

# SAÚDE E SEGURIDADE EM TEMPOS DE EC-95: UM ANÁLISE SOBRE O COMPORTAMENTO DOS GASTOS COM SAÚDE À LUZ DA ECONOMIA E ADMINISTRAÇÃO POLÍTICA

Geraldo Medeiros Júnior<sup>1</sup>  
Ana Maria Vicente da Silva

## 1. INTRODUÇÃO

Desde a sua criação, o Sistema Único de Saúde (SUS) caracterizou-se por ser um sistema avançado do ponto de vista do seu arcabouço administrativo. Suas bases legais primaram por uma política de acesso universal, cujos princípios doutrinários e organizativos foram, ao longo dos anos, a base para a implantação do sistema, destacando-se os processos de gerencia e gestão do mesmo em todo o território nacional (MARQUES, 2016).

Assim, destaca-se a importância da administração política do Sistema Único de Saúde para avanços importantes no setor. Segundo Santos (2009) a administração política está relacionada à gestão feita pelo Estado, em interação com a sociedade, tendo a finalidade de atingir o bem-estar social.

Pela gestão cuidadosa em que foi feita, pode-se dizer que estratégias como a do Saúde da família e Agentes Comunitários de Saúde se tornaram importantes êxitos do sistema. Há um processo de gestão da saúde pública que tem sido exemplar, aqui chamado de administração política da saúde (GIOVANELLA, MENDONÇA, ALMEIDA, et al, 2009).

Destaca-se ainda que os avanços foram menores que os necessários para a consolidação do sistema enquanto política capaz de suprir as necessidades de saúde da população. Inequivocamente o SUS é ainda inconcluso, por diversos fatores, dentre os quais, o subfinanciamento é o mais relevante, conforme atestam Mendes e Funcia (2016),

---

<sup>1</sup> Professor Doutor da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB).

Piola e Barros (2016). Além disto, algumas das políticas priorizadas não obtiveram o êxito esperado pela resistência de setores da própria sociedade.

Tais incertezas são reforçadas quando da aprovação da Emenda Constitucional N. 95 que determina o congelamento dos gastos públicos reais pelo período de vinte anos. Esta medida aumenta as incertezas referentes ao financiamento da saúde no país.

O presente artigo tem como objetivo resgatar a discussão do financiamento e gestão do SUS à luz dos impasses decorrentes do ajuste fiscal promovido pelo governo. Há aqui uma tentativa de se fazer o debate, face às incertezas referentes ao próprio futuro do sistema.

Para isto, foram trabalhados os dados relativos à seguridade social, divulgados pela Associação Nacional dos Auditores Fiscais da União (ANFIP), além de consultada a produção recente no que se refere a economia e administração política da saúde.

## 2. A ADMINISTRAÇÃO POLÍTICA DO SUS

A criação do SUS, materializada com a promulgação da Constituição Federal de 1988 e a regulamentação das Leis orgânicas 8.080/90 e 8.142/90, representou importantes avanços e rupturas em relação ao passado. Rompia com um modelo de saúde centrado na doença e ofertado apenas aos trabalhadores que contribuía para a Previdência, para outro que propõe um sistema universal com políticas defensoras da equidade, da integralidade, do controle social, regionalização e hierarquização. Um sistema público com princípios organizativos que norteariam sua gestão. (PAIM, 2013).

A construção de instrumentos de gestão que possibilitassem a concretização do SUS foi feita de forma paulatina e negociada com suas diversas instâncias de gestão, a exemplo da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e da Conferência Nacional de Saúde. Destacam-se, ainda, instrumentos de gestão que compõem seu arcabouço legal, tais como: as Normas Operacionais Básicas (NOBs) em suas reedições nos anos de 1991, 1993, 1996 e 1998, a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS, de 2001), o Pacto pela Saúde (2006) e o Decreto N. 7.508 de 2011, que regulamenta a lei 8.080/90. Todos, fundamentais na estruturação da política de saúde e na garantia de sua efetividade (PAIM, 2013).

Essas normas possibilitaram a estruturação do SUS sob a compreensão de que saúde não era apenas a ausência de doenças. Desde o início se trabalhou com a preocupação de promover uma atenção universal, voltada à prevenção e a promoção à

saúde, possível apenas quando se elege a atenção básica como eixo estruturante do sistema (BRASIL, 2012).

Tal eleição significa entender que os recursos deveriam ser prioritariamente destinados à promoção da saúde e à prevenção de doenças, com o fortalecimento da estrutura e das ações e serviços ofertados nas unidades básicas de saúde, em detrimento aos hospitais. Entende-se que os hospitais e serviços especializados são importantes, mas que a porta de entrada do sistema deveria ser preferencialmente a atenção básica. Cria-se assim uma hierarquia entre atenção primária (básica), secundária (exames e consultas especializadas) e terciária (hospitais), com uma rede de atenção integrada, o que inclui referência e contra referência. (PAIM, 2013)

Para o sucesso de tais medidas há a compreensão de que deve haver uma descentralização da gestão dos recursos, de modo a aproximar o gestor do cidadão. O processo de municipalização é garantido a partir das sucessivas NOBs, tendo destaque especial a NOB 96 que consolida as modalidades de gestão (plena ou parcial). Há assim uma clara transferência de recursos da esfera federal para a municipalização, com importantes consequências para o sucesso das políticas de saúde.

Isso posto, pode-se dizer que o governo federal continuou sendo o maior investidor público na saúde, uma vez que os recursos transferidos aos municípios tinham como fonte principal a própria esfera federal. Além disso, o governo federal continuou pautando as prioridades da política de saúde (MARQUES, 2016).

Nos anos noventa, a partir da NOB 96, houve a consolidação do Programa Saúde da Família, transformado posteriormente em estratégia, como eixo estruturante, com a criação de incentivos variáveis (O PAB variável) para os municípios que avançassem na cobertura da população com serviços deste programa. Naquele momento também foram importantes os mutirões de cirurgias eletivas, que possibilitaram um aumento significativo da oferta de serviços (OCKÉ-REIS, 2012)

Na década seguinte o governo federal criou novos serviços, a exemplo do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Farmácias Populares, além da política de saúde mental sintonizada com o movimento antimanicomial, que promoviam incentivos e recursos extras aos municípios que deles participassem.

Para a esfera estadual coube a função de planejamento, regionalização e pactuação. No que se refere às obrigações financeiras, há uma função um tanto vaga, com o estabelecimento de um percentual mínimo de utilização de recursos próprios.

Aos municípios couberam muitas responsabilidades. O gestor municipal passou a ser designado para realizar as ações referentes aos recursos públicos oriundos das outras esferas de governo. Pela hierarquia criada, esta passa a ser a principal esfera na responsabilização pela gestão na saúde.

Pode-se dizer que o processo de municipalização foi exitoso. Mais que meras transferências, há, de fato, uma mudança na gestão de recursos, com possibilidades de estabelecimento de prioridades por parte do gestor em conjunto com a sociedade organizada a partir de conselhos locais, municipais e conferências de saúde, instâncias de controle social que nascem com o SUS.

Apesar disto, não é possível dizer que o SUS seja um dos poucos exemplos bem-sucedidos de uma administração política no Brasil. Segundo Santos (2009, p.37):

“A administração política nada mais é senão a gestão feita pelo Estado, nas suas relações com a sociedade, para edificar uma certa materialidade visando alcançar as finalidades expressas no bem-estar de uma sociedade ou da humanidade”.

A administração política compreende a necessidade de um modelo de gestão, tendo o Estado como o principal planejador do projeto de país. Nas palavras de Santos:

“A administração política é a expressão das interações do Estado com a sociedade na formação do projeto de nação, logo o modelo de gestão (bases institucionais e organizacionais) constitui o objeto da administração”.  
(SANTOS, 2009).

Aqui se trata, portanto, do Estado que tem a capacidade de conduzir um projeto de nação, em sintonia com a sociedade organizada. Trata-se de um Estado gestor e não apenas um gerente. Ainda segundo Santos (2009, p.25):

“O bom gerente seria aquele capaz de garantir a governabilidade através da adoção de técnicas modernas para a administração desse novo Estado que surgia, mais eficiente e mais transparente, onde o cidadão poderia, ao menos teoricamente, confirmar os resultados práticos dessa mudança”.

Mais que gerente, seria o Estado gestor. Capaz de pensar na política de longo prazo. Ser bem-sucedido na proposta de administração política significa ter a capacidade de pensar estrategicamente o sistema como parte integrante de um projeto de país. Apesar de representar um projeto consistente, o SUS sofreu resistências, recuos, sendo os avanços obtidos apenas às custas de grande mobilização da sociedade organizada. Assim,

não se tornou uma política de Estado, ou mesmo parte de um projeto de nação, mesmo considerando a continuidade das políticas adotadas em algumas gestões.

Pelas normas criadas, há um arcabouço bem formulado, com a estruturação de hierarquias e responsabilidades bem definidas. Dentre os desafios ainda não resolvidos, destaca-se a não efetividade da utilização do cartão SUS, que seria um importante instrumento a possibilitar contabilização dos reais serviços oferecidos aos cidadãos, servindo como base para a Programação Pactuada e Integrada (PPI), além de uma base de dados epidemiológica. Mais que uma identificação do usuário do para o sistema, o cartão SUS deveria ser um importante instrumento de gestão capaz de agregar dados de várias naturezas, tais como: informações clínicas sobre os usuários, sua agregação territorial e seu percurso terapêutico dentro da rede de serviços do SUS, bem como dados referentes aos custos gerados com saúde, para possível planejamento, controle e avaliação das ações ofertadas pelos três níveis de gestão.

O mesmo se pode dizer sobre a Estratégia Saúde da Família. Mesmo sendo eleita na NOB 96 como porta de entrada do sistema, em muitos lugares esta estratégia não logrou atender a totalidade da população. Isso se explica pelas resistências enfrentadas a partir da mobilização do setor hospitalar, ao entender que a ESF poderia significar uma redução na demanda pelos serviços hospitalares a partir do momento em que apresentassem resolutividade, além da pequena oferta de médicos no mercado, face ao aumento da demanda provocado pelos novos serviços criados pelo SUS (GIOVANELLA, MENDONÇA, ALMEIDA, et al, 2009).

Como consequência de tal desequilíbrio, tornou-se impossível para muitos prefeitos conseguir médicos que se adequassem às exigências do Saúde da Família, com carga horária de 40 horas e um maior vínculo com a localidade atendida. Passou a ser comum, especialmente em localidades distantes das maiores cidades, a contratação de médicos por um ou dois dias por semana, embora com contrato de 40 horas semanais (BRASIL, 2012).

Mesmo com um visível hiato entre o SUS planejado e o que foi possível realizar, pode-se dizer que as realizações representam importantes mudanças no quadro epidemiológico.

Tais avanços passam a ser mais concretos a partir da formulação do Pacto pela Saúde em 2006 e, principalmente, com o Decreto 7.508 de 2011, quando o modelo de administração gerencial se torna mais explícito, sendo realizados contratos organizativos

da ação pública da saúde (COAP), com o estabelecimento de mapas de saúde e metas a serem atingidas (MENDES, 2011)

O fato de estabelecer metas pactuadas, com a possibilidade de obtenção de mais recursos orçamentários, é algo importante e demonstra uma nova fase na relação entre municípios e governo federal. A partir de tais pactuações ocorrem importantes mudanças em vários dos indicadores epidemiológicos (MENDES, 2011).

Trata-se de um sistema que vai além do gerencialismo puro. Os indicadores de gerência são fundamentais. Aqui entende-se que estão subordinados à gestão do sistema. A sequência de seguida após a municipalização leva a uma continuidade nas grandes preocupações com a saúde que passam dos critérios de caixa de um primeiro momento para pactuações que seguem a preocupação em resolver grandes problemas de saúde pública existentes no país (SANTOS, 2009).

Tais avanços não são lineares. Ao longo do tempo resistências e retrocessos acontecem, especialmente no que se refere a relação entre os gastos públicos efetivos e as despesas destinadas ao pagamento de juros e encargos da dívida pública.

### 3. SUS, CONTRARREFORMA E RODADAS NEOLIBERALIZANTES

O SUS é parte integrante da Seguridade Social (SS), ao lado da Previdência Social e da Assistência Social. Portanto, o orçamento da SS prevê três políticas: saúde, assistência social e previdência. Está previsto na Constituição Federal (CF) que 30% dos recursos da SS serão destinados ao SUS. Apesar de previsto em lei, isso nunca foi concretizado.

O momento de criação do SUS, com a redemocratização do país e a criação da assembleia constituinte que resulta na CF de 1988, tem, para alguns autores, uma característica de reforma do Estado.

A crise do Estado do bem-estar social e das políticas de inspiração keynesianas na economia, levam a uma nova fase do capitalismo, de domínio de um capital especulativo, em que a riqueza fictícia, desassociada da atividade produtiva, tem importante papel. Como parte deste movimento, o capital financeiro observa no fundo público uma importante fonte de dominação e realização. A ofensiva deste capital, se materializa nas rodadas neoliberalizantes (BRANDÃO, 2017).

Com a crise do Estado do bem-estar social no final dos anos sessenta do século vinte, importantes discussões surgem sobre a reprodução da força de trabalho e do espaço

urbano. David Harvey, a partir das observações de Polanyi a respeito das mercadorias fictícias trabalho, dinheiro e terra, faz importantes considerações a respeito da crítica à crise do Estado do bem-estar social.

As três mercadorias fictícias seriam fundamentais no novo momento, uma vez que o capital necessita desmontar estruturas para continuar se reproduzindo. É através de realizações nas três esferas citadas, que ele se realiza. Assim, para se realizar o capital precisa deslegitimar os espaços públicos, tornando o Estado refém “das forças privadas concentradas”.

Para entender este processo é que Peck, Theodore e Brenner (2012) propõem uma redefinição processual de neoliberalização, por entender ser um processo mais amplo que a literatura tradicional abordou, de modo a romper com uma visão estática e de coordenadas fixas.

Em artigo, Peck, Theodore e Brenner (2012) intitulado “Mal-estar no pós-neoliberalismo” propõem uma periodização, distinguindo dois momentos de neoliberalização, compostas por duas rodadas (fases/faces) de reestruturação regulatória: a Roll-back, de ataque ofensivo,

“em que acontece o desmantelamento de instituições, desorganizando centros de poder, espaços burocráticos, etc., e procurando por diversos dispositivos, disciplinar sujeitos coletivos” (BRANDÃO, 2017, p.6)

A segunda, chamada de Roll-out, de re-regulação,

“há um reentriqueamento, enfrentando modos de governança diversos erigidos anteriormente, e realizando uma incursão e implantação regulatória que garanta modos de conformação aos desígnios dos mercados”. (BRANDÃO, 2017, p.6)

Outra importante discussão é a passagem de um Estado Nacional de Welfare State para outro de regime schumpeteriano de Workfare pós nacional.

As rodadas neoliberalizantes são fundamentais para entender a lógica das políticas públicas implantadas no país. Segundo Brandão (2017), o Brasil viveu nos últimos anos duas rodadas de Roll-back e uma de Roll-out. A primeira de Roll-back foi no governo Fernando Henrique Cardoso (FHC), de caráter agressivo, quando o desmonte do Estado, as políticas de privatização, dentre outras foram definidas. Nos governos Lula e Dilma se vê uma segunda rodada, de caráter Roll-out, quando houve uma importante distribuição

funcional da renda, mas se continuou submisso aos interesses do capital rentista. Por fim, com Temer, há uma volta a rodada Roll-back, com uma agressiva política de desmonte de direitos, de privatização e congelamento de gastos públicos.

Parte-se do pressuposto de que o déficit público crescente levou ao endividamento. Conseqüentemente há a falência do Estado. Sendo isso verdade, haveriam necessidades de reformas administrativa, fiscal, previdenciária e trabalhista, a fim de possibilitar o enxugamento e a modernização do Estado. Cortes expressivos de gastos, privatizações, aumento de impostos e contribuições, são medidas consideradas como necessárias.

O Estado que passara por uma reforma na CF de 1988, sofre uma nova reforma, sendo pensado a partir das políticas neoliberais trazidas pelo governo Collor, a partir de 1990. A sintonia deste governo com o projeto neoliberal não foi total, face iniciativas do mesmo que acabavam por levar a uma forte presença do Estado, a exemplo do fórum ibero americano de chefes de Estados, a construção de Centros Integrados de Atenção à Criança (CIAC), num projeto do Ministério da Saúde, que consistia em escolas integrais com atenção à saúde para o público beneficiado. Por outro lado, vê-se o início de medidas importantes de restrição aos gastos públicos e à presença do Estado.

O projeto neoliberal assume o poder em definitivo a partir do governo FHC, em 1995. É importante salientar que é nesse governo que importantes medidas de estruturação do SUS são tomadas, com a elaboração das NOBS e da NOAS. Ao mesmo tempo, observam-se restrições aos gastos públicos, com a aprovação em 1997 do Fundo de Estabilização Fiscal (FEF), que substitui o Fundo Social de Emergência (FSE), criado em 1994, e que tinham como objetivo retirar gastos da área social para possibilitar o pagamento de juros da dívida pública.

Trata-se, portanto, da concepção de que é necessário subordinar a política fiscal aos interesses do capital financeiro. A formulação de uma política monetária ativa com altas taxas de juros faz com que o pagamento de juros cresça de forma significativa. Também, que capitais especulativos do mundo inteiro procurem o Brasil pelo fato de terem inédita lucratividade. Para poder honrar com os pagamentos de juros crescentes o governo necessita cortar gastos, privatizar empresas, diminuir a sua presença na economia.

A subtração de recursos realizada pelo FSE e, posteriormente, pelo FEF é renovada a partir da criação da Desvinculação das Receitas da União (DRU) em 2000. A partir desta última medida, 20% dos recursos da SS passam a ser retirados para possibilitar



o pagamento de juros da dívida. A partir de 2016, a DRU passa retirar 30% dos recursos da Seguridade Social.

Cria-se assim uma anomalia. A SS possui recursos insuficientes para financiar saúde, previdência e assistência. No caso da Previdência, com a inclusão de trabalhadores rurais entre os beneficiados, sem que fosse criada uma nova fonte de recursos, faz com que suas contas passem a ser deficitárias. Na saúde, claramente, como atestam Mendes (2012) e Marques, Piolla e Ocké-Reis (2016), o maior problema é o subfinanciamento.

A conjunção de subfinanciamento com abundância de recursos é contraditória. Faz com que grande parte dos esforços lançados ao longo das últimas décadas seja no sentido de garantir novas fontes de financiamentos para a saúde. É neste contexto que é criado o Imposto Provisório sobre Movimentações Financeiras (IPMF), no período 1993-1995, depois rebatizado de Contribuição Provisória sobre Movimentações Financeiras (CPMF), aplicada no período entre 1997 e 2007. Invariavelmente se debate no Congresso a possibilidade de volta do imposto, como necessário para o financiamento da saúde.

Após a retirada de recursos promovida pela DRU, a saúde acaba não tendo os recursos suficientes para o seu financiamento. Com isso, busca-se a CPMF para garantir uma fonte perene de financiamento para o setor. O que se observa é que em nenhum momento a CPMF (ou IPMF) veio a significar um incremento de recursos para o setor, mas antes possibilitou a liberação de recursos para o pagamento de juros da dívida.

A subordinação da lógica do Estado às rodadas neoliberalizantes é uma tônica presente nos últimos anos. O debate sobre o financiamento da saúde continua sendo importante, especialmente pelo fato de que a DRU sobre a Seguridade Social tem sido renovada sistematicamente pelo Congresso Nacional.

#### 4. FINANCIAMENTO E ECONOMIA POLÍTICA DA SAÚDE

As incertezas quanto ao financiamento da saúde fizeram com que este seja um debate travado desde o início do SUS, sem um desfecho definitivo.

Durante os anos noventa a instalação da CPMF/IPMF norteou grande parte dos debates. A desilusão anunciada pelo ex ministro da Saúde Adib Jatene em 1996 (Folha de S. Paulo, 05/11/1996), quando anunciou ter sido enganado na luta pela aprovação da contribuição, vindo a pedir demissão em seguida, é sintomático neste sentido.

As discussões sobre a CPMF foram obscurecidas pela EC-29, que mobilizou muitos dos esforços durante uma década. Pela emenda aprovada em 2000, houve a

definição de como se dariam as responsabilidades nos gastos de saúde por parte das três esferas de governo (MENDES, 2012).

A esfera municipal precisaria investir um percentual mínimo de recursos próprios, de forma crescente, até chegar em 15% no ano de 2005. Para a esfera estadual, definiu-se a utilização de 12% dos recursos próprios a partir 2005. Como resultado, se viu que, de fato, foram investidos mais recursos na saúde pública no país (MENDES, 2012).

Uma importante discussão, não deixada suficientemente clara na EC-29, dizia respeito às responsabilidades do governo federal. Pela emenda, os gastos tomariam como parâmetro o crescimento do PIB real, significando que além da reposição da inflação seriam aumentados gastos a partir do crescimento real da economia, o que possibilitaria novos recursos a cada ano. As divergências, que se arrastaram por uma década, residiram sobre qual seria o ano base para calcular o crescimento. Seria uma base móvel, sendo reajustada ano a ano ou uma base fixa? Tais divergências fizeram o Ministério da Fazenda adotar uma base conservadora, de modo que o crescimento dos gastos com saúde tenha sido inferior ao esperado.

Tal dúvida é resolvida com a aprovação da EC-86, em 2015, que define a aplicação mínima da União. É abandonado o critério do crescimento da economia e adotado o percentual de uma participação na Receita Corrente Líquida da União. Como transição, haverá um aumento paulatino no percentual a ser aplicado, sendo de 13,2% em 2016, 13,7% em 2017, 14,1% em 2018, 14,5% em 2019 e 15% em 2020. A partir deste último ano o percentual se estabilizará. (VIEIRA e BENEVIDES, 2016)

Autores a exemplo de Mendes (2012) mostram que a adoção do novo critério por si só já significa um importante retrocesso no financiamento da saúde, em relação ao critério anteriormente utilizado.

É importante salientar que a EC-29 só foi regulamentada em 2012, com a aprovação da Lei Complementar Nº 141. Durante o período de mais de uma década permaneceu a dúvida sobre o que seriam serviços e ações com saúde. Isso possibilitou neste ínterim aprovação de contas de municípios e estados que lançaram itens como fardamentos de policiais, programa do leite ou despoluição da Baía de Guanabara como gastos com saúde.

Em seguida a aprovação da EC-86 ocorre o impeachment da Presidenta Dilma Rousseff em 2016. A partir deste ano retorna ao poder de forma mais explícita uma nova etapa do projeto neoliberalizante. Há a clareza da necessidade de redução do tamanho do Estado, a partir da volta do diagnóstico de sua falência. O passo seguinte seria novamente

reduzir gastos, privatizar estatais, seguindo o mesmo receituário de antes (VIEIRA e BENEVIDES, 2016).

O governo adota o que chama de Novo Regime Fiscal (NRF). Como parte desta estratégia consegue aprovar no Congresso Nacional a EC-95 que congela os gastos públicos reais por vinte anos, iniciando por 2018. Pela medida, os gastos do governo terão como parâmetro de reajuste a inflação, impossibilitando aumentos reais dos mesmos. Na prática, isso significará congelar a aplicação de recursos pelo prazo de vinte anos (VIEIRA e BENEVIDES, 2016).

Considerando que a discussão se origina num período de retração econômica, significa, na prática que a base de cálculo já se dá num nível inferior ao que já foi gasto em um ano anterior, conforme atestam Vieira e Benevides (2016). Esses autores afirmam que o valor empenhado em 2015 é superior ao realizado no ano seguinte em virtude da profunda recessão gerada no país a partir de 2015. Após diversas discussões estabeleceu-se o ano de 2017 como base de cálculo, com a EC-95 iniciando a sua aplicação a partir de 2018. Isso não resolve o problema, porque o ano de 2017 representa também uma continuidade do período recessivo.

O custo social de tal aprovação é imenso. Vieira e Benevides (2016), além de Mendes (2016) calculam os impactos negativos de tal medida. Para isto, estabelecem três cenários: com o critério inicial relacionado ao PIB, com o percentual estabelecido pela EC-86 e, por fim, com os critérios estabelecidos pela EC-95.

Quando utilizados os critérios das emendas 86 e 95, observam-se decréscimos significativos nos valores disponibilizados para o setor. Isso a despeito do crescimento da população, do envelhecimento da mesma (o que faz demandar por tipos específicos de especialidades, muitas com custos mais altos), além de desconsiderar que o sistema ainda está em construção, demandando maior custeio e muitos investimentos. Praticamente se anula a possibilidade de investimentos nos próximos vinte anos.

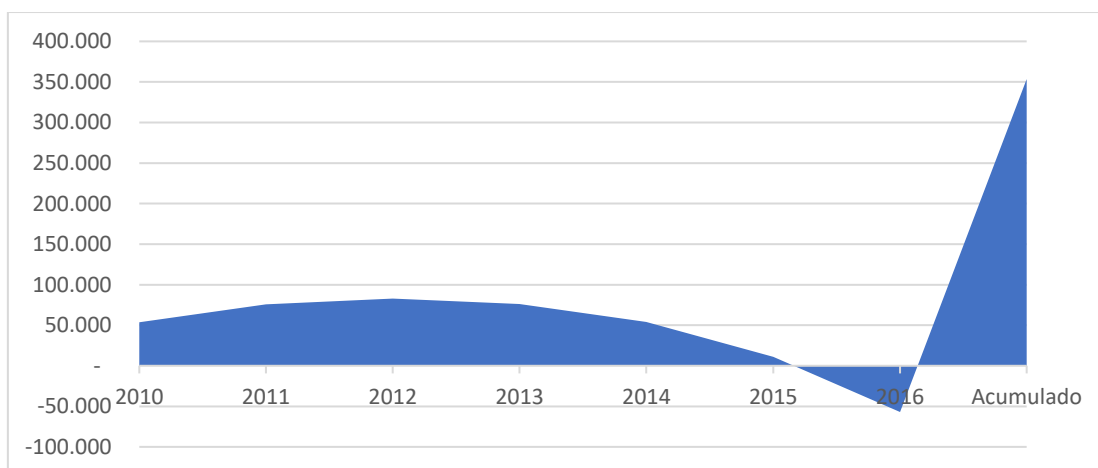
É importante dizer que há uma mudança na lógica do financiamento. Até então a preocupação predominante era de estabelecer os percentuais mínimos de gastos. Na prática observou-se que os gastos se acomodaram perto desses percentuais mínimos estabelecidos, o que levaria a discussão a de estabelecer formas para gastar mais. Muitos municípios passaram a gastar acima do mínimo obrigatório. Agora, há uma impossibilidade de se gastar mais. O parâmetro passa a ser o máximo, o que impossibilita investimentos mais ousados.

## 5. IMPASSES E RETROCESSOS NO FINANCIAMENTO DA SAÚDE

O aumento da retirada de recursos para a DRU, de 20% para 30%, teve importantes reflexos no comportamento do resultado da SS. No ano de 2016 o acréscimo foi de R\$ 36 bilhões, num momento em que todos os indicadores reais da economia caíam. Como consequência, ocorre um déficit de fato na SS, fabricado por esta retirada, pelas desonerações fiscais, além da subestimação de receitas e superestimação de despesas.

O gráfico 1 mostra o período em que o resultado da SS foi superavitário. A área positiva significa um resultado acumulado entre 2005 e 2016 de R\$ 353 bilhões. A partir de 2015 fabrica-se um déficit, pelas razões aqui já apontadas. A ANFIP (2017) defende que os recursos da SS sejam utilizados no próprio setor. Se tal fato acontecesse não haveria déficit. A submissão do orçamento da SS a lógica do capital financeiro é que produz o déficit.

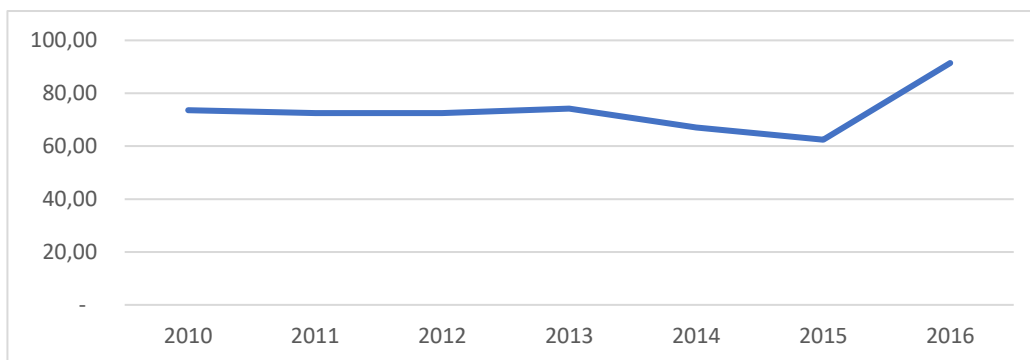
Gráfico 1 – Resultado da Seguridade Social – em milhões de R\$



Fonte: Elaboração própria a partir de Anfip (2017).

Tal relação é válida quando se compara o que é utilizado para a DRU, como o que foi gasto com saúde. O gráfico 2 mostra que a desvinculação produzida pela DRU poderia aumentar em média 80% os recursos do SUS. Como se trata de um setor que convive com o subfinanciamento, a consciência de que existem recursos disponíveis para o setor, poderia levar a sociedade organizada para outro tipo de luta. Em 2016 esses recursos chegam a 91% do orçamento da saúde.

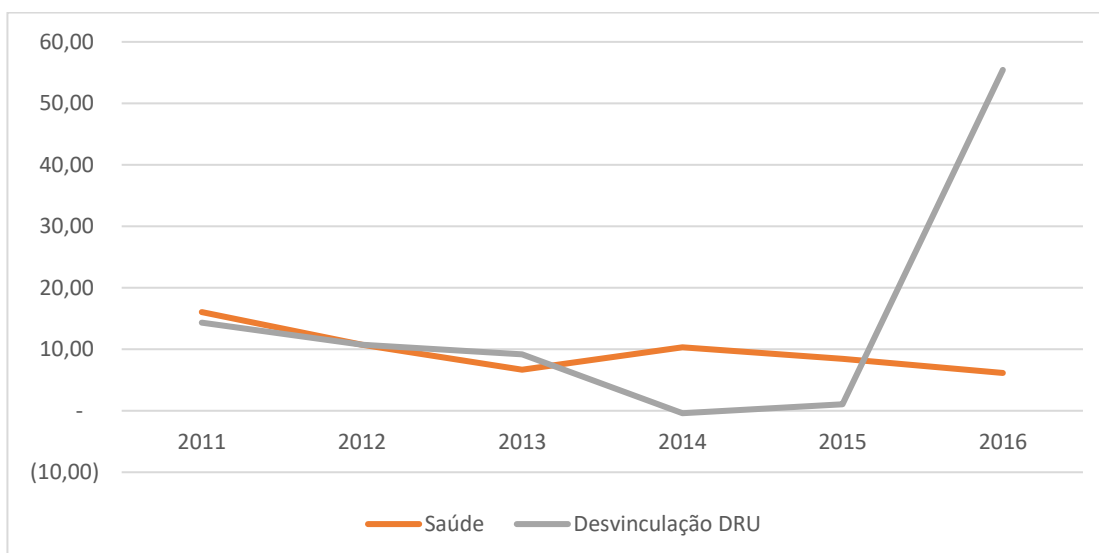
Gráfico 2 – Relação entre recursos da DRU e da saúde (%)



Fonte: Elaboração própria a partir de Anfip (2017).

Quando se observa o crescimento anual das duas variáveis, outras questões aparecem. Com a crise econômica e a aprovação da EC-95, observa-se uma clara tendência de queda dos gastos com saúde. É neste período que os recursos da DRU crescem de forma significativa. Apenas em 2016 o crescimento ultrapassa 50%. Se em tempos de crescimento econômico havia um comportamento positivo das duas variáveis, na crise tal situação se modifica.

Gráfico 3 – Crescimento anual dos recursos da DRU e da saúde (%)

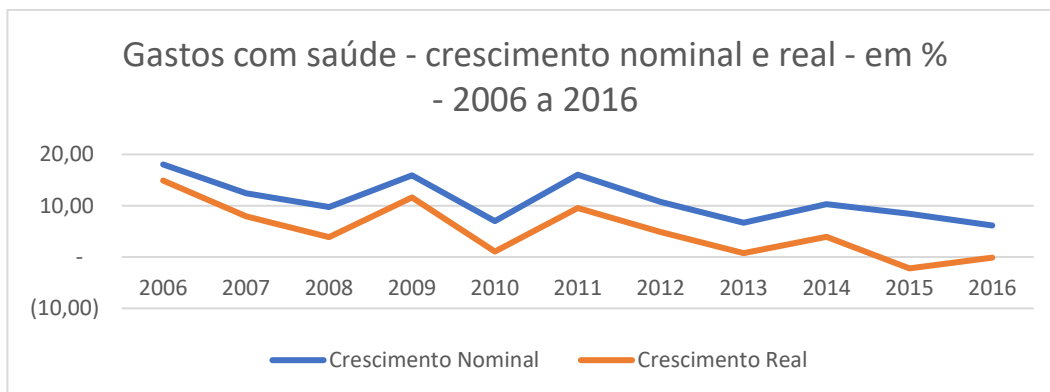


Fonte: Elaboração própria a partir de Anfip (2017).

O acompanhamento da utilização dos recursos da saúde revela importantes comportamentos nas variáveis envolvidos. A observação do comportamento dos gastos com saúde é um exemplo. O cumprimento da EC-29 possibilitou importantes aumentos no volume de recursos destinado ao SUS. Entre 2005 e 2016 os gastos com saúde

aumentaram 214% em termos nominais ou 10,5% em termos reais. Isso significa um crescimento real médio de 5,63% por ano. O gráfico 4, abaixo, mostra a evolução do crescimento anual dos gastos com saúde nos anos escolhidos.

Gráfico 4 – Gastos com saúde – crescimento nominal e real – em % - 2006-2015



Fonte: Elaboração própria. Dados: Anfip, 2017.

Pelo gráfico é possível concluir que em no período compreendido entre 2006 (tendo como base 2005) e 2014, em todos os anos aconteceram aumentos reais nos gastos com saúde. Tal comportamento é uma consequência imediata do fato da economia brasileira ter crescido de forma significativa no período e do cumprimento da EC-29 (independentemente do critério utilizado).

A partir do ano de 2015 acontece um crescimento real negativo de 2,21% e de 0,14% em 2016. Tal fato é resultante da queda do ritmo do crescimento econômico. A partir do momento em que a economia decresce, desaparece o crescimento real dos gastos com saúde. Como aqui já analisado, as bases para a aplicação EC-95 acontecerão num período em que a economia apenas decresce, sem perspectivas de um novo período de crescimento.

Os dados aparentemente positivos dos gastos reais têm outro significado quando se trabalha com o gasto per capita real. No período 2006 a 2016 esses gastos cresceram 45,35%. Para haver um crescimento do gasto per capita é necessário que o percentual de aumento dos gastos reais com saúde seja maior que o percentual de crescimento da população.

Gráfico 5 – Crescimento anual do gasto per capita com saúde (%) – 2005-2010



Fonte: Elaboração própria. Dados: Anfip, 2017.

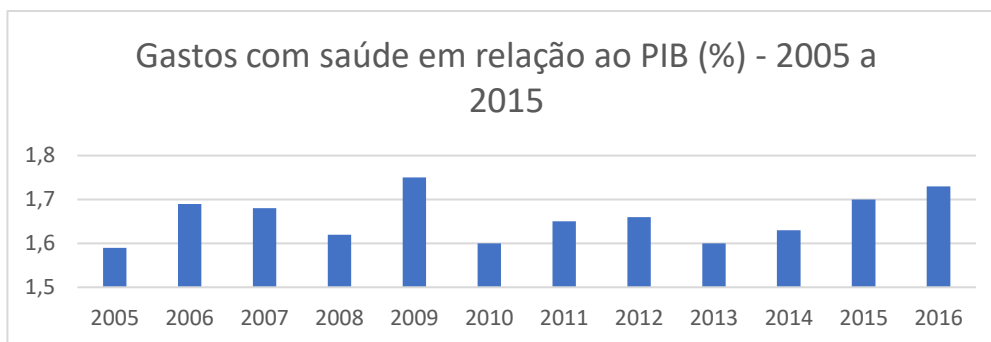
O gráfico 05, acima, demonstra a dependência do crescimento dos gastos per capita do crescimento real dos gastos com saúde que, por sua vez, estão vinculados ao comportamento do PIB. Nos anos de 2008 e 2013 observam-se crescimentos negativos, embora neste período tenha se observado aumento dos gastos totais com saúde. A forte queda do ano de 2015 é um importante indicador do que deverá acontecer nos próximos anos com a aprovação da EC-95. O aumento em 2016 está muito mais vinculado ao fato de que a

Como os gastos com saúde serão corrigidos pelo IPCA, sendo apenas protegidos pela inflação, o crescimento real dos gastos com saúde, portanto, será nulo. Como a população continua crescendo, em todos os anos haverá crescimento negativo dos gastos per capita. Em 2016 o gasto per capita real chegou em R\$ 526,00, o que significa um gasto de R\$ 43,83 por mês, claramente insuficiente para oferecer um serviço de boa qualidade.

Portanto, mesmo com a evolução obtida nos anos em análise, ainda assim o gasto per capita com saúde continua baixo. A EC-95 condena a população a vinte anos de decréscimo, o que poderá tornar os gastos per capita a um nível inferior ao praticado em 2005.

Outra importante relação são os gastos do governo federal com saúde em relação ao PIB. O gráfico 6 revela que o crescimento dos gastos com saúde foi tímido em relação ao crescimento da economia. Mesmo com o importante crescimento, o percentual obtido em 2016 é ainda inferior ao de 2009. Inequivocamente se gasta pouco com saúde, quando comparado a outros países. O aumento obtido no percentual de 2016 se deve a queda do PIB e não ao aumento dos gastos da saúde.

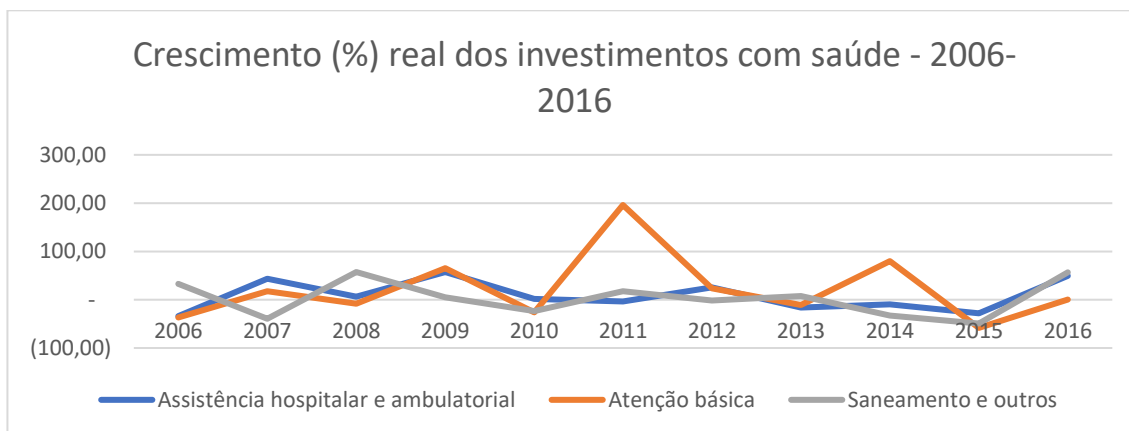
Gráfico 6 – Gastos com saúde em relação ao PIB (%) – 2005-2015



Fonte: Elaboração própria. Dados: Anfip, 2017.

Isto se reflete no crescimento dos investimentos. O gráfico 4 mostra o crescimento anual real dos investimentos em saúde, divididos entre atenção básica, assistência hospitalar e ambulatorial e outros gastos. Ao longo dos anos se vê oscilações. Até 2014 é nítido que a atenção básica apresenta crescimento maior. A partir da crise, a atenção básica é a que mostra maior queda. Isso implica que se tende a investir menos na atenção básica, setor visto como estratégico para a construção do modelo de atenção à saúde.

Gráfico 7 – Crescimento anual dos investimentos reais com saúde – em % - 2006-2015



Fonte: Elaboração própria. Dados: Anfip, 2017.

A exemplo dos outros indicadores, a partir da crise econômica o crescimento dos investimentos passa a ser negativo. A tendência é que com a entrada em vigor da PEC-95 esses indicadores tendam a serem ainda mais negativos, por haver a tendência de se manter apenas o custeio do sistema.



## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A nova etapa das rodadas neoliberalizantes colocam o SUS numa encruzilhada histórica. Se muitos foram os avanços na construção de uma administração política do sistema, especialmente influenciados pelo modelo de administração gerencial, o debate atual se desloca para a incerteza quanto a continuidade de um sistema de saúde pública no país. Inequivocamente, a despeito da falta de um projeto claro de desenvolvimento para o país, o SUS se configura, mesmo com o atual quadro, em um dos mais avançados modelos de administração política no Brasil. As diversas normas criadas e executadas ao longo dos anos formam uma das experiências mais exitosas que se conhece na administração pública.

Ao mesmo tempo as discussões relativas ao financiamento do SUS tiveram importantes etapas ao longo da história do sistema. Etapas como a da descentralização dos serviços, a criação da EC-29 e sua regulamentação tardia, dentre outras, foram importantes no sentido de garantir aumento das receitas para a saúde pública. Mesmo com elas, o sistema continua sofrendo de um subfinanciamento crônico, o que impede que os avanços trazidos pela administração política sejam plenamente executados.

O problema aparente de subfinanciamento ou de falta de fontes de financiamento é desmentido pelos sucessivos superávits apresentados na execução orçamentária da Seguridade Social. Além de superávits, quantias significativas foram e são desvinculadas deste orçamento para o pagamento de juros da dívida pública. Inequivocamente, se os recursos da SS fossem a ela mesma destinados não haveria problema de subfinanciamento.

Mesmo assim, os avanços inequívocos obtidos pela Emenda-29 e sua regulamentação fizeram com que o debate sobre o financiamento se deslocasse da aplicação de mínimos constitucionais para outros parâmetros, de modo a garantir a efetividade do sistema.

Ao mesmo tempo, o sucesso dos instrumentos de planejamento, acompanhamento e avaliação do SUS fizeram com que passasse a fazer parte da agenda um aperfeiçoamento das metas, contratos e pactuações, de modo a atender às reais necessidades epidemiológicas existentes.

Por outro lado, a análise das receitas obtidas para a saúde nos últimos anos revela que, apesar de importantes, os acréscimos de recursos nos últimos anos foram insuficientes para trazer uma relação gasto com saúde/PIB confortável, ou mesmo garantir uma harmonia entre os instrumentos de administração política e a possibilidade

de uma economia política do SUS. A dissintonia entre administração política e economia política fica clara quando trabalhados os dados do financiamento.

A aprovação da PEC-95 amplia o problema, mudando completamente o debate. A partir da decisão tomada de substituir o mínimo pelo máximo, com a impossibilidade do setor em receber aumento real de recursos, a tendência é de um desmantelamento do sistema, com importantes repercussões sobre o sólido arcabouço administrativo montado.

Afinal, com o aumento a manutenção de recursos reais no mesmo patamar e considerando o crescimento populacional esperado, haverá uma queda significativa dos gastos per capita com saúde. Também, considerando que em breve a economia deverá voltar a crescer, a relação gasto com saúde/PIB apenas decrescerá, indicador que já mostrava números pífios ao longo dos anos.

O prazo de vinte anos é por demais longo, especialmente porque o novo modelo de administração política que se desenha para o país é completamente subordinado a etapa Roll-back das rodadas neoliberalizantes. O custo social em um país com uma dívida social histórica poderá ser alto demais, ao ponto de condenar mais de uma geração que virá pela frente.

## 7. REFERÊNCIAS

ANDRADE, L.O.M. **SUS passo a passo: gestão e financiamento**. São Paulo: Hucitec, 2001.

ANFIP. **Análise da Seguridade Social 2016**. Associação Nacional dos Auditores Fiscais da Receita Federal do Brasil e Fundação ANFIP de estudos da Seguridade Social e Tributário. Brasília: ANFIP, 2017.

BRANDÃO, Carlos. Crise e rodadas de neoliberalização: impactos nos espaços metropolitanos e no mundo do trabalho no Brasil. *Cadernos Metrópole*, São Paulo, v. 19, n. 38, pp. 77-98, 2017.

BRASIL. Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*. Brasília, 2011.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: MS; 2012.

FRANCESE, Cibele. Administração pública em contexto de mudança: desafios para o gestor de políticas públicas. In: IBAÑEZ, Nelson; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon; SEIXAS, Paulo Henrique D'Ángelo. Política e gestão pública em saúde. São Paulo: Hucitec Editora: Celag, 2011.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M.; ALMEIDA, PF; ESCOREL, S; SENNA, M.C.M; FAUSTO, M.C.R.; DELGADO, M.M., ANDRADE, C.L.T.; CUNHA, M.S.; MARTINS, M.I.C.; TEIXEIRA, C.P. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. CienSaudeColet 2009; 14(Supl. 3):783-794.

MARQUES, Rosa Maria. O direito à saúde no mundo. In: MARQUES, R.M.; PIOLA, S.F.; ROA, A.C. In: Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento. Rio de Janeiro: Abres; Brasília: Ministério da Saúde, Departamento de Economia da Saúde, investimentos e desenvolvimento; OPAS/OMS no Brasil, 2016.

MARQUES, Rosa Maria; PIOLA, Sérgio Francisco; OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. O financiamento do SUS numa perspectiva futura. In: MARQUES, R.M.; PIOLA, S.F.; ROA, A.C. Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento. Rio de Janeiro: Abres; Brasília: Ministério da Saúde, Departamento de Economia da Saúde, investimentos e desenvolvimento; OPAS/OMS no Brasil, 2016.

MENDES, Áquilas. Tempos turbulentos na saúde pública brasileira: os impasses do financiamento no capitalismo financeirizado. São Paulo: Hucitec, 2012.

MENDES, Áquilas; FUNCIA, Francisco Rózsa. O SUS e seu financiamento. In: MARQUES, R.M.; PIOLA, S.F.; ROA, A.C. Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento. Rio de Janeiro: Abres; Brasília: Ministério da Saúde, Departamento de Economia da Saúde, investimentos e desenvolvimento; OPAS/OMS no Brasil, 2016.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: 2011.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. SUS – o desafio de ser único. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

PAIM, J.S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

PAIM, Jairnilson Paim. Reforma Sanitária brasileira – contribuição para a compreensão crítica. 2ª reimpressão. Salvador: EDUFBA; São Paulo: Fiocruz, 2013.

PECK, Jamie; THEODORE, Nik; BRENNER, Neil. Mal-estar no pós-neoliberalismo. Revista Novos Estudos. Março, 2012.

PIOLA, Sérgio Francisco.; BARROS, Maria Elizabeth. O financiamento dos serviços de saúde no Brasil. MARQUES, R.M.; PIOLA, S.F.; ROA, A.C. In: Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento. Rio de Janeiro: Abres; Brasília: Ministério da Saúde, Departamento de Economia da Saúde, investimentos e desenvolvimento; OPAS/OMS no Brasil, 2016.

SANTOS, Reginaldo Souza. A administração política como campo do conhecimento. 2 ed. Salvador: FEAUFBA; São Paulo: Hucitec-Mandacaru, 2009.

SANTOS, Reginaldo Souza. Keynes e a proposta da administração política para o capitalismo: uma crítica aos pressupostos da externalidade do Estado e da crise fiscal. São Paulo: Hucitec, 2010.

SANTOS, Reginaldo Souza; RIBEIRO, Elizabeth Matos. A administração política brasileira. Revista de Administração Pública. Rio de Janeiro, out/dez 1993.

SANTOS, Reginaldo Souza; RIBEIRO, Elizabeth Matos; RIBEIRO, Mônica Matos; SANTOS, Thiago Chagas Silva; COSTA, Vinicius Mendes da. Reestruturação produtiva do Estado brasileiro na perspectiva do projeto neoliberal. Revista de Administração Pública (RAP), Rio de Janeiro, jan/fev 2004.

VIEIRA, Fabíola; BENEVIDES, Rodrigo Pucci de Sá. O direito à saúde no Brasil à saúde no Brasil em tempos de crise econômica, ajuste fiscal e reforma implícita do Estado. Revista de Estudos e pesquisas sobre as Américas. V. 10. N.3, 2016.