fiocruz) pelo apoio institucional, e por esses trabalhosos e difíceis quatro anos de aprendizado.

Agradeço aos meus orientadores, Antônio Marinho e Adelyne Mendes pela paciência, por sempre incentivarem a fazer um trabalho excelente, por nunca fraquejarem, sempre mostrando um espírito de guerreiro, mesmo nos momentos mais difíceis e cansativos. Obrigado pela honra de poder trabalhar com pessoas tão sensacionais como vocês neste ano, imensuráveis Mestres.

Agradeço aos professores da banca, pela participação, leitura e valiosas contribuições.

Agradeço a minha família e amigos por todo apoio, respeito e carinho, e por não me deixar esquecer que “na Poli entram jovens e saem pensadores”.

*“... que é muito
difícil você vencer
a injustiça secular,
que dilacera o
Brasil em dois
países distintos: o
país dos
privilegiados e o
país dos
despossuídos”.*
(Ariano Suassuna)

RESUMO

A monografia buscou analisar os possíveis efeitos da Emenda Constitucional 95/2016, e, se a própria, não será um excesso de austeridade, provocando um austericídio na saúde, deixando os recursos insuficientes para a manutenção do sistema público, por causa do teto para os gastos primários que ela estabelece por 10 anos inicialmente, podendo chegar a 20. A pesquisa se baseou na abordagem quali-quantitativa de cunho descritivo, utilizando como estratégias metodológicas a revisão e análise bibliográfica e documental.

Palavras-chave: Novo Regime Fiscal; Sistema Único de Saúde; Financiamento da saúde; Orçamentos e Finanças Públicas.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 DESENHO DO ESTUDO	8
2.1 OBJETIVOS	8
2.2 METODOLOGIA	8
3 TRAJETÓRIA DO FINANCIAMENTO DA SAÚDE NO BRASIL: DA CONSTITUIÇÃO DE 1988 À EC 95/2016	9
4 ORÇAMENTO PÚBLICO E POLÍTICA DE SAÚDE: AS MUDANÇAS PROMOVIDAS PELA EC 95/2016	14
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	20
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	21

1 INTRODUÇÃO

A presente pesquisa é mais um capítulo da jornada formativa de um técnico em gerência em saúde, abordando uma temática de suma importância para a população brasileira e os possíveis impactos das restrições orçamentárias sobre sua saúde. O recorte para a saúde é uma forma de discutir e mostrar a importância do Sistema Único de Saúde (SUS) e quais conquistas foram feitas e quais estão sendo desfeitas e refletir: “Como será o SUS do futuro?”

A pesquisa pretendeu analisar os efeitos da Emenda Constitucional 95/2016 (EC 95/2016)¹, que ganhou mais repercussão quando era Proposta de Emenda Constitucional - PEC do Teto de nº 241/2016 na Câmara dos Deputados ou 55/2016 no Senado Federal. A análise buscou refletir sobre quais serão os impactos desse novo regime fiscal e suas consequências para o Sistema Único de Saúde (SUS).

O foco desse trabalho são os prováveis impactos da Emenda Constitucional 95/2016 no gasto com a saúde pública brasileira, o chamado “austericídio” no Sistema Único de Saúde (SUS). O termo austericídio foi cunhado por David Stuckler e Sanjay Basu no livro “A economia desumana: porque mata a austeridade” publicado em 2014. O argumento desenvolvido por eles é de que o uso da austeridade em momentos de crise, principalmente em gastos sociais, provocam mais problemas do que soluções (GARCIA, 2016). Partindo da premissa de que as políticas de austeridade extremas provocam mortes, ou seja, são promotoras de um austericídio, esta monografia buscou investigar se a EC 95/2016 é uma medida extrema ou não.

O trabalho se baseou na abordagem quali-quantitativa, utilizando como estratégias metodológicas revisão e análise bibliográfica e documental. Essa pesquisa buscou contribuir para a compreensão de que forma a imposição de um limite para os gastos primários pode impactar um setor tão fundamental como a saúde, bem como para o debate acerca da formulação de argumentos sobre a ampla medida de austeridade.

¹A EC 95 foi promulgada no dia 15 de dezembro de 2016, o seu trâmite pelas casas dos poderes legislativos durou 6 meses, obtendo 366 votos favoráveis no primeiro turno e 359 no segundo da Câmara dos Deputados e, 61 votos favoráveis no primeiro turno e 53 no segundo turno do Senado Federal, assim modificando inúmeros artigos da Constituição Federativa do Brasil.

2 DESENHO DO ESTUDO

2.1 OBJETIVOS

2.1.1 Objetivo Geral

Analisar os prováveis impactos da Emenda Constitucional 95/2016 (EC 95/2016) sobre o gasto com a saúde pública brasileira na esfera federal.

2.1.2 Objetivos específicos

- ✓ Identificar, por meio de estudos bibliográficos e documentos técnicos, disparidades entre as propostas para o financiamento da saúde previstos na Constituição Federal de 1988, EC 29/2000, EC 86/2015 e EC 95/2016.
- ✓ Relacionar o novo regime fiscal definido pela EC 95/2016 com o orçamento público e as políticas sociais, tendo como foco a saúde.
- ✓ Discutir as consequências da EC 95/2016 sobre a saúde pública no Brasil.

2.2 METODOLOGIA

A pesquisa se baseou na abordagem quali-quantitativa de cunho descritivo. A pesquisa qualitativa, segundo Minayo (2001), utiliza um universo de significados, motivos, crenças, princípios e atitudes, logo corresponde a um espaço mais profundo das relações, as quais não podem ser quantificadas. Já a pesquisa quantitativa se traduz, conforme Fonseca (2001), no uso da linguagem matemática para relatar as causas de um evento. O mesmo autor disserta sobre a utilização conjunta da pesquisa qualitativa e quantitativa, possibilitando a coleta de mais informações do que se poderia conseguir isoladamente, por esse motivo se justifica o uso da abordagem quali-quantitativa.

As estratégias metodológicas utilizadas foram revisão e análise bibliográfica e documental, incluindo pareceres técnicos sobre a temática estudada.

3 TRAJETÓRIA DO FINANCIAMENTO DA SAÚDE NO BRASIL: DA CONSTITUIÇÃO DE 1988 À EC 95/2016

A Constituição Federal de 1988 demonstrou a nítida intenção de assegurar o direito fundamental à saúde. Em seu art. 196, estabelece a saúde como direito universal da população, sendo o Estado provedor dos serviços de saúde ofertados em sua totalidade. Nas palavras da Constituição Federal (BRASIL, 1988, art. 196):

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (CF, art. 196, 1988).

Nesse sentido, a saúde passou a fazer parte de uma política mais ampla de proteção social: a seguridade social. Segundo a Constituição de 1988 (BRASIL, 1988, art. 194), a “seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade destinado a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”. O tripé “saúde, previdência e à assistência social” foi pensado para diminuir as desigualdades no Brasil e aumentar a justiça social.

O art. 195 da Constituição define que o orçamento do SUS seria composto por recursos das três esferas de governo, por meio de recursos fiscais e contribuições sociais. Nos termos da Constituição: “A seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e das contribuições sociais” (BRASIL, 1988, art. 195).

De acordo com o art. 195, a carta magna estabelece, no art. 198, que o financiamento do SUS seria tripartite e comporia o orçamento da seguridade social:

§ 1º. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes (CF, 1988, art. 198).

Segundo Guimarães (2012), com a nova carta magna, tornou-se necessário que fossem definidas as diretrizes para a efetivação da oferta da saúde pelos entes federados. Desta forma, foram promulgadas a Lei nº. 8.080/90 e a Lei nº. 8.142/90, que conformam a Lei Orgânica da Saúde.

De acordo com Guimarães (2012), a Lei Orgânica da Saúde estabeleceu os princípios que regem o SUS, estipulando as regras que devem ser seguidas para a oferta da saúde na esfera pública e também na esfera privada, quando em forma de complementação ou de trabalho em conjunto com a esfera pública.

A Lei 8.142/90 estabeleceu as regras para as transferências de recursos para a saúde nas três esferas de Governo (União, Estados e Municípios), bem como a participação social na gestão do SUS, por meio das conferências de saúde e conselhos de saúde. Na conferência, que deve ser realizada a cada quatro anos, representantes de movimentos sociais avaliam junto com o poder executivo a situação da saúde, podendo propor diretrizes para a sua respectiva esfera de governo. O conselho de saúde tem caráter permanente e reúne um conjunto de representantes do governo, profissionais do setor, usuários e prestadores de serviço, com o objetivo de elaborar planos e supervisionar a execução das políticas de saúde.

Destaca-se, no art. 198 da Constituição Federal (1988) e na Lei Orgânica da Saúde (1990), o atendimento integral e a universalidade do SUS, ou seja, que toda a população tem direito a um atendimento de baixa, média e alta complexidade, conforme a sua necessidade, sem distinção por características físicas, étnicas ou ideológicas, sem nenhum custo direto ao usuário e que, conseqüentemente, o SUS necessita do financiamento público para o seu funcionamento pleno.

Contudo, na relação de forças entre essas áreas sociais e no contexto de crise econômica dos anos 1990, o orçamento da seguridade social não foi implementado tal como previsto pelos constituintes. Em 1993, após decisão do Ministério da Previdência em reter as contribuições sobre folhas de salários exclusivamente para este setor, a saúde ficou desfinanciada. Nesse momento, pediu empréstimos ao Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT) para manter seu funcionamento básico. Cabe destacar que o SUS acabava de ser instituído, e que eram necessários mais recursos para garantir a universalização do acesso com qualidade. A falta de investimentos no SUS nessa época é responsável pelos problemas de infra-estrutura que ainda hoje estão presentes (PEREIRA, 2014).

Nesse período, começaram movimentos na Câmara e no Senado Federal para garantir estabilidade ao financiamento do SUS. Os resultados desses movimentos foram: a criação de uma fonte específica para o SUS, em 1996; e a construção da Emenda Constitucional 29/2000. No caminho desse primeiro resultado, em 1996, foi criada a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) em 1996. De 1996 a 1999, a CPMF foi uma fonte exclusiva da saúde. Em 1999, a alíquota subiu de 0,20% para 0,38%, prevendo-se a

destinação de parcela da sua arrecadação para a Previdência Social (PIOLA et al, 2013). Ela foi uma importante fonte de recursos para a saúde até 2007, quando foi extinta.

A Emenda Constitucional 29 de 2000 (EC 29/2000) vinculou recursos nas três esferas de governos para o SUS, para tanto, alterou os artigos 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal. Segundo Guimarães (2012, p. 6):

Visando assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde, vinculou as receitas das três esferas governamentais para o SUS, definindo porcentagens mínimas de recursos que a União, Estados e municípios deveriam investir nesta área (GUIMARÃES, 2012, p. 6).

A Emenda Constitucional 29 de 2000 definiu que os estados e o Distrito Federal deveriam aplicar na saúde, no mínimo, 12% do total dos impostos arrecadados e transferências constitucionais; os municípios, 15%; e a União, o total gasto no ano anterior corrigido pela variação nominal do PIB. Contudo, no caso da União, o Ministério da Fazenda interpretou que o estabelecido seria o valor empenhado em 1999, corrigido pela variação nominal do PIB.

Segundo Souza (2012), o art. 77 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT)² estabelecia que a EC 29/2000 teria uma lei complementar para atualizar os percentuais a serem aplicados em saúde pelos entes da federação, os critérios do rateio³, e quem fiscalizaria e controlaria os recursos. Entretanto, na ausência da lei complementar, as regras do art. 77 da ADCT continuariam vigentes.

A Lei Complementar (LC) que regulamentou a EC 29/2000 demorou oito anos além do previsto, que era de início, 2004. A Lei Complementar 141 de 2012, conforme Souza (2012), reduziu algumas subjetividades que permeavam a EC 29/2000, como a definição dos serviços e ações em saúde, entre outras questões. Nos termos da Lei:

² Art. 77. Até o exercício financeiro de 2004, os recursos mínimos aplicados nas ações e serviços públicos de saúde serão equivalentes:

I - no caso da União:

a) no ano 2000, o montante empenhado em ações e serviços públicos de saúde no exercício financeiro de 1999 acrescido de, no mínimo, cinco por cento;

b) do ano 2001 ao ano 2004, o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto - PIB;

II - no caso dos Estados e do Distrito Federal, doze por cento do 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; e

III - no caso dos Municípios e do Distrito Federal, quinze por cento do 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 § 3^o.

³ Ato de dividir (os bens materiais, lucros, gastos, débitos, etc.) de maneira proporcional entre os responsáveis.

“Esta Lei Complementar institui, nos termos do § 3o do art. 198 da Constituição Federal:

I - o valor mínimo e normas de cálculo do montante mínimo a ser aplicado, anualmente, pela União em ações e serviços públicos de saúde;

II - percentuais mínimos do produto da arrecadação de impostos a serem aplicados anualmente pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios em ações e serviços públicos de saúde;

III - critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados aos seus respectivos Municípios, visando à progressiva redução das disparidades regionais;

IV - normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal” (BRASIL, 2012, art. 1).

A Lei 141/2012 não logrou promover alterações relevantes no gasto, com relação às três esferas de governo. O Movimento Saúde + 10, criado pelo diálogo entre diversos movimentos sociais em 2012, defendia que a União destinasse 10% da sua receita corrente bruta (RCB)⁴ para a saúde, contudo, essa proposta não foi contemplada na Lei 141/2012.

Segundo Santos (2014), os movimentos sociais são peças fundamentais para melhoria do SUS, e o Movimento Saúde + 10 teve um papel importante na defesa de mais recursos para a saúde. O movimento ganhou força e, em 2013, apresentou ao Congresso Nacional um Projeto de Lei de Iniciativa Popular (PLC n. 321/2013) com mais de 2,2 milhões de assinaturas auditadas em prol da aplicação mínima de 10% da receita corrente bruta da União em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) (FUNCIA, 2015).

De acordo com Funcia (2015), o Congresso Nacional não considerou a vontade popular e aprovou, ainda em 2013, a Proposta de Emenda à Constituição – PEC n. 358/2013. Em 10 de fevereiro de 2015, tal PEC foi aprovada, pela maioria dos deputados e senadores, como Emenda Constitucional nº 86/2015.

A Emenda Constitucional 86/2015 trouxe mudanças para o método de cálculo das aplicações mínimas em ações e serviços públicos de saúde (ASPS) da União, definindo a aplicação mínima de um percentual da Receita Corrente Líquida (RCL)⁵, de forma crescente, sendo 13,2% da RCL em 2016, 13,7% em 2017, 14,2% em 2018, 14,7% em 2019 e 15% em 2020 (VIEIRA, 2016). Desta forma, segundo Funcia (2015), ocorreu um desrespeito à vontade da população, pois a EC 86/2015 vinculou a aplicação em saúde às receitas correntes

⁴ Conforme mendes(2015): A Receita Corrente Bruta (RCB) é o total das receitas da União sem descontos.

⁵ Segundo a câmara dos deputados (2004): Receita corrente líquida é o somatório das receitas tributárias de um Governo, referentes a contribuições, patrimoniais, industriais, agropecuárias e de serviços, deduzidos os valores das transferências constitucionais.

líquidas, e a proposta popular era de vinculação à receita corrente bruta. Deste modo, acarretando uma depreciação do orçamento da saúde e embasando um dos argumentos da EC 95/2016.

A EC 95/2016 nasceu como PEC 241 e propôs um teto para a despesa primária da União nos valores empenhados de 2016 acrescidos da variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA)⁶, e, para a saúde e educação, o congelamento de gasto valerá a partir de 2017.

Os gastos primários “são aqueles que pressionam o resultado primário, alterando o endividamento líquido do Governo (setor público não financeiro) no exercício financeiro correspondente” (BRASIL, 2017). Para um melhor entendimento, o texto da EC 95/2016 apresenta o que não entra nesse limite de gastos.

§ 6º Não se incluem na base de cálculo e nos limites estabelecidos neste artigo:

I - transferências constitucionais estabelecidas no § 1º do art. 20, no inciso III do parágrafo único do art. 146, no § 5º do art. 153, no art. 157, nos incisos I e II do art. 158, no art. 159 e no § 6º do art. 212, as despesas referentes ao inciso XIV do caput do art. 21, todos da Constituição Federal, e as complementações de que tratam os incisos V e VII do caput do art. 60, deste Ato das Disposições Constitucionais Transitórias;

II - créditos extraordinários a que se refere o § 3º do art. 167 da Constituição Federal;

III - despesas não recorrentes da Justiça Eleitoral com a realização de eleições; e

IV - despesas com aumento de capital de empresas estatais não dependentes. (BRASIL, EC 95, 2016).

Os quatro itens que não entram no teto de gastos são as transferências para estados e municípios, orçamento extra por calamidade pública, as eleições, transferências obrigatórias (como decisões judiciais) e despesas com aumento de capital de empresas estatais não dependentes. Os demais gastos do governo federal receberam um teto do orçamento do ano anterior, mais a variação do IPCA. Segundo Fattorelli (2016), no ano de 2015, os recursos destinados à área da saúde representaram apenas 4,14% do orçamento executado pela União.

Atualmente, o setor saúde, ao qual é destinado menos de 5% do orçamento da União, sofre com a falta de recursos, o que afeta diretamente sua capacidade de suprir as necessidades da população. E o que a EC 95/2016 pode causar na saúde durante sua vigência? Ela pode causar um austericídio no SUS?

⁶ Segundo IBGE (2017): “O IPCA é o índice oficial do Governo Federal para medição das metas inflacionárias, contratadas com o FMI, a partir de julho/99”.

4 ORÇAMENTO PÚBLICO E POLÍTICA DE SAÚDE: AS MUDANÇAS PROMOVIDAS PELA EC 95/2016

O objetivo deste capítulo é identificar as mudanças no orçamento e nas políticas sociais, provocadas pela EC 95/2016. Assim é primordial compreender qual é a importância do orçamento público e das políticas sociais, mas para isso é preciso definir alguns conceitos.

As políticas sociais estão diretamente ligadas aos direitos dos cidadãos, pois o Estado, através delas, deveria assegurar, ao menos, condições mínimas de bem-estar e dignidade para todos, buscando uma maior igualdade social (MARSHALL, 1967 apud VIEIRA et al, 2017, p. 2). Por tanto, as políticas sociais são importantes áreas de atuação estatal para diminuir as desigualdades sociais, agindo, inclusive, sobre as limitações.

Dentre as limitações, estão às áreas nas quais o setor privado não tem interesse de atuar ou que são muito caras, assim deixando boa parte da população descoberta, como já foi a saúde na época anterior à Constituição de 1988, quando só os trabalhadores de carteira assinada ou pagantes de planos privados tinham acesso aos serviços de saúde. Mas para fazer políticas sociais e mantê-las é preciso um orçamento público forte.

O orçamento, na definição do Ministério do Planejamento e Gestão, é um mecanismo do poder executivo, no qual são estimadas as receitas e alocadas as despesas (BRASIL, 2015). O orçamento é o instrumento que o governo utiliza para organizar os recursos financeiros, a partir de três funções orçamentárias: 1) Função alocativa; 2) Função distributiva; e 3) Função estabilizadora. (PALUDO, 2013a, p. 21)

As funções citadas estão relacionadas a um Estado que intervém na economia e opera políticas, assim, utiliza o orçamento para alocar recursos para ofertar bens e serviços, como no caso da saúde. A função distributiva se refere ao uso dos recursos de forma a tornar a sociedade menos desigual. Já a função estabilizadora diz respeito à criação de políticas econômicas e financeiras que promovam o crescimento da economia.

Existem diferentes formas para organizar o orçamento, definidas por características e finalidades próprias. Tais formas são chamadas de técnica orçamentária, mesmo não aprofundando é importante citá-las: existem os formatos Tradicional/Clássico, Desempenho/Funcional, Base-zero, Participativo e Incremental (PALUDO, 2013b, p. 27).

No Brasil, a técnica utilizada é o orçamento programa, este formato integra o orçamento e o planejamento através de objetivos e metas, definidos no programa que é estipulado pelo poder executivo, aprovado e monitorado pelo poder legislativo e julgado pelo judiciário. Este era o formato antes da Emenda Constitucional 86/2015, pois o orçamento era

conhecido como aprovativo, por apenas ser aprovado no legislativo, mas após a EC 86/2015 ele passou a ser conhecido como orçamento impositivo, com essa mudança, parlamentares tem direito a 1,2% da receita corrente líquida, com emendas individuais no orçamento, sendo metade necessariamente destinada à saúde no formato que desejarem e não podendo ser aplicado em despesas de pessoal e encargos sociais.

Existem diversas críticas a este novo modelo, algumas são, o uso do orçamento impositivo para fins eleitorais, assim alocando mal os recursos. Outra crítica é o falso caráter de acréscimo no orçamento da saúde, pelo fato do poder executivo já retirar, no planejamento, o percentual que vai ser aplicado pelo legislativo.

O orçamento programa operacionaliza-se através dos instrumentos de planejamento e gestão: o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA). Este formato foi definido na Lei 4.320/64 e reforçado no Decreto lei 200/1967, mas não entrou em prática até os anos 1990. Foi preciso o Decreto 2.829/1998 para colocá-los em prática (PALUDO, 2013c, p. 26). Nas palavras do professor Augustinho Paludo, os instrumentos são:

- O Plano Plurianual, que vigora por quatro anos, estabelece diretrizes, objetivos e metas da Administração Federal para as despesas de capital e para os programas de duração continuada, veiculando, portanto, um planejamento de médio/longo prazo;
- A Lei de Diretrizes Orçamentárias é elaborada anualmente e objetiva detalhar as metas e prioridades da Administração para o ano subsequente, e orientar a elaboração da Lei Orçamentária Anual, além de dispor sobre alterações tributárias e estabelecer a política de aplicação das agências de fomento;
- A Lei Orçamentária Anual obedece aos parâmetros definidos pela LDO e pelo PPA, e estima as receitas e fixa as despesas de toda a Administração Pública Federal para o ano subsequente. O orçamento é um instrumento que expressa a alocação dos recursos públicos, sendo operacionalizado por meio de ações vinculadas aos programas, que constituem a integração do planejamento com o orçamento (PALUDO, 2013, p. 202).

O PPA é definido no primeiro ano de mandato do presidente e vigora do segundo ano até o primeiro ano do mandato seguinte. Nele são colocadas as diretrizes e metas da administração pública pelos próximos quatro anos. São também estabelecidas as despesas de capital, que são as obras, aquisições de equipamentos, investimentos, inversões financeiras⁷ e por fim amortização da Dívida Pública Federal (DPF)⁸. A amortização da Dívida Pública

⁷ Aquisição de um bem que já foi utilizado por terceiros.

⁸ A dívida pública federal é composta por todas as dívidas contraídas para financiar o déficit orçamentário.

Federal (DPF) está no embasamento da EC 95/2016, apontando que a prioridade do executivo federal nesse momento é seu pagamento tendo em vista à diminuição do déficit público.

A Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) tem vigência de um ano, nela são detalhadas as prioridades e metas do governo federal para o ano subsequente, assim como as mudanças tributárias que vão orientar a LOA. E por fim, a Lei Orçamentária Anual (LOA) que também tem vigência de um ano, seguindo as definições do PPA e da LDO, tem como principal função estimar as receitas e fixar as despesas correntes e de capital. As despesas de capital podem estar associadas a despesas correntes, um exemplo seria a construção de um hospital, a construção seria uma despesa de capital, mas a contratação de funcionários para o hospital é uma despesa corrente, logo, uma definição possível seria que a despesa de capital agrega valor monetário pra o Estado, sendo que a despesa corrente garante a manutenção dos equipamentos públicos.

A EC 95/2016 impõe um novo regime fiscal. O regime fiscal é um conjunto de regras que norteiam os gastos públicos. Conforme Pinto (2016), o novo regime fiscal fixa um eixo estruturante de limite máximo para as despesas primárias, cabe destacar que as despesas correntes estão dentro do grupo das despesas primárias. Assim, a EC 95/2016 institucionaliza uma austeridade para o Governo federal e engessa os instrumentos de planejamento e orçamento público.

Neste formato, a despesa primária só pode crescer no limite do IPCA, nas palavras da EC 95/2016, o gestor não deve fazer:

- I - concessão, a qualquer título, de vantagem, aumento, reajuste ou adequação de remuneração de membros de Poder ou de órgão, de servidores e empregados públicos e militares, exceto dos derivados de sentença judicial transitada em julgado ou de determinação legal decorrente de atos anteriores à entrada em vigor desta Emenda Constitucional;
- II - criação de cargo, emprego ou função que implique aumento de despesa;
- III - alteração de estrutura de carreira que implique aumento de despesa;
- IV - admissão ou contratação de pessoal, a qualquer título, ressalvadas as reposições de cargos de chefia e de direção que não acarretem aumento de despesa e aquelas decorrentes de vacâncias de cargos efetivos ou vitalícios;
- V - realização de concurso público, exceto para as reposições de vacâncias previstas no inciso IV;
- VI - criação ou majoração de auxílios, vantagens, bônus, abonos, verbas de representação ou benefícios de qualquer natureza em favor de membros de Poder, do Ministério Público ou da Defensoria Pública e de servidores e empregados públicos e militares;
- VII - criação de despesa obrigatória; e
- VIII - adoção de medida que implique reajuste de despesa obrigatória acima da variação da inflação, observada a preservação do poder aquisitivo referida

no inciso IV do caput do art. 7º da Constituição Federal (BRASIL, 2016, art. 109).

O gestor não poderá exceder o limite do IPCA, dessa forma não poderá, por exemplo, conceder reajuste aos servidores públicos ou realizar concurso público. Pela EC 95/2016 está vedada qualquer ação que represente aumento nas despesas primárias.

Cabe destacar alguns possíveis significados para o termo austeridade, foco deste trabalho, de forma a compreender a complexidade da EC 95/2016. Há três tipos de usos para o termo austeridade: o primeiro, representando severidade de disciplina; o segundo, um sentido econômico, direcionado a poupar recursos considerados de luxo; e terceiro, uma poupança forçada por uma política de governo (CANTERBERRY, 2015 apud VIEIRA et al, 2017, p. 11). Esta última definição parece ser a que mais se aplica às mudanças que a EC 95/2016 tem promovido no orçamento público e na política de saúde.

A poupança forçada, segundo o governo federal, foi necessária, pois os gastos públicos subiram muito nos últimos anos, e as receitas não acompanharam. Desta forma, a dívida pública subiu exponencialmente e seria preciso um novo regime fiscal para equilibrar o financeiro do Estado (MEIRELLES, 2016). Entretanto, esse é um ponto de vista e uma justificativa possível para a implementação dessa medida austera, não só no Brasil, mas em vários países do mundo.

Outra maneira de compreender essa medida, suas intencionalidades e consequências, tem sido discutida por especialistas das áreas econômica e social, destacando que a EC 95/2016 é uma medida austera com o objetivo de reconfigurar o papel do Estado, reduzindo sua intervenção no campo das políticas sociais, aí inclusa a saúde. Esses especialistas têm alertado para o fato de que essa medida extrema coloca a funcionalidade de serviços públicos em risco. Assim, Vieira (2016) analisa a insuficiência do financiamento, causando uma dificuldade de acesso integral e universal, pode ser agravada em um cenário de uma orçamento menor. E o principal risco segundo Funcia (2017) e a redução gradual de recursos, que sairá do subfinanciamento para o desfinanciamento.

A EC 95/2016 é a representação desta transferência forçada do Estado Brasileiro, sendo a mais expressiva dos últimos anos, e a única a ser constitucionalizada. Ela define um novo *modus operandi* para o Estado, que, mesmo diante da expansão da população e seu envelhecimento nos próximos 20 anos, não poderá alocar mais recursos para a saúde e outras políticas sociais, em função das limitações impostas para as despesas primárias pela EC 95/2016.

A população brasileira, em 2017, atingiu o número de 207,7 milhões de habitantes (IBGE, 2017) e há uma previsão de aumento para aproximadamente 209,4 milhões em 2022 e 216,4 milhões de habitantes em 2030 (FIOCRUZ, 2012). Além disso, prevê-se que a razão entre jovens e idosos passe de 76,5 idosos para cada 100 jovens (em 2022) para uma razão de 110,1 idosos para 100 jovens em 2030 (FIOCRUZ, 2012).

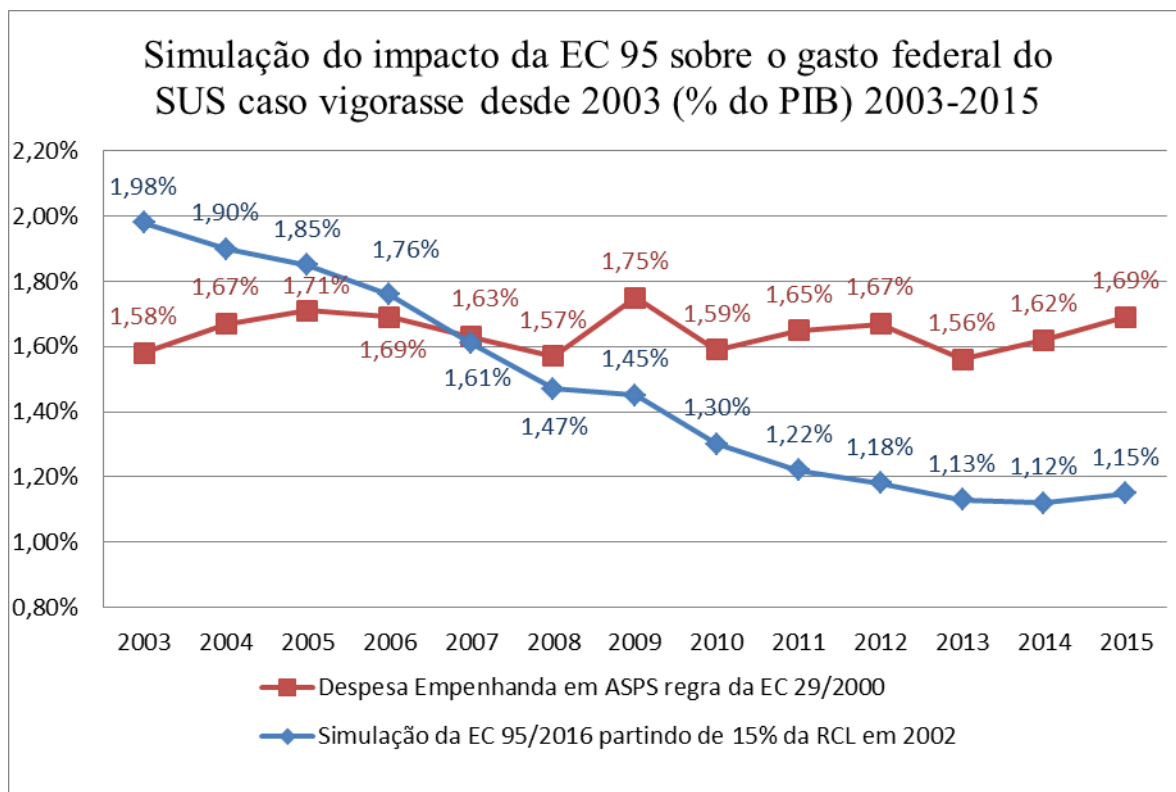
Como a vigência da EC 95/2016 pode chegar a 20 anos, é de suma importância pensar quanto o aumento populacional e o envelhecimento deveriam ser considerados para manutenção do SUS. Mais recursos serão necessários, em um contexto em que a EC 95/2016, tendo como o limite o IPCA, promoverá a diminuição dos recursos para a saúde, já que só vai corrigir o quanto foi defasado pela inflação. Maior população, mais idosos e menos recursos: uma combinação muito nociva para um sistema público universal de saúde como o brasileiro.

Uma forma de obter um panorama melhor do novo regime fiscal proposto pela EC 95/2016 é observar o que ele poderia ter provocado se tivesse vigente no passado. Partindo desse pressuposto, foi feita uma simulação (gráfico 1) que compara o gasto federal com saúde como porcentagem do Produto Interno Bruto (PIB)⁹, partindo de 15% da Receita Corrente Líquida (RCL) e reajustando pelo IPCA, em comparação com as despesas empenhadas com saúde quando regidas pela EC 29/2000.

Assim, o gráfico 1 apresenta uma comparação entre a despesa empenhada em Ações e Serviços Públicos em Saúde (ASPS) segundo a EC 29/2000 e os recursos disponíveis por meio da aplicação da EC 95/2016, como percentual do PIB, entre 2003 e 2015. Em azul, está a curva de recursos sob o novo regime fiscal (EC 95/2016) e, em vermelho os recursos empenhados em saúde segundo as regras da EC 29/2000. Nota-se que a EC 95/2016 começa a simulação bem acima do regime da época, contudo, pela desvinculação do crescimento do PIB, com o passar do tempo, a EC 29/2000 se mantém constante com 1,58% em 2003 e, em 2015, 1,69%. Enquanto a EC 95/2016 apresenta um decréscimo, saindo de 1,98% do PIB em 2003, para 1,15% em 2015, dessa forma, sua vigência deixaria o orçamento menor do que é hoje, podendo piorar o problema de infraestrutura que até hoje persiste no SUS (MENDES, 2014b).

⁹ PIB é a soma monetária de todos os bens e serviços produzidos no Brasil neste ano.

Gráfico 1: Gasto federal em saúde: comparação entre a despesa empenhada em ASPS segundo a EC 29/2000 e os recursos disponíveis por meio da aplicação da EC 95/2016. (% do PIB). 2003 – 2015.



Fonte: Elaboração própria a partir de Vieira e Benevides (2016).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta análise da EC 95/2016 teve como pilar tentar discutir e compreender um tema muito importante, que precisa estar mais próximo da maior parte da população. O sistema público de saúde é a tradução de uma das políticas públicas mais abrangentes do país. No bojo da seguridade social, o sistema universal de saúde é de todos e, não conhecer como ele é mantido o enfraquece, tornando a luta por um sistema melhor mais difícil.

Por isso, é essencial conhecer a história do financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS), entender que o sistema público enfrenta problemas com o financiamento há muito tempo e compreender que a EC 95/2016 não surgiu do nada, mas foi sendo construída há tempos, uma vez que a EC 86/2016 pode ter aberto as portas para medidas mais austeras. A EC 95/2016 não é apenas uma medida para sanear as contas públicas, como é comumente difundido, mas uma estratégia para reduzir o papel e a atuação do Estado.

O orçamento é o instrumento e as políticas sociais são um dos caminhos para diminuir as desigualdades do Brasil. Porém, quando se coloca a austeridade na frente, sem pensar na manutenção das funções do Estado na garantia de direitos sociais e fundamentais, promove-se um austericídio, com consequências sobre vários setores, entre eles, a saúde.

O ano de 2017 é o primeiro ano do novo regime fiscal para saúde, e o orçamento já está definido para 2018, será 15% da Receita Corrente Líquida (RCL) acrescido de 3% que foi a variação do IPCA até julho de 2017 (FUNCIA, 2017). Assim, resta aguardar que seja repensado o regime fiscal, que o Estado assuma sua função com as políticas sociais e não deixe o austericídio continuar em curso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL. Câmara dos Deputados. Agência de notícias da câmara. 2004. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/camaranoticias/noticias/53635.html>>. Acessado em: ago. 2017
- BRASIL. Ministério da Casa Civil. Constituição da República Federativa do Brasil. 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: jul. 2017.
- BRASIL. Ministério da Casa Civil. Lei complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm>. Acesso em: jul. 2017.
- BRASIL, Ministério da Casa Civil. Emenda constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm>. Acesso em: jul. 2017.
- BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Disponível em: <http://www.orcamentofederal.gov.br/glossario-1/glossario_view?letra=D>. Acesso em: jul. 2017.
- FATTORELI, Maria Lúcia. Você está sendo roubado pela PEC 241. 2016. Disponível em: <http://www.auditoriacidada.org.br/blog/2016/10/18/voce-esta-sendo-roubado-pela-pec-241/>. Acesso em: jul. 2017.
- FÓRUM 21; FUNDAÇÃO FRIEDRICH EBERT; GT DE MACRO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE ECONOMIA POLÍTICA (SEP); PLATAFORMA POLÍTICA SOCIAL. Austeridade e retrocesso. Disponível em: <<http://brasildebate.com.br/wp-content/uploads/Austeridade-e-Retrocesso.pdf>>. Acesso em: jul. 2017.
- FUNCIA, Francisco. Implicações da Emenda Constitucional n. 86/2015 para o processo de financiamento do Sistema Único de Saúde. *Revista Consensus*, nº 15, 2015. Acesso em jun. 2017.
- FUNCIA, Francisco. Recursos para o SUS em 2018: A luta começa em 2017! *Revista Domingueira da saúde Gilson carvalho*, nº 24, novembro, 2017. Acesso em nov. 2017. <[http://www.idisa.org.br/img/File/DOMINGUEIRA%202017/Domingueira%20da%20Sa%C3%BAde%20REVISTA%20-%202024%202017%20-%202012%2011%202017\(2\).pdf](http://www.idisa.org.br/img/File/DOMINGUEIRA%202017/Domingueira%20da%20Sa%C3%BAde%20REVISTA%20-%202024%202017%20-%202012%2011%202017(2).pdf)>
- FIOCRUZ. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2012.
- GARCIA, Leila Posenato. Resenha: A ECONOMIA DESUMANA: PORQUE MATA A AUSTERIDADE. *Cad. Saúde Pública*, v. 32, n. 11, nov. 2016.

GUIMARÃES, Ana Carolina Pinto Caram. O Sistema Único de Saúde e suas diretrizes orçamentárias: a regulamentação da Emenda Constitucional n.º 29. *Âmbito Jurídico*, Rio Grande, XV, n. 106, nov. 2012. Acesso em nov. 2016.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IPCA. Disponível em: <<https://www.portalbrasil.net/ipca.htm>>. Acesso em: jul. 2017.

IBGE. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Resolução N°4, de 28 de agosto de 2017: População Residente Segundo as Unidades da Federação e Municípios. 2017. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=58&data=30/08/2017>>. Acesso em: nov. 2017

MENDES. Áquilas. Saúde no Vermelho. *Revista do IDEC*, abr. 2015. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/wpcontent/uploads/2015/04/Entrevista_Aquilas_Mendes_Idec.pdf>. Acesso em ago. 2017

MEIRELLES, Henrique de Campos e OLIVEIRA, Dyogo Henrique. Proposta de Emenda à constituição. Jul, 2016. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1468431>. Acesso em nov. 2017.

PALUDO, Augustinho Vicente. Orçamento público e administração financeira e orçamentária e LRF. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013 Acesso em set. 2017.

PEREIRA, Adelyne Maria Mendes. Descentralização e regionalização em saúde no Brasil e na Espanha: trajetórias, características e condicionantes. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/Fiocruz). Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2014. 229p. Disponível em: <<https://www.capes.gov.br/images/stories/download/pct/mencoeshonrosas/225195.pdf>>. Acesso em: jul. 2017.

PINTO, Élidea Graziane. Novo Regime Fiscal e a constitucionalização do contingenciamento das despesas primárias obrigatórias. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 26, n. 4, p. 1097-1101, 2016.

PIOLA, Sergio et al. Financiamento público da saúde: uma história à procura de rumo. Texto para Discussão n° 1846. Brasília: Ipea, 2013. Disponível em: <<http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/03/financiamento-publico-da-saude-uma-historia-a-procura-de-rumo.pdf>>. Acesso em: jul. 2017.

SANTOS, Ronald Ferreira dos. Saúde Mais 10 luta por mais recursos para o SUS [entrevista na internet]. Recife (PE): *Portal DSS Nordeste*, 07 ago. 2014.. Entrevista concedida a Maira Baracho. Disponível em: <<http://dssbr.org/site/entrevistas/saude-mais-10-luta-por-mais-recursos-para-o-sus/>>. Acessado em: jun. 2017.

SOUZA, Mario Luis Gurgel de e BITTENCOURT, Sidney Aguiar. Regulamentação da Emenda Constitucional n° 29, de 2000 (Piso Constitucional de Aplicação em Saúde). In: *Nota Técnica n° 014*. 2012. CONOF/CD. Acesso em: jun. 2017.

VIEIRA, Fabiola Sulpino. Crise econômica, austeridade fiscal e saúde: que lições podem ser aprendidas? In: *Nota Técnica n° 26*. 2016. Acesso em: nov. 2016.

VIEIRA, Fabiola Sulpino; BENEVIDES, Rodrigo Pucci de Sá. Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do sistema único de saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil. In: *Nota Técnica n° 28*. 2016. Acesso em: nov. 2016.

VIEIRA, Fabiola Sulpino; SANTOS, Isabela Soares; et al. Políticas sociais e austeridade fiscal: Como as políticas sociais são afetadas pelo austericídio da agenda neoliberal no Brasil e no mundo. 2017. acesso em: out. 2017 disponível em : < http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2017/10/Austeridade_Pol%C3%ADticasSociais.pdf>