



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE DIREITO
PROGRAMA DE GRADUAÇÃO EM DIREITO

HEBERT SOUZA SANTOS

A AUSTERIDADE FISCAL E A CRISE SANITÁRIA:

Um estudo acerca dos efeitos da dívida pública brasileira e da emenda constitucional do teto de gasto (EC nº 95/2016) no financiamento da saúde pública (2008-2021)

Salvador

2023

A AUSTERIDADE FISCAL E A CRISE SANITÁRIA:

Um estudo acerca dos efeitos da dívida pública brasileira e da emenda constitucional do teto de gasto (EC nº 95/2016) no financiamento da saúde pública (2008-2021)

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Direito da Universidade Federal da Bahia (UFBA) para obtenção do grau de Bacharel em Direito, sob orientação do Professor Doutor Andre Portella.

Salvador

2023

HEBERT SOUZA SANTOS

A AUSTERIDADE FISCAL E A CRISE SANITÁRIA: Um estudo acerca dos efeitos da dívida pública brasileira e da emenda constitucional do teto de gasto (EC nº 95/2016) no financiamento da saúde pública (2008-2021)

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Direito, Faculdade de Direito, da Universidade Federal da Bahia.

Salvador, 23 de junho de 2023

BANCA EXAMINADORA

André Alves Portella – Orientador _____

Mestre e Doutor em Direito Financeiro e Tributário pela Universidad Complutense de Madrid (Menção Honrosa "Doctors Europeus")

Jonnas Esmeraldo Marques de Vasconcelos – 1º examinador da banca _____

Mestre em Direitos Humanos e Doutor em Direito Econômico pela Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo (USP)

Harrison Ferreira Leite – 2º examinador da banca _____

Mestre em Direito Público e Doutor em Direito Tributário pela UFRGS, com pesquisa desenvolvida na University of Edinburgh no ano de 2008 (Bolsista CAPES)



ATA DE DEFESA DE MONOGRAFIA PARA CONCLUSÃO DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM DIREITO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA – UFBA

Ao(s) vinte e três dia(s) de junho do ano de 2023, realizou-se, na Faculdade de Direito da UFBA, a sessão de Defesa da Monografia Final do (a) bacharelando (a) Hebert Souza Santos, intitulada A austeridade fiscal e a crise sanitária: um estudo acerca dos efeitos da dívida pública brasileira e da emenda constitucional do teto de gastos (EC 95/2016) no financiamento da saúde pública, estando presente o (a) prof.(a) orientador(a) André Alves Portella e os demais componentes da Banca Examinadora, Prof(a) Jonnas Esmeraldo de Marques Vasconcelos e Prof(a) Harrison Ferreira Leite.

Ativar o Win
Acesse Configura

Dando início aos trabalhos, o presidente da banca, seguindo as regras da Resolução nº. 01/2019- CCGD, estabeleceu o prazo de 15 (quinze) minutos, improrrogáveis para o examinado apresentar e fazer a defesa de sua monografia. Às 09:18 horas o examinado iniciou a sua exposição concluindo às 09:33 horas. Em seguida, o examinado foi submetido à arguição do trabalho apresentado, tendo a Banca se revezado no elenco de perguntas e considerações formuladas. Finalizados os trabalhos, a Banca Examinadora passou a atribuir individualmente notas, levando em consideração as finalidades descritas da Resolução nº. 01/2019-CCCD, considerando o (a) examinado (a) Hebert Souza Santos com nota 10 (dez), observando o art. 26, da multicitada Resolução. E nada mais havendo a registrar, eu, André Alves Portella lavrei a presente Ata, que após lida e achada conforme vai assinada pelos integrantes da Banca Examinadora.

Salvador, 23 de junho de 2023.

Assinaturas dos Membros da Banca

ANDRE ALVES PORTELLA Assinado de forma digital por ANDRE ALVES PORTELLA
Dados: 2023.06.27 07:53:19 -03'00'

HARRISON FERREIRA LEITE Assinado de forma digital por HARRISON FERREIRA LEITE
Dados: 2023.06.26 16:48:40 -03'00'



Ativar o Win
Acesse Configura

AGRADECIMENTOS:

Agradeço nestas poucas linhas aos meus pais e minha família, Homobono e Josenice Santos, pela minha formação ético-pessoal e pela paciência e escuta que se fizeram necessárias no curso de produção deste trabalho e da minha construção intelectual.

Agradeço ao meu companheiro, Ricardo Barreto, pela dedicação e afeto demonstrado ao longo dos anos e, sobretudo, pelos diálogos e debates diante do expressivo empenho bibliográfico e revisão desta pesquisa.

Finalmente, agradeço ao meu filho, João Santos, pelo seu amor e sua compreensão nos momentos em que mais exigir de mim, enquanto sua companhia tornou-se o recôndito de paz e serenidade.

Complementa-se ao curso de agradecimentos, minha homenagem aos meus companheiros e minhas companheiras frente ao longo rol de aprendizado que pude agregar e constituir com cada um deles. Agradeço aos meus amigos do Instituto Federal da Bahia (IFBA), aos quais cito nominalmente: Ana Paula Amaral, Carine Santana, Grimaldo Cabral e Pamela Almeida; e a minha irmã, Michele Santos.

Agradeço também aos meus companheiros de luta política e os de estágio, Igor Carvalho, Jackson Vieira, Andréa Santos, Isabela Salomão, Matheus Carvalho, Caloan Guajardo e Géssica Aielin, bem como aos queridos gêmeos, Jorge Barros e Luiz Felipe Campos. Oportunamente, registro meus agradecimento aos supervisores de estágio, em especial, ao Dr. Érico Vieira e a Dra. Laurita Caribé, e aos servidores, em especial Uelinton Ribeiro, pelo crescimento e maturidade profissional proporcionado.

Presto meus maiores agradecimentos ao Núcleo de Assessoria Jurídica Popular (NAJUP- SAJU) pela oportunidade de participar das rodas de conversa, estudos coletivos e formação política na atuação e na assessoria jurídica popular para população baiana. Além disso, estendo os agradecimento ao corpo de docentes, técnicos e terceirizados que compõe a Universidade Federal da Bahia pelos seus valiosos ensinamentos e dedicações diárias.

Por fim, dedico meus agradecimentos especiais ao meu orientador e mestre, André Portella, pela inserção na pesquisa, através do PIBIC, e pela confiança e conselhos que resultaram na presente soma deste estudo.

Muito obrigado a todos e todas pela amizade e pelas contribuições.

Primeiro levaram os negros
Mas não me importei com isso
Eu não era negro
Em seguida levaram alguns operários
Mas não me importei com isso
Eu também não era operário
Depois prenderam os miseráveis
Mas não me importei com isso
Porque eu não sou miserável
Depois agarraram uns desempregados
Mas como tenho meu emprego
Também não me importei
Agora estão me levando
Mas já é tarde.
Como eu não me importei com ninguém
Ninguém se importa comigo

Poema **É preciso agir**, Bertold Brecht (1898-1956)

SANTOS, Hebert Souza. **A austeridade fiscal e a crise sanitária**: um estudo acerca dos efeitos da dívida pública brasileira e da emenda constitucional do teto de gasto (EC nº 95/2016) no financiamento da saúde pública (2008-2021). 2023. Orientador: André Portella. 124 fls. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Graduação em Direito) - Faculdade de Direito, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2023.

Resumo

O presente estudo buscou averiguar os efeitos da dívida pública e da emenda constitucional (EC) nº 95/2016, denominada como teto de gastos, no financiamento da seguridade social, com ênfase na saúde pública, frente aos impactos sociais e econômicos agravados a partir da crise sanitária (COVID-19). A lei de “teto de gastos” refere-se a uma medida de austeridade econômica, na qual pugna pela contração dos gastos públicos e da redução de participação social do Estado a fim de equilibrar as contas públicas e reduzir a dívida pública. Para obtenção de tal resultado, a medida propõe o congelamento dos gastos públicos no financiamento da saúde e educação por vinte anos. A partir deste cenário, a insurgência da crise sanitária (2020-2021) que impactou as economias mundiais e resultou em número elevado de óbitos, ao se instalar no Brasil resultou em um conflito entre as medidas contracionistas dos gastos públicos e da necessidade de ampliação de recursos públicos para área saúde. Ademais, ao estudo abordou através do levantamento bibliográfico e da análise quantitativa dos orçamentos empenhados pela União, no período de 2008 a 2021, a fim de averiguar a evolução dos gastos em saúde. A partir disso, questionou-se em que medida tais políticas contribuem com o panorama de (des)financiamento, adotado pelo do órgão federal, para as despesas em saúde. A hipótese, assim, partiu do contexto de recessão econômica (pela crise) e do baixo quadro de financiamento da saúde pública, que resultam na elevação dos custos de manutenção de planos e seguros de saúde privado, ao mesmo tempo que arregimenta uma acesso ao direito à saúde, invés de universal, gratuito e público, excludente, mercadológico e custoso.

Palavras chaves: Saúde Pública; Direito Financeiro; Finanças Públicas.

Abstract

This study sought to investigate the effects of public debt and Constitutional Amendment (EC) No. 95/2016, known as the spending cap concerning the social security financing system, with emphasis on public health, given the social and economic impacts worsened by the health crisis (COVID-19). The "spending cap" legislation refers to an economic austerity measure, in which it advocates for the contraction of public spending and the reduction of social participation by the state in order to balance public accounts and reduce public debt. To achieve this result, the measure proposes freezing public spending on health and education for twenty years. From this scenario, the insurgence of the health crisis (2020-2021) that impacted world economies and resulted in a high number of deaths, when installed in Brazil resulted in a conflict between the contractionist measures of public budget and the need for expansion of public resources for health. Moreover, the study approached through bibliographic survey and quantitative analysis of the budgets committed by the Union, in the period from 2008 to 2021, in order to investigate the evolution of investments on health. From this, it was questioned in what extent such policies contribute to the panorama of (dis)financing, adopted by the federal agency, for health expenditures. The hypothesis, thus, started from the context of economic recession (due to the crisis) and the low financing of public health, which result in the increase of costs for the

maintenance of private health plans and insurance, at the same time that it argues for an access to the right to health rather universal, free and public than exclusionary, mercadological and costly.

Key words: Public Health; Financial Law; Public Finance.

LISTA DE GRÁFICOS E FIGURA

Gráfico nº1 - Relação percentual de gastos federais em saúde em relação ao PIB - período de 2000 - 2019	47
Gráfico nº2: Análise comparativa da diferença (%) entre o valor mínimo de saúde aplicado (MSA) e o valor empenhado (VE) em saúde pela União - período de 2018 – 2021.....	49
Gráfico nº3: Análise comparativa da diferença por biênio do valor mínimo em saúde a ser aplicado (MSA) e o valor empenhado (VE) - período de 2018-2021.....	50
Gráfico nº4: Demonstrativo das despesas com juros e investimento público (em R\$ bilhões) - período de 2007 a 2018.....	61
Gráfico nº5: Evolução da execução das despesas ASPS com recursos do MS pelo MD e MEC (em R\$ milhões) período de 2013 a 2021.....	73
Gráfico nº6 - Demonstrativo da evolução do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do Brasil - no período de 1990 a 2021.....	89
Gráfico nº7 - Análise comparativa do coeficiente GINI entre os países da região da América Latina e Caribe - no período 2010-2021.....	90
Gráfico nº8 - Análise comparativa da evolução do coeficiente de GINI e da variação percentual do Produto Interno Bruto (PIB) do Brasil (4o trimestre) - no período de 2008 a 2022.....	91
Gráfico nº9: Análise inter-relacional da evolução da quantidade do no de beneficiários de planos e seguros de saúde, taxa de desemprego e despesas de consumo da família do Brasil (4o trimestre) - no período de 2015 a 2019.....	95
Gráfico nº10: Análise inter-relacional da evolução das receitas arrecadadas e das despesas empenhadas - no período de 2008 a 2021.....	101
Gráfico nº11: Análise comparativa da diferença por biênio da receita arrecadada e das despesas empenhadas – período de 2008 a 2021.....	102
Gráfico nº12: Demonstrativo das despesas empenhadas nos orçamentos fiscal (OF) e orçamento da seguridade social (OSS) – período de 2008 a 2021.....	104
Gráfico nº13: Análise da evolução das despesas empenhadas do orçamento da saúde (OS) no orçamento da seguridade social (OSS) e no total das despesas empenhadas pela União – período de 2008 a 2021.....	106
Gráfico nº14: Análise comparativa da diferença por biênio das despesas empenhadas no orçamento da saúde – período de 2008 a 2021.....	108
Figura 01. – Gráfico nº01 Evolução dos Benefícios tributários, financeiros e creditícios (% do PIB).....	76

LISTA DE TABELAS

Tabela nº1 – Demonstração evolutiva da variação percentual do Produto Interno Bruto (PIB) por trimestre – período de 2008 a 2022.....	91
Tabela nº2 – Demonstrativo do volume e percentual de receitas arrecadas e de despesas empenhadas pela União – período de 2008 a 2021.....	100
Tabela nº3: Análise comparativa da diferença por biênio da receita arrecadada e da despesas empenhada – período de 2008 a 2021.....	102
Tabela nº4: Demonstrativo das despesas empenhadas nos Orçamento Fiscal (OF) e Orçamento da Seguridade Social (OSS) – período de 2008 a 2021.....	103
Tabela nº5: Demonstrativo das despesas empenhadas do Orçamento da Saúde (OS) no Orçamento da Seguridade Social (OSS) e no total das despesas empenhadas pela União – período de 2008 a 2021.....	105
Tabela nº6: Análise comparativa da diferença por biênio das despesas empenhadas no Orçamento da Saúde – período de 2008 a 2021.....	107

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

§ - Parágrafo

ADI - Ação Direta de Inconstitucionalidade

Art. - Artigo

ADCT - Ato das Disposições Constitucionais Temporárias

BACEN - Banco Central do Brasil

CGU - Controladoria Geral de Contas da União

CRFB – Constituição da República Federativa do Brasil

CEPAL – Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe

CNS – Conselho Nacional de Saúde

COFIN - Comissão de Orçamento e Financiamento

CPI – Comissão Parlamentar de Inquérito

FGV – Fundação Getúlio Vargas

FMI - Fundo Monetário Internacional

FUNDEB- Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas

IIE – Instituto de Economia Internacional (*Institute for International Economics*)

IPCA - Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo

LDO - Lei de Diretrizes Orçamentárias

LOA – Lei Orçamentária Anual

LRF - Lei de Responsabilidade Fiscal

MOC – Projeto Monte Carlos

ONU – Organização das Nações Unidas

PEC – Projeto de Emenda Constitucional

PIB – Produto Interno Bruto

PLP - Projeto de Lei Complementar

PPA – Plano Plurianual

PNUD – Programa das Nações Unidas do Desenvolvimento

RDH – Relatório de Desenvolvimento Humano

SELIC - Sistema Especial de Liquidação e de Custódia

SUS - Sistema Única de Saúde

STF - Supremo Tribunal Federal

TCU - Tribunal de Contas da União

URSS – União das Repúblicas Socialistas Soviéticas

Sumário

1. INTRODUÇÃO	13
2. SAÚDE E CIDADANIA	17
2.1. O ARCABOUÇO HISTÓRICO DA SAÚDE E SUA FORMAÇÃO DE POLÍTICA PÚBLICA NO BRASIL: FINANCIAMENTO PÚBLICO DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE, A MUNICIPALIZAÇÃO DE RECEITAS E O FEDERALISMO FISCAL	18
2.1.1 A República Oligárquica (1889-1930)	20
2.1.2 O governo Vargas (1930-1945).....	24
2.1.3 A Quarta República (1945-1964).....	27
2.1.4 A Ditadura militar no Brasil (1964-1985)	30
2.1.5. A Constituição Cidadã (1988)	32
2.2. O DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE E A CONSTITUIÇÃO SIMBÓLICA: ENTRE TÊMIS E LEVIATÃ.....	36
2.2.1 Inflexão nº1: Uma introdutória análise comparativa dos gastos federais em saúde – período 2000-2011 e 2015 a 2021	47
3. DÍVIDA PÚBLICA E AUSTRIDADE ECONÔMICA.....	52
3.1. A AUSTRIDADE ECONÔMICA, A PANDEMIA DO CORONAVÍRUS (SARS-COV-2) E A RETOMADA DA ECONOMIA KEYNESIANA: DIGRESSÕES, APONTAMENTOS E CRÍTICAS	53
3.1.1 Doutrina keynesiana cepalina e o Consenso de Washington (1989)	53
3.1.2 Austeridade Econômica, Crise do <i>Subprime</i> (2007-2008) e a Crise brasileira (2014).....	57
3.1.3 Pandemia do Coronavírus (sarv-cov-2): os impactos orçamentários e os desdobramentos socioeconômicos no Brasil (2020-2021)	68
4. ORÇAMENTO E RENDA.....	84
4.1. Dados da pesquisa – Introito: Saúde, Renda e a regressividade tributária no Brasil 84	
4.2. Contexto Geral: análise do Orçamento da Seguridade Social do Governo Federal (2008-2021)	100
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	111

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho adota como eixo temático a discussão acerca dos efeitos da dívida pública e da emenda constitucional (EC) nº 95/2016, denominada como teto de gastos, no financiamento da seguridade social, com ênfase na saúde pública, frente aos impactos sociais e econômicos agravados a partir da crise sanitária (COVID-19).

A seguridade social atende, nos termos dos arts.194 e 195 da Constituição Federal (1988), *in verbis*, a um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social, sendo financiado, nos termos da lei, – de forma direta e indireta – mediante os recursos provenientes dos orçamentos de cada ente federativo.

O direito fundamental à saúde, neste sentido, não se preceitua enquanto mero resultado da ausência de doença ou abstração normativa devendo, porém, ser compreendido como um bem estar físico, social e afetivo e ainda de ausência do medo decorrente das violências e incertezas de cunho social, ambiental e político, sobretudo diante do cenário de crise sanitária e econômica no âmbito internacional (CONASEMS, 2015).

É com o insurgir das crises financeiras e seus efeitos socioeconômicos, como verifica-se a partir das de 2007-2008 e a Crise Sanitária (2021), que o cenário de medos e incertezas importam nova lógica na participação social do Estado, em que passa a empregar, dentre o inúmero acervo de medidas macroeconômicas, o uso de políticas contracionistas do gasto público, como meio e fim, de equilibrar as contas e a dívida pública.

Ocorre que o reconhecimento do direito à saúde é vital, não somente, para o exercício da cidadania, principalmente diante do cenário de crise, contudo, bem como, para a efetividade do prisma principiológico basilar do Estado Democrático de Direito, a dignidade da pessoa humana, a qual passa a ser mitigada por força de políticas de austeridade econômica e, por vezes, obstada como bem jurídico essencial para os segmentos populacionais mais vulneráveis.

Concluída a exposição. A pesquisa busca investigar em que medida as reformas contracionista do gasto público, no exame da crise sanitária, colaboraram – sob a vigência do teto de gastos (EC nº 95/216) e sob o prisma austero da dívida pública – com o

(des)financiamento de participação social do Estado na garantia de acesso e promoção ao direito à saúde (art. 196 da CF/1988).

Oportunamente, tornar-se-á necessário a fim de aprofundar e complementar a proposta temática considerar dois subpontos, sendo eles:

(1) sob o argumento de conter o aumento da despesa primária, conforme método aplicado e previsto na EC nº 95/2016, o parâmetro constitucional de participação federativa no financiamento público de ações e serviços de saúde (ASPS) configura-se inobservado pelo ente federal; e

(2) sob a regra do §4 art. 60 da Constituição Federal e sendo o direito em liça: um direito e uma garantia social (art. 6º); a imposição do teto de gasto estabelece risco de abolição da garantia fundamental ao direito à saúde através da contração de recursos orçamentários à área em espécie;

A hipótese advém do estudo e leitura da obra *Teoria Geral do Emprego, do Juro e da Moeda*, publicada em 1936, escrita pelo economista britânico John Maynard Keynes (1843 – 1946); a qual defende resumidamente que a participação social do Estado poderá ser exercida através do uso/disposição de políticas macroeconômicas com a finalidade de combater a recessão econômica com uso do gasto público e congregado, por vezes, com uma política protecionista do estado de bem-estar social.

Ocorre que com o advento global das crises econômica, delimitado ao período de 2008-2020, a participação social do Estado no âmbito orçamentário de recursos e investimentos na seguridade social sofreu profundas modificações, sendo substituída pela instituição e adoção de políticas contracionistas do déficit público; como por exemplo a EC nº 95/2016.

Deste modo, afirma-se, enquanto hipótese da pesquisa, que a adoção das políticas contracionistas do déficit público proporcionou o encarecimento dos custos e serviços de saúde suplementar privado, uma vez que tais políticas ao afetarem o orçamento da seguridade social, no tocante a saúde pública, contribuindo com a precarização do acesso e desfinanciamento da área de saúde, agravam as condições sócio-fatoriais (raça, gênero, idade e classe) e de desigualdade de renda de toda população, principalmente aos mais pobres.

Oportunamente, o objetivo geral da pesquisa consiste em analisar a tessitura política, jurídica e econômica das reformas contracionistas do gasto público, visando estudar a corrente teórica e a crítica acerca da austeridade econômica e os impactos sociais e econômicos provocados pelo EC nº 95/2016 e, posteriormente, agravados pela crise sanitária, no financiamento público da seguridade social, com ênfase na saúde pública.

Com relação aos objetivos específicos, são eles:

- a.** Mapear o déficit orçamentário no financiamento público à seguridade social e à saúde no período de 2008-2020, incluindo os dados afetados pela atual crise sanitária e o óbice fiscal da EC nº 95/2016;
- b.** Apresentar os impactos socioeconômicos e os estudos empíricos insurgidos com a adoção de políticas contracionistas do gasto público, no contexto nacional e internacional, no circuito das crises econômicas (2008, 2014 e crise sanitária);
- c.** Dimensionar a importância e o desdobramento das origens, da historicidade e das inter-relações acerca do direito à saúde com a formação do Estado nacional e deste direito enquanto fundamental à cidadania;
- d.** Mapear e apresentar apontamentos e discussões acerca do impacto da dívida pública no orçamento estatal e a justificativa desta enquanto parâmetro e/ou óbice para fins de reforma, de manutenção e/ou de contração do gasto público;
- e.** Analisar o impacto de agentes e fatores endógenos e exógenos, no circuito de política macroeconômica e tributação nacional, colaboradores para agravamento e/ou redução da dívida pública;
- f.** Analisar o impacto econômico e a consequência social decorrentes da tônica contracionista da dívida pública, acompanhada por uma política monetária e creditícia restritiva, com altas de taxas juros e seus efeitos colaterais na definição de gasto público brasileiro;
- g.** Ponderar a análise do orçamento público, dentro do presidencialismo de coalizão, enquanto um instrumento, não somente jurídico e/ou numericamente neutro, de cunho político e de coalizão parlamentar-econômica na definição de gasto público e cobertura social;
- h.** Pesquisar dados oficiais, relatórios e produções acadêmicas que corroborem na compreensão da origem, dos desdobramentos e das implicações decorrentes a partir da crise sanitária no cenário de recessão econômica global; **i.** Colidir/conciliar a análise sobre as correlações e as divergências quanto a discricionariedade da execução orçamentária no conceito de presidencialismo de coalizão e o arcabouço dos fundamentos previstos nas normas constitucionais, na Lei nº 4.320/64 e na Lei de Responsabilidade Fiscal (Lei Complementar nº 101/2000); e
- j.** Proceder um estudo crítico da literatura especializada acerca da política macroeconômica e da participação social do Estado em tempos de crises para buscar instituir críticas e apontamentos acerca da Teoria geral do emprego, do juros e da moeda de John Maynard Keynes (1936).

A metodologia aplicada, por fim, contou com dois momentos para investigação e aprofundamento teórico e técnico do estudo, a saber, em síntese: (1) revisão bibliográfica, em caráter exploratório, para sistematização e compreensão temática e (2) levantamento dos dados e montantes orçamentários do período entre 2008 a 2021.

Os temas revisados no primeiro momento foram, por ordem de importância: (i) o financiamento da seguridade social e da saúde pública enquanto exercício da cidadania, (ii) os desdobramentos e os efeitos socioeconômicos da dívida pública, da crise de 2008 e da Crise Sanitária (Covid-19) na tessitura nacional e internacional, (iii) o papel econômico do Estado, em períodos de crise e desemprego, dentro da teoria de J.M Keynes (1936) e (iv) o estado de bem-estar social, nos termos do art. 3º da Constituição Federal, defrontado com os estudos de

Esping-Andersen (1990) e com a aposta e/ou guinada institucional à políticas de estado-mínimo.

O levantamento orçamentário, proposto no segundo, buscou sistematizar e analisar os níveis de superávit e de déficit no financiamento da seguridade social no período in retro, com ênfase na área da saúde, e, bem como, apurar o gasto público e o gasto privado de saúde no Brasil e nos demais países de sistema de saúde universal e privada.

Para o cumprimento deste cronograma e organização dos resultados, a pesquisa subdivide-se em três eixos temáticos, sendo que cada qual contará com suas subdivisões internas para o melhor debate e elucidação de cada matéria, são eles: (i) Saúde e Cidadania, (ii) Dívida Pública e Austeridade Econômica e (iii) Orçamento e Renda.

No eixo Saúde e Cidadania objetiva dimensionar a importância e o desdobramento das origens, da historicidade e das inter-relações acerca do direito à saúde com a formação do Estado nacional e deste direito enquanto fundamental à cidadania, além do curso de emendas constitucionais e demais discussões que tratem e impactem no aspecto do financiamento público à saúde e no dever federativo desta participação orçamentária das esferas federal, estadual e municipal.

No eixo Dívida Pública e Austeridade Econômica propõe-se, conforme sinalizado nos objetivos específicos (“b”, “d”, “e” e “f”), tratar da discussão da dívida pública enquanto um parâmetro para medir o avanço ou recuo da participação estatal no financiamento da seguridade social e o impacto deste parâmetro e das políticas contracionistas, tendo como exemplo a emenda do teto de gastos (EC nº 95/2016), no gasto público à saúde.

Além disso, buscará apresentar o resultado do relatório final da Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI), elaborado em Maio/2010, ao tratar dos aspectos gerais e do pagamento de juros na composição da dívida pública e no seu consequente impacto nas políticas sociais e no desenvolvimento sustentável do país.

No eixo Orçamento e Renda buscará, por fim, apresentar os dados pesquisados e os resultados obtidos, além da discussões e produções acadêmicas que tratem de conceituar e de problematizar o próprio eixo e, bem como, seus resultados, buscando avaliar, a partir deste arcabouço, se a pergunta coube ser respondida e se confirma, ou não, a hipótese desta pesquisa.

Ademais, apresenta-se como variável independente o preceito normativo de Seguridade Social (art. 194), Saúde (art. 196), Cidadania (art.1º, II), Dignidade da Pessoa

Humana (art. 1º, III) e federalismo cooperativo (art.s 1º c/c 3º), todos, presentes na Magna Carta (1988). Sendo as variáveis dependentes: estado do Bem-Estar Social, austeridade econômica e Estado Democrático de Direito. Quanto aos indicadores consta a pesquisa do IPEA, IBGE, BACEN e dentre outros relatórios e inquéritos que abordem o atual contexto de crise sanitária, ou mesmo, econômica e o impacto das políticas contracionistas do gasto público. Acresce-se ao quadro o entendimento e o estudo de doutrinadores, sociólogos e pesquisadores, nacionais e internacionais, que corroborem com a temática.

É que se propõe a ser discutido a seguir.

2. SAÚDE E CIDADANIA

O presente tópico propõe um estudo teórico e levantamento sucinto de dados que permitam dimensionar a relação do direito fundamental à saúde enquanto interface efetiva ao reconhecimento à cidadania necessitando, para tal fim, o aprofundamento de temas correlatos como: o federalismo de cooperação, as dimensão dos direitos fundamentais, a historicidade do direito à cidadania nas constituições republicanas brasileiras e o deveres da República na constituição do Estado Democrático de Direito e do princípio basilar da Dignidade da Pessoa Humana.

Neste sentido, a pesquisa se subdividirá em duas vertentes, ainda que complementares, para que melhor explore e contextualize os conteúdos e problemáticas a insurgir. No primeiro momento busca-se realizar um breve panorama histórico de como a questão da cidadania, especialmente no tocante a saúde, dentro do quadro das constituições republicanas nacionais, obteve a sua afirmação e a seu reconhecimento diante de cada uma das conjunturas constitucionais estudadas.

Acompanhando o raciocínio, objetiva-se discutir – dentro da referida exposição histórica – os avanços, os retrocessos e as digressões que explorem a questão do direito à saúde, desde a sua inclusão enquanto um dever institucional do Estado na promoção e formação de políticas públicas de financiamento público de ações e serviços de saúde, bem como o impacto da municipalização das receitas e a importância nacional do federalismo de cooperação para pretendido fim: cumprir a efetividade deste direito.

Finalmente, no segundo momento, busca-se discutir o direito social à saúde frente aos efeitos e inovações legislativas, insurgidas dentro do cenário de crise econômica global e

adoção de políticas de austeridade econômica, que impactam no processo de financiamento público deste dever e, por vezes, no estrangulamento de avanços aguerridamente conquistados resultando, por conseguinte, na flexibilização do Orçamento da Seguridade Social (OSS) no contexto nacional.

É o que se pretende debater a seguir.

2.1.O ARCABOUÇO HISTÓRICO DA SAÚDE E SUA FORMAÇÃO DE POLÍTICA PÚBLICA NO BRASIL: FINANCIAMENTO PÚBLICO DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE, A MUNICIPALIZAÇÃO DE RECEITAS E O FEDERALISMO FISCAL

Ao propormos a retomada da questão “há cidadão neste país?”, elaborada e discutida pelo intelectual baiano Milton Santos (1926-2001), na sua obra “*O Espaço do Cidadão*” (1987), torna-se necessário analisar como um país de proporções continentais, como é o Brasil, estruturou-se ao longo do histórico de suas constituições a relação, às vezes, incompleta ou inacabada entre o ideário de República e o reconhecimento da cidadania (SANTOS, 2020; SADEK, 2019; SILVA NETO, 2013).

O conceito de cidadania não detém o mesmo momento de insurgência histórica do de república. O primeiro adveio da emergência dos Estados-Nações por toda a Europa em que “todos os habitantes ascendiam ao status de cidadão, apesar de que o mais elevado direito do cidadão, o direito político de participar da construção da sociedade, se efetivaria somente através do voto” (T. HAGUETTE, 1981-1982, p.123). Ocorre que tal condição, num primeiro momento, não era extensiva para todos os membros da sociedade civil.

O segundo, a seu turno, pode ser associado aos efeitos advindos desta emergência com a necessidade/impulso de reorganização social-política da sociedade, ainda que reservada as críticas necessárias aos interesses movimentados para propositura de tal ideal, na estruturação de limites e garantias do poder de Estado; o que proporcionariam, diante deste conjunto, o desenvolvimento da ideia de república.

Avançando um pouco na discussão, ao tratarmos da conceituação de república é essencial resgatar a obra “*Do espírito das leis*” (1748), escrita pelo filósofo francês Montesquieu (1689-1755). O pensador propõe, neste obra, a classificação de três formas de governos, sendo elas: a monárquica, o despótico e a república. Para o autor, o governo republicano seria:

“(…) aquele no qual o povo em seu conjunto (democracia), ou apenas uma parte do povo (aristocracia), possui o poder soberano; o monárquico, aquele onde apenas um governa, mas através de leis fixas e estabelecidas, ao passo que, despótico, um só, sem lei e sem regra, impõe tudo por força de sua vontade e de seus caprichos” (MONTESQUIEU, 1996, p.19).

É a partir deste estudo que as ideias pugnadas pelos filósofos contratualistas, contemporâneos ou não a Montesquieu, em que “afirmavam que não há Estado, governo ou sociedade sem um contrato pelo qual, em algum momento, os homens teriam avalizado seu poder que sobre eles teriam exercido” (RIBEIRO, 1991 in: MONTESQUIEU, 1996, p. XXXIII), passam a ser objeto de crítica e percepção outra àquela ora defendida.

O objetivo da tese do Contrato Social entre os governantes e os súditos, em apertada síntese, proporcionava tanto o interesse de querer limitar o poder do governante (como em Locke), quanto conferir legitimidade aos atos do governantes, ainda que – a luz da nossa época – entendidos como autoritários, porém assegurando uma maior concentração de poder decisório e menor instabilidade na suas execuções (como em Hobbes) (RIBEIRO, 1991; BOBBIO, 1995).

Os princípios e a natureza que regeriam cada forma de governo, invés da preocupação acerca da constituição do poder do Soberano ou do Estado, tornam-se a tônica monstequiana para os estudos acerca da relação entre governante e governados na referida obra. De modo que busca compreender as espécies de governos não mais delimitados ao plano da idealidade jurídica e constitucional, porém no da sua realização constante, das paixões que movimentam cada regime (RIBEIRO, 1991; MOTESQUIEU,1996).

A *virtude política*, a “paixão ligada ao amor pela igualdade das leis” (REIS, 2019, p.112), é o que sedimenta o princípio motriz do regime democrático republicano, diametralmente distinto dos princípios que regem a natureza das demais espécies de governo, despótico (o medo) e monárquico (a honra).

O princípio do respeito às leis corrobora, por viés consequente-lógico, com a positivação dos direitos e garantias fundamentais salvaguardando, assim, aos cidadãos a proteção frente a intromissão e a arbitrariedade praticadas pelo Estado. É a partir deste caldo histórico e cultural que insurgiu a gênese do constitucionalismo clássico (MONTESQUIEU, 1996; SILVA NETO, 2013; REIS, 2019).

A cidadania, neste resumido transcurso histórico, revela-se enquanto “(…) uma lei da sociedade que, sem distinção, atinge a todos e investe cada qual com a força de se ver

respeitado contra a força, em qualquer circunstância” (SANTOS, 2020, p.61). O ato de nascer, neste aspecto, investe ao indivíduo uma extensa cobertura de “(...) princípios gerais e abstratos [que] se impõe como um corpo de direitos concretos individualizados” (Ibidem). O que permite-nos, à guisa de conclusão, rematar que a figura do cidadão somente poderá existir se for assegurado sê-lo um sujeito de direitos (SADEK, 2019).

Dentro do circuito de desdobramentos do constitucionalismo clássico, o fenômeno da racionalização do poder, na qual se propõe submeter ao direito todo o conjunto da vida coletiva, proporcionaria a inclusão dos direitos individuais e políticos às constituições modernas (SILVA NETO, 2013), consolidando assim os direitos que viriam a ser classificados de primeira geração.

O mesmo se sucederia a partir dos acontecimentos decorrentes da Revolução Industrial, em que os princípios regentes do Estado Liberal e de caráter absentéista não mais se sustentavam perante a miséria e penúria para grande parte da população. As ebulições da massa organizada de operários urbanos e trabalhadores do campo, ao liderem com tal cenário indigesto de desigualdades estruturais e as injustiça sociais, pugnam a reivindicação dum outro paradigma civilizatório pautado, desta vez, nos princípios da justiça social e da igualdade material (MARMELSTEIN, 2016; ENGELS, 2010).

Os direitos econômicos, sociais e culturais, acompanhados pelo aparecimento do fenômeno do constitucionalismo social e do desenvolvimento do Estado de bem-estar social, determinaram a segunda geração dos direitos fundamentais, dentre eles: o direito e a garantia social à saúde.

As novas gerações de direitos, importa dizer, irromperiam com o curso dos anos a seguir, porém é impensável que o florescimento destes direitos nas contemporâneas cartas constitucionais não teria ocorrido sem um cenário em que a luta política, ainda que com suas reservadas críticas e retrocessos, fosse respeitada e reconhecida como um direito republicano de participação do cidadão nos órgãos decisórios de poder.

2.1.1 A República Oligárquica (1889-1930)

Concluída a exposição. O regime republicano democrático brasileiro, por sua vez, se deu através do Decreto nº 1º de 15 de novembro de 1889, a qual já estabelecia uma República

Federativa esculpida nos arts. 1º e 2º do referido diploma¹, e com a posterior consolidação pela Constituição Republicana de 1891 (SILVA NETO, 2013; VILLA, 2011).

O art.6 da Magna Carta de 1891 assegurou, para além da forma republicana, o governo presidencialista, o parlamento bicameral, o regime representativo, a independência e a harmonia entre os poderes e a consolidação de direitos fundamentais estritamente liberais. A capacidade eleitoral, nos termos do art.70 do diploma, encontra-se restrita aos maiores de 21 anos, porém não podendo ser exercida por mendigos e analfabetos, bem como por praças, mulheres e religiosos de ordem monástica (CARVALHO, 2017).

“O ideal federalista foi causa mais eficiente para a modificação do sistema constitucional anterior do que propriamente o princípio republicano” (SILVA NETO, 2013, p.119), considerando que a República, apesar de ter abolido o voto censitário, manteve o quadro de exclusão de cidadania do Império, em que “na primeira eleição popular para a presidência da República, em 1894, votaram [apenas] 2,2% da população” (CARVALHO, 2017, p.40).

Ocorre que o interesse pela introdução do sistema federalista, vale destacar, é decorrente da transferência de grande parte dos poderes do governo central para as oligarquias locais (art.6, caput, III e arts 66 e seguintes), o que favoreceu a adesão dos monarquistas e bem como o enfraquecimento do antigo regime (VILLA, 2011). Além disso, o infundado temor das elites nacionais “de que o imperador – ou sua sucessora constitucional, a princesa Isabel – apoiasse um programa de reformas econômico-sociais acabou acelerando o nascimento da República” (VILLA, 2011, p.16).

Com relação a questão saúde pública no Brasil, dentro da conjuntura política da primeira república, vale destaque a insurrecta popular contra a obrigatoriedade da vacina antivariólica, a partir da aprovação da Lei 1.261 de 31 de outubro de 1904.

O regulamento legal, no caso, determinava a vacinação e revacinação contra a varíola e, como também, exigia a apresentação da carteira de vacinação atualizada (com a antivariólica) para acesso ao exercício da vida civil. O que impactava, na hipótese de descumprimento da medida, desde a realização de matrícula escolar, autorização para viagem,

¹ Art. 1º - Fica proclamada provisoriamente e decretada como a forma de governo da Nação brasileira - a República Federativa.

Art. 2º - As Províncias do Brasil, reunidas pelo laço da Federação, ficam constituindo os Estados Unidos do Brasil.

emissão de certidão de casamento ou até mesmo para concorrer a vaga de emprego (DANDARA, 2022). Esse episódio ficou conhecido nos anais da saúde pública nacional como a Revolta da Vacina (1904)².

É mister sinalizar que a partir do saneamento do Rio de Janeiro, projeto empregado no início do século por Oswaldo Cruz (1872-1917), o mentor do regulamento legal que deflagraria a Revolta da Vacina (1904), movimentou outros médicos sanitaristas pelo país. O acontecimento resultaria em desdobramentos críticos a respeito da relação “simbiótica” entre o federalismo e as oligarquias, entendidas enquanto responsáveis pelo contexto de atraso e miséria social do país.

Assim, a implementação de um projeto nacional de saneamento básico, preceito defendido pela campanha sanitária, a seu turno, restaria obstaculizado por essa relação, o que permitiu enfatizar a ideia da necessidade de fortalecimento do poder central (CARVALHO, 2017):

“Os médicos envolveram-se, então, em campanha nacional a favor do saneamento do país como condição indispensável para construir uma nação viável. Todos os reformistas estavam de acordo em um ponto: a crítica ao federalismo oligárquico. Federalismo e oligarquia eram por eles considerados irmãos gêmeos, pois era o federalismo que alimentava as oligarquias, que lhes abria amplo campo de ação e lhes fornecia os instrumentos de poder. Desenvolveu-se nos círculos reformistas a convicção de que era necessário fortalecer novamente o poder central como condição para implantar as mudanças que se faziam necessárias” (CARVALHO, 2017, p.93).

A inserção dos direitos sociais e econômicos somente aconteceria com a promulgação da Constituição de 1934, em que o direito à saúde, ou melhor, o dever estatal de cuidar da saúde e da assistência públicas (art.10), bem como de assegurar uma ordem econômica pautada nos princípios da justiça social e da promoção de uma vida condigna aos seus cidadãos (art.115), constituem um novo marco civilizatório-constitucional.

De acordo com José Afonso da Silva (1967), ainda que reconhecendo a destacada relevância da Constituição de Weimar de 1919, de orientação social-democrata, bem como a

² Ver Artigo: **Cinco dias de fúria: Revolta da Vacina envolveu muito mais do que insatisfação com a vacinação** - Luana Dandara (Portal Fiocruz), publicado em 09/06/2022, disponível no link: <https://portal.fiocruz.br/noticia/cinco-dias-de-furia-revolta-da-vacina-envolveu-muito-mais-do-que-insatisfacao-com-vacinacao#:~:text=No%20in%C3%ADcio%20de%20novembro%20de,Cultural%20do%20Minist%C3%A9rio%20da%20Sa%C3%BAde. Acesso em abril/2023.>

eclosão dos inúmeros movimentos sociais, como as Revoluções mexicanas e a russa de 1917, que influenciaram na presente Carta de 1934; observa-se que o carácter destas normas como quase todas programáticas.

O carácter programático, segundo o autor, apontariam uma eficácia limitada ou reduzida, considerando que dependeriam da atuação do legislador ordinário a sua executoriedade mediante normatividade ulterior (SILVA, 1967, p.84). Tendo em vista que, neste primeiro momento, sendo normas versadas sobre matéria eminentemente ético-social, como a saúde, a cultura, a proteção a família e dentro outros, resultavam em ensejados programas de ações sociais – sem muita instrumentalidade e – com regulamentação posterior.

A mera constatação apontada adquire contornos mais gravosos ao analisarmos qual a tessitura nacional em que a república se instituiu, observando que o relevo das circunstâncias jurídicas e sociais promanadas pela produção legislativa ainda do Império, consolidaram uma relação entre o Estado com setores da economia brasileira e elite local que se manteria (e postergaria) com a insurgência da República Federativa.

Assim, apenas para fins didáticos, destaco a Lei nº 601 de 1850 (Lei de Terras)³ e a Lei nº 3.353 de 1888 (Lei Áurea)⁴ em que, apesar da distância temporal entre suas promulgações, tornaram-se essenciais para a implementação de um modelo político-econômico nacional. Verificando que tais diplomas gestaram, em duas frentes, uma grande concentração fundiária para setores latifundiários⁵ e, ao mesmo tempo, a exclusão e marginalização da maior parcela populacional, oriunda do sistema colonial-escravocrata, formada por pessoas negras e indígenas (FLAUZINA, 2006; FERNANDES, 2008).

Destaca-se que a República, ainda nos seus anos iniciais, seria marcada por decretações de Estado de Sítio (art.80), em que após a ditadura provisória de Deodoro da

³ BRASIL, Lei nº 601, de 18 de setembro de 1850, disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/10601-1850.htm#:~:text=L0601%2D1850&text=LEI%20No%20601%2C%20DE,sem%20preenchimento%20das%20condi%C3%A7%C3%B5es%20legais. Acesso em abril/2023.

⁴ BRASIL, Lei nº 3.353, de 13 de maio de 1888, disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lim/lim3353.htm. Acesso em abril/2023.

⁵ Artigo: **Há 170 anos, Lei de Terras oficializou opção do Brasil pelos latifúndios** Fonte: Agência Senado, publicado em 14/09/2020. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/especiais/arquivo-s/ha-170-anos-lei-de-terras-desprezou-camponeses-e-oficializou-apoio-do-brasil-aos-latifundios#:~:text=Em%2018%20de%20setembro%20de,e%20n%C3%A3o%20em%20pequenas%20propriedades>. Acesso em abril/2023.

Fonseca, que governou o país entre 15 de novembro de 1889 e 23 de novembro de 1891, apenas dois governos não aplicaram a medida com o objetivo de estrangular os levantes sociais (em que exigiam melhorias nas condições socioeconômicas de acesso a renda, alimentação e direitos), como Canudos (1897) e a Revolta da Vacina (1904), ou mesmo abrandar eventuais opositores políticos (VILHENA, 2019, p. 103).

Ademais, acresce-se que a natureza corrompida e excludente do sistema eleitoral vigente à época ocasionou diversas barreiras para o exercício da cidadania. Compreendendo que “(...) todo processo eleitoral, desde o alistamento dos eleitores, por meio dos ‘currais eleitorais’, das próprias eleições ‘sob bico de pena’, além das “degolas” de eventuais opositores eleitos” (Ibidem), prejudicou a possibilidade de “(...)transformar nossos ‘clãs paternalistas’ em partidos políticos, e o ‘povo-massa’ em cidadãos, por intermédio da adoção de uma Constituição à americana” (Ibidem).

2.1.2 O governo Vargas (1930-1945)

O decreto nº 19.398 de 1930⁶ instituiria um novo governo provisório com ampla concentração dos poderes (executivo e legislativo) no comando da presidência empossada por Getúlio Vargas (1882-1954), cuja duração permaneceria até a elaboração de um novo diploma constitucional e, ao mesmo tempo, encerrava a fase da Primeira República (1889-1930).

O novo regime, oriundo de um golpe de Estado, suspendeu as garantias constitucionais e as Magnas Cartas (federal e estaduais) vigentes (arts. 4º e 5º), como também organizou a convocação da Assembleia Constituinte (art.1º) que resultaria na Constituição de 1934. O novo texto constitucional, a seu turno, reafirmava a estrutura política do presidencialismo federalista de 1891 e, bem como, assegurava uma maior concentração de poderes no Governo Central em contraposição ao federalismo oligárquico do pacto constitucional anterior.

Muito embora, a constitucionalização das aspirações ético-sociais e a regulação das questões econômicas representou um avanço histórico no constitucionalismo brasileiro; verifica-se que o direito a saúde ainda não detinha a mesma relevância constitucional quando comparado ao direito à educação. Nota-se que ao analisarmos, por exemplo, numa pesquisa

⁶ BRASIL, Decreto nº 19.398, de 11 de novembro de 1930, disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-19398-11-novembro-1930-517605-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em abril/2023.

livre a referência ao vocábulo “saúde” somente consta explicitada em um único dispositivo constitucional^{7,8} ao passo que o “educação” conta com onze menções e um capítulo próprio tratando do tema e de suas diretrizes (vide os art. 5º, inciso XIV⁹, art.138, alínea “b”¹⁰ e art. 148 e seguintes¹¹).

A Constituição de 1934 não perduraria por muito tempo, uma vez que passa a lidar com um “(...) crescente processo de polarização e radicalização da política brasileira que, em certa medida, estava em sintonia com os conflitos ocorridos em países como Alemanha e Itália” (VILHENA, 2019, p.108). A Intentona Comunista de 1935 e o Plano Cohen (1937) tornaram-se, portanto, os instrumentos empregados para facilitar a “(...) ação governamental de asfixiar as liberdades democráticas e impor uma ditadura” (VILLA, 2011, p.44).

A Carta de 1937 foi marcada pela ampla centralização do poder político em favor da Presidência da República, em que detinha prerrogativas capazes de autorizar desde a dissolução da Câmara dos Deputado, além de adiar e prorrogar as sessões do Parlamento (art. 75, *b e e*), bem como suspender garantias constitucionais em razão da decretação de Estado de guerra por interesse e segurança nacionais (arts. 74, *m*, e 123).

A política de saúde pública passa a ser definida “(...) a partir de critérios que privilegiavam uma centralização normativa [art.15, XXVII] acompanhada por uma descentralização executiva [art. 18, *c*] criando mecanismo que fortalecessem a presença federal nos estados como contraponto aos interesses privados regionais” (LIMA. et al., 2005, p.43).

⁷ Art 10 - Compete concorrentemente à União e aos Estados: (...) II - cuidar da saúde e assistência públicas;

⁸ Importa sinalizar que apesar da única menção ao vocábulo “saúde”, no texto constitucional, previsto no art. 10 da Diploma Maior; observa-se que o tratamento e demais diretrizes sobre a saúde encontram-se mencionados em programas de ação de saúde, desde, por exemplo: a proteção e o amparo, esculpido no art.138 e alíneas, para maternidade e infância (alínea “c”); à juventude (alínea “e”); aos desvalidos (alínea “a”); a adoção de medidas legislativas e administrativas a fim de reduzir a mortalidade infantil e o fomento da higiene social buscando evitar a propagação de doenças transmissíveis (alínea “f”) e a assistência dentária, médica e alimentar aos estudantes necessitados, previsto no art.157, § 2º.

⁹ Art 5º - Compete privativamente à União: (...) XIV - traçar as diretrizes da educação nacional;

¹⁰ Art 138 - Incumbe à União, aos Estados e aos Municípios, nos termos das leis respectivas: (...) b) estimular a educação eugênica;

¹¹ Art 149 - A educação é direito de todos e deve ser ministrada, pela família e pelos Poderes Públicos, cumprindo a estes proporcioná-la a brasileiros e a estrangeiros domiciliados no País, de modo que possibilite eficientes fatores da vida moral e econômica da Nação, e desenvolva num espírito brasileiro a consciência da solidariedade humana.

A arquitetura institucional, neste caso, seguiria o projeto político-ideológico do novo regime, cujo o interesse maior resume-se na “(..) constituição do Estado Nacional brasileiro, estabelecendo mecanismo burocráticos que viabilizassem a integração das três esferas administrativas – federal, estadual e municipal” (Ibidem).

O Estado Novo, como ficaria conhecido o regime getulista (1930-1945), instituiu “(...) um amplo sistema de representação e inclusão política controlada, por meio de organizações estatais e do direito público coletivo” (ARAÚJO FILHO, 2016, p.62). Além disso, vale registrar que a adoção de regimes corporativistas, na trajetória política dos países latino-americanos (como Brasil, Argentina, Chile e Peru), se propõe ser “(...) uma solução político-institucional das elites para coordenar o conflito social em meio à decadência das oligarquias tradicionais no contexto do processo de modernização” (Ibid., p.59).

Desse modo, “o populismo era um fenômeno urbano e refletia esse novo Brasil que surgia, ainda inseguro mas distinto do Brasil rural da Primeira República, que dominara a vida social e política até 1930” (CARVALHO, 2017, p.126).

Aponta-se que a conjuntura sociopolítica existente entre os direitos sociais e a ação governamental da década de 30 comportava uma relação de ambiguidade entre os cidadãos e o governo, em que ao mesmo tempo que inseria a práxis política a massa populacional. E, por outro lado, “(...) colocava os cidadãos em posição de dependência perante os líderes, aos quais votavam lealdade pessoal pelos benefícios que eles de fato ou supostamente lhes tinham distribuído” (Ibidem).

Assim, à guisa de conclusão, a denominada “cidadania regulada”¹² representou a síntese sociopolítica do corporativismo do Estado Novo, em que os direitos ético-sociais tornavam-se peças instrumentais à uma cidadania funcional. Considerando que “os direitos sociais eram prerrogativas do Estado, ente organizador da nação e lócus de definição de

¹² A cidadania regulada, nas palavras do cientista político Wanderley Guilherme dos Santos (1979), trata-se de um “(...) conceito de cidadania cujas raízes encontram-se, não em um código de valores políticos, mas em um sistema de estratificação ocupacional, e que ademais, tal sistema de estratificação ocupacional é definido por norma legal. Em outras palavras, são cidadãos todos aqueles membros da comunidade que se encontram localizados em qualquer uma das ocupações reconhecidas e definidas em lei” (SANTOS, Wanderley Guilherme dos., *Cidadania e justiça: a política social na ordem brasileira* / Wanderley Guilherme dos Santos. - Rui de Janeiro: Campus, 1979, p.75)

interesse público; as classes, por sua vez, passam a ser entendidas como “(...) colaboradoras estatais em um espaço público de filiação compulsória” (ARAÚJO FILHO, 2016, p.62).

A associação entre cidadania e ocupação¹³ constituía, na prática, um sistema de saúde assimétrico (REIS, 2020; LIMA et al., 2005)¹⁴ em que o acesso aos serviços e ações de saúde, ainda que universalizado, segregava o público pelo fator de contribuição previdenciária e regulamentação legal (por intermédio dos Institutos de Previdência – IAP’s) ao mesmo tempo que coexistia com outro nível de acesso à saúde, esse subordinado ao Ministério da Saúde e Educação (MESP).

O regime de saúde subordinado ao MESP contava com a colaboração das casas de misericórdias e demais institutos filantrópicos, que tornavam-se reservados para todos aqueles que cabiam na marginalidade e no mercado informal de trabalho, onde “(...) ficavam incluídos não apenas os desempregados, os subempregados e os empregados instáveis, mas (...) todos aqueles cujas ocupações, por mais regulares e estáveis, não tenham sido ainda regulamentadas” (SANTOS, 1979, p.75)¹⁵.

2.1.3 A Quarta República (1945-1964)

Novos ares geopolíticos consolidaram-se com o fim da Segunda Guerra Mundial (1939-1945), acompanhados com o crescente debate contra o nazifascismo e das campanhas de retomada democrática e de cultura de paz global. Esse contexto culminou no enfraquecimento dos regimes autoritários diante da promulgação da Declaração Universal dos Direitos Humanos

¹³ De acordo com Wanderlei Guilherme dos Santos (1979), a mencionada associação impingia a cidadania ao campo da profissão “(...) e os direitos do cidadão restringem-se aos direitos do lugar que ocupa no processo produtivo, tal como reconhecido por lei” (Ibidem) ao passo que transformavam-se em “(...) pré-cidadãos, assim, todos aqueles cuja ocupação a lei desconhece” (Ibidem).

¹⁴ Ver: Reis, José Roberto Franco. (2020) 2021. **Considerações historiográficas Sobre Corporativismo, Cidadania Regulada E a história Da Assistência à Saúde No Brasil: Dádiva Ou Direito? (1930-1964)**. Locus: Revista De História 26 (2):407-33.

¹⁵ A criação do Ministério da Educação e Saúde (Mesp) constituiu um importante marco para implementação das políticas de saúde no Brasil, uma vez que o redesenho dos entes federativos proporcionou a amplitude das campanhas de abrangência nacional, mas com distinta orientação centralizadora assumida pelo governo. Observando a existência, para além das sucessivas mudanças organizacionais realizadas desde o período de sua criação, de “um processo de expansão baseado na manutenção de vários institutos que ficaram de fora do controle direto dos departamentos nacionais centralizados” (ARAÚJO FILHO, 2017, p.83).

(1948)¹⁶ resultando, por fim, no caminho para um novo marco constitucional em que o Estado Democrático de Direito deveria ser a nova ordem; é o que descambou no Brasil.

A Constituição de 1946 consagrou a retomada da diversidade e do pluralismo político referente à Assembleia Constituinte, a qual contou com diversos segmentos de classe para composição da nova ordem constitucional.

O resultado adveio com a Magna Carta que tratou de disciplinar a ordem econômica e sua organização em conformidade com os postulados da justiça social, conciliando o reconhecimento da livre-iniciativa e da valorização do trabalho humano, bem como dos direitos sociais trabalhistas e da repressão do abuso do poder econômico. Além disso, adotou os anseios do movimento municipalista assegurando-lhe uma maior autonomia e acesso às rendas públicas, através das transferências diretas da União aos Municípios, por exemplo (SILVA NETO, 2013).

Ocorre que, apesar da sua importância, a Magna Carta de 1946 não instituiu – num primeiro momento – profundas mudanças que permitissem afastar a organização e a atuação governamental das políticas sociais do regime anterior (LIMA et al., 2005; ARAÚJO FILHO, 2016). Verificando-se também que “ao longo do período de 1945 a 1964, todos os pronunciamentos oficiais e as posições políticas no campo da saúde associavam saúde e doença aos problemas de desenvolvimento da pobreza” (LIMA et al., 2005 p.49).

A importância da saúde na construção do Estado-Nação passa a ser defendida por influência do “otimismo sanitário” presente deste o fim da IIª Guerra Mundial. O poder da ciência e da medicina vigoram-se como exemplos no combate e na erradicação de doenças infectocontagiosas por todo o mundo. Agregando-se a esse otimismo, “(...) a ideia de que saúde era um bem da valor econômico, e de que investimentos em ‘capital humano’ eram fundamentais para o desenvolvimento e o progresso da nação” (Ibid., p.47). Neste sentido:

“Os programas de controle e erradicação das chamadas doenças tropicais passam a atrair o interesse das instituições nacionais e dos governos de países que assumiam a liderança mundial, mas também das agências internacionais criadas para coordenar, em diversas frentes, planos globais de desenvolvimento associados à saúde. Entre elas, [destaco] a Organização

¹⁶ NAÇÕES UNIDAS. A Declaração Universal dos Direitos Humanos. 1948. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>. Acesso em maio/2023.

Mundial de Saúde (OMS) (...) [e] a Opas [Organização Pan-americana de Saúde] (...)” (Ibidem).

O movimento do “sanitarismo desenvolvimentista” detinha, neste caso, como principal núcleo de combate político, ideológico e institucional a questão do “campanhismo” (saúde somente promovida por campanhas), da centralização, da fragilidade dos governos locais e do escasso estudo técnico acerca da situação sanitária do país, devido à falta de informações e demais dados governamentais; sendo tal condição um legado do regime anterior. Ademais, pugnavam pela necessidade de “(...) compreensão das relações entre pobreza e doença e sua importância para transformação social e política do país” (LIMA et. al, 2005, p.49)¹⁷.

O Diploma Maior de 46, nos anos que se seguiu, contou com inúmeros destaques no avanço organizacional e institucional no tocante ao direito à saúde, como a criação do Ministério da Saúde em 1953, em que, “por um lado, a separação entre educação e saúde não significou grandes mudanças nas estruturas institucionais, (...) nem mudança de ênfase nas populações rurais ou incorporação de novos serviços” (Ibid., p.51), mas, por outra via, inovou ao deslocar as discussões e o processo decisório das políticas de saúde para a atuação legislativa e para a esfera política (LIMA et.al, 2005).

Dentre os outros marcos institucionais deste período registra-se desde a reestruturação dos serviços nacionais do Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu), em 1956, com a promoção da campanha nacional contra a lepra e de controle e erradicação contra doenças, como a malária, de 1958 a 1964; até a 3ª Conferência Nacional de Saúde, em 1953 (LIMA et al., 2005, p.50).

Por fim, com relação a este último, vale acrescentar que as Conferências Nacionais de Saúde (CNS) representam um dos maiores marcos para institucionalização deste direito social, tendo em vista que por meio delas, tornou-se possível a propositura de diretrizes para formulação de estratégias e controle no desempenho executório das políticas de saúde e de suas instâncias executivas (SCOREL & BLOCH, 2005).

¹⁷ É mister ressaltar que o núcleo combatido pelo movimento não implica adesão de todos os seus membros. A existência da tensão entre duas linhas de entendimento atravessariam o movimento, em que uma parte compreendia a doença enquanto “(...) um obstáculo ao desenvolvimento e a saúde constituía um pré-requisito essencial para os avanços sociais e econômicos no mundo em desenvolvimento” (LIMA et al., 2005, p.49) ao passo que noutra linha entendia que “(...) não ser suficiente o combate às doenças para superação da pobreza” (Ibidem).

2.1.4 A Ditadura militar no Brasil (1964-1985)

Os anos de chumbo, período que remonta os últimos anos da década de 60 e início dos anos 70, comportaria a experiência do milagre econômico e da modernização nacional, cujos os efeitos não seriam experimentados por todos. Sendo tal período marcado também por um governo instituído através de golpe militar que condensou a repressão, a tortura, os desaparecimentos e inúmeros assassinatos praticados pelos agentes militares contra membros da sociedade civil (CARVALHO, 2017).

As Constituições de 1967 e 1969 são originárias deste capítulo da história nacional, em que apesar da manutenção formal das garantias constitucionais em ambos diplomas; a prática do exercício civil consistia na total supressão dos direitos e garantias individuais e políticas, sob o pretexto de combater os comunistas, sindicalistas, agremiações de estudantes, jornalistas e demais subversivos que colidissem com a ordem e o progresso nacional (SILVA NETO, 2013; VILLA, 2011; MENDES, 2019).

No tocante ao direito à saúde, verifica-se que “o Sistema Nacional de Saúde implementado no Brasil no período militar caracterizou-se pelo predomínio financeiro das instituições previdenciárias e pela hegemonia de uma burocracia técnica que atuava no sentido da mercantilização crescente da saúde” (ESCOREL et al., 2005, p.60).

A saúde pública, a seu turno, descartada do interesse estatal, “tornou-se uma máquina ineficiente e conservadora, cuja atuação restringia-se a campanhas de baixa eficácia” (Ibid., p.61) contando, por sua vez, com carência de recursos “(...) – que não chegavam a 2% do PIB – [o que] colaborava com o quadro de penúria e decadência, com graves consequências para a saúde da população” (Ibidem).

A assistência médica financiada pela Previdência Social, ainda na década de 70, contou com um expressivo aumento de leitos hospitalares, em cobertura e em volume de recursos previdenciários arrecadados, além de ter assegurado o maior orçamento da sua história (ESCOREL et al., 2005). Ocorre que, contudo, apesar de “prestados pelas empresas privadas aos (...) [beneficiários], os serviços médicos eram pagos por Unidade de Serviço (US) e essa forma de pagamento tornou-se uma fonte incontável de corrupção” (ESCOREL et al., 2005, p.61). Isto porque, a partir de tal episódio, viabilizou-se a construção ou reforma de inúmeras clínicas e hospitais privados com recursos públicos, especificamente com os da Previdência

Social, cuja a ênfase no segmento de medicina curativa culminou no amplo crescimento de faculdades de medicina por todo país (SCOREL et al., 2005).

O regime, frente as críticas ao seu projeto político e social, buscou estabelecer, de forma controlada, o espaço para manifestação política ao passo que “(...) utilizando-se simultaneamente de dois mecanismos voltados para responder as demandas das camadas populares, [sendo eles]: concessões econômicas restritas e uma política social (...) repressiva e paternalista” (SCOREL et al., 2005, p.65).

Neste aspecto, a adoção de políticas sociais visava, pelo regime, garantir sua legitimidade diante dos inúmeros setores da sociedade civil, sobretudo os setores empresariais e do conservadorismo rural. Tendo em vista que ao examinar esse momento histórico, “(...) sob o ponto de vista da cidadania, tem, assim, que levar em conta a manutenção do direito do voto combinada com o esvaziamento de seu sentido e a expansão dos direitos sociais em momento de restrição de direitos civis e políticos” (CARVALHO, 2017, pp.172-3).

Por outro lado, apesar das tentativas de emparelhar os órgãos governamentais e instâncias executivas com membros consonantes ao pensamento da cúpula governamental, os militares não contavam com profissionais e nomes qualificados para o preenchimento de todas as vagas. O que “(...) terminou por criar espaços institucionais para pessoas de pensamento contrário, senão antagônico, ao dominante em seu setor” (SCOREL et al., 2005, p.66) sendo, “por essa brecha, [que] lideranças do movimento sanitário entraram na alta burocracia estatal, na área de Saúde e da Previdência Social” (Ibidem).

Muito embora, o período estudado tenha contado com inúmeros desafios diante do contexto de censura e supressão de direitos, como também aposentadorias compulsórias, exílios e fechamento de centros de pesquisa; importa destacar alguns marcos institucionais do período, aos quais a pesquisa considerou importantes para o avanço da discussão de cidadania e saúde no Brasil, sendo eles:

- (i) A importância dos Departamentos de Medicina Preventiva (DMP), criado na década de 50, na Faculdade Paulista de Medicina e na de Ribeirão Preto, em que foi o *locus* para organização do movimento sanitário, no qual buscou “(...) conciliar a produção de conhecimento e a prática política, ao mesmo tempo em que ampliava seu campo de ação, envolvendo-se com

organizações da sociedade civil nas suas demandas pela democratização do país” (Ibid., p.63);

- (ii) O Projeto Monte Claros (MOC), em 1972, instituiu uma estrutura de atenção de saúde nos postos rurais e ao mesmo tempo permitiu trabalhar a questão do planejamento familiar. A sua prática conciliava os conceitos de regionalização, hierarquização, administração democrática e eficiente, integralidade da assistência à saúde, atendimento dos auxiliares de saúde e participação popular (ESCOREL et al., 2005). O que “(...) provou que as propostas do movimento sanitário eram exequíveis, inclusive, por sua capacidade de articulação com diferentes forças sociais” (ESCOREL et al., 2005, p.69).
- (iii) A criação da revista *Saúde em Debate*, em 1976, canal esse que facilitou a divulgação das plataformas de luta e de debates do movimento sanitarista, como também “(...) empenhou-se em denunciar as iniquidades da organização econômico-social e a perversidade do sistema de saúde privatizado e anti-social” (Ibid., p.67); e, por fim...
- (iv) A Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde (1978)¹⁸, na qual reafirmou ser a saúde um direito humano fundamental, sob a responsabilidade política do governo, e reconhecendo que sua realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor da saúde;

2.1.5. A Constituição Cidadã (1988)

O fim do ciclo militar com o processo de abertura política finalizado pelo último presidente, o general João Figueiredo (1979-1985), instituiu a retomada do ímpeto democrático e da luta política silenciada durante o período de 21 anos de duração do regime. A Lei da Anistia (Lei nº 6.683/1979), o retorno dos exilados para o país, a recessão econômica insurgida pós-milagre econômico, as pressões populares e as eleições diretas para os governos dos estados podem ser considerados a síntese de momento político de transição democrática até a instauração da Assembleia Constituinte em 1987 (ESCOREL et al., 2005; VILLA, 2011; MENDES, 2019).

¹⁸ URSS. Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários. 1978. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf. Acesso em maio/2023.

A Constituição da República Federativa do Brasil (CRFB), nascida em 5 de outubro de 1988, como estudado até aqui, apresenta-se como originária de um longo percurso histórico, marcado por mobilizações sociais e por lutas políticas. De modo que a consolidação e o reconhecimento dos princípios fundamentais e dos postulados meta-constitucionais consagram, a partir deste novo marco, a instituição de um modelo de República em que a Dignidade da Pessoa Humana (art.1º, III) e a Cidadania (art.1º, II) tornam-se os alicerces para edificação do Estado Democrático de Direito.

Complementa-se ao quadro, a insurgência de um movimento de contestação, na década de 80, ao modelo adotado de atenção à saúde governamental no Brasil, que defendia, em apertada síntese, o “(...) apelo à democratização do sistema, com participação popular, a universalização dos serviços, a defesa do caráter público do sistema de saúde e a descentralização” (ESCOREL et al., 2005, p.73).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde - CNS (1986), por exemplo, é considerada pela literatura especializada como um dos maiores expoentes institucionais na construção de uma plataforma e de estratégias do movimento pela democratização da Saúde. Com a sua influência observa-se a articulação de repensar a ampliação do conceito de saúde e sua transcendência da mentalidade da época que tratava apenas de uma mera reforma administrativa e financeira (RODRIGUEZ NETO, 2019; ESCOREL et al., 2005).

O relatório proposto pela 8ª CNS preceituava o direito à saúde enquanto uma garantia, assegurada pelo Estado, em promover condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade (nº 3 – Tema 1: Saúde como Direito).

A saúde, por sua vez, corresponde não a um conceito abstrato, é resultante das condições e das formas de organização social, decorrente de um dado contexto histórico, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida e, por isso mesmo, tal direito deve ser conquistado pela população em suas lutas diárias (nº. 1 e 2).

Por fim, acrescenta-se ao panorama das contribuições promovidas pelo relatório, o lançamento da discussão acerca da participação dos entes subnacionais no financiamento público do direito à saúde.

Nota-se que a cooperação interfederativa, neste caso, se sucederia, ainda que – num primeiro momento – a sua execução ministerial estaria situada em nível federal, no processo de financiamento da saúde e na constituição de um orçamento social que englobasse os recursos destinados às políticas sociais dos diversos Ministérios e aos distintos fundos sociais. O percentual mínimo sobre as receitas públicas, assim, seria pré-fixado em 15% para os fundos únicos de cada entidade federativa (federal, estadual e municipal) (nº. 1-4, Tema 3: Financiamento do Setor).

Muitos anos decorreriam após a 8ª CNS, somados com as inúmeras tentativas e estratégias do movimento em prol da redemocratização da saúde a fim de instrumentalizar a constituição deste direito fundamental. O que, de fato, veio a acontecer com a aprovação e a criação de um sistema único de saúde, que consolidou uma nova arquitetura institucional a partir da separação da saúde em relação a previdência (ESCOREL et al., 2005, p.78).

A regulamentação dos fundamentos e das diretrizes para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), por exemplo, foi posteriormente disciplinada por meio das Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90 e, bem como, a Lei Complementar nº 141/2012, a qual fixou o mínimo constitucional a ser aplicado anualmente por cada ente federativo em ações e serviços públicos de saúde (FIGUEIREDO et al., 2018).

Frisa-se que o reconhecimento da competência de natureza política, invés de puramente administrativa, aos Estados e Municípios, pelo novo marco constitucional, favoreceu o fortalecimento do princípio republicano federativo e, por consequência, a participação do financiamento público dos gastos em saúde. Isto porque, a CRFB (1988) ao outorgar para as unidades parciais, a autonomia política, certificou aos subnacionais a garantia do cumprimento dos seus exercícios financeiros (sem interferências e sanções aplicadas pelo Governo Central), e, sobretudo, para os entes municipais, a competência tributária necessária para constituição de suas próprias receitas.

Com efeito, a adoção do federalismo de cooperação, “(...) consentâneo com um dos objetivos da República, que justamente traduz na erradicação da pobreza e da marginalização, bem como na redução de desigualdades regionais (art. 3, III, da CF)” (BONFIM, 2015, p.211), permite identificar um modelo binário de obtenção de receitas pelos entes federados, prevendo (i) competência tributária para todos e (ii) repartição de parte das receitas arrecadadas. Esse modelo que resultou em uma maior descentralização e autonomia aos entes municipais, em que

difere-se comparativamente no histórico das constituições anteriores (marcadas por intervenções autoritárias e por centralização financeira administrativa do Governo Central), se denominou como municipalização de receitas (PORTELLA & SANTOS, 2022).

Importa reiterar que, por fim, o outorgar de competências tributárias às unidades federativas, em conformidade com sua abrangência e atuação institucional, detém caráter lógico e consequencial do próprio pacto federativo e da ideia de desenvolvimento da atividade financeira do próprio Estado. Compreendendo que “não há autonomia política sem autonomia financeira” (BONFIM, 2015, p.211) e ao estabelecer uma rígida repartição de competências tributárias, a CRFB (1988) objetivou assegurar aos membros da Federação, os instrumentos e recursos financeiros necessários para desenvolvimento de suas atividades em arrecadar, administrar e aplicar tais recursos (MACHADO, 2007, p.56).

O redesenho constitucional, portanto, impactou no arcabouço de financiamento público e da participação social do Estado, em nível federal, estadual e municipal, no tocante a promoção de políticas públicas voltadas a instrumentalização dos direitos sociais; especialmente, as políticas do SUS no território nacional. Além disso, inaugurou, sob os postulados da nova ordem social com objetivo do bem-estar e da justiça social, um capítulo próprio para Seguridade Social e, sobretudo, uma seção destinada à Saúde.

É o que identifica-se na redação do art. 196 da Constituição Cidadã, ao versar sobre o direito à saúde, que consigna-o como uma responsabilidade do Estado promovê-lo a todos os habitantes e de acesso universal, gratuito e igualitário às ações e serviços de saúde, aos quais devem ser garantidos mediante políticas sociais e econômicas visando a redução do risco de doenças e outros agravos.

Embora a conceituação constitucional demonstre-se, em certa medida, focalizada na relação preventiva de doenças e afins, o SUS abrange questões inúmeras ao tratar de políticas de saúde pública envolvendo, por exemplo, desde alimentação, moradia, transporte, infraestrutura básica, direitos indígenas e quilombolas, qualidade de produtos e serviços e dentre outros (RODRIGUEZ NETO, 2019).

A participação das entidades civis e dos movimentos populares, para além da atuação das unidades federativas, torna-se essencial, neste contexto, para fins de otimizar uma boa execução descentralizada e regionalizada a partir das demandas de saúde de cada região e território do país. Considerando que é impraticável negar que o Brasil, com suas proporções

continentais, não comporte singularidades e disparidades estruturais na execução de políticas públicas sociais e econômicas para diversos contingentes populacionais (MACHADO, 2009).

Na abertura deste subcapítulo, questionou-se sobre “*há cidadãos neste país?*” e, diante da indagação, a necessidade de avaliar a correlação de forças e desencontros entre o preceito republicano e o reconhecimento da cidadania.

Ocorre que diante do encerramento deste tópico demonstrou-se que, no percurso histórico-constitucional brasileiro, não compatibilizou as duas interfaces ao ponto de que a instauração da república permitisse a todos os seus cidadãos o acesso à cidadania plena, mas sim o acesso estratificado dela. Identificado, assim, que a cidadania brasileira se forjou num processo seletivo e excludente de acesso a direitos e às condições materiais para uma vida condigna.

Dentro deste contexto, a Constituição de 88, apesar de todos os seus desafios e dos preceitos neoliberais esculpidos (RODRIGUEZ NETO, 2019), busca transcender e concretizar a todos os princípios norteadores de um Estado Democrático de Direito. O direito social à saúde, portanto, demonstra-se a partir de sua efetividade o acesso à cidadania e à dignidade da pessoa humana para todos os seus cidadãos, pois sendo através dele que políticas públicas básicas tornam-se instrumentalizadas, desde a merenda escolar até a questão sanitária.

2.2.O DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE E A CONSTITUIÇÃO SIMBÓLICA: ENTRE TÊMIS E LEVIATÃ

A Constituição Federal, em seu art. 1º, constitui um modelo de estado, ao qual encontra-se fundamentado sob os princípios basilares do seu diploma, bem como sob a égide da república federativa, denominado como Estado Democrático de Direito. Essa premissa constitucional, baseando-se no subtópico anterior, tem importe relevante diante do histórico das constituições antecedentes, nas quais a oposição política e os direitos fundamentais poderiam ser facilmente suspensos por meio de decretos, atos institucionais e/ou estados de sítio.

Neste aspecto, não carece de razão afirmar que o Estado Democrático de Direito institui, dentro da ordem constitucional, o reconhecimento da historicidade e da interdependência dos direitos fundamentais, não os limitando apenas ao Título II da CRFB/88. Assegurando, a seu turno, contudo, a legitimidade constitucional destes direitos por “(...) toda a Constituição e todo o ordenamento, com a participação, ainda, dos documentos internacionais

sobre a matéria, em face do princípio da não taxatividade (...) [e] da eficácia irradiante dos direitos fundamentais” (VILLAS-BÔAS, 2009, p.142). O que culminou aos direitos sociais, portanto, enquanto preceitos pétreos, nos termos do art.60, § 4º, IV, da Magna Carta.

A metáfora utilizada no subtítulo deste tópico é inspirada na obra “Entre Têmis e Leviatã: uma relação difícil”, elaborada pelo jurista Marcelo Neves (2012), a qual propõe um esmiuçado estudo sobre o conceito, sistemas e digressões a respeito do Estado Democrático de Direito na seara do direito. Para Neves (2012), o conceito deste modelo de estado é caracterizado especificamente “(...) por ser uma tentativa de construir uma relação sólida e fecunda entre Têmis e Leviatã, portanto, [com o escopo] de superar a contradição tradicional entre justiça divina e poder terreno” (NEVES, 2012, p. XIX).

Sendo assim, cabe-nos a indagação de: “*quem seria Têmis?*” e “*quem seria Leviatã?*”, ou melhor “*a quem eles representariam?*”. A questão remete-nos a natureza do problema do Estado Democrático de Direito, em que consiste, segundo o autor, no ato de conciliar o poder eficiente (Leviatã) com o direito legitimador (Têmis).

A concepção de Têmis e de Leviatã, neste caso, encontra-se contido, para o primeiro, no ideal de justiça, associado a conceitos poderosos de virtudes e vícios, ao passo que o segundo representaria, muito aquém da perspectiva hobbesiana, uma “(...) noção (...) disseminada amplamente tanto na política e no direito (...) [como] uma metáfora referente ao poder estatal, não necessariamente ao ‘Estado de Poder’” (NEVES, 2012, p. XVIII). Assim:

“Neste tipo de Estado, Têmis deixa de ser um símbolo abstrato de justiça para se tornar uma referência real e concreta de orientação da atividade de Leviatã. Este, por sua vez, é rearticulado para superar a sua tendência expansiva, incompatível com a complexidade sistêmica e a pluralidade de interesses, valores e discursos da sociedade moderna” (NEVES, 2012, XIX)

Ainda que importe assinalar as muitas tensões e conflitos contidos na constituição desta relação, frisa-se que, por meio dela, evita-se “(...) que o direito não se mantenha como uma mera abstração e o poder político não se torne impotente por sua hipertrofia ou falta de referência legitimadora” (Ibidem).

Neste sentido, o orçamento público torna-se um exemplo em que a relação entre Têmis e Leviatã enceta dissensos e diálogos na arena política para consolidação do Estado Democrático de Direito, isto porque “o orçamento público é o meio jurídico, normativo, pelo qual o Estado torna-se Estado” (IVO, 2004, p.273). Revelando-se, portanto, essencial para

realização das necessidades públicas e exercício de sua existência, considerando que “um Estado sem orçamento fenece, não chega aos administrados, seus programas sociais ficam no plano das intenções políticas, não se tornam prescritivos” (Ibidem).

Assim, na clássica definição de Aliomar Baleeiro (1996), o orçamento é:

“(...) o ato pelo qual o Poder Legislativo prevê e autoriza ao Poder Executivo, por certo período e em pormenor, as despesas destinadas ao funcionamento dos serviços públicos e outros fins adotados pela política econômica ou geral do país, assim como a arrecadação das receitas já criadas em lei” (BALEIRO, 1996, p.387).

Frisa-se que, especialmente, o conceito de serviço público – acompanhando o raciocínio do subtópico anterior – não deve ser preceituando enquanto a manifestação da soberania do estado, contudo como “(...) tradução de uma necessidade objetiva que deve ser satisfeita, (...) [não enquanto] (...) uma resposta a direitos subjetivos prévios, mas efeito de uma regra de direito objetivamente fundamentada que gera direitos individuais subsequentes” (DARDOT, 2017, p.549).

Isto é, ainda que a problemática estudada aborde sobre um direito social, no qual abrange a toda coletividade (in)distinta de pessoas, a sua propositura contará com uma natureza dupla: seja como “(...) instrumento do poder público (...) [seja como] instituição social destinada a garantir a satisfação do direito de uso [geral e/ou individual] e necessidades da população” (Ibid., p.546).

Neste sentido, a *Lei de Meios*, como também é chamado o orçamento público, representaria, portanto, o espelho da vida política de uma sociedade, sendo possível identificar, a partir da análise da estrutura de gastos e de receitas, quais “(...) as classes e/ou frações de classes que arcarão com o maior ou menor ônus da tributação, assim como as que mais se beneficiam com a destinação destes recursos” (OLIVEIRA, 2018, pp. 164-165); e/ou, até mesmo, tornando-se o centro de disputa e barganha, no presidencialismo de coalizão, para definição e distribuição dos gastos públicos (ABRANCHES, 2018).

O art.165 da Constituição Federal (1988) estabeleceu três instrumentos normativos em matéria orçamentária, sendo eles: o Plano Plurianual – PPA, a Lei das Diretrizes Orçamentárias – LDO e a Lei Orçamentária Anual – LOA. O PPA estabelecerá as principais diretrizes, objetivos e metas da administração pública, em nível federal, que nortearam por 4 anos os seus vetores de decisão e a elaboração das demais peças orçamentárias. A LDO compreenderá as metas e prioridades a serem conquistadas ano a ano; e a LOA, o instrumento

ao qual trata-se do orçamento propriamente dito, fixará as despesas e a discriminação da receita a fim de evidenciar e assegurar a política econômico-financeira e o programa governamental (RAMOS FILHO, 2012; PORTELLA & SANTOS, 2022).

A LOA, a seu turno, nos termos do art. 165, § 5º, da CRFB/88, compreenderá o orçamento Fiscal (OF), o orçamento de investimento de empresas (OIE) e o orçamento da seguridade social (OSS). O OF abrange as despesas e as receitas referente aos Poderes da União, incluindo seus fundos, órgãos e entidades da administração pública direta e indireta. O OIE abrange as empresas em que a União, direta ou indiretamente, detenha maioria do capital social com direito a voto. O OSS, por fim, abrange a todas as entidades e órgãos a ela vinculados, incluindo os fundos e fundações instituídos e mantidos pelo Poder Público, da administração direta e ou indireta.

Além disso, soma-se ao quadro da organização da atividade financeira do estado, a atenção aos fundamentos previstos na Lei nº 4.320/64 e na Lei de Responsabilidade Fiscal (Lei Complementar nº 101/2000), em que, ao todo, compatibilizam a unidade de orientação política para instrumentalização das propostas de governo e programas sociais, como também observância e respeito a sua dotação e execução orçamentária, nas mais diversas áreas (RAMOS FILHO, 2012).

O OSS trata-se, a propósito, do orçamento estabelecido para fins de financiamento público da Seguridade Social, no qual este último consiste em um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social, no cariz do art.194 da Magna Carta. A conjuntura constitucional deste financiamento contará com a participação de todos os membros da Federação a partir dos recursos provenientes dos seus orçamentos, como também de toda a sociedade civil (art.195), sendo assim compreende-se que a elaboração do OSS, ainda que integrada, sua execução será descentralizada (RAMOS FILHO, 2014).

O orçamento da saúde, neste caso, no tocante ao seu financiamento público, comportou inúmeras inovações a partir da Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de

2000^{19, 20}, que estabeleceu percentuais mínimos de Receita Corrente Líquida (RCL) a serem aplicados em Ações e Serviços Públicos em Saúde (ASPS), de forma compulsória, no caso de Estados, em 12%, e Município, em 15%, conforme regulamentado pela LC nº 141/2012 (art. 6º e 7º) e com previsão constitucional (art.198, §3º) e nos atos das disposições constitucionais transitórias (art.77, I-III).

Assim, no que se concerne ao percentual mínimo a ser aplicado pela União, a LC não o pré-fixou²¹, contudo estabeleceu a regra de que o percentual de recursos a serem aplicados no ano observaria, “(...) por meio da correção, (...) [a] variação nominal do PIB, do valor apurado no ano anterior, [buscando assim] manter a participação [federal] em termos da sua parcela no PIB aos patamares do ano de 2000” (Ribeiro; Piola; Servo, 2007 apud BENÍCIO, A. et al., 2015, p.32).

Nesta senda, verifica-se que, com a obrigatória participação das três esferas federativas no gasto público em saúde, decorreu, em relação ao PIB, o aumento de 1 ponto percentual entre 2000 e 2011 (2,89% para 3,91%), sendo que tal incremento, contudo, é oriundo da participação dos estados e municípios.

Tendo em vista que a União permaneceu estável ao longo destes anos, observando que “no ano 2000 a União apropriou-se de cerca de 56,70% da carga tributária disponível, enquanto estados e municípios auferiram, respectivamente, 26,58% e 16,72%” (STRANZ, 2014 apud PORTELLA & TEIXEIRA, 2016, p.657). De modo que os Estados e Municípios responderam por 40,14% do total dos gastos públicos com Saúde ao passo que o gasto federal correspondeu a 1,73% do PIB em 2000 e a 1,75% do PIB em 2011 (PIOLA et. al., 2013).

¹⁹ As diretrizes e estratégias aplicadas pela EC nº 29/2000 foram aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), a partir da Resolução nº 322, de 08 de maio de 2003, que estabeleceu uma base de cálculo para os imposto estaduais e municipais, como também de transferências federais para as subnacionais, para fins de aplicação em saúde. I Além disso, verifica-se a resolução disciplinou um período de escalonamento dos percentuais mínimos a ser investidos pelos Estados e Municípios em saúde, no período de 2000 até 2004; ao passo que para União apenas a orientação do art.77 do ADCT (ver nota nº 26).

²⁰ BRASIL. Resolução nº 322, de 08 de maio de 2003, disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/cns/2003/res0322_08_05_2003.html. Acesso em maio/2023.

²¹ Vale ressaltar que anterior a regulamentação da LC 141/2012 sobre a temática; a EC nº 29/2000 estabeleceu para União, em nível percentual mínimo, o acréscimo de 5% em 2000 em relação ao montante empregado no ano anterior (ADCT, artigo 77, I, “a”) e para os anos de 2001 a 2004, o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do PIB (ADCT, artigo 77, I, “b”). A delimitação dos critérios após 2005 de vinculação da RLC da União ficaria ao encargo de Lei Complementar, nos termos do art. 198, §3º da CRFB (CAMPELI & CALVO, 2007).

É mister acrescentar ao contexto dos impactos causados pela EC nº29/2000, o interessante estudo de PIOLA et. al. (2013), que aponta o aumento da participação dos entes federativos no financiamento da saúde, sobretudo Estados e Municípios, diante da participação decrescente da União, vejamos:

“A EC nº 29 trouxe mais recursos e promoveu o aumento da participação de estados, Distrito Federal e municípios no financiamento do SUS. Ela começou a vigorar em 2000, quando a União ainda respondia por quase 60% do recurso público total aplicado em saúde. Desde então, sua participação foi decrescendo, ficando em torno de 44% em 2011, apesar de terem sido observados incrementos reais no montante destinado à saúde. Nesse mesmo período, a participação dos estados passou de 18,5% para 25,7%, enquanto a dos municípios foi de 21,7% para 29,6%, de acordo com os dados do Sistema de Informações e Orçamentos Públicos de Saúde” (SIOPS) (PIOLA et. al., 2013, p.13).

A partir desta exposição, ao acompanhar o percurso percentual de financiamento dos gastos públicos em saúde, em todas esferas e com atenção ao nível federal, muito antes da insurgência da EC nº 86/2015, já era possível identificar “um decréscimo da participação federal: de 58,86%, em 2000; para 46,8%, em 2004; e finalmente para 35,75%, em 2014” (SOUTO, 2012 apud PORTELLA & TEIXEIRA, 2016, p.669).

A EC nº86/2015²², no presente caso, alterou o art. 198, § 2º, da Constituição Federal, determinando o percentual mínimo de recursos a serem aplicados pela União em saúde, ao qual fixou em 15% com base na RCL de 2015, em que ocorreria, por meio de um sistema de escalonamento, ao longo de cinco anos (de 2016 até 2020), a progressão de 13,2% até alcançar 15% de recursos federais a serem aplicados²³.

Complementando o raciocínio, analisando os gastos públicos em saúde no Brasil comparados com outros países que adotam o sistema de saúde similares, universais e públicos,

²² Anterior a PEC nº358/2013, que posteriormente se tornaria a EC nº86/2015, foi proposto o Projeto de Lei nº 321/2013 de iniciativa popular com o objetivo de alterar o valor mínimo a ser aplicado pela União nos gastos em ASPS, com a destinação de 10% de sua receita corrente bruta (PIOLA, 2013; CONASEMS, 2015). I A origem do projeto decorre de uma ampla articulação de diversas entidades e organizações da sociedade civil que constituiu o Movimento Nacional em Defesa da Saúde Pública (PIOLA, 2013). Esse movimento ficou conhecido como “Saúde +10”. I Além disso, vale pontuar que a existência de duas outras iniciativas, na Câmara Federal, decorrente da participação parlamentar, que na época encontravam-se sendo apreciadas na Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF), os PLPs nº 123/2012 e nº 124/2012, respectivamente de autoria dos deputados Darcisio Perondi e Eleuses Paiva com a mesma finalidade (PIOLA, 2013, p.24).

²³ A EC nº86/2015, além da alteração já apontada, revogou o inciso IV do §3º do mesmo artigo que previa a possibilidade de o percentual mínimo da União ser reavaliado, por Lei Complementar, pelo menos a cada cinco anos. Determinando que, por fim, os recursos para os gastos em ASPS, para fins de cumprimento do montante mínimo a ser aplicado pela União (nos termos do inciso I, §2º, do art. 198 da CRFB), passariam a ser oriundos da participação no resultado ou da compensação financeira resultante da exploração de petróleo e gás natural (art.3º).

identifica-se, em 2014, que os gastos nacionais com o SUS foram apenas 3,9%, considerando a participação das três esferas administrativas, ao passo que, em média, em outros países gastam 8% do Produto Interno Bruto (PIB).

O que permitindo-nos concluir, desse modo, que “o Brasil foi o país com menor participação do gasto público em saúde, 40% no primeiro ano (2000) e 46% no último ano analisado (2014)” (FIGUEIREDO et. al., 2018, p.40) quando comparado com Portugal (respectivamente 64% e 68%) e demais países que “(...) ultrapassaram 70% do gasto público em saúde, com destaque para o Reino Unido, que alcançou 83% da participação do Estado nas ações e serviços públicos em saúde” (Ibidem)^{24,25}.

Não obstante aos aspectos já narrados, importa mencionar o impacto causado no financiamento público em saúde, dentro do plano das relações interfederativas, com o uso do instrumento denominado como Desvinculação de Receita da União (DRU) pelo órgão federal.

O DRU consiste em um ato impositivo demandado pela União para as demais subnacionais culminando, por conseguinte, no afastamento do órgão federal frente a “(...) obrigação de realizar transferências constitucionais e legais, o que termina por impossibilitar o cumprimento de metas de desenvolvimento econômico e social, e contribui para a fragilização do financiamento dos demais entes da federação, notadamente dos Municípios” (PORTELLA & TEIXEIRA, 2016, p.634).

A década 80 comportou, conforme tratado no sub-tópico anterior, importantes marcos institucionais para o processo de descentralização fiscal e reforma tributária, a partir da

²⁴ Para ver sobre o estudo comparativo acerca dos gastos públicos e privados em saúde no Brasil e países selecionados recomenda-se o artigo: FIGUEIREDO, Juliana Oliveira Figueiredo; PRADO, Níliá Maria de Brito Lima Prado; MEDINA, Maria Guadalupe; & PAIM, Jairnilson Silva. **Gastos público e privado com saúde no Brasil e países selecionados**. SAÚDE DEBATE | RIO DE JANEIRO, V. 42, NÚMERO ESPECIAL 2, P. 37-47, OUTUBRO 2018 Link: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-11042018000600037&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

²⁵ Neste mesmo cenário, observa-se que “a participação do gasto público no total do gasto com saúde no Brasil, em 2014, segundo GHO (2017), foi de 46%, enquanto na privada, essa participação foi de 54%. A média da participação do gasto privado no total do gasto com saúde nos países europeus, segundo a OCDE (2017), foi de 27% em 2011” (MELO, 2017 p.107). Tais dados revelam uma deformação oriunda da complexidade das relações público-privada, resultante tanto das relações desiguais e heterogêneas da nossa sociedade, quanto, por outro lado, da inversão de investimento público em saúde para fins de benefício e viabilidade no âmbito privado. **I** Acrescenta-se ao quadro que “na Argentina, Uruguai e Colômbia, países latino-americanos cujos sistemas não são universais como o do Brasil, tiveram, em 2014, a participação do gasto privado com saúde no total de 45%, 29% e 25%, respectivamente” (Ibidem). **I** Observa-se que, por fim, “nos Estados Unidos, único país desenvolvido cujo sistema não é universal e que conta com o maior gasto de saúde do mundo, a participação privada no gasto total foi de 51%, em 2014” (Ibidem) - MELO, Maria Fernanda Godoy Cardoso de, 1972- **Relações público-privadas no sistema de saúde brasileiro** / Maria Fernanda Godoy Cardoso de Melo. – Campinas, SP : [s.n.], 2017.206ps.

promulgação da CRFB/1988, o que possibilitou para os subnacionais, sobretudo aos municípios, a assegurada autonomia fiscal e a participação na distribuição de receita.

Os anos 90, por outro lado, seria marcado por um sentido inverso: pela busca da União em “(...) recompor sua capacidade financeira, o que ocorreu através de aumentos contínuos na carga tributária” (SOARES, 2012, p.8) e, “(...) de forma cada vez mais acentuada, a não observância do artigo 55 do ADCT , (...), que regia os repasses do MPAS [Ministério da Previdência e Assistência Social] e ao MS [Ministério da Saúde]” (DAIN, 2007, p.1853). Assim:

“Na ampliação de tributos, a União privilegiou a criação ou aumento das contribuições sociais, previstas na constituição como fonte exclusiva de receita federal, vinculadas a gastos sociais e não sujeitas à repartição com estados e municípios” (SOARES, 2012, p.8).

Diante desta busca de fortalecer sua autoridade fiscal, em 1994 foi criado o Fundo Social de Emergência (FSE), que tempos depois, em 1996, passou para Fundo de Estabilização Fiscal (FEF) e, por fim, sendo rebatizado em 2000 como Desvinculação de Receitas da União (DRU), no qual foi prorrogado nos anos 2003, 2007 e 2011 (SOARES, 2012).

Frisa-se que a propositura deste instrumento fiscal, nos idos de 1994 e dos anos seguintes, buscou ser apenas temporário para reequilíbrio das contas públicas, porém observa-se que desde a promulgação da CRFB/88, transcorrido 34 anos de sua vigência, dos quais 28 anos se caracterizou sob a égide de setes Emendas Constitucionais cujo o objetivo foi desvincular receitas de sua finalidade constitucional (SCAFF, 2015).

O propósito deste instrumento, por sinal, consiste – sob o argumento do ajuste fiscal e de maior flexibilidade à gestão orçamentária do órgão federal, na “(...) captura de 20% da arrecadação de impostos e contribuições da União, (com exceção dos Fundos de Participação e da contribuição sobre a folha de salários)” (DAIN, 2007, p.1853)²⁶. O que implica, em termos práticos, na transferência de “(...) recursos de contribuições sociais do orçamento da seguridade

²⁶ A EC nº93 de 08/09/2016 prorrogou o DRU até 2023 ampliando, contudo, seu percentual de 20% para 30% de todos os impostos e contribuições sociais federais. O mesmo mecanismo foi criado para estados, Distrito Federal e municípios - a Desvinculação de Receitas dos Estados, Distrito Federal e dos Municípios (DREM) -, ficando desvinculadas 30% das receitas relativas a impostos, taxas e multas, não aplicado às receitas destinadas à saúde e à educação.

social para o orçamento fiscal da União” (DIAS, 2008, p.8) – sobretudo, aplicada no serviço da dívida pública – e, como também, visando assegurar o superávit primário pretendido²⁷.

Ocorre que a aplicação da DRU pelo órgão federal desequilibra o pacto federativo, como também aflige os princípios norteadores da Constituição Cidadã (art. 1º, II e III), uma vez que tal instrumento representa “(...) um sério golpe à autonomia, na sua expressão do financiamento. Observando que nesta desvinculação encontram-se incluídas as transferências intergovernamentais em favor dos Entes periféricos” (PORTELLA & TEIXEIRA, 2016, p.659).

Acresce-se, ao caso, o fato de que “(...) a receita de contribuições sociais e econômicas, em sua maior parte integrante do orçamento da seguridade social, passou de 8,9% do PIB, em 1994, para 15,4% em 2006” (DIAS, 2008, p.10) gerando, no fim das contas, uma hipertrofia das receitas para seguridade social (DIAS, 2008).

Frente a tal importe estrutural de financiamento dos gastos públicos em saúde, a EC nº86/2015 expressou “(...) uma das mais dramáticas derrotas da saúde pública no Brasil, visto que no ano de 2016 o valor deflacionado aplicado pela União foi inferior a 2015” (CNM, 2018, p.12).

A partir deste contexto, o financiamento do SUS para União, Distrito Federal, Estados e Municípios demonstrou-se agravado, no período de 2015 e 2016, pela “(...) combinação das novas regras de cálculo para apuração do valor da aplicação mínima constitucional com a da execução orçamentária obrigatória das emendas parlamentares individuais (...)” (FUNCIA, 2015, p.40). O mesmo se repetiu em 2017 representando, assim,

²⁷ Para Fernando A. C. Dias (2008), a discussão relacionada a DRU e seus impactos aos gastos sociais não se sustenta, considerando especificamente a área de saúde contaria com o “(...) aporte de outras fontes de recursos, que podem ser eventualmente compensadas; no caso da seguridade social, há o aporte de recursos do Tesouro Nacional, para cobrir o déficit existente” (DIAS, 2008, p.20). **I** De modo que “o patamar dos gastos sociais decorre mais das decisões de criação ou aumento de despesa pública do que da disponibilidade de recursos vinculados” (Ibidem). **I** Todavia, a partir das medidas adotadas pelas novas emendas constitucionais e política legislativa (como a EC nº95/2016), verificasse que, mesmo diante de um período com estabilidade econômica (1995-2002) com o PIB apresentando “(...) um crescimento real em todos os períodos do estudo, acumulando um aumento médio anual de 61,4% do quinto em relação ao primeiro período” (FIGUEIREDO et. al, 2018, p.43); observa-se que “(...) os gastos com Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) cresceram mais do que o PIB, mas com uma participação percentual, com relação a este, quase linear, com média de 1,7% em todo o período” (Ibidem). Isto é, ainda que diante de um superávit primário e do aporte de outras fontes financiadoras, o cenário de subfinanciamento de gastos públicos em saúde, a nível federal, remanesce sendo uma infortuna realidade.

“(…) mais uma perda parcial de direitos sociais duramente conquistados pela sociedade brasileira” (Ibidem)²⁸.

A partir da aprovação da EC nº95, em 15 de dezembro de 2016, revogou-se a emenda constitucional anterior e instituindo, no seu lugar, um “Novo Regime Fiscal” determinando limites máximos de gastos públicos, aplicado para União e demais órgãos federais com autonomia orçamentária e financeira, com duração de vinte anos (de 2017 até o exercício de 2036) e com possibilidade de revisão a partir do décimo ano de sua vigência (CONOF, 2016).

De acordo com a Consultoria de Orçamento e Fiscalização Financeira (CONOF), o novo regime albergaria as despesas primárias no âmbito do orçamento fiscal e da seguridade social visando, assim, reprimir o déficit e a dívida públicos através do “(…) controle duradouro da despesa pública, na medida em que considera que a carga tributária [nacional] já se encontra bastante elevada, e que o controle de despesa melhora a qualidade do gasto” (CONOF, 2016, p.10). Sendo assim, permitindo estabilizar os gastos para posteriormente diminuir-los, considerando que, conforme a consultoria apontada, os gastos públicos nacionais cresceram quase 6% acima de inflação, em termos médios, entre o período de 1997 a 2015.

A propositura da medida, portanto, conciliaria o reequilíbrio das contas públicas ao mesmo propósito que procuraria possibilitar “(…) menores taxas de juros na negociação dos títulos públicos, o que permitirá a redução das despesas financeiras, fundamental para a recuperação da confiança do investidor e do consumidor” (Ibidem).

Em ato contínuo, o Novo Regime suspendeu as regras previstas na EC nº86/2015, referente a fixação escalonada da aplicação mínima de recursos nas áreas de saúde e educação

²⁸ O estudo “*Implicações da Emenda Constitucional n.86/2015 para o processo de financiamento do Sistema Único de Saúde*”, realizado por Francisco Funcia (2015), considerou diversos cenários hipotéticos envolvendo desde o escalonamento do mínimo percentual com variação nominal (positiva e negativa) do PIB e das despesas empenhadas em ASPS pelo ente federal. O resultado apontou que a lógica de “*aplicação máxima corresponde à aplicação mínima legal*” (FUNCIA, 2015), como a da EC 86/2015, agrava o quadro de financiamento e transferência de recurso para os entes federativos dentro de um programa orçamentário já insuficiente. **I** Para o autor é possível evidenciar por “(…) simples constatação de que, se [a presente emenda] estivesse vigorando em 2014, as despesas empenhadas [em ASPS corresponderiam] (...) a 14,2% da RCL, enquanto que, para os primeiro e segundo anos de vigência, os percentuais constitucionais são menores (13,2% e 13,7%, respectivamente)” (FUNCIA, Francisco. [entrevista] **A extensão da ameaça da EC 86/2015 sobre o SUS**, publicado em 16/12/2015, no site <https://dssbr.ensp.fiocruz.br/a-extensao-da-ameaca-da-ec-862015-sobre-o-sus/>. Acesso em maio/2023). **I** Além disso, observa-se que os ganhos para financiamento do SUS somente ocorreriam, de fato, a partir do ano de 2018 com a elevação gradual do percentual da RCL até 15%, sendo estimado entre R\$ 8,36 bilhões a R\$ 15,71 bilhões de perdas totais, nos anos 2015 e 2016, resultando, por fim, na carência de recursos já pontuado (FUNCIA, 2015).

(art. 198 e 212 da CRFB/88), vinculadas à receita e instituindo, no seu lugar, a aplicação mínima com base nos respectivos pisos de 2016, devidamente corrigidos pelo IPCA nos anos seguintes (CONOF, 2016).

O “Novo Regime Fiscal”, apesar de ser uma inovação de política legislativa no financiamento dos gastos sociais, cujos efeitos revertem “(...) uma trajetória histórica de crescimento real do gasto público, o que implica uma ruptura dos acordos políticos e sociais relacionados com essa dinâmica” (VIEIRA & BENEVIDES, 2016, p.6); não é uma exclusividade brasileira, exceto pela sua constitucionalização. Tal adoção de políticas de contenção de gastos públicos são observadas em outros países, de sistemas nacionais de saúde semelhantes ou não com o nacional, e que adotaram a sistemática de políticas de austeridade econômica, conforme será discutido em capítulo específico.

A presente medida, vale anotar, apesar do rigor do método e das consequências do antídoto, somente perduraria até a melhora econômica; o que não aconteceria, pois uma nova crise global, de teor econômico e sanitário, insurgiria e a combalida promessa de recuperação econômica, contudo, tardaria a porvir.

Essa crise protagonizou-se a partir de um pequeno agente infeccioso, ou melhor, uma família de vírus²⁹, com alta capacidade de transmissibilidade pelo ar, incontestemente facilidade de adaptação/mutação viral e com a pré-disposição incomum de infectar moderadamente alguns, com uma simples gripe, e para outros, com um efeito fatal: a morte (RAMONET, 2020; PET ECONOMIA – UFPR, 2020).

Nos idos de março de 2020, a pandemia sanitária causada pelo coronavírus Covid-19 deflagrou-se em território nacional e, por meio dela, o mundo se redesenhou diante do volume de doentes e vítimas fatais resultando, por conseguinte, na suspensão de guerras, desestabilização de lideranças mundiais, impacto nos mercados internacionais, definhamento de populações inteiras e instituindo, em grandes centros urbanos, o isolamento doméstico aos cidadãos e o fechamento e a falência de diversos estabelecimentos comerciais; assim como

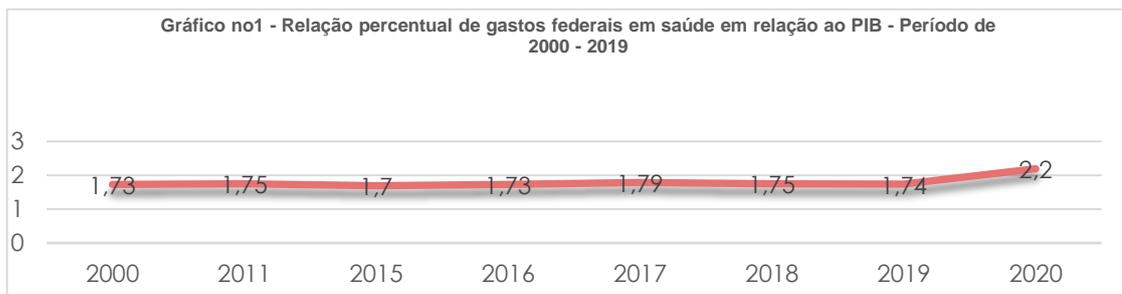
²⁹ De acordo com o site da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), o covid-19 trata-se de uma ampla família de vírus que podem ocasionar uma variedade de condições clínicas, do resfriado comum a doenças mais graves, como a síndrome respiratória do Oriente Médio (MERS-CoV) e a síndrome respiratória aguda grave (SARS-CoV). A primeira detecção do vírus, após notificação do surto, se deu em Wuhan, China, em dezembro de 2019 (Para saber mais ver: https://www.paho.org/pt/topicos/coronavirus?adgroupsurvey={adgroupsurvey}&gclid=Cj0KCQjwu-KiBhCsARIsAPztUF3BU0W7pgQ40azSfQlZOWQiMxnIK6_X019GxtImMSfKVNfUmOEubIaAuUBEALw_wcB. Acesso em maio/2023).

agravando nevrálgicamente a corrosão econômica e social diante das reformas contracionistas para população.

Estima-se que o número de 4,55 milhões de vítimas fatais e 219 milhões de infectados no mundo³⁰. No Brasil, a seu turno, o enfrentamento tardio e negligenciado pelo poder público contra a Covid-19, com destaque a desordem organizacional-administrativa e institucional, em especial, da União em propor medidas econômicas e sociais para lidar com a crise, resultou, para o país, em setembro de 2021, a classificação em segundo lugar no ranking do maior número de mortes (613 mil) e o terceiro lugar no número de casos (22 milhões) do vírus em comento^{31,32}.

2.2.1 Inflexão nº1: Uma introdutória análise comparativa dos gastos federais em saúde – período 2000-2011 e 2015 a 2021

Concluída a exposição. O gráfico nº1, a seguir, propõe demonstrar a relação percentual dos gastos públicos aplicados em saúde, a nível federal, em relação ao Produto Interno Bruto (PIB), no período de 2015 até 2020, incluindo os percentuais já apontados de 2000 (1,73%) e 2011 (1,75%) (PIOLA et. al., 2013). Objetivando, desta forma, aprofundar a discussão acerca dos níveis percentuais de investimento público pelo órgão federal e, de igual modo, observar – se durante o período – decorreu crescimento das despesas em estudo; vejamos:



Fonte: Tribunal de Contas da União – TCU (2018; 2019). Elaboração própria.

³⁰ Artigo - **Mundo passa de 4 milhões de mortes por Covid, mas número 'subestima o total de vítimas'**, diz OMS. Por Lucas Sampaio, site G1 07/07/2021 11h12 Atualizado há 2 meses. Disponível em: <https://g1.globo.com/mundo/noticia/2021/07/07/mundo-passa-de-4-milhoes-de-mortes-por-covid-mas-numero-subestima-o-total-de-vitimas-diz-oms.ghtml>. Acesso em setembro/2021.

³¹ Os dados atuais apontam o Brasil, a partir de 02 de março/2023, na posição de 18ª do ranking mundial de mortes causadas pela covid-19, com 3.278 por milhão de habitantes. O resultado positivo pode ser decorrente da retomada de políticas públicas de saúde, focalizadas na distribuição de insumos e vacinação da população contra a nova cepa (Artigo: **Com 3.278 mortes de covid por milhão, Brasil é 18º em ranking**, publicado em 03 de março – disponível no site: <https://www.poder360.com.br/coronavirus/com-3-278-mortes-de-covid-por-milhao-brasil-e-18o-em-ranking/>. Acesso em maio/2023).

³² A presente discussão será retomada no *Eixo nº 2 – Dívida Pública e Austeridade Econômica*.

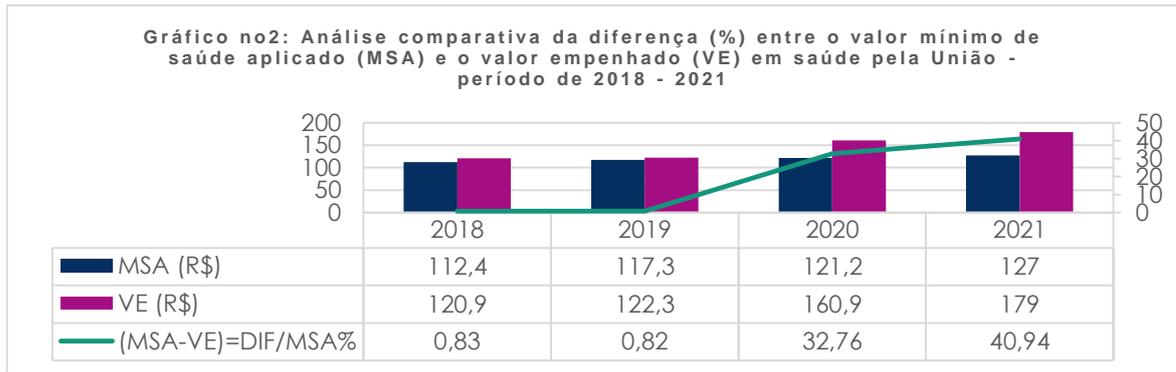
O presente demonstrativo aponta que o crescimento do financiamento público de despesas em saúde pelo órgão federal manteve-se estagnado, ao longo de todo período de 2015 a 2019, muito semelhante ao aplicado no período de 2000 (1,73%) e 2011 (1,75%), com exceção de 2017 que apresentou crescimento, ainda que residual, de 1,79% em relação ao PIB.

Ademais, importa lembrar que o resultado de 2017 advém da previsão do EC nº 86/2015, art. 2º, que manteve o percentual de 15% da RCL, disposto no art. 198 §2º, I, d CRFB, tão-somente aplicável, contudo, no referido exercício. A partir de 2018, por vez, vigorou-se a regra da EC nº 95/2016 que revogou a sistemática do escalonamento (PORTELLA & SANTOS, 2022).

A retomada de aumento das despesas em saúde, após redução do período de 2018 e 2019, é verificada a partir de 2020 (2,2%). Tal resultado positivo decorre possivelmente do contexto pandêmico, em que a entidade federal necessitou, diante do quadro recorde de adoecimento e vítimas fatais, ampliar os gastos em saúde (FATOS FISCAIS/TCU, 2020).

Segundo o relatório Fatos Fiscais (2018, 2019 e 2020), elaborado pelo Tribunal de Contas de União (TCU), os gastos federais empenhados, em 2018, na função saúde correspondeu em R\$ 120,9 bilhões, equivalente a 16,62% da RCL da União. Em 2019, o mínimo foi de R\$ 122,3 bilhões, baseado no valor calculado para a aplicação mínima do exercício anterior (2018) e corrigido pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), conforme a regra introduzida pela Emenda Constitucional (EC) 95/2016. E, por fim, em 2020 (2,2% em relação ao PIB), sendo empenhado R\$ 160,9 bilhões, no qual dentro do circuito analisando, representou o maior valor aplicado em ASPS superior a 2% em relação ao PIB (FATOS FISCAIS/TCU, 2018, 2019 e 2020).

Ocorre que, em termos gerais, o mínimo em saúde a ser aplicado (MSA) e o valor empenhado (VE) pelo órgão federal, com exceção das razões que culminaram o percentual investido em 2020, permaneceu estático ao longo do circuito estudado. Tal desempenho pode ser melhor esmiuçado a partir do gráfico nº2 que aponta uma análise comparativa da diferença de acréscimo percentual entre o MSA e o VE pela União, durante o período de 2018 a 2021, com base no MSA de cada exercício.



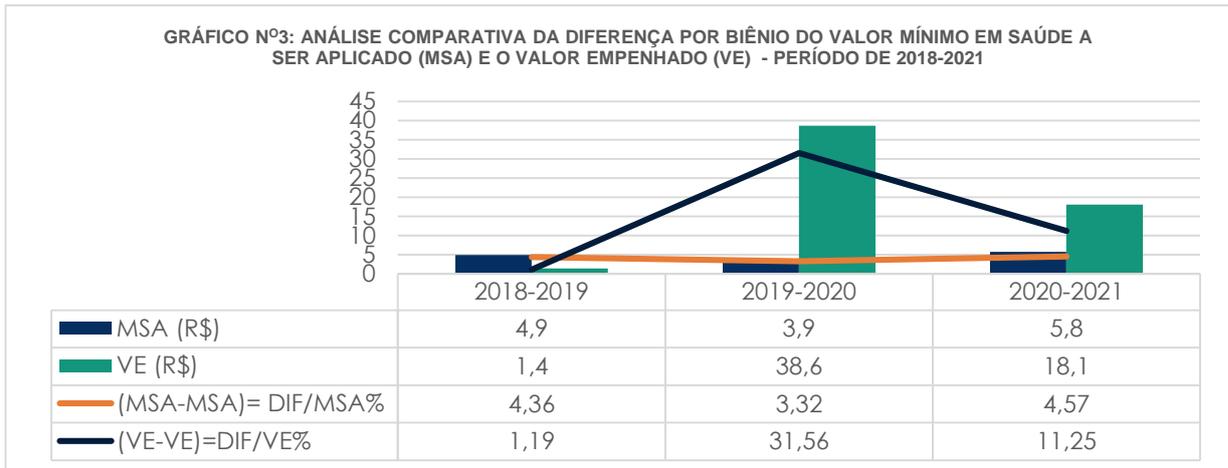
Fonte: Tribunal de Contas da União – TCU (2018; 2019; 2020, 2021). Elaboração própria.

*Os valores registrados na tabela em MSA e VE correspondem a bilhões de reais.

A partir desta exposição gráfica, identifica-se que o cumprimento do MAS, durante os anos de 2018 (R\$112,4 bilhões) e 2019 (R\$117,3 bilhões), a partir do valor do empenhado já aduzido, correspondeu o aumento acima do MSA a.a., em nível percentual, de 0,83% e 0,82%, respectivamente. Por outro lado, em 2019 verifica-se leve retração na diferença entre o montante mínimo e o valor empregado pelo órgão federal, ou seja, o crescimento real entre os valores foi percentualmente ínfima ao ser comparada ao ano anterior.

O mínimo em saúde aplicado no período de 2020 e 2021 corresponderam – para cada ano – em R\$121,2 bilhões e R\$127 bilhões, o que em termos percentuais, na diferença entre MSA e VE aplicados, o aumento acima do MSA a.a. de 32,76% e 40,94%, respectivamente. Neste sentido, ainda que a partir das condições socioeconômicas e clínicas-hospitalares instauradas pela pandemia do coronavírus, ao qual foi determinante para ampliação de gastos públicos em saúde pela União, não é possível afirmar que o aumento do financiamento público alcançado em 2020 e em 2021, a nível federal, será assegurado nos anos vindouros.

O propósito do gráfico nº3, a seguir, consiste em examinar a diferença de valores bienais de MSA e de VE entre cada período, sendo eles: 2018-2019, 2019-2020 e 2020-2021, a fim de acompanhar a evolução, de cada período, do volume orçamentário a ser aplicado no montante mínimo e no valor empregado pelo órgão federal, com base nos valores do exercício anterior (ano inaugural de cada biênio) *vis-à-vis* nos do subsequente; vejamos:



Fonte: Tribunal de Contas da União – TCU (2018; 2019; 2020, 2021). Elaboração própria.

*Os valores registrados na tabela em MSA e VE correspondem a bilhões de reais.

No biênio de 2018-2019, observa-se que o valor mínimo em saúde a ser aplicado (MSA) pela União em 2018 (R\$112,4 bilhões) para em 2019 (R\$117,3 bilhões) correspondeu ao aumento de 4,36% do montante mínimo em relação ao de 2018, equivalente ao acréscimo de R\$4,9 bilhões. O VE, por sua vez, passou de R\$120,9 bilhões para R\$122,3 bilhões, no biênio, representando o aumento percentual de 1,19% do empenhado no exercício de 2018, o equivalente ao aumento R\$1,4 bilhões.

O biênio de 2019-2020 apresenta em MSA leve retração no cômputo geral, em que apesar do aumento de R\$3,9 bilhões (3,32%) em relação ao montante mínimo do ano de 2019, observa-se que na relação entre os biênios, o MSA apresentou uma redução de 1,0% percentual; o que encontra-se consonante com o resultado dos gastos em saúde em relação ao PIB (gráfico nº1), ao qual o ano 2019 inscreve-se como a 3ª pior colocação em níveis de financiamento em despesas de saúde, entre 2000-2011 e 2015 a 2022, com 1,74% em relação ao PIB.

Lado outro, o nível percentual do VE, a seu turno, demonstra-se o mais expressivo entre os intervalos bienais estudados. Registrando o aumento de 31,56% ao empregado em relação ao de 2019, correspondente ao montante de R\$38,6 bilhões. Tal resultado, conforme já discutido, tem influência no caráter emergencial causado pela crise sanitária, que passou a exigir uma maior disposição orçamentária.

O último biênio (2020 a 2021) demonstra o crescimento pontual do MSA, quando comparado ao biênio anterior, no montante de R\$5,8 bilhões, equivalente a 4,47% de aumento percentual ao ano de 2020. Por outro lado, no tocante ao VE verifica-se que, apesar do aumento de R\$18,1 bilhões em comparação ao empenhado no ano inaugural (2020), o crescimento

percentual de 11,25% em relação do no ano de 2020 é representado com queda ao ser comparado com a diferença do volume orçamentário empregado no do biênio anterior.

À guisa de conclusão deste capítulo, um ponto requer ser debatido brevemente, pois a retomada e o aprofundamento da discussão ocorrerá em momento oportuno³³. O ponto consiste se, sob a regra do §4 art. 60 da Constituição Federal e sendo o direito em liça: um direito e uma garantia social (art. 6º); a imposição do teto de gasto resultaria, indireta e progressivamente, na abolição da garantia fundamental ao direito à saúde.

Tendo em vista os pontos introdutórios debatidos, até o presente momento, algumas considerações se permitem ser anunciadas, apesar de não terem o caráter peremptório a fim encerrar a profícua discussão acerca do risco de abolição deste direito social em decorrência do financiamento ineficiente pelo órgão federal em gastos públicos em saúde.

Assim, considerando os dados aduzidos nos gráficos nº 1, 2 e 3, em conjunto com o acervo bibliográfico, identifica-se que o ano de 2017, já sob a vigência das regras da EC nº 95/2016, obteve um aumento no índice percentual de despesas em saúde, em 1,79% em relação ao PIB, sendo maior que o dos períodos antecedentes (2015 e 2016) e não se mantendo nos anos posteriores (2018-2019).

Tal resultado, numa leitura rápida, pode ser consequência do próprio percentual calculado com base no valor do exercício anterior, em 2016, corrigido pelo IPCA, conforme as regras esculpidas no Teto de Gasto – no início de sua vigência. Assim, o valor do mínimo de saúde a ser aplicado e do valor empenhado pela União, no período de 2018-2019, acompanharia o histórico de aplicações dos anos anteriores. Considerando que os gastos federais, sob os efeitos do Novo Regime, não ultrapassam 1,80% em relação ao PIB. Situação assemelhada, por fim, ao percentual de financiamento do órgão federal aplicado durante a ditadura militar (ESCOREL et al., 2005).

No tocante ao período de 2020 e 2021, importa destacar que o aumento do financiamento público em ASPS, pelo ente federal, não deve ser interpretado como a retomada e/ou ampliação do financiamento de políticas públicas em saúde. Lembrando que o período em análise perpassou um momento dramático no sistema nacional de saúde e que portanto

³³ A presente discussão será retomada no *Eixo nº 3 – Orçamento e Renda*.

justificou-se a necessidade de ampliação emergencial de recursos para o Sistema Único de Saúde (SUS).

Assim, apesar do resultado positivo de aumento de valor empenhado em gastos federais em saúde – especialmente no ano de 2020 (em que apresentou o maior salto percentual), não torna-se seguro afirmar que, por via oblíqua, os valores empenhados permaneçam acima de 2% em relação ao PIB nos anos a seguir e, de igual forma, coeso determinar que a progressão da EC nº95/2016 possa resultar na extinção do direito em liça.

O ano de 2021, ainda sob a incidência da pandemia, vale acrescentar, demonstrou o crescimento percentual na diferença entre MSA e VE, muito embora, comparado ao do ano de 2020, o aumento tenha sido em menor escala. Contudo, apesar do resultado bienal apontar decréscimo de percentual empenhado no intervalo 2020-2021, é inegável que a diferença entre o importe empenhado e o montante mínimo exigido, no ano em questão, apresenta relativo aumento equiparado aos padrões do exercício anterior (gráfico nº2), ainda que com reduzida alçada orçamentária na análise bienal (gráfico nº3).

Por outro prisma, ao considerarmos a ineficiência da alocação de recursos federais a fim de custeio dos gastos sociais pela União, acrescido com o elenco de medidas fiscais e de austeridade econômica ainda vigentes, o subfinanciamento do direito à saúde pode coadunar com o processo de precarização de ações e serviços em saúde para toda população.

A consequência de tal medida pode impactar o cumprimento dos preceitos fundamentais que orbitam o Sistema Único de Saúde: a cidadania e a dignidade da pessoa humana, e ao mesmo tempo viabilizar o desmonte institucional de suas conquistas e avanços. O que, talvez, vale mencionar que a nova preocupação já não seja o “teto de gastos”, mas a sua futura e eventual superação pelo Regime Fiscal Sustentável (Projeto de Lei Complementar/PLP nº 93/2023), no tocante ao novo redesenho de gastos federais; é que será retomado na próxima seção.

3. DÍVIDA PÚBLICA E AUSTERIDADE ECONÔMICA

O presente tópico objetiva aprofundar a discussão acerca da dívida pública e da insurgência das medidas contracionistas do gasto público, em contexto nacional e internacional, observando suas raízes históricas e seus efeitos sociais e orçamentários ao redesenharem a participação social do Estado, entre o período de crises de 2008 e 2020, para a população.

Sendo assim, este capítulo abordará, de forma geral, a tessitura política e econômica que originou a política de austeridade econômica no Brasil e no contexto internacional, em conjunto com os efeitos do processo de financeirização da dívida pública e autonomia dos bancos centrais. Além disso, o estudo pontual acerca da retomada da Teoria Keynesiana no arcabouço da crise sanitária e a defesa da necessidade da participação estatal no financiamento da seguridade social, em especial, ao direito à saúde.

Acrescenta-se, por fim, a discussão acerca da EC nº126/2022 (anteriormente a Proposta de Emenda Constitucional nº 32/2022), do “Plano Mais Brasil” (PEC nº186, 187 e 188) e, como também, da proposta do Novo Arcabouço Fiscal (PLP nº 93/2023).

Ademais, se pretende discutir o resultado do relatório final da Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI), elaborado em maio/2010, ao tratar dos aspectos gerais e do pagamento de juros na composição da dívida pública e no seu consequente impacto nas políticas sociais e no desenvolvimento sustentável do país.

É o que será abordado a seguir.

3.1.A AUSTERIDADE ECONÔMICA, A PANDEMIA DO CORONAVÍRUS (SARS-COV-2) E A RETOMADA DA ECONOMIA KEYNESIANA: DIGRESSÕES, APONTAMENTOS E CRÍTICAS

3.1.1 Doutrina keynesiana cepalina e o Consenso de Washington (1989)

Na década de 90, a economia brasileira experimentou profundas transformações política, social e econômica que impactaram na mudança e, por fim, na transição da doutrina keynesiana cepalina, vigente há mais de 50 anos no país e adotada por outros países da América Latina, para um paradigma econômico neoliberal.

Nessa doutrina, o Estado brasileiro exprime-se enquanto um agente central para combater a recessão econômica e o desemprego e, bem como, para controlar o aumento dos preços e do salário mínimo, além de regular a própria instabilidade inerente ao sistema capitalista (MANTEGA, 2001; KEYNES, 1996).

A teoria em questão inspirou-se, além de outras correntes, a partir dos estudos do economista britânico John Maynard Keynes (1843 – 1946), cuja obra a *“Teoria Geral do Emprego, do Juro e da Moeda”*, publicada em 1936, tornou-se notoriamente conhecida por contrapor-se ao pensamento neoclássico e suscitar influentemente questões fundamentais para a reforma do capitalismo após a Grande Depressão (BARRETO, 2009).

Aspecto esse evidenciado a partir da conjuntura macroeconômica aplicada pelos governos americano e britânico, respectivamente, com “(...) Neal Deal de Roosevelt e o Plano Beveridge, antecedente do Estado de bem-estar social, e a Grande Sociedade de Lyndon B. Johnson [que] reorganizaram de forma essencial as vidas britânica e americana, levando as duas sociedades a ser mais igualitárias, mais democráticas e mais próspera” (ESTEFANÍA, 2021).

Desse modo, o Estado, dentro da teoria keynesiana, seria “o único meio exequível de evitar a destruição total das instituições econômicas atuais e como condição de um bem-sucedido exercício da iniciativa individual” (KEYNES, 1996, p.347). No entanto, a sua atuação requer, contrariando a economia clássica (a mão invisível do mercado³⁴), uma maior ampliação das funções de Governo viabilizando, assim, através de políticas macroeconômicas ou da aplicação do déficit público, a aceleração do crescimento econômico e o capitanear da industrialização, já que tais resultados não aconteceriam espontaneamente nos países abaixo da linha do Equador (MANTEGA, 2001; KEYNES, 1996).

Todavia, tal protecionismo, na economia e no mercado, ocasionou no keynesianismo ao paroxismo no Brasil (MANTEGA, 2001). Fortalecendo, neste cenário, as críticas e soluções contra esse intervencionismo, apesar de nem sempre unânimes, ao mesmo tempo que surgiam orientações e diretrizes de organizações internacionais, como: FMI e Banco Mundial; que passam a admoestar/pressionar pela redução da função interventiva do Estado em prol de uma nova ordem global, conhecida como neoliberalismo.

Nessa nova ordem, o Estado deverá participar no que for *estritamente* necessário, pois no ideário neoliberal cabem as forças do mercado atuar e alavancar o desenvolvimento econômico nacional e a economia cada vez mais globalizada (MANTEGA, 2001; VILLASCHI,

³⁴ Na sua obra “**A riqueza das nações: investigações sobre sua natureza e suas causas**”, publicada em 1776, o filósofo e economista britânico Adam Smith (1723-1790) aplica a terminologia a mão invisível para se referenciar ao esforço de cada indivíduo que procura, na medida do possível, empregar seu capital fomentando a atividade nacional e dirigindo essa atividade para que seu produto alcance o máximo valor possível. **I**O esforço do indivíduo, de igual modo, ainda que não focado à promoção (in)consciente do interesse público, ao preferir fomentar a atividade do seu país, invés de outro, tem em vista sua própria segurança, uma vez que orienta sua atividade buscando que sua produção “sua produção possa ser de maior valor, (...) [visando] apenas a seu próprio ganho e, neste, como em muitos outros casos, é levado como que por mão invisível a promover um objetivo que não fazia parte de suas intenções” (SMITH, 1996, p.438). **I** Assim, “ao perseguir seus próprios interesses, o indivíduo muitas vezes promove o interesse da sociedade muito mais eficazmente do que quando tenciona realmente promovê-lo” (Ibidem), sendo que na hipótese do Estado exercer a capacidade de orientar pessoas particulares “(...) sobre como devem empregar seu capital não somente se sobrecarregaria com uma preocupação altamente desnecessária, mas também assumiria uma autoridade que seguramente não pode ser confiada nem a uma pessoa individual nem mesmo a alguma assembleia ou conselho” (ibidem) ou tampouco confiar “(...) nas mãos de uma pessoa com insensatez e presunção suficientes para imaginar-se capaz de exercer tal autoridade” (Ibidem).

2005, FERREIRA, 2019). Assim, na sua estreita atuação passa a ser considerado os gastos sociais empreendidos, em áreas como: saúde, educação e previdência, em que o alargamento do estado, segundo o prisma neoliberal, desmotiva a concorrência e a iniciativa individual a fim de promover a oferta de produtos e serviços neste setor específico.

A literatura especializada indica dois fatores que foram essenciais para a crítica e o desfazimento deste paradigma em prol dessa nova ordem. O primeiro refere-se a estratégia de fomento e de ambição para implementação do estado nacional-desenvolvimentista no Brasil. Observando que as articulações políticas à época, apesar de serem compostas por uma diversidade de grupos com objetivos e políticas distintas (populista de orientação nacionalista, sindicatos, economistas, associações de industriais e militares) e seus relativos sucessos na áreas do aço, etanol, mineração, automóveis e fabricação de aeronaves; foram incapazes de constituírem “(...) uma única e coerente coalizão ou estratégia de desenvolvimento” (SCHNEIDER, 2013, p.10).

O segundo abrange as inovações tecnológicas e o fim da Guerra-Fria, sendo esta compreendida entre início na Doutrina Truman de 1947 até a dissolução da União Soviética (URSS) em 1991, em que a queda do muro de Berlim e o desmoronamento da URSS podem ser compreendidos enquanto fatores no enfraquecimento do próprio ideário intervencionista (MANTEGA, 2001). Já que, parafraseando Francis Fukuyama (1989), tais fracassos atestariam, além da ineficiência da economia e da república soviética, o fim da história perante a hegemonia mundial de um único sistema econômico, capaz de assegurar a plena democracia e o liberalismo econômico, conhecido como: capitalismo³⁵.

É por meio desta conjuntura que o neoliberalismo, no final dos anos 80, difunde-se ideológica e simbolicamente em vários países do mundo e, bem como, obtendo adesão política e empresarial de diversos segmentos no Brasil. O ideário neoliberal, no entanto, não deve ser confundido com o paradigma do liberalismo clássico ou com os princípios do *laissez-faire*, observando que, diametralmente oposto a tais fundamentos ortodoxos, não se busca negar

³⁵ Vide a respeito ALMEIDA VIEIRA, Eduardo. Artigo “**O fim da história**”, de Francis Fukuyama – **uma análise crítica em teoria da história**. Publicado no site Brasil-escola. Disponível no link: <https://meuartigo.brasilecola.uol.com.br/historia/o-fim-historia-francis-fukuyama-uma-analise-critica-teoria-historia.htm>, acesso em outubro 2021 e maio/2023.

qualquer interferência estatal, mas a compreendendo necessária apenas na hipótese da livre-concorrência encontrar-se ameaçada (MANTEGA, 2001; FERREIRA, 2019).

Em novembro de 1989, o Institute for International Economics (IIE) organizou um seminário, sob o título, "Latin American Adjustment: How Much Has Happened?"³⁶ na capital dos Estados Unidos, em que contou com a participação de funcionários do governo norte-americano, representantes das organizações financeiras internacionais ali sediadas (FMI, Banco Mundial e BID) e delegações de economistas oriundos dos países da América Latina. Nesse encontro, conhecido como Consenso de Washington, preocupou-se em examinar as experiências e as reformas econômicas empreendidas nos países da região, em que "registrou-se amplo consenso sobre a excelência das reformas iniciadas ou realizadas nestes países (...), com exceção feita, até aquele momento, ao Brasil e Peru" (BATISTA, 1994, p.6).

Neste mesmo encontro se decidiu pontos básicos, já prolatados pelas organizações financeiras internacionais, que admoestavam enquanto práticas neoliberais a serem adotadas pelos países como condição para conceder a cooperação financeira externa, bilateral ou multilateral, da economia global com a América Latina (BATISTA, 1994). Todavia, é importante esclarecer que a presente "(...) doutrina não foi imposta a contragosto dos grupos políticos que dividiam o poder no Brasil. Pelo contrário, essa estratégia foi abraçada com convicção pelas forças vitoriosas nas eleições de 1989, 1994 e 1998, que compartilhavam o ideário liberal" (MANTEGA, 2001, p.11).

Dentro deste conjunto de diretrizes e princípios que passam a ser receitados pelo Consenso de Washington podemos identificar dez preceitos liberais, sendo eles: 1) disciplina fiscal; 2) ajuste fiscal priorizando o corte de despesas; 3) reforma tributária; 4) liberalização financeira; 5) taxas de câmbio realistas mas admitindo o seu uso como âncora para combater a inflação; 6) abertura comercial; 7) eliminação de restrições ao investimento direto estrangeiro; 8) privatização; 9) desregulamentação; e 10) o respeito aos direitos de propriedade intelectual (MANTEGA, 2001, p.10).

As origens da política de austeridade econômica, portanto, podem ser observadas a partir das diretrizes e princípios acordados no Consenso de Washington. Esse novo pacto institui com a desregulamentação do fluxo financeiro e comercial e, bem como, do mercado de

³⁶ Em tradução livre "Ajuste na América Latina: quanto aconteceu?".

trabalho, não apenas o aumento dos fluxos de capital entre os países, seja eles de caráter produtivo e/ou especulativo de curto prazo, mas também elegendo o sistema financeiro enquanto parâmetro de organização da economia (FERREIRA, 2019, p.85).

As consequências desse regime de acumulação, presente no período de 1990 e 2000, estrutura-se através de uma hierarquização institucional e predominada pelo acirramento da competição internacional e pelo regime financeirizado, de modo que a lógica das finanças passou a ser imposta em diversos níveis e formas institucionais.

Os impactos podem ser refletidos desde a relação salarial com a flexibilização de normas e direitos trabalhistas (BADÔ, 2020); a concorrência cada vez mais oligopolizada em que o retorno financeiro se constitui como critério de avaliar a rentabilidade de investimento e de mercado; a pressão dos Estados-nações a partir da dívida pública e da adoção de políticas contracionistas do gasto público; “(...) e o próprio regime monetário com a obrigação de garantir a estabilidade econômica e financeira, em meio a uma hierarquia que gera instabilidade” (FERREIRA, 2019, p.87).

3.1.2 Austeridade Econômica, Crise do *Subprime* (2007-2008) e a Crise brasileira (2014)

Avançaremos dezenove anos no curso da história para chegarmos ao ano de 2008, em que a economia neoliberal e global, já consolidada na América Latina e no mundo, em seu último ciclo de exuberância financeira, culminaria na crise datada naquele ano (2007-2008).

A origem da crise contou com um cenário constituído, ao longo dos anos, por um sistema de crédito globalizado que abusou das “(...) técnicas de alavancagem³⁷ com o propósito de elevar os rendimentos das carteiras em ambiente de taxas de juros reduzidas” (BELLUZZO & GALÍPOLO, 2019, p.87). A consequência desta medida “(...) favoreceu a concentração da massa de ativos mobiliários em um número reduzido de instituições financeiras grandes demais para falir” (Ibidem).

³⁷ A técnica de alavancagem, *leverage* na terminologia internacional, trata-se de uma operação bancária em que uma instituição financeira, o banco, concede por meio de empréstimo de crédito/dinheiro para uma pessoa física/jurídica, ainda que não tenha reserva de caixa, e especula com outros créditos concebidos, ou seja “o banco calcula quantas vezes pode multiplicar empréstimos sobre aquele valor que tem em caixa, e vai emprestando dinheiro que não tem” (DOWBOR, 2019, p.27).

O processo de globalização financeira consiste, em apertada síntese, na integração dos mercados financeiros “(...) de tal forma a criar um ‘único’ mercado mundial de dinheiro e crédito, [em que] (...) inexistem regras monetário-financeiras e cambiais estabilizantes e os instrumentos tradicionais de política macroeconômica (...)” (PAULA & FILHO, 2011, p.315), ficando, assim, susceptível a crise de crédito e cambial, em nível mundial.

Com efeito, a desregulamentação financeira (e bem como com a globalização), um dos preceitos receitados em 1989, intensificou o “(...) acirramento na concorrência entre instituições bancárias e, por conseguinte, queda nas margens de intermediação financeira, tendo como resposta uma tendência à conglomeração financeira e um aumento na escala de operação, via fusões e aquisições” (Ibidem).

Apenas para fins conhecimento, “nas últimas décadas, as ondas de fusões e aquisições elevaram o grau de centralização [da estrutura produtiva, onde se observa que] (...) os vinte e cinco maiores bancos do mundo tinha 28% dos ativos dos mil maiores bancos em 1997; em 2009, mais de 45%” (BELLUZZO & GALÍPOLO, 2019, p.78)³⁸. Tal cenário demonstra-se, por sinal, em contraponto ao ideal da livre concorrência³⁹, considerando que a centralização apontada gestou um mercado de oligopólios de/entre empresas e bancos. A consequência direta disso foi viabilizar a insurgência de instituições grandes demais para falir e a redução do jogo livre do mercado para o mero ostracismo e retórica empresarial⁴⁰.

Assim, a ampliação da atuação bancária em diferentes mercados, incluindo aqui os de baixa renda, especificamente os empréstimos hipotecários, passam a crescer durante o

³⁸ Com a globalização e a desregulamentação observa-se a constituição de cadeias globais de valor acompanhadas por ampla centralização do controle da produção e de patrimônio em poucas grandes empresas e instituições financeiras “mundializadas”, em que, por exemplo, “737 principais acionistas, instituições financeiras e fundos de investimento dos Estados Unidos e do Reino Unido (...) [controlam] 80% do valor (...)” (BELLUZZO & GALÍPOLO, 2019, p.78) de 43.000 empresas transnacionais conhecidas.

³⁹ O princípio da livre-concorrência atribui à competição o caráter essencial para nortear toda organização econômica, mas requerendo que a ação individual e a concorrência, ainda que expostas ao controle e a ação estatal, contem com garantias e condições que assegurem, dentro de um sistema competitivo, seus próprios e plenos desenvolvimentos. Inexistindo, “nesse sentido, (...) uma oposição entre mercado e Estado no neoliberalismo, mas uma crítica às formas de intervenção estatais que não tenham como princípios favorecer a concorrência entre agentes econômicos” (FERREIRA, 2019, p.82).

⁴⁰ A crescente adoção do sistema de oligopólios, a seu turno, representa na prática a monopolização do mercado sob um núcleo central de comando empresarial ao mesmo tempo que fornece uma ampla linha de produção de bens e serviços, desde hotelaria, transporte, comercialização e distribuição de mercadorias, entrega de comida à domicílio (BELLUZZO & GALÍPOLO). De modo que a livre-concorrência torna-se apenas uma retórica dentro de um mercado estruturado por monopólios e incapaz de assegurar a competição dentro do livre jogo do mercado.

período, antecessor a crise. Entendia-se que a securitização⁴¹ possibilitaria, na ocasião, a redução do risco no mercado. Ocorre que, contudo, “(...) as instituições financeiras passaram a aumentar sua alavancagem, supondo que os mecanismos de autorregulação do mercado seriam capazes de continuar avaliando corretamente os riscos inerentes às atividades financeiras” (PAULA & FILHO, p.316); o que não aconteceu.

O banco americano Lehman Brothers, um exemplo dessas “instituições financeiras grandes demais para falir”, emprestou crédito da maneira descontrolada, 31 vezes o que tinha em caixa. Considerando que a instituição em questão não aguardava que “(...) viessem vários credores retirar dinheiro em espécie ao mesmo tempo [e, como também,] (...) bastou alguns clientes precisarem de dinheiro vivo para que o sistema despencasse” (DOWBOR, 2019, p.27). Diante de tal impasse, a instituição recorreu a outros bancos que, para sua surpresa, também haviam abusado da mesma técnica. Em 2008, o Lehman Brothers quebrou (DOWBOR, 2019).

O caso do *subprime*, ao qual culminou na crise em questão, sintetizou as contradições deste processo, em que o mercado de financiamento imobiliário movimentado pela incorporação, das instituições financeiras, de captar segmentos de baixa renda, “(...) em condições de ‘exploração financeira’ (...), com taxas de juros variáveis (baixas no início e se elevando ao longo do tempo) [,] (...) acabou resultando em um processo de estrangulamento financeiro do tomador de crédito” (PAULA & FILHO, p.316).

A securitização, por sua vez, colaborou com o esconder do risco, em que títulos hipotecários lastreados por instituições financeiras de grande valor passam, “(...) como resultado da globalização financeira, (...) a ser comprados por investidores de diferentes nacionalidades” (Ibidem) e que sem intermediação financeira e/ou meios de autoregulação pela rápida expansão dos ativos; possibilitou a crise se instituir.

O pronunciamento do governo norte-americano, nesta esteira, foi conciso: “*Too big to fail*”⁴²; o que representou na prática o desvio de “(...) recursos dos impostos do povo

⁴¹ A prática da securitização refere-se, *ipsi litteris*, a aquisição de direitos creditórios para lastrear a emissão de Certificados de Recebíveis ou outros títulos e valores mobiliários perante investidores, cujo pagamento é primariamente condicionado ao recebimento de recursos dos direitos creditórios e dos demais bens, direitos e garantias que o lastreiam, nos termos do art.19, parágrafo único, da Lei nº14.430/2022. Isto é, consiste na prática de transferência da dívida vendida, na forma de títulos negociáveis, em que o investidor assume o risco da inadimplência em razão do retorno financeiro futuro (lucro).

⁴² Em tradução livre: “*Grande demais para falir*”.

americano, para reestabelecer um mínimo de equilíbrio de caixa nos grandes bancos” (DOWBOR, 2019, p.27). Os recursos públicos transferidos abrangiam das áreas de educação, saúde e infraestrutura no importe de trilhões de dólares, em que pelo bem da economia – perante a promessa de que os cidadãos que adquiriram casas por meio do crédito hipotecário poderiam se despreocupar, pois os bancos facilitariam a regularidade com seus credores –, o valor foi dado diretamente às instituições bancárias (DOWBOR, 2019).

O resultado dessa decisão política foi, em síntese, a perda dos imóveis hipotecados por milhões de famílias que, em razão das dificuldades financeiras instituídas, passam a constituir residência em grandes aglomerações de trailers ou recorrendo ao abrigo de outros familiares, considerando que “(...) os bancos preferiram guardar o dinheiro e deixar quebrar os credores, apropriando-se dos imóveis financiados” (DOWBOR, 2019, p.27).

A crise de 2007-2008, por outro lado, não impactou – em um primeiro momento – a economia brasileira, considerando que o atraso da desregulamentação de aplicações econômico-financeiras e, bem como, as renúncias fiscais adotadas mantiveram a economia aquecida, porém os seus efeitos surtiriam com o tempo (com a desindustrialização e a reprimarização da economia nacional)⁴³.

O PIB brasileiro, importa dizer, apresentou, mesmo diante dos desdobramento negativos da crise do *subprime*, uma das menores retrações em 2009, -0,1%, e com pontual crescimento em 2010, 7,5% (RAMOS & LACERDA, 2019).

Os países mais desenvolvidos, a seu turno, frente aos seus complexos sistemas de gastos sociais, pugnariam (ou seriam outorgados) a defesa de um novo paradigma fiscal, em que o equilíbrio entre orçamento do estado e o controle da dívida pública passam a ser a tônica necessária para recuperação da recessão econômica instaurada. A esse paradigma, remasterizando alguns dos preceitos do Consenso de Washington, se nomeou como austeridade econômica (MILIOS, 2015; KRUGMAN, 2015).

A desaceleração econômica, na tessitura nacional, irromperia a partir de 2014, em que o desempenho da economia registrou, no período de 2011 a 2014, uma piora quando

⁴³ Ver: OLIVEIRA, Kelly; VILELA, Pedro Rafael; e MÁXIMO, Welton [Repórteres da Agência Brasil - Brasília]. Artigo: **Crise de 2008 resultou em desindustrialização e crise fiscal no Brasil**, publicado em 15/09/2018 - Agência Brasil, Brasília - disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/economia/noticia/2018-09/crise-de-2008-resultou-em-desindustrializacao-e-crise-fiscal-no-brasil>. Acesso em maio/2023.

comparado com período anterior, com crescimento médio de 2,3%. Observa-se que, no período de 2015 a 2016, a economia demonstrou forte retração, com recuo acumulado de 7% (RAMOS & LACERDA, 2019).

Nesse mesmo período, a austeridade econômica adquire maior corporeidade justificando-se enquanto uma medida circunstancial para lidar com a recessão econômica iniciada no ano 2014 resultando na conseqüente deterioração fiscal do ano de 2015 e na combinação de “crises” (política, institucional e econômica), o impeachment.

Ademais, considerando o orçamento público, por excelência, como a arena política, para além do arcabouço técnico e jurídico (vide seção 2.2), na formulação do programa social-econômico do Governo, que, para tanto, requer a estabilidade do mandato presidencial e o funcionamento pleno das instituições; desaguaremos no conceito de presidencialismo de coalizão.

O presidencialismo de coalizão consiste, em apertadas linhas, na dependência relacional, ainda que sob a égide dos princípios republicanos, do Poder Executivo em constituir uma maioria, uma coalização entre partidos, no Poder Legislativo que lhe assegurem a governabilidade e a estabilidade funcional no exercício do seu mandato (ABRANCHES, 2018). O impeachment, no caso, é compreendido enquanto “(...) um processo traumático, [de] rupturas políticas graves, nada triviais” (ABRANCHES, 2018, p.344), sendo sua existência, na conjuntura política brasileira, combinada e/ou deflagrada pelo acirramento entre os poderes do Executivo e do Legislativo.

Observa-se que o partido-pivô de todas as coalizões de governo, após o processo de impeachment de Collor (1º de junho à 29 de dezembro de 1992), foi o PMDB (Partido do Movimento Democrático Brasileiro) que, em 2016, aboletou 19% das prefeituras do país. “Essa malha municipal de prefeitos e vereadores lhe deu a certeza de sempre estar entre as três maiores bancadas na Câmara e no Senado e ser, portanto, parceiro indispensável na formação de coalizações majoritárias” (Ibidem).

O PMDB, apesar disso, jamais conquistou o governo nas eleições, salvo com o impeachment de Dilma Rousseff, contudo acumula o título de ser o pivô (ou melhor, o critério de governabilidade), na Casa Legislativa, dos impeachment de dois presidentes, Collor e Dilma (ABRANCHES, 2018). O “Centrão” (uma aglomeração de legendas composta pelo PMDB e inúmeros outros partidos difusos e menores) consolida uma barreira institucional coesa no

avanço de pautas e instrumentalização de políticas públicas no país, sendo dele a força política estratégica no resultado da aprovação da EC nº 95/2016 e, de potencial forma, com o Novo Arcabouço Fiscal (PLP no 93/2023).

Neste ínterim, a dívida pública coadunou numa espécie de tônica fundamental para revisão do financiamento dos encargos sociais, a urgente contração das contas públicas (acompanhada com uma política monetária e creditícia também restritiva) e a insurgência de reformas econômicas e sociais favorecedoras – porém nem toda – à economia nacional (RAMOS & LACERDA, 2019).

O parâmetro fiscal adotado pela austeridade econômica no Brasil, em conformidade com a política difundida pelo FMI, conta com duas interfaces, sendo elas: o equilíbrio econômico do orçamento “doméstico” do Estado e o aumento da sua credibilidade obtido pelo controle das contas públicas (KRUGMAN, 2015; ROSSI e et al., 2018).

Em outras palavras, a proposta econômica austera propõe o redimensionamento econômico estatal (por força do aumento do gasto público) e a contração da sua participação social em políticas públicas – como, por exemplo, à saúde, à educação, à previdência, ao trabalho e afins. Assegurando, por outro lado, um impulso a uma maior concorrência (por necessidade econômica do mercado) de investimentos e de produções privadas para estas áreas; o que elevaria a qualidade de arrecadações tributárias e a variabilidade de serviços comerciais e bens oferecidos (Fundação Friedrich Ebert Stiftung - FES, 2016; MILIOS, 2015). Em suma e em via oblíqua, a defesa da privatização destes setores⁴⁴.

A Emenda Constitucional nº95/2016 promulga-se a partir deste cenário e, por meio dela, como já sinalizando no capítulo anterior, se reorganizou a política de governo e a arquitetura de Estado, perante o gasto público e o financiamento da seguridade social, sob o pretexto de conter o aumento da dívida pública.

⁴⁴ Importa sinalizar que a crescente de privatizações, algumas já sentidas em território nacional [como a da Refinaria Landulpho Alves (RLam) no Estado da Bahia] é consonante com a lógica patrimonialista e rentista do capital financeiro, em sua contínua necessidade de aquisições de ativos (BELLUZZO & GALÍPOLO, 2019). I Nota-se que, portanto, a proposta aqui não trata-se da qualidade de serviços prestados, considerando que, “em geral, no mundo, a qualidade dos serviços prestados pelas empresas privatizadas declinou acompanhando o aumento de tarifas e deterioração dos trabalhos de manutenção” (BELLUZZO & GALÍPOLO, 2019, p.99). I Acresce-se ao quadro que a liberalização das finanças e a dominância do rentismo resultou dois efeitos negativos para as finanças públicas, sendo eles, a multiplicação de paraísos fiscais e a regressividade do sistema de tributação (BELLUZZO & GALÍPOLO, 2019).

Frise-se que ao ponderar o senso comum do Orçamento Público equiparar-se aos moldes de um “orçamento doméstico” incorre-se, em equívoco, o engessamento da política fiscal, especialmente de investimentos públicos e de participação social do estado. Resultando, por consequência, impacto no fomento do investimento privado e na retomada econômica; e vale ressaltar, “por outro lado, [que] não [consta] (...) qualquer limitação aos juros pagos no financiamento da dívida pública” (RAMOS & LACERDA, 2019, p.71).

Nesta senda, é essencial assinalar dois pontos. O primeiro consiste na importância do papel de investimento do estado, em que através de investimentos públicos – dentro de um quadro de recessão econômica – se impulsiona a economia (RAMOS & LACERDA, 2019). Considerando que a desaceleração econômica resulta, por conseguinte, na baixa arrecadação tributária e no crescimento de alguns gastos (como, por exemplo, seguro desemprego e outros fixados por lei); o que contribui com aumento do endividamento público.

Segundo os economistas André P. Ramos e Antônio C. de Lacerda (2019), identifica-se discrepâncias na comparação entre gastos públicos com juros (da dívida) e os investimento do governo federal – vide gráfico nº4.



Fonte: RAMOS & LACERDA, 2019, p.60

*Investimento Público Orçamento Geral da União – valores pagos.

Analisando os investimentos verifica-se a média, no período de 2012-2014, de R\$64 bilhões (1,2% do PIB) e já no período de 2015-2016 foi de R\$59 bilhões (1,0% do PIB). O montante de despesas com juros em 2015 (R\$407,0 bilhões) foi 9x superior ao valor aplicado em investimento pelo governo federal. O padrão se repete também em 2017 e 2018, em que os investimentos foram R\$46,1 bilhões e R\$52,5 bilhões, respectivamente, ao passo que o montante aplicado em despesas com juros foram de R\$401 bilhões, em 2017, e R\$379 bilhões, em 2018 (RAMOS & LACERDA, 2019).

O resultado dos juros elevados decorrem, sobretudo, da elevação da taxa básica de juros vigentes no Brasil (Selic) e do perfil da dívida pública, em que o aumento da Selic é

justificado sob o argumento de combater a inflação e, assim, atingir a meta de inflação fixada em Conselho Monetário Nacional (RAMOS & LACERDA, 2019).

No entanto, a adoção dessa medida, a qual tem sido historicamente o principal instrumento econômico adotado no Brasil⁴⁵, impacta negativamente as contas públicas, por duas vias, sendo elas: a queda da arrecadação devido a deterioração da atividade econômica e o aumento do financiamento da dívida pública. Resultado esse que favorece a apropriação do rentismo⁴⁶ e a preferência do mercado pela liquidez⁴⁷ (RAMOS & LACERDA, 2019; DOWBOR, 2019; BELLUZZO & GALÍPOLO, 2019).

Ademais, acrescenta-se que a redução do montante pago de juros, no ano de 2018, se deve ao efeito retrativo do PIB, somado com o alteração do critério de cálculo, antecedente ao período, invés da tomada de consciência dos gastos aplicados.

O segundo ponto refere-se a comparação entre a carga de juros e a dívida bruta em relação ao PIB do Brasil com outros países, em que constata-se que o nível de endividamento

⁴⁵ De acordo com Ramos e Lacerda (2019), observa-se que entre 2014 a 2015, a Selic foi elevada de 11% a.a para 14,5% a.a, patamar esse mantido até o fim de 2016. Esse aumento em um curto período de tempo e a sua manutenção em 14,5% a.a “(...) ocorreram em um momento em que as taxas básicas de juros das principais economias do mundo permaneciam muito baixas e havia uma relevante piora da atividade econômica no Brasil” (RAMOS & LACERDA, 2019, p.61). **I** A mesma fórmula seria repetida em 2022, com a taxa Selic sendo aumentada dez vezes consecutivas em curto intervalo de tempo a fim de combater a inflação e, por outro lado, agravando as condições socioeconômicas de toda população, especialmente aos mais vulneráveis, com a redução do seu nível de renda e, por força da deterioração econômica, o aumento do desemprego (CAMPEDELL & LACERDA, 2019).

⁴⁶ Para aprofundar o estudo acerca da relação entre o rentismo e a dívida pública, recomenda-se: MAIA, Eduardo Santos. **O rentismo na América Latina: a economia política da dívida pública em Brasil e Equador no século XXI** / Revista NEIBA: Cadernos Argentina-Brasil - Volume 8, 2019, p. 01-22 DOI: 10.12957/neiba.2019.39698| e39698 | ISSN: 2317-3459 - disponível: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/neiba/article/view/39698>. Acesso em maio/2023.

⁴⁷ O vício da liquidez, conforme aponta Belluzzo e Galípolo (2019), confirmou as conclusões Keynesianas que, à sua época e ao curso da história, já contaminava o jogo dos mercados livres, porém, na atualidade, infectam o organismo da economia global com uma virulência inaudita (BELLUZZO & GALÍPOLO, 2019). **I** Nota-se que “a liquidez de um ativo é definido a partir de sua negociabilidade em mercados organizados, mediante pré-aviso, sem perda de valor” (BELLUZZO & GALÍPOLO, 2019, p.88), sendo considerado que, de acordo com o FMI, o agregado monetário amplo deverá incluir, dentro do rol de candidatos a desempenhar o papel de dinheiro, *os títulos da dívida pública*. **I** O conceito de **agregado monetário amplo**, por fim, consiste na aplicação de categorias amplas que contribuam com o medir e o definir da base monetária (papel moeda e/ou outros pagamentos que podem ser convertidos em papel-moeda) e outros ativos de alta liquidez de uma economia, dentre eles, além do já citados títulos da dívida pública, consta: papel-moeda, depósitos à vista mobilizados mediante cheque, depósitos de poupança, depósitos de prazo, operações compromissadas (*repôs*) e fundos de curto prazo nos mercados monetários (BELLUZZO & GALÍPOLO, 2019; Artigo – **O que são agregados monetários**, publicado em 06/09/2019, disponível em <https://www12.senado.leg.br/manualdecomunicacao/guia-de-economia/agregados-monetarios#:~:text=S%C3%A3o%20ativos%20financeiros%20que%20se,se%20a%C3%AD%20a%20base%20monet%C3%A1ria>. Acesso em outubro/2021 e maio/2023).

é menor em países como, por exemplo, França, Canadá, Japão, Itália e Grécia e o mesmo se aplica aos demais países emergentes (RAMOS & LACERDA, 2019).

O relatório final da CPI da Dívida Pública (CPI-DP), concluso em maio de 2010, apresenta alguns pontos interessantes para aprofundamento da discussão acerca da dívida pública envolvendo desde o pagamento dos juros, os beneficiários destes pagamentos⁴⁸ e o seu impacto nas políticas sociais e no desenvolvimento sustentável do país⁴⁹.

De acordo com o relatório (2010) verifica-se que o Plano Real possibilitou a entrada da capital estrangeiro para fins de financiamento do déficit em transações correntes, tendo como principal estratégia para atrair este capital externo, a alta taxa de juros interna. O que culminava indiretamente no aumento da dívida, como também a venda de ações de empresas estatais no processo de privatização, em paralelo com a expansão da entrada de capital estrangeiro (CPI-DÍVIDA PÚBLICA, 2010).

Por outro lado, em requerimento para o Banco Central (Bacen), a comissão buscou compreender melhor as fórmulas ou demais dados objetivos usados para estabelecer as taxas de juros pela instituição, considerando que se num primeiro momento o incentivo era atrair investimento estrangeiro, qual fatores seriam considerados para manutenção desta medida.

Em resposta, o Bacen apontou que “as decisões [do Comitê de Política Monetária - COPOM] não decorrem da aplicação de uma fórmula que definiria qual deveria ser a decisão do Comitê sobre a meta da taxa Selic” (CPI-DÍVIDA PÚBLICA, 2010, p.199), e sim através

⁴⁸ O maior de percentual da dívida pública mobiliária federal interna encontra-se com os fundos de investimento (50%), seguido por bancos nacionais (27%); bancos estrangeiros (6%); fundos e entidades de previdência (6%); pessoas jurídicas não financeiras (2%); investidores não residentes (5,5%) e pessoas físicas — basicamente o Tesouro Direto — (0,5) (CPI-DP, 2010, p.17). I Os fundos de investimento, por sinal, contaram com diversas fases ao longo da política monetário nacional, desde o projeto de desenvolvimento econômico nacional (1930 a 1950) até pós Plano Real. O que importa salientar é que, “apesar da forte expansão, o patrimônio dos fundos no Brasil ainda equivale a 42,0 % do PIB, o que não é muito, comparado à gigantesca indústria de fundos de investimento dos Estados Unidos, cujo patrimônio se aproxima dos 70% do PIB” (ARRAES & OLIVEIRA, 2008, pp.102-103).

⁴⁹ O relatório da CPI-DP (2010), muito embora buscou tratar do tema, não elaborou uma discussão pormenorizada acerca dos efeitos da dívida pública referente ao financiamento dos encargos sociais. A discussão neste tópico tratou de apontar o aprimoramento de mecanismo fiscais que contribuam com a transparência das contas públicas da União e, especialmente, dos Estados e dos Municípios, em que o refinanciamento da dívida pública destes subnacional, no montante de R\$138 bilhões, constariam como um dos fatores de crescimento da dívida (CPI-DP, 2010, p.204).

de “(...) exaustiva discussão sobre as condições macroeconômicas correntes e futuras, baseando-se em uma ampla gama de variáveis (...)” (Ibidem)⁵⁰.

Parâmetro este no mínimo interessante ao considerar que a taxa de juros, conforme ratificado na comissão, é o principal instrumento aplicado pelo Bacen a fim de colocar a inflação dentro do regime de metas inflacionárias, aplicado desde 1999. O que acaba influenciando o regime de juros em curto prazo, com o propósito de afetar diferentes canais de economia e, por consequência, como já tratado, a apropriação rentista dos recursos públicos.

Não obstante, tal política monetária, segundo o Bacen, culminaria no arrefecimento da economia com o aumento da taxa real de juros incentivando os empresários, por sua vez, a postergar seus ganhos e investirem mais nos seus empreendimentos empresariais.

Todavia, a adoção de medidas pró-cíclicas, como: elevada taxa de juros e corte e contenção de gastos públicos, em contexto de recessão econômica, tende a ser acompanhada por um modelo tributário regressivo, como já é nosso, e com grande evasão fiscal. O que sobrecarrega, “(...) além de contribuir com uma maior concentração de renda, (...) o chamado ‘custo Brasil’ prejudicando o crescimento da atividade e a realização de investimentos” (DOWBOR, 2019, p.18).

Estima-se que evade do território brasileiro, no que se concerne a evasão fiscal, o montante anual de R\$570 bilhões de reais do país, sendo que a América Latina oculta 60% do PIB nos paraísos fiscais (LACERDA, 2019; BELLUZZO & GALÍPOLO, 2019). De modo que:

“Quem paga efetivamente os impostos é a massa da população que transforma a maior parte do que ganha em compras, com impostos embutidos [ao passo que] (...) os ricos gastam em compras apenas uma parcela do que recebem, a maior parte se transformam justamente em aplicações financeiras” (LACERDA, 2019, p.48).

⁵⁰ Durante a CPI-Dívida Pública (2010), diversos convidados salientavam que boa parte da dívida pública é originária da política cambial, em que o BACEN aplica ao esterilizar o impacto monetário das operações cambiais. Isto é, o Bacen a partir da operação com títulos públicos promove o enxugamento da liquidez adicional em moeda nacional, decorrente dessa compra (BASTOS & FONTES, 2013). Ocorre que, segundo o relatório da CPI (2010), “nestes últimos anos, o Banco Central tem acumulado grandes quantidades de reservas cambiais, o que lhe tem causado prejuízos contábeis, cobertos pelo Tesouro Nacional, conforme determina a Lei de Responsabilidade Fiscal” (CPI-Dívida Pública, 2010, p.201). Sendo que tais pagamentos realizado pelo Tesouro “são feitos na forma de emissão e entrega, ao BC, de títulos da dívida interna” (Ibidem).

O aumento da taxa Selic, segundo as autoridades monetárias, também influencia o aumento da taxa de câmbio⁵¹; resultando, - a partir deste aumento – impacto na inflação [com eventual colisão entre uma taxa que controla a inflação (Selic) e a outra que consequentemente aumenta (câmbio)] e, por outro, apontou-se a ineficiência da política monetária no controle dos preços administrados (CPI-DP, 2010, p.214).

A anomalia destacada, por fim, encontra-se na atuação do banco central que através do mesmo instrumento, a taxa de juros, remuneram a dívida pública federal, “(...) sendo estas taxas as mesmas que são usadas como meta operacional da política monetária. [...] Nesse contexto, o governo deveria trabalhar para substituí-las por títulos pré-fixados.” (Ibid., p.215).

Segundo o Relatório de Acompanhamento Fiscal (2020)⁵², o Brasil possui a terceira maior dívida entre 40 países emergentes, com possibilidade de assumir a primeira posição no ano 2020, conforme a metodologia de aferição adotada pelo FMI. A dívida bruta, ao fim de 2018, correspondia a 87,9% do PIB, enquanto a média dos países emergentes era de 50,8% do PIB, sendo que no ano de 2015 correspondia a 65% do PIB, isto é, 8% superior ao PIB do ano em questão.

Conclui-se, deste modo, que “em uma comparação internacional, o Brasil é o que mais paga juros sobre sua dívida, mesmo considerando países com dívidas públicas proporcionalmente maiores, comparativamente ao PIB” (LACERDA, 2016, p.95 apud RAMOS & LACERDA, 2019, p.63).

Ocorre que a utilização de metas fiscais estruturais, como a da EC nº95/2016, não encontram correspondência com as aplicadas, por exemplo, pela União Europeia. Tais metas europeias são ajustadas por ciclo econômico e com específicas condições, em situação de crise econômica, exercerem uma maior atuação fiscal; o que não se permite, no caso brasileiro, com

⁵¹ É importante reprimir que “(...) a medida em que parte da dívida interna é indexada à taxa de câmbio, a desvalorização cambial tem efeito relevante sobre a evolução temporal da Dívida Interna Líquida do Setor Público” (ARRAES & OLIVEIRA, 2008, p.96). Após o Plano Real, observa-se que a política monetária de manter a alta da taxa de juros sob o pretexto de manter, em duas vias, o controle inflacionário (a fim de incentivar o investimento empresarial) e a taxa de câmbio (a fim de amenizar os efeitos da taxa de juros e a manutenção cambial em um patamar valorizado) revelou-se equivocada, “pois o governo não conseguiu controlar a taxa de câmbio devido à liberalização financeira que promoveu” (Ibid., p.98).

⁵² Ver: **Relatório de Acompanhamento Fiscal** - 15 de janeiro de 2020 • Nº 36 / Instituição Fiscal Independente - disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/567343/RAF36_JAN2020.pdf. Acesso em maio/2023

o congelamento de 20 anos de gastos públicos, sobretudo, em importe social (RAMOS & LACERDA, 2019).

Acresce-se que, “além disso, a maioria desses países já possuem uma estrutura de fornecimento de serviços públicos consolidada. Logo, esse regime fiscal europeu é muito diferente do aplicado no Brasil”⁵³ (RAMOS & LACERDA, 2019, p.67).

3.1.3 Pandemia do Coronavírus (sarv-cov-2): os impactos orçamentários e os desdobramentos socioeconômicos no Brasil (2020-2021)

O primeiro caso da pandemia do coronavírus (sars-cov-2), no final do ano 2019, foi identificado na cidade de Wuhan (China) e logo após propagou-se para todos os continentes em uma crescente vertiginosa de mortes e adoecimentos, somada com a falta de informações que pudessem prevenir do contágio e posteriormente com a instituição de um circuito de incertezas e medos para todas as populações mundiais com relação ao futuro (SALOMÃO, 2022).

Nem mesmo a maior economia do mundo e com o maior gasto per capita em saúde transitou com facilidade diante da consequente crise sanitária (com inúmeras sequelas econômicas e sociais), já que, ao contrário do difundido pelos ideais contracionistas pugnados pelo presidente norte-americano Donald Trump, o seu sistema privado resultou no agravamento e na impotência do próprio Estado-nação diante do enfrentamento contra o coronavírus. Ainda que existisse – antes desta crise insurgir – a previsão epidemiológica da necessidade de implementar/manter um sistema de cobertura social, universal e pública de saúde em seu território nacional (RAMONET, 2020; FLEURY, 2020)⁵⁴.

O Brasil, marcado pela conjuntura de medidas restritivas de participação social do Estado e de uma política econômica austera de longa vigência pelo novo regime fiscal, expressou-se, no campo da atuação interfederativa, a ausência de consensos mínimos entre os

⁵³ Recomenda-se a leitura da pesquisa aplicada pela FUNDAÇÃO FRIEDRICH EBERT STIFTUNG (FES) - **Austeridade e retrocesso - finanças públicas e política fiscal no Brasil**. São Paulo: Fórum, 21; Fundação Friedrich Ebert Stiftung (FES); GT de Macro da Sociedade Brasileira de Economia Política (SEP); e Plataforma Política Social, setembro de 2016.

⁵⁴ Importa sinalizar que, durante a pandemia (e mesmo anterior a ela), a escassez de recursos federais e apoio logístico do governo norte-americano para os povos nativo-americanos (do seu território) contribuiu com as dificuldades de enfrentamento da crise e o agravamento do número de óbitos destas comunidades. A Nação Navajo, por exemplo, é a maior reserva indígena dos Estados Unidos, compreendida no oeste país (com porções dos Estados do Arizona, Utah e Novo México), cerca de 70 mil Km² e 170 mil habitantes, contou com mais 4500 infecções e 147 mortes. Na reserva mais de 40% da população vive sem acesso a água potável, além de outros gravames sociais que impactam as condições socioeconômicas locais (LIMA, 2020; FERNANDES, 2020).

governantes acerca das políticas adequadas de saúde e de manutenção de emprego e renda diante do contexto-crise (ARAÚJO FILHO & ARAÚJO, 2020; RAMOS & LACERDA, 2019).

Essa situação é agravada ao examinar a resposta do governo, com relação a situação da saúde pública e da economia do país, que assume uma postura errática e sem efetiva capacidade de coordenação na crise, oriunda especialmente da desordem organizacional-administrativa executada pela União (ARAÚJO FILHO & ARAÚJO, 2020)⁵⁵. Na gestão da saúde pública observa que:

“(...) desde o início a orientação governamental era a de estímulo à privatização e ao enquadramento do setor nos parâmetros da denominada lei de teto dos gastos públicos, que envolveu a extinção de departamentos, cortes no orçamento e redução de leitos hospitalares, com perda de 43 mil leitos nos últimos dez anos” (ARAÚJO FILHO & ARAÚJO, 2020, p.280)

O estado de calamidade pública nacional instaurado pela crise sanitária, apesar de devidamente reconhecida pelo Decreto Legislativo nº6 de 2020⁵⁶, por outra via, contou com inúmeras oscilação na resposta de governo e nas “trocas de cadeira” do ministro da Saúde e, conseqüentemente, na forma de atuação e interpretação governamental em lidar com a situação emergencial.

As projeções do número de vítimas fatais acerca do enfrentamento brasileiro contra o coronavírus, elaborada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), ao qual considerou – para fins de cálculo – a existência de um sistema único, universal, gratuito e público de saúde, era – até certa medida positiva – de 88 mil mortos, sendo depois corrigida para 150 mil mortos, com 4 mil mortes diárias a partir de agosto/2020.

⁵⁵ A propaganda contra a saúde pública deve ser incluída dentro do espectro da desordem organizacional-administrativa exercida pela União (e outras unidades federativas), através de atos e pronunciamentos do Poder Executivo Federal, presidido pelo o ex-presidente Jair Messias Bolsonaro (2019-2022) e, bem como, por seus ministros e representantes de sua base de governo. Tal propaganda pode ser definida, nos termos do relatório da CEPIDISA*(2021), “(...) como o discurso político que mobiliza argumentos econômicos, ideológicos e morais, além de notícias falsas e informações técnicas sem comprovação científica, com o propósito de desacreditar as autoridades sanitárias, enfraquecer a adesão popular a recomendações de saúde baseadas em evidências científicas, e promover o ativismo político contra as medidas de saúde pública necessárias para conter o avanço da Covid 19” (*Centro de Estudos e Pesquisas de Direito Sanitário, 2021, p.3).

⁵⁶ BRASIL. **DECRETO LEGISLATIVO Nº 6, DE 2020** - disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/portaria/dlg6-2020.htm#:~:text=DECRETO%20LEGISLATIVO%20N%C2%BA%206%2C%20DE,18%20de%20mar%C3%A7o%20de%202020. Acesso em maio/2023.

O saldo “mínimo” de óbitos não aconteceu, pois a mortes quadriplicaram, entre 9 de maio a 11 de junho, para 40 mil mortos até obter o número total de vítimas, no ano de 2020, de 1.510.068 (IBGE, 2021). Além disso, aponta-se que os esforços empenhados para combater a pandemia demonstraram-se relativamente modestos no caso brasileiro, em que o gasto público aplicado correspondeu a 11% em relação PIB, ao passo que Reino Unido (34%) e Alemanha (36%), com exceção do Chile (9,5), demandaram maior orçamento público para o enfrentamento (ARAÚJO FILHO & ARAÚJO, 2020).

Aponta-se, por fim, que a desigualdade social e a vulnerabilidade econômica, sob a matriz por raça, classe e gênero, do país são vetores que influenciaram no risco-morte e no contágio com o vírus, em que muitos trabalhadores submeteram-se, diante da escalada de desemprego, a preferência de manter o emprego, mesmo com o risco de contrair o vírus, a fim de não lidar com a fome e outros gravames sociais.

É o caso observado na cidade de São Paulo (SP), em que os óbitos agravaram-se a partir da análise das condições macroeconômicas em que os agentes sociais (pobreza, desemprego, raça, escolaridade, renda e dentre outros) encontram-se inseridos na sociedade (AMOROZO, 2021).

A manutenção do “teto de gastos”, durante a pandemia da nova cepa do coronavírus, ainda no ano de 2020, passou por pressionamentos e discussões suscitadas por diversas entidades e organizações civis, dentre elas o Conselho Nacional de Saúde (CNS). O acervo das críticas e discussões versavam sobre os impactos causados pela falta de financiamento adequado ao Sistema Único de Saúde diante naquele contexto; o que asseverou uma maior movimentação (legislativa, judicial e civil) acerca do tema e da revisão do novo regime.

Ressalta-se que o Supremo Tribunal Federal (STF), nos idos de 2017, recebeu duas outras Ações Diretas de Inconstitucionalidade (ADIs 5715 e 5734)⁵⁷ para questionar o novo regime instituído pela EC nº95/2016. A relatora Ministra Rosa Weber, à época, já no contexto pandêmico e por impulso processual das entidades civis interessadas, decidiu pela intimação

⁵⁷ Artigo: **Novas ações questionam emenda constitucional que limita gastos públicos**, publicado em 11/07/2017, disponível em: <https://portal.stf.jus.br/noticias/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=349227&ori=1>. Acesso em maio/2023.

do Congresso Nacional e do Presidente da República a fim de que se pronunciassem, no prazo de 30 dias, sobre dois pontos.

O primeiro a respeito da alteração do cálculo mínimo de recursos a serem aplicados pela União em ASPS e, o segundo, que apontassem em que medida o novo regime compensa, com a redução do montante mínimo, a melhora na qualidade dessa despesa e se existe projeção atual de evolução do gasto público em saúde para os próximos exercícios financeiros⁵⁸. As ADIs continuam em curso, sem qualquer decisão a respeito da matéria⁵⁹.

Em 2021, no segundo momento da crise, instaurou-se a Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) da Pandemia com a finalidade de apurar, no prazo de 90 dias, as ações e omissões do Governo Federal no enfrentamento da Pandemia da Covid-19 no Brasil.

O relatório final da Comissão apresentava um extenso rol de ações e omissões a serem investigados contado desde a crise sanitária no Estado do Amazonas com a ausência de oxigênios para os pacientes internados, como também outras irregularidades identificadas (como: superfaturamento, desvio de recursos e dentre outros ilícitos) nas três esferas administrativas, durante a vigência da calamidade causada pelo Coronavírus "SARS-CoV-2.

Com base no relatório, identificou-se um déficit primário no orçamento federal (fiscal e da seguridade social) de 745,3 bilhões, contra o de R\$ 124,1 bilhões previstos inicialmente, em novembro de 2019, na LDO 2020; o que culminou em reflexos negativos no endividamento público, que chegou a R\$ 5,01 trilhões, ou 88,8% do PIB, em 2020, contra 74,3%, em 2019 (CPI-PANDEMIA, 2021, p.437).

O resultado em si advém das condições emergenciais da pandemia, em que identifica-se que o total de créditos extraordinários abertos, por meio de medidas provisórias,

⁵⁸ Artigo: **Executivo deve prestar informações sobre impacto do teto de gastos no combate ao coronavírus**, publicado em 20/03/2020, disponível em: <https://portal.stf.jus.br/noticias/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=439861&ori=1>. Acesso em maio/2023.

⁵⁹ É indispensável relembrar que, no ano de 2017, a decisão do relator Ministro Ricardo Lewandowski acerca da ADI 5595, a qual tratava da lei do orçamento impositivo, regulado pela EC nº86/2015, suspendeu liminarmente a eficácia dos arts. 2º e 3º da Emenda Constitucional 86/2015, que tratavam do escalonamento percentual do montante mínimo em cinco anos. O entendimento do Exm. Ministro foi, no sentido, que: *“o direito à saúde, em sua dimensão de direito subjetivo público e, portanto, prerrogativa indisponível do cidadão, reclama prestações positivas do Estado que não podem ser negadas mediante omissão abusiva, tampouco podem sofrer risco de descontinuidade nas ações e serviços públicos que lhe dão consecução, com a frustração do seu custeio constitucionalmente adequado”* (ADI nº 5.595 :Relator Min. Ricardo Lewandowski, Brasília – 2017, p.10).

para fins de combate aos efeitos da pandemia correspondeu ao valor de R\$ 634,2 bilhões, tendo sido pagos R\$ 523,1 bilhões, ou 82,5% desse total.

A instituição de um regime extraordinário fiscal, financeiro e de contratações para o enfrentamento da crise, por força da EC nº 106/2020⁶⁰, possibilitou a abertura desta espécie de crédito, em que representou, por consequência lógica, a mitigação da “regra de ouro”⁶¹, esculpida no art. 167, III, da CRFB(1988), além da desnecessidade de observância da lei de “teto de gastos”. Isto porque os créditos extraordinários não comporiam a base de cálculo das despesas primárias para efeito de cálculo dos limites impostos pela EC nº 95/2016 (Ibid., p.436).

O orçamento flexível adotado no ano de 2020 para o enfrentamento da Pandemia, no entanto, não se repetiria na LDO de 2021 que determinou meta de déficit primário para os orçamentos fiscal e da seguridade social da União de R\$ 247,1 bilhões. Assim, muito embora fosse possível a abertura de crédito extraordinário no exercício de 2021, a União deverá cumprir também os indicadores fiscais e com alguma relevância na manutenção de medidas de renda mínima (como a concessão do Auxílio Emergencial⁶² – o que representou o montante aplicado de R\$295,2 bilhões).

No caso da saúde, por exemplo, resta mencionar a não contabilidade na meta dos resultados primários, na abertura do crédito citado, para as despesas em saúde na categoria específica de combate e enfrentamento contra a pandemia, em conformidade com Lei nº 14.143, de 21 de abril de 2021⁶³ e nos termos da Lei Complementar (LC) nº141/2012.

⁶⁰ BRASIL. **EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 106, DE 7 DE MAIO DE 2020** - disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc106.htm. Acesso em maio/2023.

⁶¹ Art. 167. São vedados: (...) III - a realização de operações de créditos que excedam o montante das despesas de capital, ressalvadas as autorizadas mediante créditos suplementares ou especiais com finalidade precisa, aprovados pelo Poder Legislativo por maioria absoluta.

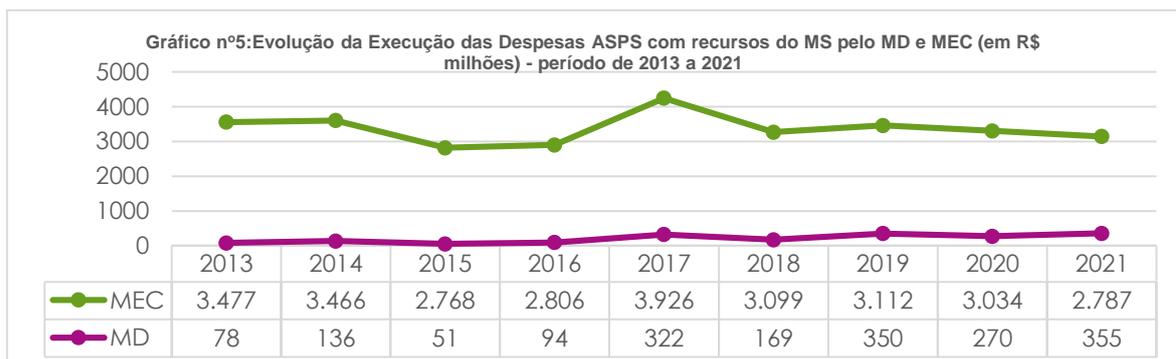
⁶² Para saber mais sobre o impacto do Auxílio Emergencial recomenda-se: FREIRE, Débora; DOMINGUES, Edson; MAGALHÃES, Aline; SIMONATO, Thiago & CARDOSO, Guilherme. **“Auxílio Emergencial - Uma política fiscal contracíclica?”: Impactos do auxílio emergencial na economia brasileira em 2020**/ NEMEA – Núcleo de Estudos em Modelagem Econômica e Ambiental Aplicada & CEDEPLAR - Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional - UFMG, 2021 - disponível em: https://pesquisas.face.ufmg.br/nemea/wp-content/uploads/sites/20/2021/09/Auxilio_Emergencial.pdf. Acesso em maio/2023

⁶³ BRASIL. **LEI Nº 14.143, DE 21 DE ABRIL DE 2021** - disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2019-2022/2021/lei/L14143.htm#:~:text=para%20Assuntos%20Jur%C3%ADdicos-,LEI%20N%C2%BA%2014.143%2C%20DE%2021%20DE%20ABRIL%20DE%202021,par%C3%A1grafo%205o%20do%20art. Acesso em maio/2023.

A análise final do relatório, para além do indiciamento de agentes por crimes contra administração pública, à humanidade e de organização criminosa, conclui-se que o governo federal, apesar das suas muitas resistências, bem como a atuação ministerial, se empenhou, em conjunto com Congresso Nacional, de forma célere na concessão de instrumentos para enfrentamento da pandemia, mas com condições a serem melhoradas, diante de situações imprevisíveis e graves, para uma resposta mais efetiva no futuro.

Outro ponto que merece destaque é o boletim da Comissão de Orçamento e Financiamento (Cofin), do CNS, apontando que, no ano de 2021, o valor total das ações orçamentárias do Ministério da Saúde (MS) foi de R\$56,745 bilhões, sendo que 2/3 dos recursos foram programados para Aplicação Direta do MS (R\$38,0 bilhões) e menos de 1/3 para Transferências aos Estados (R\$5,8 bilhões), DF e Municípios (R\$10,1 bilhões); o equivalente, em níveis percentuais, a 67% para Aplicação Direta e 10% e 18%, respectivamente, para Estados e Municípios em relação ao valor total.

Entretanto, o relatório aponta que 24,4% dos recursos disponíveis na dotação Covid-19 não foram efetivados enquanto ações e serviços de saúde para a população em 2021. A partir do gráfico nº5 visa-se apresentar a execução das despesas em ASPS, com recursos do MS, pelo Ministério da Defesa (MD) e pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC), no período de 2013 a 2021, assegurando, assim, examinar a variação nominal da execução de recursos destinados a gastos públicos em saúde pelos órgãos em questão, vide:



Fonte: Boletim Cofin, CNS, 2021/12/31, pp.23-24.

O panorama evolutivo dos gastos em saúde, com recursos do Ministério da Saúde, entre o MD e MEC permite identificar, em primeiro momento, que a execução orçamentária pelo MEC apresenta-se comparativamente maior ao do MD.

Por outra via, ao examinarmos a partir do período da pandemia, o biênio 2020 a 2021, observa-se que, em níveis percentuais, ocorreu a retração de 8,14% para o MEC ao passo

que 31,48% de aumento para MD, no ano de 2020 para 2021. Ademais, o boletim aponta que as despesas em saúde, executados pelo Ministério da Defesa, registra a aquisição desde suprimentos, consertos e combustíveis para aviação, embarcações e automotores⁶⁴; além disso, a destinação de recursos diversos aos mais variados comandos, bases áreas, corporações e centros de intendências das forças armadas; e, bem como, diárias e passagens aéreas para militares, com algumas menções a hospitais militares (COFIN, 2021).

O segundo ano da crise sanitária seria marcado pela maior campanha de vacinação na história do Brasil, em que o país – de janeiro até o fim de 2021 – registrou a marca de 80% da população-alvo completamente vacinada⁶⁵, o que representou a redução de 90% do óbitos registrados desde o pico da pandemia⁶⁶. O ano de 2022 registraria o período eleitoral e, a partir do seu resultado, com a eleição do novo presidente da república, Luís Inácio Lula da Silva (2023-2026), inaugurou-se a possibilidade de rediscutir a questão do novo regime e os seus efeitos no financiamento dos gastos federais em saúde pública.

Antes de prosseguirmos para o encerramento deste tópico, torna-se necessário tratar de dois últimos pontos, sendo eles: a Emenda Constitucional (EC) n° 126/2022, o (ii) “Plano Mais Brasil” (PEC n°186, 187 e 188) e o (iii) Regime Fiscal Sustentável (PLP n° 93/2023) observando, para tanto, quais os seus efeitos (in)diretos no financiamento dos gastos públicos em saúde.

Na área de saúde, a EC n° 126/2022, anteriormente conhecida como a PEC de Transição (PEC n°32/2022), alterou o art. 107 dos ADCT, que trata dos limites individualizados para despesas primárias, determinado que as transferências financeiras realizadas pelo Fundo Nacional de Saúde aos fundos de saúde, estaduais, municipais e distritais, para enfrentamento

⁶⁴ MOTORYN, Paulo [Brasil de Fato]. Artigo: **Defesa usou R\$ 150 milhões de verba do SUS para conserto de aeronaves, denuncia relatório** - publicado em 19/04/2022, no site Brasil de Fato, disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2022/04/19/defesa-usou-r-150-milhoes-de-verba-do-sus-para-conserto-de-aeronaves-denuncia-relatorio>. Acesso em maio/2023.

⁶⁵ PORTAL DO BUTANTAN. Artigo: **Retrospectiva 2021: segundo ano da pandemia é marcado pelo avanço da vacinação contra Covid-19 no Brasil**, publicado em 31/12/2021, disponível em: <https://butantan.gov.br/noticias/retrospectiva-2021-segundo-ano-da-pandemia-e-marcado-pelo-avanco-da-vacinacao-contr-covid-19-no-brasil>. Acesso em maio/2023.

⁶⁶ MINISTÉRIO DA SAÚDE. Artigo - **ESPECIAL SAÚDE: Retrospectiva 2021: as milhões de vacinas Covid-19 que trouxeram esperança para o Brasil**, publicado em 30/12/2021 - disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2021-1/dezembro/retrospectiva-2021-as-milhoes-de-vacinas-covid-19-que-trouxeram-esperanca-para-o-brasil#:~:text=Queda%20de%2090%25%20nos%20C3%B3bitos,da%20popula%C3%A7%C3%A3o%20alvo%20completamente%20vacinada>. Acesso em maio/2023

da pandemia da Covid-19, poderão ser executadas pelos entes federativos até 31 de dezembro de 2023.

Desta forma, o prazo de execução dos recursos extraordinários para o enfrentamento da crise sanitária, nos termos do art. 3º do Decreto 10.579/2020 (até 31 de dezembro/2021)⁶⁷, foi ampliado. O que significa dizer que os saldos remanescentes de créditos extraordinários abertos pela União, em decorrência da pandemia, conforme já sinalizado, não estarão sujeitos a fins de transposição e de transferência e devendo ser executados (até final de dezembro/2023) em ações e serviços públicos de saúde relacionados à COVID-19 (CONASMES, 2022)⁶⁸.

Outra inovação importante apresentada pela EC nº126/2022 trata-se da alteração das emendas individuais ao Orçamento Geral da União que serão aprovadas no limite de 2% (dois por cento) da RCL do exercício anterior. A metade desse percentual deverá ser destinada a ações e serviços públicos de saúde, sendo que 1,55% e 0,45% da RCL caberá às emendas de Deputados e às de Senadores, respectivamente, para o referido gasto público⁶⁹.

Ademais, aponta-se que a alteração modificou a regra introduzida pela a EC nº 86/2015, em que o valor era de 1,2% da receita corrente líquida prevista no projeto encaminhado pelo Poder Executivo, sendo que a metade deste percentual era destinado às ASPS (CONASMES, 2022).

O “Plano Mais Brasil”, a seu turno, tratou-se de um projeto de emendas constitucionais apresentado pelo ex-ministro da Fazenda, Paulo Guedes, em que a combinação das três PEC’s, sendo elas: nº186, 187 e 188, pugnam, em convergência, pelo aprofundamento da política da austeridade fiscal (já consolidada com a EC nº95/2016) e o estrangulamento, por consequência, do financiamento da seguridade social.

⁶⁷ BRASIL. **DECRETO Nº 10.579, DE 18 DE DEZEMBRO DE 2020** - disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2019-2022/2020/decreto/d10579.htm. Acesso em maio/2023.

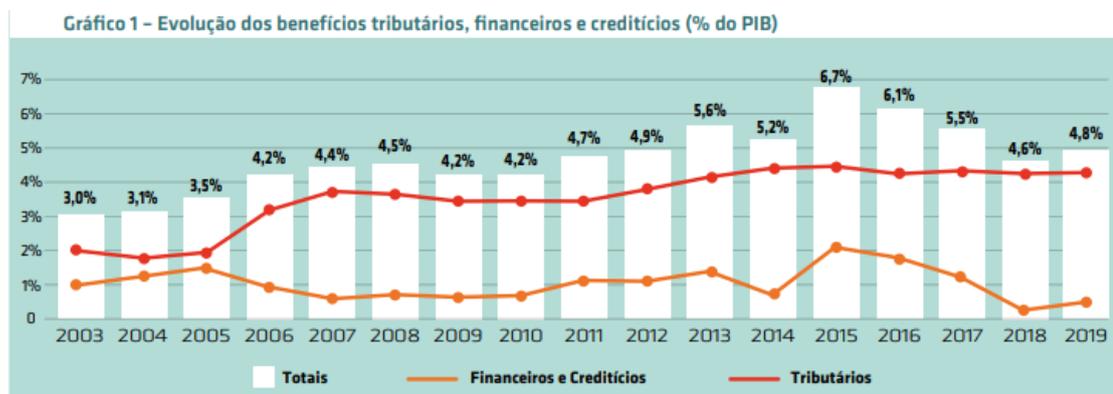
⁶⁸ CONASEMS. **EMENDA CONSTITUCIONAL (EC) Nº 126/2022**, publicado em 27/12/2022- disponível em: <https://conasems-ava-prod.s3.sa-east-1.amazonaws.com/institucional/orientacoes/nota-tecnica-ec-126-2022-1672151217.pdf>. Acesso em maio/2023.

⁶⁹ COMISSÃO MISTA DE PLANOS, ORÇAMENTOS PÚBLICOS E FISCALIZAÇÃO. **Nota explicativa sobre emendas individuais após a Emenda Constitucional nº 126/22**, publicado em 02/01/2023- disponível em: <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-mistas/cmo/noticias/nota-explicativa-sobre-emendas-individuais-apos-a-emenda-constitucional-no-126-22>. Acesso em maio/2023.

Reconhece-se que a proposta de reorganização da administração federal e de ajuste das contas públicas, nos termos do plano em questão, baseia-se num diagnóstico equivocado em que o remédio para combater o decréscimo econômico, considerando o “orçamento do lar” do Estado, se reduz à uma política de cortes sob três segmentos públicos: o funcionalismo, o investimento e os gastos (CALABREZ, 2019).

Desconsiderado para fins de cálculos, por outro lado, que o déficit das contas públicas e a interrupção do crescimento econômico atrelam-se com a queda de arrecadação tributária e as desonerações fiscais adotadas ao longo da gestão de Guido Mantega, no governo Dilma Rousseff (CALABREZ, 2019) e, bem como, com relativa continuidade na gestão do ex-ministro em questão, Paulo Guedes.

Tais dados se verificam a partir da evolução de renúncia fiscal adotada, no período de 2003 a 2019, em relação ao PIB, com base no gráfico elaborado pelo Tribunal de Contas (TCU), no relatório Fatos Fiscais (2019), vejamos:



Fonte: Fatos Fiscais/TCU, 2019, p.6.

No ano de 2018, a renúncia fiscal atingiu R\$ 314,2 bilhões, equivalente a 25,6% sobre a receita primária líquida (RPL) e a 4,6% do PIB, sendo R\$ 292,8 bilhões de benefícios tributários e R\$ 21,4 bilhões de financeiros e creditícios. Já no ano de 2019 correspondeu a 25,9% sobre a RPL e 4,8% do Produto Interno Bruto (PIB), isto representou o montante de R\$ 348,4 bilhões. Além disso, registra-se a marca de R\$ 308,4 bilhões de benefícios tributários e R\$ 40 bilhões de financeiros e creditícios.

O ano de 2020, por fim, alcançou de renúncia R\$343,2 bilhões, equivalente 28,5% da RPL e 4,6% do PIB registrando, por vez, R\$ 317,2 bilhões de benefícios tributários e R\$ 26 bilhões de financeiros e creditícios. Em termos percentuais, a partir de uma análise comparativa por biênios das renúncias fiscais aplicadas ao período de 2018-2019 e 2019-2020, observa-se

que no intervalo de 2018 a 2019 ocorreu o aumento de 10,88% de renúncia fiscal em relação ao ano de 2018; já em 2019 a 2020, a retração de 1,61% em relação ao do ano inaugural.

O “Plano Mais Brasil”, além disso, propõe na (PEC) nº 187/2019 a possibilidade de extinguir diversos fundos públicos, com risco de afetar inúmeras áreas sociais, como a da Saúde, sob o pretexto de otimizar a alocação de recursos públicos.

Com a extinção, o patrimônio dos fundos públicos regressa para o respectivo Poder da unidade federativa, a qual o fundo se vincula (art.3º, § 2º). Podendo as receitas desvinculadas – se assim for do interesse do gestor – ser aplicadas em projetos e programas voltados à erradicação da pobreza e investimentos em infraestrutura que visem a reconstrução nacional (art. 4º, §único).

Entretanto a extinção não ocorrerá se o respectivo Poder Legislativo retificar cada fundo público em questão por lei complementar específica; caso contrário, enquanto inexistir regulamento legal sobre o patrimônio, o fundo poderá ser aplicado para amortização da dívida pública (art.5º).

A justificativa empregada pelo PEC 187/2019 não apresenta qualquer comprovação e/ou estudo que fundamente o argumento de “fundos parados” a serem extintos em prol do aprimoramento da gestão orçamentária das três esferas administrativas e tampouco o demonstrativo dos efeitos decorrentes para o financiamentos dos gastos vinculados aos respectivos fundos.

O argumento tão-somente, contudo, se limita em afirmar retoricamente que a vinculação de receitas dos fundos engessam o orçamento públicos dos membros-federativos impossibilitando-os no cumprimento indispensável de suas funções em razão das amarras de um passado remoto, ao qual “(...) podem não mais representar a necessidade e as prioridades da sociedade brasileira atual” (PEC 187/2019, 2019, p.3).

De acordo com CNS, estima-se que 248 fundos infraconstitucionais podem ser extintos com a medida, o que poderia resultar, no tocante a área de saúde, que fundos de despesas federais, estaduais e municipais, responsáveis pelo financiamento de muitos gastos sociais, percam – a partir da desvinculação de receitas – a estabilidade orçamentária para

manutenção e ampliação de ASPS e, com o risco, de serem subfinanciadas em razão de outros gastos, como a amortização da dívida pública⁷⁰.

O Regime Fiscal Sustentável, conhecido também como o Novo Arcabouço Fiscal (PLP nº 93/2023), trata-se de uma medida de controle de endividamento público, com a proposta de substituir o Teto de Gastos (EC 95/2016), atualmente em vigor. Visando tal medida, desse modo, manter o equilíbrio entre os gastos públicos e a receita arrecadada e, além disso, honrar o compromisso do governo na promoção de políticas públicas essenciais e no pagamento da dívida pública.

O referido instrumento fiscal, apesar das oportunas críticas, difere-se da proposta da lei do teto de gastos, em que este último ao estabelecer um congelamento de 20 anos em investimento público; que na prática não tornava-se exequível, demonstrou-se incapaz de conter o crescimento das despesas obrigatórias (como saúde) e a retração das não-obrigatórias (investimento em novas obras, por exemplo) executadas pelo poder público⁷¹.

O Novo Arcabouço Fiscal, por sua vez, propõe que estabeleça metas fiscais para o resultado primário (arrecadação e menos despesas) para os orçamentos fiscal e da seguridade social. Sendo que no lugar do congelamento de despesas se impõe um limite percentual de mínimo (0,6%) e máximo (2,5%), ao ano, que pode assegurar o aumento real de gastos públicos, com base nos índices obtidos pelo resultado primário.

As metas econômicas, nesta linha de raciocínio, serão estabelecidas na Leis de Diretrizes Orçamentárias (LDO) para o ano seguinte, conforme a mesma regra aplicada pela EC nº 95/2016. Ressaltando que, por outro lado, tais metas devem funcionar a partir de uma flutuação percentual (-0,25% a +0,25%), como uma banda, do crescimento real da economia buscando, assim, proporcionar o resultado primário ensejado.

⁷⁰ CNS. Artigo: **No Senado, CNS questiona PEC que quer extinguir Fundos Públicos e pode afetar políticas sociais**, publicado em 12 de fevereiro/2020 - disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1016-no-senado-cns-questiona-pec-que-quer-extinguir-fundos-publicos-e-pode-afetar-politicas-sociais>. Acesso em maio/2020.

⁷¹ CÂMARA DOS DEPUTADOS. **NOVO ARCABOUÇO FISCAL (PLP 93/2023)** - [infográfico], 2023, disponível em: <https://www.camara.leg.br/internet/agencia/infograficos-html5/novo-arcabouco-fiscal/index.html#:~:text=O%20Regime%20Fiscal%20Sustent%C3%A1vel%20conhecido,equil%C3%ADbrio%20entre%20arrecada%C3%A7%C3%A3o%20e%20despesas>. Acesso em junho/2023.

Tal proposição de metas não encontra precedentes com o regime atualmente em vigor, em que o valor do gasto público, além de congelado, passou a ser corrigido – já no ano de 2018 – pela inflação, com base no Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA/IBGE, nos termos do art. 107 do ADCT.

Muito embora a proposta do Novo Arcabouço Fiscal também mantenha a correção do valor sob a inflação. Observa-se que, no entanto, com a adoção das metas, o resultado primário obtido pode favorecer maior mobilidade de investimento público e aumento real do limite de despesas, dentro dos parâmetros percentuais do teto de gastos.

Asseverando, desse modo, sob a condição de cumprimento da meta, maior liberdade para emprego de despesas públicas pelo governo não podendo, contudo, (mesmo diante de superávit primário) ultrapassar 0,25% do total do PIB. Pela LDO de 2024, por fim, as metas para os anos de 2024, 2025 e 2026 correspondem, respectivamente, 0,0%, 0,5% e 1,0% do PIB, com a banda de 0,25%.

Frisa-se que 03 cenários possíveis podem decorrer do resultado primário e que impactam no processo de crescimento real do teto limite de despesas. O primeiro consiste na obtenção de um resultado primário positivo (superávit primário), com crescimento dentro da banda estabelecida (0,25%), que permitirá – no ano seguinte – o aumento da despesa ser igual a 70% do crescimento real da receita primária, acumulada em 12 meses até junho, sendo o valor destinado exclusivamente a investimento.

O segundo aponta que se tal aumento empregado foi maior que 70% da receita primária efetivamente realizada no ano, a diferença será compensada do limite no exercício financeiro subsequente. O terceiro, por fim, sendo o resultado primário abaixo da banda inferior da meta, o crescimento do teto ficará estabelecido em 50% do crescimento da receita. Ademais, lembrando que este aumento deverá obedecer o limite no mínimo (0,6%) e no máximo (2,5%) ao ano para fins de ampliação dos gastos públicos⁷².

O Regime Fiscal Sustentável, por fim, reconhece – no tocante as políticas públicas essenciais – a garantia de aumento real do salário mínimo e dos programas de transferência

⁷² CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Câmara aprova texto-base do projeto do arcabouço fiscal; votação prossegue nesta quarta-feira** Fonte: Agência Câmara de Notícias, publicado em 23.05.2023, disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/964821-camara-aprova-texto-base-do-projeto-do-arcabouco-fiscal-votacao-prosegue-nesta-quarta-feira>. Acesso em junho/2023.

direta de renda, como o Bolsa Família, que no atual regime fiscal não encontram-se garantidos. Acrescenta-se que também a proposta da PLP nº 93/2023 apresenta no rol das despesas sujeitas e não sujeitas a medida, por exemplo, o Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação (Fundeb) e as transferências constitucionais e legais para os demais entes federativos, respectivamente.

Os gastos em saúde, a seu turno, não se encontram submetidos ao rol específico de despesas sujeitas a medida a fim desvinculação de receita (tal como na EC nº 95/2016), contudo espera-se que o seu aumento esteja amparado na regra geral (no mínimo e no máximo) do teto limite de gastos, a partir do resultado primário. Após a leitura da Recomendação nº 006, de 22 de maio de 2023, elaborada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), dois apontamentos, entretanto, devem ser mencionados sobre o presente programa⁷³.

O primeiro consiste na reafirmação e na importância da responsabilidade social ser superior ao patamar da responsabilidade fiscal. A Pandemia do Coronavírus demonstrou, devido a política de austeridade fiscal, que o desinvestimento público dos encargos sociais, como saúde e educação, impacta de forma deletérias nos indicadores socioeconômicos do país, ao ponto de instituir e alastrar a fome, a miséria e a sub-cidadania para setores específicos da população.

O Sistema Único de Saúde, de acordo com CNS, contou com a retirada de recursos – por força da EC 95/2016 – na ordem 70,4 bilhões, no período de 2018 a 2022, em comparação com a regra suspensa do piso da EC 86/2015 (15% da receita corrente líquida da União). A atual proposta, por outra via, “restringe a possibilidade de se alcançar meta de alocação de recursos para o SUS nas três esferas de governo equivalente a 6% do PIB, sendo 3% do PIB na esfera federal” (RECOMENDAÇÃO Nº 006/2023 – CNS).

Frisa-se que, apesar da medida apresentar novas atualizações na questão do controle da dívida pública, verifica-se que pouco inova-se acerca do tratamento dado a redução dos gastos tributários e do volume de renúncias fiscais adotadas pela União; já que são desconsiderados para fins de controle de gastos.

⁷³ CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) [Ministério da Saúde]. **RECOMENDAÇÃO Nº 006, DE 22 DE MAIO DE 2023**, disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/3018-recomendacao-n-006-de-22-de-maio-de-2023>. Acesso em junho/2023.

Sendo importante assinalar, neste caso, que os percentuais de aumento do teto de despesas (de 06% a 2,5%) não destoam da evolução percentual dos gastos federais em saúde, conforme observado no ponto 2.2.1 (e os a seguir); o que pode resultar, por fim, na eventual continuidade do cenário de (sub)financiamento pelo órgão federal.

O segundo ponto discute-se acerca da exclusividade da destinação para investimento público, que ocorrerá na hipótese de superávit primário, em que o aumento da despesa poderá ser igual a 70% do crescimento real da receita. O que, em termos práticos, representaria investimento em despesas não-obrigatórias. Tal efeito culmina em uma não garantia de que os recursos para SUS sejam considerados investimentos, já que esses recursos integrariam o rol de despesas obrigatórias; defrontando-se, assim, com a proposta original encaminhada pelo governo à Câmara Legislativa.

Analisando, em uma leitura arriscada, o novo regime – apesar das suas muitas atualizações – aproxima-se do núcleo da lei do Teto de Gastos, em que sobre a proposta de retrain a dívida pública, ainda que contando com maior flexibilidade que o regime atual, condiciona a participação social do Estado, sob o resultado primário. O que deflagraria, nesse caso, aos gastos sociais ficarem relegados ao plano do plausível invés do compromisso constitucional do não retrocesso social.

Neste mesmo circuito, a inclusão da Fundeb e, bem como, do piso da enfermagem – ambos incluídos com a proposta do relator, Deputado Claudio Cajado, na Câmara Legislativa – corrobora com o processo estrutural de desfinanciamento público dos encargos sociais. A promoção de direitos humanos e do combate à fome, vale lembrar, requer a atuação setorial de diversas áreas de produção, tecnologia e conhecimento, como também requer a adequada remuneração aos profissionais integrantes da rede SUS.

As interfaces do Regime Fiscal Sustentável e da política de austeridade econômica, portanto, não colidem entre si, pois, ao contrário, podem assegurar o lento e o progressivo emagrecimento do estado de bem-estar social, meta-princípio esse polvilhado em todo texto

constitucional, a partir de desvinculação dos fundos público, no caso específico, o da Fundeb, por adotar medidas com grande teor cíclico e impactar na promoção de políticas públicas⁷⁴.

A leitura, ainda que possa ser considerada exagerada e/ou mesmo pessimista, requer que observarmos numa análise paralela com a (PEC) nº 187/2019, além de outros dispositivos já discutidos neste tópico, que propusera a desvinculação de diversos fundos infraconstitucionais envolvendo o financiamento de direitos sociais. A alegação da medida (PLP no 93/2023) aplicada ao fundo volta-se, por outro lado, a questão da sustentabilidade da dívida pública em que a desvinculação da regra prevista no art. 212, § 5º⁷⁵, da Constituição Federal, pode corroborar no mesmo resultado observado pela aplicação DRU, com a hipertrofia – a longo prazo – de receitas para seguridade social.

À guisa de conclusão, resta debater se a combinação da regra esculpida pela EC nº 95/2016 correlata com a política de austeridade econômica, sob o argumento de combater o aumento da despesa primária, observaria o parâmetro constitucional de participação federativa no financiamento público de ações e serviços em saúde (ASPS) pelo órgão federal.

A partir dos apontamentos e das diretrizes discutidos ao longo deste capítulo e, bem como, que a presente contenda localiza-se sob a observância da Suprema Corte; o que significa dizer que não se propõe aqui apontar uma solução final acerca da questão, contudo – na medida do possível – agregar outros parâmetros que, à primeira vista, aparentam ter sido descartados na propositura da lei do “teto de gastos”; retomaremos, por isso, sucintamente a discussão.

A órbita do debate – em apertada síntese – acerca da constitucionalidade do gestor público ter ou não a prerrogativa constitucional, por meio do aperfeiçoamento orçamentário e pelo controle dos gastos públicos, de delimitar o custeio da prestação de ações e serviços públicos de caráter essencial, a partir do uso de metas fiscais estruturais, em montantes mínimos (como, por exemplo, a EC nº95/2016); desconsidera outros elementos integradores da dívida pública e ignora a tendência de subfinanciamento dos gastos federais em saúde.

⁷⁴ LEITE, Gabriela [Outras Saúde]. "Por que excluir a Saúde do “arcabouço fiscal” / Gabriela Leite, Publicado 01/05/2023 às 16:44 - Atualizado 01/05/2023 às 17:08 - disponível em: <https://outraspalavras.net/outrasaude/por-que-excluir-a-saude-do-arcabouco-fiscal/>. Acesso em junho/2023.

⁷⁵ Art. 212. A União aplicará, anualmente, nunca menos de dezoito, e os Estados, o Distrito Federal e os Municípios vinte e cinco por cento, no mínimo, da receita resultante de impostos, compreendida a proveniente de transferências, na manutenção e desenvolvimento do ensino.

§ 5º A educação básica pública terá como fonte adicional de financiamento a contribuição social do salário-educação, recolhida pelas empresas na forma da lei.

Por outro lado, importa dizer que o exercício da atividade financeira do Estado, por meio de sua equipe técnica, observará os parâmetros constitucionais e os fundamentos infraconstitucionais visando o equilíbrio fiscal e a responsabilidade contábil, nos termos da Lei nº 4.320/64 e da LRF (Lei Complementar nº 101/2000). Com o advento da Constituição Federal (1988), entretanto, os princípios norteadores que alicerçam o Estado Democrático de Direito não consignam uma relação em que o equilíbrio fiscal se sobrepõe ou conflite com a promoção e o desenvolvimento da Ordem Econômica e Social do Estado brasileiro, incluindo aqui a proteção e a efetividade dos direitos e das garantias fundamentais.

Neste sentido, ainda compreendendo que a alocação de recursos públicos perpassam inúmeros desafios – seja por força da escassez de arrecadação tributária diante de uma crise econômica, ou por força da inaptidão dos gestores públicos em exercerem, dentro do limite orçamentário, a seguridade dos encargos sociais; é incontestável que o histórico de baixo financiamento e os instrumentos fiscais de desvinculação de receitas da União, a fim de assegurar maior discricionariedade no desempenho das contas públicas, resultem em prejuízos e em intercorrências negativas no cumprimento de um federalismo cooperativo.

O direito à saúde é uma prerrogativa do cidadão e sinuosa foi a trilha para consolidá-lo enquanto uma obrigação constitucional do estado prestá-lo à toda população, sobretudo na tessitura social brasileira, avassalada por uma reprodução de subcategorização de cidadanias nacionais e da naturalização de desigualdades de condições condignas de vida.

Por isso mesmo, a lei de “tetos de gastos” demonstra-se, tal como um novo recurso de aumento de poder do governo central, preocupante, pois a sua eventual estabilidade, enquanto instrumento de caráter permanente-transitório, feito o DRU, pode obstaculizar o desempenho e os recursos de despesas sociais, por meio das desvinculações. O efeito disso culminaria em retrocessos sociais draconianos para o direito à saúde corroborando com a tese de um Estado Mínimo e o aumento do déficit de procedimentos e investimentos da área em questão (ICICT/FIOCRUZ, 2022; OCKÉ-REIS et. al., 2021).

O equilíbrio fiscal do estado, deste modo, não deve ser considerando enquanto um argumento instrumental de redução de sua participação social – apático aos demais indicadores socioeconômicos das sociedade brasileira – e, de igual forma, o seu papel constitucional não cabe ser reduzido ao *ranking* de confiabilidade de investidores da dívida pública, especialmente diante de um direito indispensável para consolidação da cidadania, especialmente perante um circuito social ainda marcado por medos e incertezas à obtenção de emprego e renda.

4. ORÇAMENTO E RENDA

O último capítulo reserva-se a apresentar os dados levantados, durante o período de 2008 a 2022, com a conseqüente apresentação dos seus resultados, a partir dos estudos dos relatórios fornecidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), relatórios de organizações internacionais e do painel do orçamento federal disponibilizado pelo Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento (SIOP) e demais órgãos públicos.

Para uma abordagem mais compreensível dos dados e debates a serem desenvolvidos, o eixo contará com dois momentos. O primeiro visa explorar os indicadores socioeconômicos gerais e as implicações decorrentes do modelo de tributação regressiva observados ao longo do período de estudo, especialmente o período marcado por ocorrência das crise sanitária no cenário brasileiro e na América Latina e, por fim, os gastos empregados em planos e seguros de saúde (2015 a 2019).

O segundo se propõe analisar os montantes orçamentários (fiscal e da seguridade social) da União, em níveis percentuais e monetários de valores empenhados, das despesas para a área da saúde. Ademais, se propõe apresentar discussões e produções acadêmicas que tratem de conceituar e de problematizar o próprio eixo e, bem como, seus resultados, buscando avaliar, a partir deste arcabouço, se a pergunta coube ser respondida e se confirma, ou não, a hipótese desta pesquisa.

É o convite para as páginas a seguir.

4.1. Dados da pesquisa – Introito: Saúde, Renda e a regressividade tributária no Brasil

De acordo com relatório “*Panorama Social da América Latina e do Caribe: A transformação da educação como base para o desenvolvimento sustentável*” (2022), elaborado pela Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL - ONU), identificou que o PIB dos países da América Latina cresceu em 6,6% em 2021, valor que se traduz 5,6% per capita. A retomada do crescimento econômico, após a queda devido a pandemia, praticamente alcançou a todos os países desta região, ainda que com intensidades distintas, e marcada pelo significativo aumento inflacionário a nível regional e mundial (CEPAL, 2022).

Os países da América Latina que obtiveram aumento do PIB per capita superior a 10% foram Panamá, Peru, República Dominicana, Chile e Honduras. O Brasil, a seu turno, assim como: Bolívia, Uruguai, México, Paraguai, Equador e Cuba, apresentou o crescimento do PIB per capita entre 1% e 5%, sendo que dois países demonstram retração econômica de 3% e 4%, sendo eles respectivamente, Haiti e Venezuela.

A taxa de pobreza da região alcançou 32,3% da população, enquanto a taxa de pobreza extrema foi de 12,9%. Estima-se que, dentro deste cenário, 201 milhões de pessoas não tinham renda suficiente para cobrir suas necessidades básicas, incluindo 80 milhões de pessoas com renda inferior para fins de aquisição de uma cesta básica (CEPAL, 2022). Os programas de transferência de renda, contudo, contribuíram com a redução dos efeitos da inflação sobre o poder de compra das famílias, como, por exemplo, a ampliação da cobertura do programa Auxílio Brasil, aprovado pelo Senado brasileiro (PEC nº 1/2022), e o reforço de programas voltados a segurança alimentar e nutricional.

Não obstante a importância do emprego de tais programas governamentais para atenuar os efeitos econômicos da crise, verifica-se que o Brasil apresentou, de forma única, aumento significativo da pobreza extrema e de pobreza em 2021, mesmo sendo o único país da região em que ambos os indicadores caíram em 2020. “Os aumentos observados em 2021, de 3,2 pontos percentuais na extrema pobreza e quase 6 pontos na pobreza, superou consideravelmente os decréscimos registrados em 2020 (de 0,7 e 1,8 pontos percentuais, respectivamente)” (CEPAL, 2022, p.58).

A Pandemia da Covid-19 contribuiu, para além uma extrema crise econômica e sanitária em todo mundo, com o aumento da desigualdade econômica em quase todos os países de uma só tacada (OXFAM, jan/2021, p.19). Segundo o relatório, a disparidade entre ricos e pobres, dentro do contexto de crise do coronavírus, não seria uma condição consequente por força de seu surgimento. Já que se verifica, contrariando a lógica de que a crise gestou os níveis de extrema desigualdades sociais, que o insurgir destas disparidades teria sido alimentado, em parte, por níveis elevados e continuados de desigualdade de renda.

No mesmo sentido, o relatório World Inequality Report (2018) observa que a desigualdade econômica havia sido incrementada em praticamente todas as regiões do mundo em década recentes, contudo com distintas velocidades. De acordo com o estudo, entre o período de 1980 a 2000, nos países da América do Norte e da Europa Ocidental, o 1% mais rico

de participação na receita global experimentou um crescimento de 16% a 20%, antes de ser moderadamente reduzido a 20%. Os 50% inferiores, no entanto, flutuaram em torno de 9% desde 1980 (World Inequality lab, 2018, p.5).

A expansão desta desigualdade econômica, entretanto, não deve ser descartada do potencial de alcance aos países da África, Ásia e América Latina. Tendo em vista que as tendências observadas, principalmente, em termos de distribuição de riqueza e tributação regressiva na cadeia produtiva e consumerista (que pesa sobre os mais pobres, os trabalhadores e os mais vulneráveis economicamente) é uma realidade nestes territórios. Além disso, observa-se que a participação dos 0,1% mais ricos do mundo (entendida como uma combinação de China, Europa e Estados Unidos) será equivalente à da classe média somente em 2050 (Ibid., pp.14-15).

A progressividade do sistema tributário, portanto, demonstra-se enquanto uma ferramenta efetiva no combate à desigualdade econômica (e social), já que “a tributação progressiva não apenas reduz a desigualdade diretamente, mas também reduz incentivos para capturar frações crescentes de renda e riqueza, limitando sua magnitude” (Ibid., p.15). Apesar disso, a adoção da progressividade, entre os anos de 1970 e meados dos anos 2000, passou a ser:

“(...) drasticamente reduzida nos países ricos e em alguns emergentes (...). [No entanto] desde a crise de 2008, essa tendência parou, e a progressividade melhorou em alguns casos, mas os desenvolvimentos futuros dependem de decisões políticas. Os impostos sobre herança, sucessões e doações são uma parte irrelevante (ou diretamente inexistente) do sistema tributário da maioria dos países emergentes com alta desigualdade, o que abre a possibilidade de desenvolver importantes reformas tributárias” (Ibidem).

O contexto nacional, por sua vez, demonstra-se “(...) notoriamente marcado pela desigualdade, seja de oportunidades, seja de renda, seja de patrimônio. Esta desigualdade se vê expressa em todas as etapas da acumulação de riqueza” (FERNANDES et al, 2019, p.7), tendo como um contraponto necessário o “(...) modo como o Estado organiza o seu sistema tributário [que] irá impactar cada agente de modo particular, a depender de seu perfil econômico em cada tipo de tributação pertinente” (Ibidem). Isto é, o cumprimento constitucional da regra da capacidade contributiva⁷⁶.

⁷⁶ A regra da capacidade contributiva expressa-se, nos termos do art. 145, §1º, da CF (1988), enquanto um “parâmetro para realização da igualdade tributária que deve ser levada em consideração para fins de instituição

Dentro do panorama tributário brasileiro vis-à-vis a prática mundial, identifica-se que o Imposto de Renda Pessoa Física (IRPF) [“tributo este que possui o maior potencial progressivo, com aplicação da equidade horizontal e vertical” (FERNANDES et al, 2019, p.8.)] apresenta comparativamente um perfil brando com outras administrações tributárias e consequentemente restringindo sua capacidade distributiva e colocando-a abaixo da média de países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE). Nota-se também que, “para além dos rendimentos tributados sob a estrutura de alíquotas progressivas, o IRPF é ainda mais leniente com as rendas de capital, tributadas exclusivamente na fonte a alíquotas lineares ou simplesmente isentas, como o caso notório da distribuição de lucros e dividendos” (Ibid., p.7).

Os dados da Receita Federal (INESC, 2019) apontam que, nos últimos anos, “(...) os super-ricos (definidos aqui como aqueles que ganham mais de 320 salários mínimos por mês) pagam menos de 2% de alíquota efetiva do Imposto de Renda (IR), pois a maioria dos seus rendimentos estão no mercado financeiro” (INESC, 2019, p.37-38). Verificando que, por outro lado, dentre aqueles que compõe as melhores faixas do IRPF, considerando as categorias gênero e raça/etnia, homens brancos encontrar-se-iam dentro dos melhores cenários de renda mensal⁷⁷. Neste circuito, a tributação regressiva e desigualdade social, na soma dos fatores raça e gênero, posicionam as mulheres, sobretudo mulheres negras, a pagarem mais impostos proporcionalmente aos seus proventos e mais IR do que homens no Brasil (INESC, 2019).

A continuidade desta discussão, sob o exame da desigualdade de renda entre os membros da Federação, demonstra que mais de 80% da população brasileira não realizou a declaração de IRPF em 24 das 27 unidades federativas, o que permite concluir que a maioria das pessoas situadas nestas localidades detinha renda inferior a dois mil reais ao passo que em outras regiões do país, como Lago Sul (Distrito Federal), com renda aproximada de quatro mil reais.

dos impostos quanto estes, orientados a função fiscal, tiverem como finalidade apenas a justa distribuição da carga tributária entre os contribuintes” (BONFIM, 2015, p.195).

⁷⁷ Sobre as Implicações do Sistema Tributário Brasileiro nas Desigualdades de Renda ver: SALVADOR, Evilasio. **As Implicações do Sistema Tributário Brasileiro nas Desigualdades de Renda**, INESC e OXFAM - Brasília, 2014. Disponível em: https://www.inesc.org.br/wp-content/uploads/2019/04/Sistema_tributario_e_desigualdades_evilasio.pdf. Acesso em maio/2023.

Nota-se que “entre as 27 Unidades da Federação brasileiras, aquelas que estão no topo do ranking de renda média na população total são Distrito Federal, São Paulo e Rio de Janeiro seguido pelos três estados da região Sul (Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraná)” (NERI, 2023, p.4). Nas regiões Nordeste e Norte, por sinal, os estados do Maranhão e Pará encontram-se no outro extremo do ranking, com as piores colocações de renda média (lanterna e vice-lanterna nos dois rankings, respectivamente).

O arcabouço histórico de desigualdade estrutural no país, a qual envolve renda, saúde e educação, impacta na qualidade do Índice Humano de Desenvolvimento (IDH) que consiste a oferecer um contraponto necessário ao PIB per capita, uma vez sua abrangência não se limite apenas ao desenvolvimento econômico, mas à uma perspectiva que abarque o desenvolvimento humano em suas múltiplas e variadas interfaces aqui, neste estudo, observadas a partir do vetor saúde⁷⁸.

Nestes termos, uma questão insurge perante tal tessitura aduzida e o conteúdo deste estudo, a saber: “qual a relação da tributação regressiva e da desigualdade estrutural brasileira com a questão do subfinanciamento público do direito à saúde?”, ou melhor, “quais as implicações socioeconômicas o modelo nacional adotado de tributação regressiva pode influir no acesso e garantia do direito à saúde?”.

Introdutoriamente, é indispensável lembrar que “a saúde é um reflexo direto das condições socioeconômicas da população” (SOUZA, 2017, p.57). O desordenado crescimento das cidades, a ausência de infraestruturas básicas (como tratamento de água e esgoto), a insegurança alimentar e nutricional no rural e no urbano, a educação, a questão de raça e etnia, e dentre outros agudizam inúmeras facetas de desigualdade integrante dos Determinantes Sociais de Saúde (SOUZA, 2017).

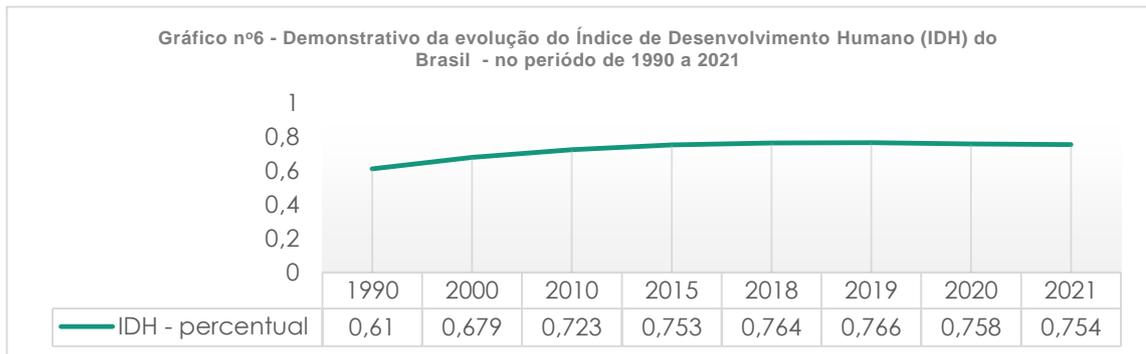
A desigualdade de renda, no caso, imprime-se enquanto um vetor prejudicial para a garantia de acesso à alimentação, à moradia, à mobilidade urbana, ao transporte público, à educação e, sobretudo, à saúde. Tal afirmação pode ser observada ao considerarmos “(...) os impactos da redução da pobreza, através do Programa Bolsa Família quando associado ao

⁷⁸ Para saber mais sobre Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) recomenda-se: ONU [Organização das Nações Unidas]. Artigo: **Desenvolvimento Humano e IDH**, disponível em: <https://www.undp.org/pt/brazil/idh#:~:text=O%20que%20%C3%A9%20IDH%3F,%3A%20renda%2C%20educac%C3%A7%C3%A3o%20e%20sa%C3%BAde>. Acesso em maio/2023.

Programa de Saúde da Família, [em que] a Mortalidade Infantil causada por diarreia recua em 46% e reduz em 58% nos casos de desnutrição” (RASELA et al., 2013 apud SOUZA, 2017, p.56)⁷⁹.

No Relatório de Desenvolvimento Humano – RDH (2022), período 2020 a 2021, elaborado pelo Programa das Nações Unidas do Desenvolvimento (Pnud), o Brasil aparece com Índice de 0,754, com a colocação de 87º lugar de IDH elevado na lista de 191 países analisados, sendo que em 2004, o país apresentou com Índice de 0,591, quase no final da lista de 127 países (vide gráfico nº6).

Ademais, acresce-se que dentre os país integrantes da região América Latina e Caribe que apresentou IDH comparativamente maior que o do Brasil verifica-se, por exemplo, Chile (42º), Argentina (47º), Uruguai (58º), Cuba (83º) e Peru (84º), com Índice – conforme a sequência – de 0,855, 0,842, 0,809, 0,764 e 0,762 e menor ao índice nacional, Equador (0,740). O país que apresentou, por fim, o maior IDH foi Suíça (0,962) e o menor, Sudão do Sul (0,385).



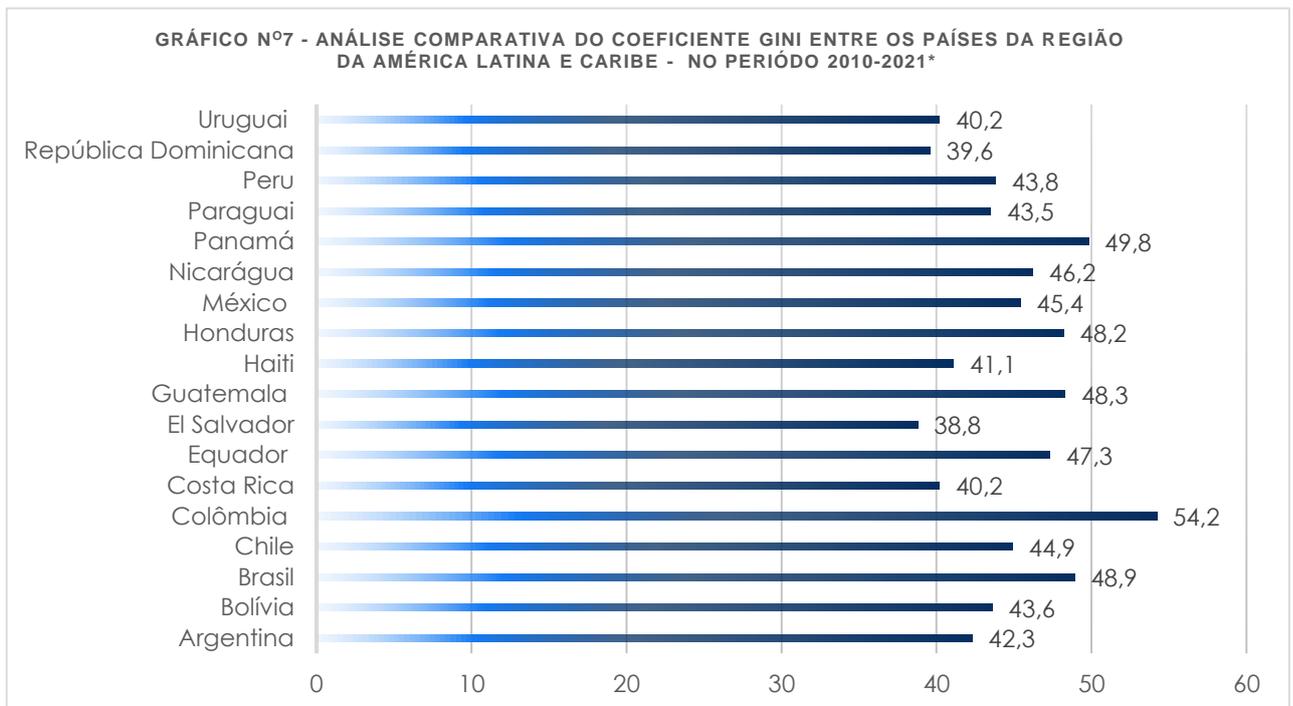
Fonte: PNUD, 2022, p.290. Elaboração própria.

O relatório aponta a ocorrência da expansão dos regimes de proteção social, adotado pelos países, diante da crise do coronavírus, “(...) a uma escala sem precedentes, atingindo grupos que foram excluídos do apoio no passado, como os trabalhadores do setor informal e os trabalhadores independentes” (PNUD, 2022, p.171). No Brasil, apesar do leve decréscimo percentual entre o período de 2020-2021, tal expansão resultou em impactos positivos e na influência do resultado índice, observando que o regime nacional adotado conciliou a ampliação de programas governamentais com a aplicação dos meios tecnológicos (internet, aplicativo de banco público e afins), durante o período, a fim de facilitar o acesso aos serviços e benefícios

⁷⁹ SILVA, Everlane Suane de Araújo da. & PAES, Neir Antunes. **Programa Bolsa Família e a redução da mortalidade infantil nos municípios do Semiárido brasileiro** / Ciência & Saúde Coletiva, 24(2):623-630, 2019 - disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/7DQsCT6mv7rrFhySLCd3cgt/?format=pdf&lang=pt>. Acesso maio/2023.

destes programas com a eventual redução de risco de contágio aos seus beneficiários (PNUD, 2022).

O IDH Ajustado à Desigualdade (IDHAD), por outro lado, trata-se de uma medida aplicado pelo estudo do PNUD a fim analisar os resultados médios de um país em matéria de longevidade, educação e rendimentos para mostrar de que forma é que esses resultados se distribuem entre os seus residentes (PNUD, 2022, p.269). O IDHAD do Brasil aparece de 0,576, o que resulta numa diferença de colocação ao IDH de 20 pontos à posição de 127º lugar, sendo uma posição abaixo de outros países da América Latina, como, por exemplo, Chile (0,722), Argentina (0,720), Uruguai (0,710) Peru (0,635) e Equador (0,604).



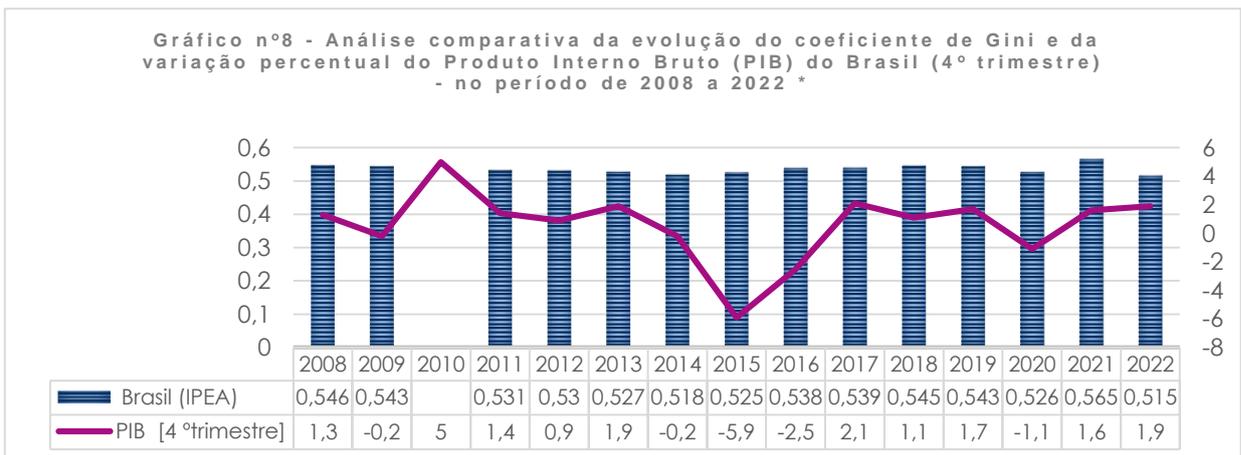
Fonte: PNUD, 2022, pp.293-297. Elaboração própria.

O coeficiente de Gini (vide gráficos nº7 e 8) possibilita acompanharmos a diferença de renda entre os mais ricos e os mais pobres assinalando, assim, a desigualdade da concentração de rendimentos num determinado país, estado, região ou município. Os valores deste coeficiente são calculados entre 0 e 1, em que o resultado sendo mais próximo a zero, menor será a desigualdade social e, por outro, sendo igual a 1, a desigualdade alcança seu máximo.

A análise comparativa entre o coeficiente de Gini dos países da América Latina e Caribe (vide gráfico nº7) aponta que o Brasil, com coeficiente de 48,9, apesar de sua colocação dentre os países com IDH elevado, como o terceiro país com maior desigualdade de

concentração de renda da região; perdendo apenas para Colômbia (54,2) e Panamá (49,8) e ganhando para Honduras (48,2) Nicarágua (46,2) e México (45,4). Os países que apresentaram menor coeficiente Gini, segundo Pnud (2022), foram El Salvador (38,8), Costa Rica (40,2) e Uruguai (40,2), embora o primeiro se apresente, na relação dos países com IDH médio, na colocação 125º lugar (IDH - 0,675).

O coeficiente Gini do Brasil, na análise do período de 2008 a 2022, demonstrou uma significativa retração percentual de 2021 para 2022, referente a desigualdade de concentração de rendimentos entre os brasileiros (IPEA-DATA, 2022), correspondendo a 0,565 para 0,515, respectivamente, (vide gráfico nº8). Além disso, registra-se que é comparativamente o menor percentual do índice da série, deslocando o índice de 2014 para 2ª posição, a qual apresentou resultado semelhante com o coeficiente de 0,518, conforme gráfico a seguir.



Fonte: IPEA-DATA, 2022 e IBGE – contas trimestrais, 2008-2022. Elaboração própria.

*Dados obtidos da pesquisa Carta da Conjuntura e relatórios divulgados pelo IPEA data – período 25/04 a 28/04/2023.

Tabela nº1 – Demonstração evolutiva da variação percentual do Produto Interno Bruto (PIB) por trimestre – período de 2008 a 2022				
Ano	1º tri	2º tri	3º tri	4º tri
2008	6,1	6,2	6,8	1,3
2009	-2,1	-1,5	-1,7	-0,2
2010	9	8,8	6,7	5
2011	4,2	3,1	2,1	1,4
2012	0,8	0,5	0,9	0,9
2013	1,9	3,3	2,2	1,9
2014	1,9	-0,9	-0,2	-0,2
2015	1,6	-2,6	-3,2	-5,9
2016	-5,4	-4,6	-2,9	-2,5
2017	-0,4	0,3	1,4	2,1
2018	1,2	1	1,3	1,1
2019	0,5	1	1,2	1,7
2020	-0,3	-11,4	-3,9	-1,1
2021	1	12,4	4	1,6
2022	1,7	3,2	3,6	1,9

Fonte: Indicadores IBGE : contas nacionais trimestrais, 2008 a 2022 – disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=72121>, acesso em 25/04 a 28/04/2023.

Lado outro, ao analisarmos a relação entre a variação de crescimento do PIB (4º trimestre) e a evolução da Gini, observa-se que o ano 2021 registrou o índice Gini de 0,565, o maior percentual do recorte estudado, sendo que o período anterior, o ano de 2020, foi marcado pelos efeitos da pandemia de COVID-19, o que impactou de forma negativa o PIB no primeiro trimestre do exercício subsequente com queda de -3,5%, porém a trajetória altera-se no segundo trimestre, finalizando o ano de 2021 com crescimento de 4,6%; isto é, crescimento de 1,6% comparado ao trimestre anterior (IBGE, 2021).

No entanto, os efeitos da crise econômica de 2021, conforme observado, não devem ser qualificados enquanto parâmetro para justificar o aumento da desigualdade de renda neste período. Já que, para fins comparativos, o ano de 2020, sob a égide da crise sanitária, a queda do PIB expressou-se de forma bem mais acentuada em todos os seus trimestres, apesar disso registrou o coeficiente Gini de 0,526. O resultado positivo pode ser decorrente da ampliação dos programas governamentais, conforme já discutido.

Tal constatação acerca do ano 2021, de forma paralela, é observada no ano 2015 e 2017, em que o PIB respectivamente apresentou déficit de -5,9% e superávit de 2,1%, o maior percentual de crescimento na análise comparativa entre os trimestre, considerando o percentual do PIB do 4º trimestre no ano 2016 que retraiu, apesar da melhora, -2,5%. O coeficiente observado no período de retração, em 2015, e de crescimento, em 2017, permite-nos sinalizar, portanto, que o status econômico do país não implicou, sobretudo, diante da retomada econômica, em melhora e/ou alteração na qualidade de desconcentração de renda, pois – ao contrário – apenas a intensificou.

O coeficiente Gini no ano de 2015 foi de 0,525 e o de 2017, 0,539, em que, apesar do superávit econômico a partir do 2º trimestre de 2017, o Brasil demonstrou continuado aumento do índice ao longo do período de 2015 até 2020, com o ápice em 2021, dos níveis de concentração desigual de rendimentos.

Nota-se, por fim, que “a pobreza nunca esteve tão alta no Brasil quanto em 2021, desde o começo da série histórica em 2012” (NERI, 2022, p.3), analisando que a proporção de aumento de pobres, do período de 2020 a 2021, correspondeu, em nível percentual, de 42,11%,

o que equivale a “(...) 7,2 milhões de novos pobres em relação a 2020 e 3,6 milhões de novos pobres em relação ao pré pandemia” (NERI & HECKSHER, 2022, p.3).

O relatório “A Montanha-Russa da Pobreza” (2022), elaborado pelos pesquisadores Marcelo Neri e Marcos Hecksher, demonstra que os três últimos anos do Brasil, compreendido entre 2019 a 2021, a taxa de pobreza registrou uma era de extremos, observando que tanto a pobreza, como já sinalizado, quanto a extrema pobreza obtiveram aumento. O parâmetro adotado pela pesquisa para identificar quais faixas de rendas enquadra-se cada grupo foi do próprio programa do Auxílio Brasil, cujas as linhas de elegibilidade eram de R\$ 210 e R\$ 105, respectivamente.

O referido programa tratou-se de uma política de transferência de renda, iniciado no momento da Pandemia do Covid-19, a fim de assegurar uma cobertura de renda mínima para custeio de despesas alimentares e dentre outras para famílias em situação de vulnerabilidade econômica. A extrema pobreza, por fim, contou com aumento de 40,5% e, sob uma perspectiva geográfica, a composição da pobreza por unidade federativa também comportou variadas disposições. O Estado de Maranhão, por exemplo, destacou-se com a maior proporção em todos os anos de aumento do número de pobres, de 57,90%, e o de Santa Catarina com a menor, de 10,16% (NERI & HECKSHER, 2022; NERI, 2022).

No aspecto da saúde destaca-se duas situações complementares à esta conjuntura, em síntese: a procura de serviço médico e os gastos privados em saúde. O primeiro refere-se a procura do público em relação ao serviço médico (seja ele: privado ou público) em que identifica-se, no ano de 2019, que 76,5% da população brasileira retornou ao mesmo lugar, médico e, bem como, serviço de saúde; observando que 69,8% delas procuravam o atendimento nos estabelecimentos públicos de saúde, sendo que as Unidades Básicas de Saúde (46,8%) foram as mais citadas (PNS-IBGE, 2020)⁸⁰.

Nota-se que, além disso, apenas 28,5% da população do país (59,7 milhões de pessoas) detinham acesso a algum tipo de saúde suplementar, como planos médico-hospitalares e odontológicos, e na população com renda mensal de ¼ do salário mínimo, somente 2,2%

⁸⁰ AGÊNCIA IBGE. Artigo: PNS 2019: sete em cada dez pessoas que procuram o mesmo serviço de saúde vão à rede pública, Editoria: Estatísticas Sociais 04/09/2020 10h00 | Atualizado em 04/09/2020 10h00- Disponível em <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/28793-pns-2019-sete-em-cada-dez-pessoas-que-procuram-o-mesmo-servico-de-saude-va-o-a-rede-publica>. Acesso em maio/2023.

possuíam plano de saúde médico, já na faixa de mais de cinco salários mínimos, representou 86,8% (PNS 2020). A despesa média mensal das famílias com assistência à saúde, no caso, incluindo medicamentos e plano de saúde, correspondeu 6,5% da despesa total das famílias (IBGE, 2021, p.122).

Os gastos com saúde, relacionado ao custeio de medicamentos, apresentou discrepâncias ao considerar os impactos percentuais na renda da família, em que o gasto total com saúde, para as famílias de baixa renda (com rendimentos até R\$1.980), correspondeu a 70,4%; já as de alta renda (com rendimentos acima de R\$23.850), o peso foi de 25,5% (IBGE, 2021). Ressalta-se também que o consumo de bens e serviços de saúde, entre o período de 2010 a 2017, passou por relativo aumento de 8,0% para 9,2% do PIB, sendo que “o consumo privado (famílias e instituições sem fins de lucro a serviço da família) representou 5,4% do PIB, enquanto o consumo público (governo) foi de 3,9% do PIB em 2017” (IBGE, 2021, p.122).

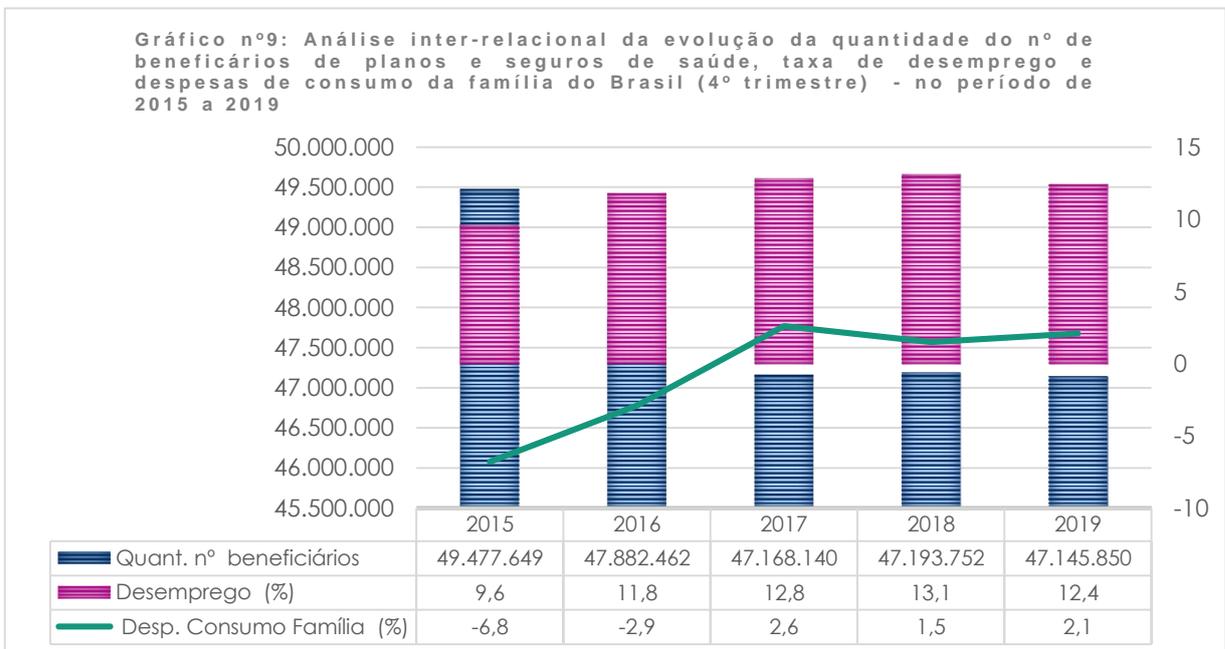
O panorama de financiamento da saúde no Brasil, durante o período de 2015 a 2019, demonstra-se não sendo totalmente público, voltado para o SUS, ainda que o direito à saúde é assegurado enquanto preceito fundamental e o SUS sendo, por vezes, a única alternativa de acesso a serviços de saúde para mais de 70% da população; os gastos com saúde pública permanecem aquém da média dos regimes públicos dos países-membros, por exemplo, da OCDE e do gasto per capita de alguns da América Latina e Caribe (BRASIL / IPEA, 2022).

A média do regime públicos dos países da OCDE, por exemplo, representou 6,1% do PIB e 2,1% da média dos regimes privados. No Brasil observa-se situação diametralmente oposta em que os regimes privados corresponderam a 5,7% do PIB e os regimes públicos, a média de 3,9%. No que se concerne aos gastos per capita do Brasil, em 2017, verifica-se está acima da média (1.026 \$PPC) da região da América Latina e Caribe, contudo abaixo dos países vizinhos Chile (2.182 \$PPC), Uruguai (2.102 \$PPC) e Argentina (1.907 \$PPC).

O período de 2015 a 2019, por outro lado, experimentou o aumento de financiamento tanto no âmbito privado quanto público da saúde, porém constata-se que “o crescimento dos regimes privados (planos de saúde e pagamento direto do bolso das famílias) foi maior do que o dos regimes governamentais (representados principalmente pelo SUS)” (BRASIL / IPEA, 2022, p.13). Tal cenário denota-se, no mínimo, preocupante, já que a universalidade e os demais princípios que regem o Sistema Único de Saúde asseguram, para

brasileiros e estrangeiros, a cobertura de acesso a esse direito em todo território nacional, ao passo que os planos de saúde privado somente alcançam menos de 27% da população.

Apesar disso, em 2019, observou que, “(...) em média, uma pessoa coberta por plano de saúde, realizando desembolso direto e com cobertura para o SUS, usufruiu de cinco vezes mais recursos do que a média daqueles cobertos apenas pelo SUS (sem planos de saúde nem desembolso direto)” (Ibid., p.14). O ano de 2015 a 2017, por outra via, apresentou uma redução do número de contraentes de planos e seguros de saúde; contudo, sem destoar do panorama descrito, “(...) foram o regime de financiamento em que mais cresceram os gastos com saúde no país (9,2% nominais ao ano, comparado a 7,5% para a totalidade dos regimes de financiamento)” (Ibid., p.16).



Fonte: Brasil, 2022, p.66 e IBGE – contas trimestrais, 2008-2022. Elaboração própria.

O gráfico nº9, a seguir, acompanha a evolução e a inter-relação, no período de 2015 a 2019, entre três vetores socioeconômicos, sendo eles: a quantidade do número de beneficiários de planos e seguros de saúde privada (BRASIL, 2022), a taxa de desemprego e as despesas de consumo da família (sendo que, com relação a estes dois últimos, o resultados correspondem ao 4º trimestre), com o propósito de examinar a incidência destes vetores sobre a manutenção e o custeio destes serviços (de saúde suplementar) pelas famílias.

A despesa do consumo das famílias (DCF), no ano de 2015 para 2016, apresentou forte retração econômica que, comparado ao resultado do 4º trimestre de 2014, havia crescido 1,3% e obteve queda, em 2016, para -6,8%. Observa-se também que a taxa desemprego (TD), em 2016, aumentou de 9,6% para 11,8%, ao passo que a quantidade do nº de beneficiários do

planos e seguros de saúde privada (QBSP) retraiu-se de 49,477 milhões, em 2015, para 47,882 milhões de beneficiários, em 2016; o que equivale, em níveis percentuais, a 3,22% de retração de um período a outro.

Ocorre que o ano de 2016 apresenta-se com uma deflagrada crise institucional, bem como o agravamento da crise socioeconômica e política, cuja combinação entre “crises” resultaria, ao seu ápice, com o impeachment da presidente em exercício, sendo a retomada econômica observada tão somente a partir do 2º trimestre do ano de 2017 (IBGE, 2008-2022).

Além disso, é importante frisar que a política de austeridade fiscal, já adotada por regulamentos e diretrizes aplicadas desde 2014 no corte de despesas públicas, adquiriu seu maior expoente, com a instalação do governo interino e posterior empossamento definitivo de Michael Temer, com a substituição do orçamento impositivo (EC 86/2015) pela lei do teto de gastos (EC 95/2016).

A análise do ano 2016 para 2017 demonstra que o aumento da TD permaneceu no ano de 2017 e prosseguindo, apesar de leve retração, até 2019. O desemprego elevou-se de 11,8, em 2016, para 12,8%, em 2017, ao passo que a DCF experimentou – após sucessivas retrações – aumento de 2,6%. Esse resultado advém da desaceleração da inflação, a reduzida taxa básica de juros e o aumento, em termos reais, da massa salarial. Por outro lado, identifica-se que o QBSP, comparado ao período anterior, sofreu nova redução de 1,49%, isto é, aproximadamente 714 mil pessoas desistiram de permanecer com plano ou seguro de saúde durante este período.

No período de 2017 a 2018, a taxa de desemprego correspondeu a 13,1%, a mais alta do período de 2015 a 2019. A DPF, por outro lado, manteve-se em crescimento para 2,6% comparado ao trimestre anterior. Tal resultado sucedeu-se por influência de alguns indicadores macroeconômicos observados ao longo do trimestre, como, por exemplo, a menor taxa de juros, acesso ao crédito e um aumento da massa salarial real a maior em comparação com o do terceiro trimestre do ano 2017, cuja DPF apresentou crescimento de 2,2% comparado ao trimestre anterior (IBGE, 2008-2022).

A QBSP, no período de estudo, obteve quantitativa melhora, com crescimento percentual de 0,05%, correspondendo ao aumento de 25.612 beneficiários no ano 2018. Nota-se que, apesar da alta do desemprego, a melhora do índice de DCF coincidiu com o aumento do número de beneficiários. O que permite concluir que a aplicação dos indicadores

macroeconômicos possibilitarem refrear os efeitos da alta TD e com a ampliação de massa salarial contribuiu com o da QBSP em 2018.

Ademais, importa frisar que, neste período, a média das despesas monetárias e não monetárias (sendo estas últimas os gastos de bens e serviços adquiridos por meio de doação, permuta e/ou pelo acesso gratuito e disponível pelo SUS) de assistência à saúde correspondeu a 9,7% da DCF, sendo o quarto maior percentual das despesas, atrás de habitação (34,0%), transporte (17,1%) e alimentação (16,0%). O mesmo resultado se repetiu no período de 2008-2009, em que despesa de consumo à saúde correspondeu a 7,2% (IBGE, 2021, p.123).

O ano de 2019, por fim, aponta uma leve redução da taxa de desemprego de 13,1, em 2018, para 12,4. A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio Contínua – PNAD Contínua (2019) observou-se que a população que trabalha em veículos, como os motoristas de aplicativo, taxistas e motoristas e trocadores de ônibus, aumentou 29,2% em 2018 e chegou a 3,6 milhões, com 810 mil pessoas a mais em relação a 2017. O ano de 2019, o aumento registrado foi 134,60%; sendo a maior alta em termos percentuais e absolutos desde 2012^{81,82,83}.

Neste mesmo sentido, o aumento percentual no índice DCF para 2,1% comparado ao trimestre anterior. Apesar disso, observa-se que a QBSP permaneceu em queda de 47,193 milhões, em 2018, foi para 47,145 milhões; o que correspondeu a uma retração de beneficiários de 0,10%. Tal resultado demonstra que “os patamares de beneficiários observados em 2015 não

⁸¹ Artigo **Número de pessoas que trabalham em veículos cresce 29,2%, maior alta da série**, Editoria: Estatísticas Sociais | Cristiane Crelier | Arte: Brisa Gil 18/12/2019 10h00 | Última Atualização: 20/12/2019 14h59. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/26424-numero-de-pessoas-que-trabalham-em-veiculos-cresce-29-maior-alta-da-serie>. Acesso em 27 de maio/2021

⁸² CARDIM, Maria Eduarda [Correio Braziliense]. Artigo: **Número de motoristas por aplicativo cresceu 136% de 2012 a 2019**, publicado em 23/02/2020 às 06:00, no site Correio Braziliense - disponível em: https://www.correio braziliense.com.br/app/noticia/economia/2020/02/23/internas_economia,829826/numero-de-motoristas-por-aplicativo-cresceu-136-de-2012-a-2019.shtml. Acesso em maio/2023.

⁸³ A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio Contínua (PNAD Contínua) aponta que a taxa desemprego (desocupação) alcançou o recorde de 14,2% no primeiro trimestre de 2021. A taxa tinha sido 13,9 no quarto trimestre de 2020. A taxa de informalidade foi de 39,7% da população ocupada, ou 34,1 milhões de trabalhadores informais. No trimestre anterior, a taxa havia sido 38,8% e no mesmo trimestre de 2020, 40,7%. Por fim, O número de trabalhadores por conta própria subiu para 23,5 milhões, alta de 4,7% frente ao trimestre anterior (mais 1,0 milhão de pessoas) e queda de 4,4% ante o mesmo período de 2020 (menos 1,1 milhão de pessoas). Mesmo após a propositura de reformas trabalhista (Lei nº 13.467/2017) e previdência verificamos a expansão do trabalho informal e do subemprego, invés do emprego com carteira assinada no setor privado [em que subiu 3,6% (9,8 milhões de pessoas) em relação ao trimestre anterior (mais 339 mil pessoas) e caiu 16,0% (menos 1,9 milhão de pessoas) frente a igual trimestre de 2020]. “É a consolidação no Brasil da ‘uberização’, que promete autonomia em troca da negação de direitos trabalhistas e da superexploração do trabalho” (INESC – Instituto de Estudos Socioeconômicos, Abril/2020, p.34).

foram recuperados, indicando um possível impacto duradouro da crise financeira nacional sobre o emprego (redução nos planos empresariais) e a renda das famílias (redução de beneficiários de planos individuais)” (BRASIL, 2022, p.65).

Com o irromper da Pandemia do coronavírus (COVID-19), nos idos de 2020, a saúde pública foi impulsionada, por força da necessidade de enfrentamento da crise sanitária, com a ampliação de leitos hospitalares e maior procura e demanda de atendimento quando comparado com o regime dos planos e seguros de saúde privados (IBGE,2022). A quantidade de leitos de internação reduziram com 461.366 mil, em 2010, para 443.097mil, em 2020, sendo esse resultado devido a redução de leitos disponíveis pelo SUS até 2019. Em síntese, observa-se que “o total de leitos disponíveis ao SUS em relação ao total de leitos foi 70,0%, em 2020, inferior aos 72,9% do início do período [2010]” (IBGE, 2021, p.131).

Á guisa de conclusão, é necessário pontuar que o impacto da pandemia no mercado de trabalho exprime-se com “(...) uma heterogeneidade significativa (...) no que diz respeito tanto às características individuais dos trabalhadores quanto às suas posições ocupacionais, contratos de trabalho e seus vínculos (...)” (BARBOSA, et. al., 2020, p.55). De modo que observa-se, ainda no início da crise, que a proporção dos indivíduos que perderam a ocupação de trabalho, por razão de gênero, idade e cor, apresentam, além das variadas distinções, o aprofundamento de “(...) algumas das desigualdades observadas no mercado de trabalho, pois aqueles que estavam em situação desvantajosa apresentam piores indicadores” (Ibid., p.58).

As mulheres e jovens representaram, no período de março de 2020, com a maior chance de desemprego, cerca de 20%. O percentual de negros e pardos de perderem o emprego encontra-se acima de média e alcança 18%. A escolaridade também foi um parâmetro aplicado para fins de desocupação e/ou inatividade destes trabalhadores, em que “(...) possuir ensino médio incompleto ou menos significa uma chance de 15% de transitar para o desemprego ou para fora da força de trabalho” (Ibid., p.58).

Por fim, a considerar o número de óbitos registrados no Estado da Bahia, verifica-se que dos óbitos confirmados, por critério raça/cor, 54,72% correspondem à parda; seguidos por branca, com 18,39%; preta, com 14,85%; amarela, com 0,69%; indígena, com 0,13% (LIMA, et. al., 2021, p.226). As localidades do município de Salvador/BA que representaram maior potencial (70% ou mais) de ocorrência de vulnerabilidade frente ao coronavírus foram

os bairros de Cassange, São Cristóvão, Valéria, Fazenda Coutos e Coutos, São Tomé de Paripe, Periperi, Nova Constituinte, São Marcos e São Rafael (SEI, 2021, p.53).

No cenário nacional, observou-se que a crise econômica resultante e agravada pela pandemia do coronavírus impactou em diversas cadeia de produção e organização do trabalho, sendo que “os trabalhadores em situação de maior precariedade no mercado de trabalho, os impossibilitados de realizar seu trabalho a distância e aqueles do setor informal da economia [demonstraram o] (...) maior risco de perder a ocupação” (BARBOSA, et. al., 2020, p.61). Os postos de trabalho, neste sentido, mas atingidos pela crise econômica foram os trabalhadores com jornada parcial, informais e com menores rendimentos salariais.

Diante deste arcabouço a tributação regressiva somada com uma política monetária, que elegeu a inflação com meio e fim pensado para estimular a retomada econômica, ao mesmo tempo que seus efeitos corroem a massa salarial, sobretudo dos economicamente mais vulneráveis, e eleva o custeio de inúmeros indicadores sociais (como: alimentação, transporte, saúde e dentre outros); resulta no aprofundamento desigual e estrutural na sociedade brasileira, no tocante a efetividade do direito à saúde.

Os instrumentos macroeconômicos, como: inflação, tributação, taxa de juros, política cambial e dentre outros, neste sentido, podem consignar a esperada retomada econômica, tal como no período dourado da economia brasileira, compreendido entre 2003 a 2013, segundo o entendimento do FMI. O período contou, em síntese, com a ampliação dos mercados de commodities, a expansão do crédito e de renda das famílias, a ebulição do mercado interno industrial e de ocupações, a baixa taxa de juros e programas de financiamento e dentre outros aspectos.

No entanto, compreendendo que a resposta da indagação proposta neste tópico requer considerar que, para além da desigualdade estrutural, o critério da regressividade adotada no país versa-se enquanto princípio para alcançar as frações mais ricas da população através do consumo específico de bens e serviços. Ocorre que, conforme discutido, as frações que sofrem diretamente com a política tributária adotada, contudo, são as faixas com menor poder aquisitivo. E, neste sentido, frustrá-las em detrimento de manter uma arquitetura de estado que pesa mais (monetariamente) sobre os pobres, ao passo que assegura uma progressividade inócua e aquém da regra constitucional, não corrobora com eventual mudança deste cenário discutido.

4.2. Contexto Geral: análise do Orçamento da Seguridade Social do Governo Federal (2008-2021)

O presente tópico se propõe analisar, dentro do período de 2008 a 2021, o panorama de financiamento público da seguridade social e, especificamente, destinado a área da saúde, pelo órgão federal. Proporcionando, desta forma, uma perspectiva mais ampla acerca do volume orçamentário empenhado ao longo do período a fim acompanhar a evolução dos gastos públicos em encargos sociais na área da saúde pública e, bem como, observar os efeitos da política de austeridade econômica adotada desde o ano de 2014 e com seu maior exponencial em 2016, com a aprovação da lei do “teto de gastos” (Emenda Constitucional nº 95/2016).

Para realização de tal tarefa e melhor dinâmica na apresentação do resultado, esse tópico contará com análise (i) de forma geral do orçamento (receitas e despesas) e (2) de modo relacional estrita ao orçamento da seguridade social e da saúde. O primeiro consistirá em analisar a relação entre receitas versus despesas e, sob a ótica da despesa, o volume orçamentário consignado para orçamento fiscal (OF) e para o orçamento da seguridade social (OSS). O segundo examinará o volume orçamentário destinado da OSS para a saúde, analisando aqui a evolução percentual de gastos federais no financiamento deste encargo social.

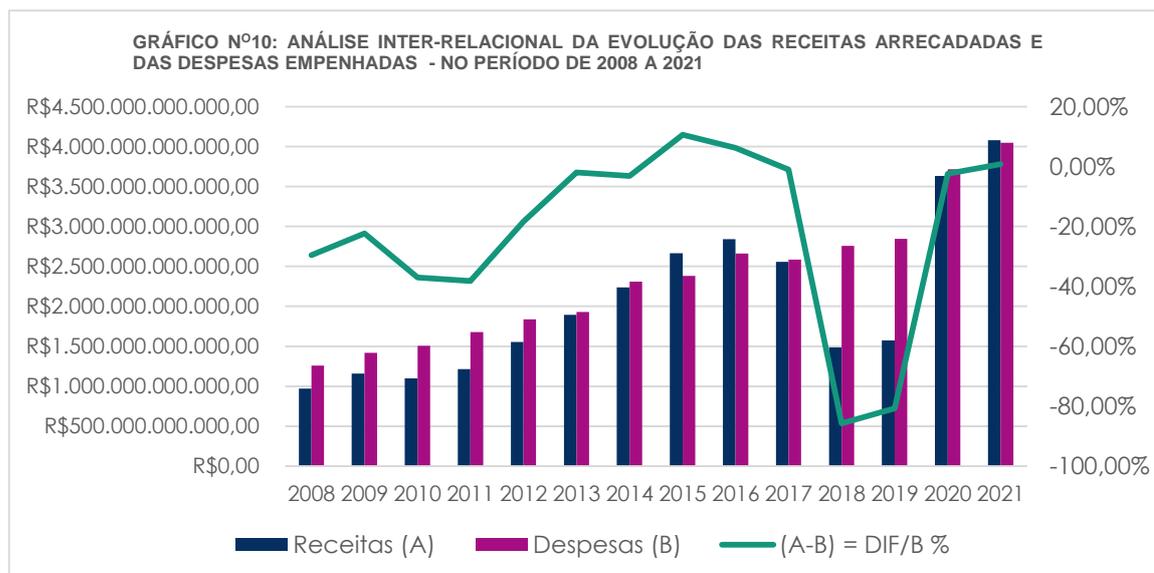
Ao analisarmos preliminarmente a relação entre as receitas arrecadadas e as despesas empenhadas, durante o período de 2008 a 2021 (vide Tabela nº2 e gráfico nº10), pela União identifica-se que o montante de despesas empregadas tendem a ser comparativamente maiores, salvo algumas exceções, que o volume de receitas obtidas ao longo do exercício de cada uma das atividades financeiras analisadas.

Tabela nº2 – Demonstrativo do volume e percentual de receitas arrecadadas e de despesas empenhadas pela União – período de 2008 a 2021*

Ano	I. Receitas (A)	II. Despesas (B)	III. (A-B) = DIF / A%
2008	R\$ 972.037.437.592,91	R\$ 1.258.852.867.900,00	-29,51%
2009	R\$ 1.157.672.136.425,64	R\$ 1.416.371.413.382,00	-22,35%
2010	R\$ 1.098.509.966.169,33	R\$ 1.504.951.165.639,00	-37,00%
2011	R\$ 1.213.655.484.976,02	R\$ 1.676.831.326.892,00	-38,16%
2012	R\$ 1.554.623.038.982,36	R\$ 1.839.795.668.617,00	-18,34%
2013	R\$ 1.893.613.719.099,78	R\$ 1.930.402.898.556,00	-1,94%
2014	R\$ 2.238.551.079.327,88	R\$ 2.308.335.491.140,00	-3,12%
2015	R\$ 2.665.685.375.159,13	R\$ 2.382.042.570.390,00	10,64%
2016	R\$ 2.839.711.583.462,82	R\$ 2.661.473.991.965,00	6,28%
2017	R\$ 2.558.047.412.866,96	R\$ 2.583.727.159.185,00	-1,00%
2018	R\$ 1.484.238.000.000,00	R\$ 2.757.365.927.774,00	-85,78%
2019	R\$ 1.575.000.000.000,00	R\$ 2.846.791.430.269,00	-80,75%
2020	R\$ 3.631.448.629.524,17	R\$ 3.718.144.686.987,00	-2,39%
2021	R\$ 4.080.231.787.849,41	R\$ 4.047.014.378.507,00	0,81%

Fontes: TCU, Tesouro Nacional, CGU e SIOP, 2008-2021. Elaboração própria.

*A análise orçamentária do ano 2022 não foi constada no levantamento por intercorrências e divergências entre os dados deste exercício, aos quais encontram-se sob nova atualização pelo site do SIOP.



Fontes: TCU, Tesouro Nacional, CGU e SIOP, 2008-2021. Elaboração própria.

O resultado negativo demonstrado na tabela nº 2 (coluna III) refere-se ao percentual acerca do volume quantitativo de despesas que superam o montante correspondente de receitas disponíveis pelo governo federal naquele exercício. Desde o ano de 2008, desse modo, observa-se o aumento percentual de despesas gerais do ente federal frente ao volume de receitas arrecadadas. Sendo que no exercício de 2013 aponta uma significativa redução da diferença percentual entre os montante de -1,94% seguido por 2017 com -1,0%, a menor na série de 2008 até 2020, somente superado em 2021, com uma diferença de 0,81%, em que as receitas superam o volume dos gastos empregados.

Lado outro, identifica-se que a diferença percentual em 2015 e 2016, esse último o ano em que aprovou-se a lei do “teto de gastos”, o volume de receitas superam o de despesas, em uma diferença percentual de 10,64% e 6,28%, sendo posteriormente retraída em 2017, conforme já sinalizado, e aprofundada nos anos de 2018 e 2019, em que as despesas avolumaram-se, em nível percentual, de -85,78% e – com leve melhora – de 80,75%, respectivamente.

Por fim, o ano de 2020 e 2021 demonstram um significativa melhora na diferença percentual entre receitas e despesas, ainda que o empenho negativo de 2020, com uma diferença percentual de -2,39; observa-se que o ano 2021, o montante de receitas arrecadadas (0,81%) superam – ainda que minimamente – os gastos federais empenhados naquele exercício.

Noutro giro, analisando a diferença comparativa entre os valores bienais de receitas obtidas e despesas empregadas entre cada período (2008 a 2021), com o propósito de

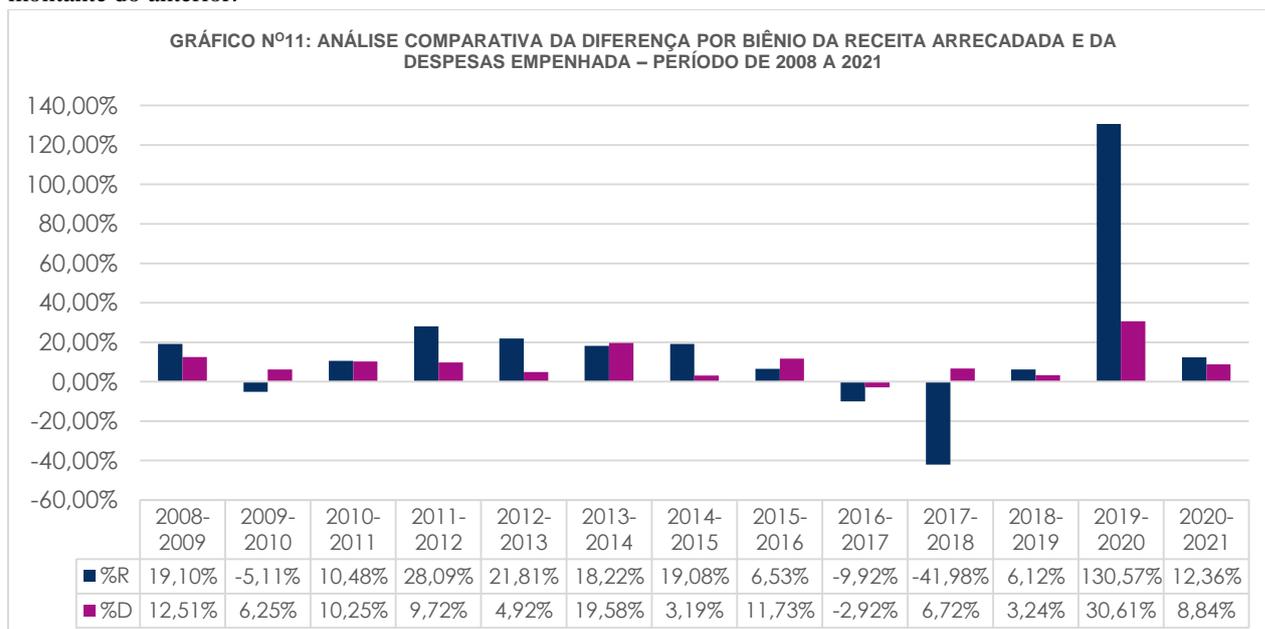
acompanhar a evolução percentual das contas públicas a partir dos respectivos montantes de cada um dos exercícios anteriores *vis-à-vis* dos subsequentes (vide tabela nº3 e gráfico nº11), constatou-se que o aumento de receitas arrecadadas e despesas empenhas aumentaram, com algumas exceções, na maioria do biênios.

Tabela nº3: Análise comparativa da diferença por biênio da receita arrecadada e da despesas empenhada – período de 2008 a 2021*

Ano	Receita (R1-R2)	(R1-R2) = DIF/R1%	Despesas (D1-D2)	(D1-D2) = DIF/D1%
2008-2009	-R\$ 185.634.698.832,73	19,10%	-R\$ 157.518.545.482,00	12,51%
2009-2010	R\$ 59.162.170.256,31	-5,11%	-R\$ 88.579.752.257,00	6,25%
2010-2011	-R\$ 115.145.518.806,69	10,48%	-R\$ 171.880.161.253,00	10,25%
2011-2012	-R\$ 340.967.554.006,34	28,09%	-R\$ 162.964.341.725,00	9,72%
2012-2013	-R\$ 338.990.680.117,42	21,81%	-R\$ 90.607.229.939,00	4,92%
2013-2014	-R\$ 344.937.360.228,10	18,22%	-R\$ 377.932.592.584,00	19,58%
2014-2015	-R\$ 427.134.295.831,25	19,08%	-R\$ 73.707.079.250,00	3,19%
2015-2016	-R\$ 174.026.208.303,69	6,53%	-R\$ 279.431.421.575,00	11,73%
2016-2017	R\$ 281.664.170.595,86	-9,92%	R\$ 77.746.832.780,00	-2,92%
2017-2018	R\$1.073.809.412.866,96	-41,98%	-R\$ 173.638.768.589,00	6,72%
2018-2019	-R\$ 90.762.000.000,00	6,12%	-R\$ 89.425.502.495,00	3,24%
2019-2020	-R\$ 2.056.448.629.524,17	130,57%	-R\$ 871.353.256.718,00	30,61%
2020-2021	-R\$ 448.783.158.325,24	12,36%	-R\$ 328.869.691.520,00	8,84%

Fontes: TCU, Tesouro Nacional, CGU e SIOP, 2008-2021. Elaboração própria.

*Os valores negativos e/ou positivos correspondem a diferença do ano anterior subtraído pelo subsequente, sendo negativo indica aumento de receita ou despesas do ano subsequente; já positivo, indica retração do período com o montante do anterior.



Fontes: TCU, Tesouro Nacional, CGU e SIOP, 2008-2021. Elaboração própria.

Ao analisarmos o intervalo bienal entre o ano de 2008-2009 e 2020-2021 (vide gráfico nº11), períodos marcados pela ocorrência de duas crises mundiais (*Subprime* e Pandemia do coronavírus, respectivamente), no tocante ao aumento de despesas e receitas, observamos que o biênio de 2008-2009 apresenta maior percentual de receitas (19,10%) e de despesas (12,51%) quando comparado com o segundo intervalo que, respectivamente, demonstrou aumento de 12,36% e 8,84%.

Nota-se que, no quadro geral, as despesas empenhadas demonstram maior estabilidade no nível percentual de crescimento, salvo o biênio de 2016-2017 que contraiu o gasto empregado em 2016 para 2017 de aproximadamente R\$77,746 bilhões, equivalente a 2,92%. As receitas arrecadadas, a seu turno, demonstram menor estabilidade em nível percentual, seja para aumento (como o período de 2019-2020, com crescimento de 130,57%), seja para retração (como os períodos de 2009-2010, 2016-2017 e 2017-2018 com retrações de -5,11%, -9,92% e -41,98% respectivamente).

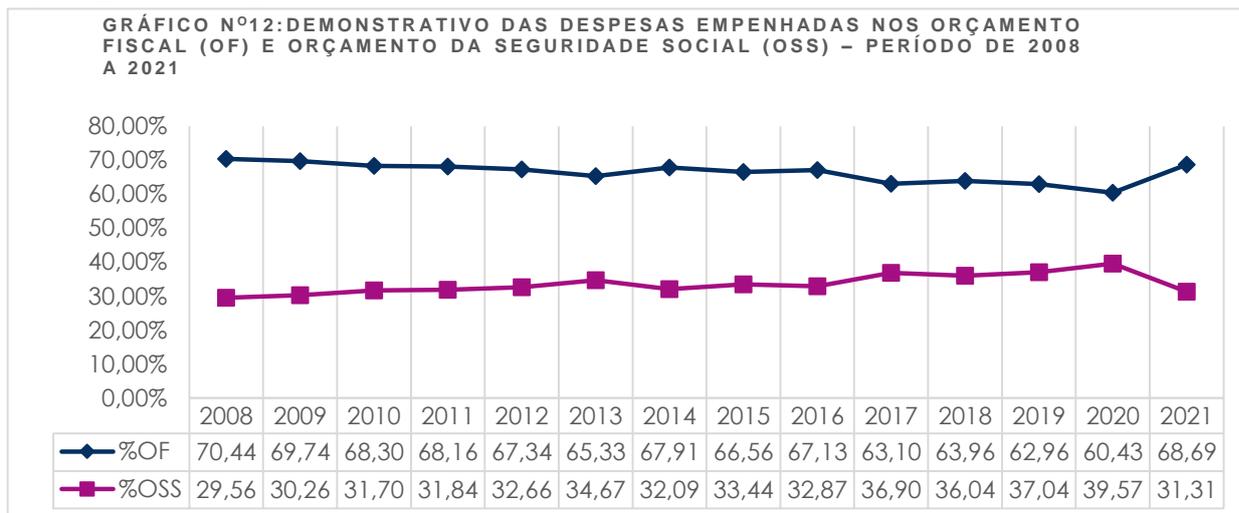
A partir da ótica da análise dos gastos empregados para os Orçamento Fiscal (OF) e Orçamento de Seguridade Social (OSS), executados pela União, a fim de analisar a evolução dos níveis de investimento destinados as supramencionadas esferas; verificou-se que, conforme esperado, as despesas aplicadas no OF representam maior percentual empenhado quando comparado as da OSS (vide tabela nº4).

Tabela nº4: Demonstrativo das despesas empenhadas nos Orçamento Fiscal (OF) e Orçamento da Seguridade Social (OSS) – período de 2008 a 2021

Ano	OF	%Despesas OF empenhadas	OSS	%Despesas OSS empenhadas
2008	R\$ 886.750.325.021,00	70,44%	R\$ 372.102.542.879,00	29,56%
2009	R\$ 987.828.357.206,00	69,74%	R\$ 428.543.056.177,00	30,26%
2010	R\$ 1.027.843.428.766,00	68,30%	R\$ 477.107.736.872,00	31,70%
2011	R\$ 1.142.907.054.012,00	68,16%	R\$ 533.924.272.880,00	31,84%
2012	R\$ 1.238.844.997.911,00	67,34%	R\$ 600.950.670.706,00	32,66%
2013	R\$ 1.261.195.901.899,00	65,33%	R\$ 669.206.996.656,00	34,67%
2014	R\$ 1.567.635.541.745,00	67,91%	R\$ 740.699.949.395,00	32,09%
2015	R\$ 1.585.462.578.560,00	66,56%	R\$ 796.579.991.831,00	33,44%
2016	R\$ 1.786.770.865.132,00	67,13%	R\$ 874.703.126.833,00	32,87%
2017	R\$ 1.630.422.607.061,00	63,10%	R\$ 953.304.552.124,00	36,90%
2018	R\$ 1.763.627.414.600,00	63,96%	R\$ 993.738.513.174,00	36,04%
2019	R\$ 1.792.428.115.262,00	62,96%	R\$ 1.054.363.315.007,00	37,04%
2020	R\$ 2.246.807.677.114,00	60,43%	R\$ 1.471.337.009.873,00	39,57%
2021	R\$ 2.779.890.068.735,00	68,69%	R\$ 1.267.124.309.773,00	31,31%

Fonte: SIOP, 2008-2021. Elaboração própria.

Tal resultado é, por outro lado, autoexplicativo, considerando que a destinação dada a cada orçamento, nos termos do §5º art.165 da CRFB; em que definiu ao orçamento fiscal a disposição das despesas referentes aos Poderes da União, e além disso fundos, órgãos e entidades da administração federal (direta e indireta). Já a seguridade social, abrange os encargos sociais. A proposta aqui versa, portanto, observar a curva de evolução destes orçamentos ao longo do período de 2008 até 2021 e sua travessia durante o período entre crises (vide gráfico nº12).



Fonte: SIOP, 2008-2021. Elaboração própria.

A partir da desenvoltura percentual das despesas empregadas (vide gráfico nº12) observa-se que, num panorama geral, o crescimento do OF – mesmo diante de crises mundiais – manteve-se relativamente estável e – ao passar dos anos – com uma leve queda entre 2008 a 2012 e 2017 a 2020, retomando o crescimento em 2021, equivalente a 68,69% das despesas empenhadas neste exercício (aproximadamente R\$2,779 trilhões).

A situação da OSS demonstra-se comparativamente, por vez, menos estável ao desempenho do OF. Nota-se que a curva de desenvoltura percentual de ambos os orçamentos comportam-se, de forma geral, diametralmente oposta, em que o aumento de um, por vezes, corresponde com a retração do outro. O que pode ser evidenciado nos anos de 2013, 2017 e 2020 e nos anos de 2014, 2016 e 2021, em que o primeiro bloco aponta o aumento da OSS e retração da OF e o segundo o aumento da OF e a retração do OSS.

O resultado apontado, por fim, pode ser decorrente dos efeitos das crises econômicas estudadas e pelas condições macroeconômicas de cada período que permitiram, na ocasião, uma melhor alocação de recursos públicos para o financiamento dos encargos sociais. Demonstrando que a contenção de despesas públicas, apesar de formalmente ter sido articulada

em 2014, decorre de condições macroeconômicas desfavoráveis para participação social do Estado, ignorando os efeitos sociais desta decisão; e que com a insurgência das crises se justifica a retração de qualquer aumento percentual destes gastos, excepcionalmente no ano de 2020.

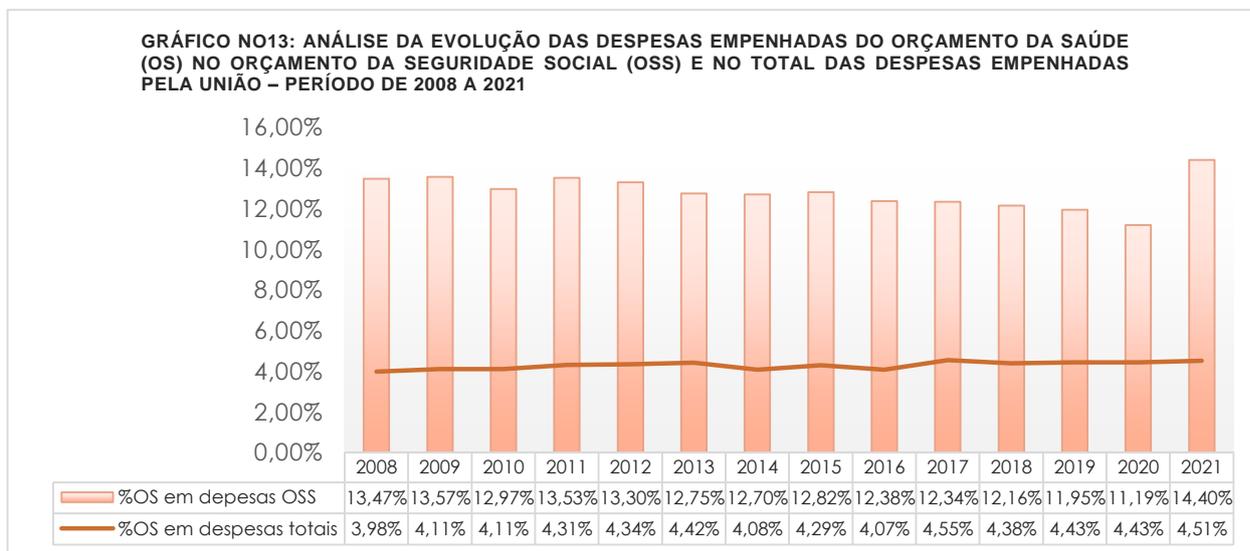
Tabela nº5: Demonstrativo das despesas empenhadas do Orçamento da Saúde (OS) no Orçamento da Seguridade Social (OSS) e no total das despesas empenhadas pela União – período de 2008 a 2021

Ano	OS	%das despesas do OS em OSS	%das despesas do OS em despesas empenhadas
2008	R\$ 50.138.518.345,00	13,47%	3,98%
2009	R\$ 58.148.973.463,00	13,57%	4,11%
2010	R\$ 61.873.700.098,00	12,97%	4,11%
2011	R\$ 72.241.422.575,00	13,53%	4,31%
2012	R\$ 79.917.058.749,00	13,30%	4,34%
2013	R\$ 85.304.343.215,00	12,75%	4,42%
2014	R\$ 94.065.346.001,00	12,70%	4,08%
2015	R\$ 102.093.782.977,00	12,82%	4,29%
2016	R\$ 108.268.384.482,00	12,38%	4,07%
2017	R\$ 117.602.483.172,00	12,34%	4,55%
2018	R\$ 120.871.652.323,00	12,16%	4,38%
2019	R\$ 125.990.834.983,00	11,95%	4,43%
2020	R\$ 164.687.976.200,00	11,19%	4,43%
2021	R\$ 182.412.405.448,00	14,40%	4,51%

Fonte: SIOP, 2008-2021. Elaboração própria.

Sob a ótica dos gastos empenhados pelo Orçamento da Seguridade Social (OSS) e das despesas totais empregadas pela União, observa-se que o destinado ao Orçamento da Saúde (OS), dentro do panorama examinado, demonstrou, para o primeiro caso, com um perceptível decréscimo linear do ano de 2011 (13,53%) até 2020 (11,19%) e com significativo aumento percentual em 2021, de 14,50% do percentual de despesas empenhadas no OSS (vide tabela nº5).

Com relação ao segundo, identifica-se crescimento relativamente mínimo do financiamento dos gastos em saúde dentro no panorama total de gastos da União, em que reconhece-se uma relativa alta em 2013 (4,42%) e 2017 (4,55%), porém mantendo, na totalidade dos períodos, em constante linearidade de investimento e sem qualquer aumento real na área de gastos em saúde (vide gráfico nº13).



Fonte: SIOP, 2008-2021. Elaboração própria.

Além disso, observa-se que o ano de 2017 (4,55%), em nível percentual, revelou-se enquanto um dos maiores índices de investimento no período, ao passo que o ano de 2019 e 2020, pré e durante crise sanitária, apontam o mesmo nível percentual de investimento federal de 4,43%. Tal resultado é comparativamente menor ao de 2017 e mesmo no ano 2021 (4,51%), após o ápice da pandemia, permanece invicto com o maior percentual federal de gastos em saúde empregados.

Os gastos totais empenhados pela União, no ano de 2016, por exemplo, compreendeu aproximadamente R\$2,839 trilhões, sendo que R\$1,786 trilhões foi destinado a OSS e – desse valor – se transferiu pra OS, em nível percentual, 12,38%, o equivalente a R\$108bilhões. Ressalta-se que, apesar do volume de recursos federais transferidos para área Saúde; a maior parte desses recursos são aplicados na manutenção e compra de insumos e equipamentos para os entes subnacionais e as instituições que integrem o SUS.

Sendo assim, o levantamento da pesquisa pretende discutir a natureza do gasto público em uma perspectiva mais ampla, para além do quantitativo de receita *versus* despesa, abrangendo desde questões técnico-jurídicas e macroeconômicas. O argumento firmado pela Emenda Constitucional nº95/2016, vale lembrar, apontava os encargos sociais enquanto

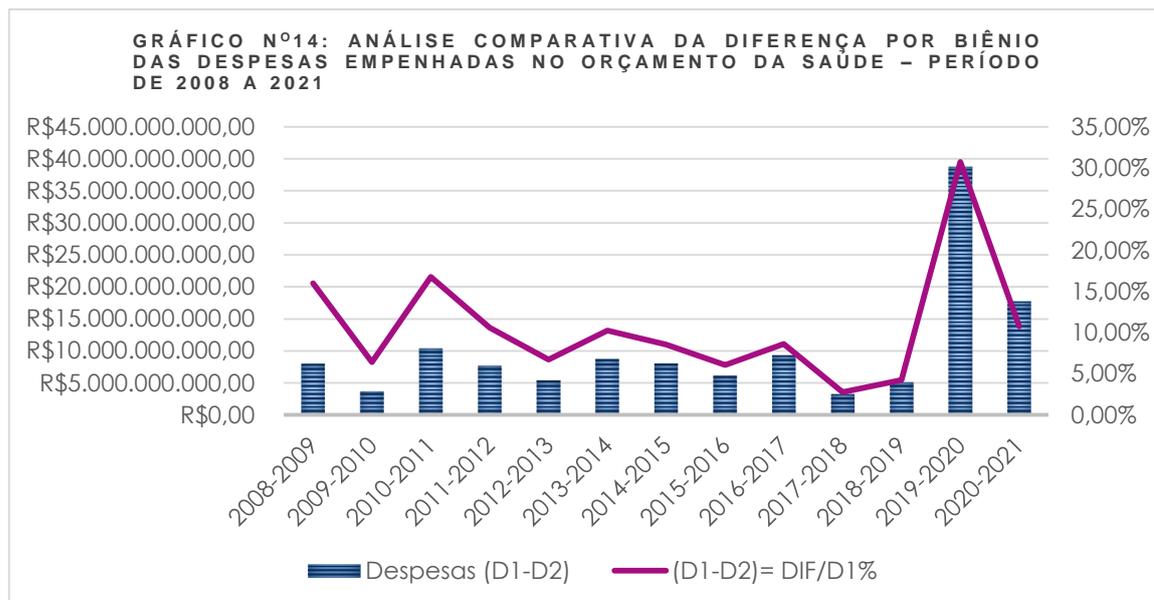
responsáveis pela ampliação da dívida pública; insurgindo, então, a necessidade de contê-los e tão-somente restituir sua ampliação após a retomada econômica.

A conjuntura estudada e o acervo de dados pesquisados não demonstram, por outra via, que a linearidade dos gastos sociais, especialmente no tocante à saúde, com elevado custeio na aplicação de recursos federais em ASPS. Muito embora, importa sinalizar, o aumento de recursos a.a pode ser verificado, ainda que razoavelmente modesto, em alguns períodos da pesquisa (vide tabela nº6)

Tabela nº6: Análise comparativa da diferença por biênio das despesas empenhadas no Orçamento da Saúde – período de 2008 a 2021		
Ano	Despesas (D1-D2)	(D1-D2) = DIF/D1%
2008-2009	-R\$ 8.010.455.118,00	15,98%
2009-2010	-R\$ 3.724.726.635,00	6,41%
2010-2011	-R\$ 10.367.722.477,00	16,76%
2011-2012	-R\$ 7.675.636.174,00	10,62%
2012-2013	-R\$ 5.387.284.466,00	6,74%
2013-2014	-R\$ 8.761.002.786,00	10,27%
2014-2015	-R\$ 8.028.436.976,00	8,53%
2015-2016	-R\$ 6.174.601.505,00	6,05%
2016-2017	-R\$ 9.334.098.690,00	8,62%
2017-2018	-R\$ 3.269.169.151,00	2,78%
2018-2019	-R\$ 5.119.182.660,00	4,24%
2019-2020	-R\$ 38.697.141.217,00	30,71%
2020-2021	-R\$ 17.724.429.248,00	10,76%

Fonte: SIOP, 2008-2021. Elaboração própria.

Analisando, neste mesmo raciocínio, as despesas empenhadas no Orçamento da Saúde (OS), sob uma perspectiva comparativa entre os biênios de 2008 a 2021; verifica-se que em todo o período bienal registrou aumento de investimento no OS, sendo o biênio de 2019-2020, período marcado pelo enfrentamento contra a Pandemia do coronavírus, que obteve o maior destaque com um aumento de 30,71%, correspondente ao acréscimo de R\$38,697 milhões ao volume do empenhado no ano de 2019 (vide gráfico nº14).



Fonte: SIOP, 2008-2021. Elaboração própria

O biênio de 2020-2021, dentro do espectro examinado, indica um forte declínio percentual de 10,76% de crescimento de gastos em saúde de 2020 para 2021, equivalente a R\$17, 724 milhões. Ocorre que ao abrangermos a comparação com outros biênios identifica-se que o aumento está aquém dos biênios de 2010-2011 (16,76%), 2011 e 2012 (10,62%) e, ao mesmo tempo, o resultado apresenta comportamento negativo similar e a maior com o do biênio de 2009-2010 (6,41%).

Examinando os biênios de 2014-2015 até 2018-2019, intervalo marcado pelo orçamento impositivo (EC 86/2015) e pelo “teto de gastos” (EC 95/2016), verifica-se uma constância de decrescimento no financiamento do OS, ainda que reservado pontuais acréscimos percentuais no período [como em 2016-2017 (8,62%) e 2018-2019 (4,24%)] e, por outro lado, comparativamente menores com o intervalo de 2010-2011 (16,76%) e 2013-2014 (10,27%)

Em síntese, os intervalos de 2008-2009 (15,98%) e 2019-2020 (30,71%), biênios esses que registraram crises mundiais (reservando aqui suas múltiplas singularidades), aduzem crescimento nos gastos empenhados no Orçamento da Saúde, situação parcialmente também observada com o OSS (vide tabela nº4), durante a recessão econômica, sendo posteriormente retraídos em níveis percentuais de investimento, como, por exemplo, é observado no período de 2009-2010 e 2020-2021.

À guisa de conclusão, resta debater em que medida as reformas contracionista do gasto público, no exame da crise sanitária, colaboraram – sob a vigência do teto de gastos (EC

nº 95/2016) e sob o prisma da dívida pública – com o (des)financiamento de participação social do Estado na garantia de acesso ao direito à saúde (art. 196 da CF/1988).

O núcleo da questão reside, em síntese, sobre como a manutenção da política de austeridade econômica cooperou com o panorama do (sub)financiamento da área saúde, dentro de um circuito de crise econômica e sanitária. Considerando que, num primeiro momento, coexistiram diversas resistências do Governo Federal, por força também da EC nº 95/2016, em ampliar a linha de gastos em saúde frente ao urgente enfrentamento contra a Pandemia do coronavírus; a resposta torna-se, assim, tautológica.

As condições materiais dos Estados em responderem frente a superlotação de leitos hospitalares e vertiginoso número de óbitos, seguidos por um contexto social marcado pela fome, incertezas e desemprego; não corroborou com o perdurar deste primeiro momento no esteio das reformas contracionistas. O avolumado aumento de recursos federais durante a crise sanitária, situação também observada na crise do *Subprime* (2007-2008) [em menor escala], afastaram momentaneamente a política de subfinanciamento aplicada pelo órgão federal, por força – mormente - das necessidades de conter o vírus e reduzir o percentual de baixas.

A participação social do Estado, nestes termos, foi evidenciado na atuação integrada e descentralizada das três esferas administrativas (federal, estadual e municipal). Ainda que a proposta desta pesquisa não tenha sido sobre a participação dos subnacionais no enfrentamento da crise, é inegável que a colaboração federativa tornou-se a via primacial a fim de assegurar o direito à saúde, à vida e à cidadania.

Assim, diante da superação do núcleo da pergunta, por força das condições materiais já narradas, não restam elementos analíticos que apontem, no contexto da crise sanitária, as medidas contracionistas impactarem no regime de financiamento público em saúde per se. Tendo em vista que a crise sanitária impulsionou a participação compulsória do Estado e do custeio de ações e serviços de saúde para o enfrentamento contra a COVID-19 – ainda que menores da média de financiamento de outros países (vide tópico 3.1.3).

Não obstante a tal afirmação, discutiu-se que o baixo financiamento dos gastos em saúde demanda de uma prática da União, invés de uma política nova de redução de despesas públicas. E, de igual forma, apontou que no período compreendido de 2014 a 2019, intervalo esse marcado pela vigência da EC 86/2015 e EC 95/2016; o financiamento do Orçamento da Saúde encontrou-se – sob uma análise bienal– aquém dos níveis de investimento empregados

nos biênios de 2010-2011 e 2013-2014 e com decréscimo percentual de aumento; o que reflete o empenho esperado de tais políticas (vide gráfico nº14).

Com relação a análise conjuntural, o período em destaque contou com o ano de 2017, ao qual demonstrou-se uma exceção e com o maior percentual de despesas em saúde empregadas, mesmo quando comparado com o ano de 2020, o ápice da pandemia, os recursos aplicados – apesar do expressivo volume – demonstraram-se menores ao montante de despesas empregadas naquele ano. Tal resultado pode ser decorrente do impacto do orçamento impositivo (EC 86/2015), conforme já foi discutido em capítulo anterior, que assegurou um aumento de recursos em razão do escalonamento aduzido na emenda.

O regime de financiamento da saúde pública, no Brasil, portanto, expressa-se comparativamente menor na captação e na alocação de recursos públicos frente ao do financiamento de saúde suplementar. A universalidade do direito à saúde é uma garantia fundamental e constituída por um longo percurso histórico de movimentos e pautas sociais. A troca desta garantia para uma disposição de mercado, em que as chances de fruição dos serviços e ações do próprio SUS, através dos planos e seguros de saúde privado, é percentualmente maior do que pelo próprio regime de saúde pública, afronta o princípio basilar do Estado Democrático de Direito e arremonta, no seu lugar, um circuito de cidadanias nacionais subalternizadas.

Diante de tal panorama, a hipótese desta pesquisa encontra-se parcialmente respondida, em que a ausência de investimento público, por adoção de medidas contracionistas, baseadas na política monetária inflacionária a fim de incentivar a retomada econômica, proporciona – dentro de uma tessitura de recessão econômica – o encarecimento dos custos e serviços de saúde suplementar privado.

Tal resultado agrava-se a partir das condições sócio-fatoriais (raça/cor, classe, sexo e afins) e macroeconômicas (crise, inflação, juros e etc.) que os agentes sociais encontram-se inseridos, em que a tributação incidente sobre bens e consumos, no tocante à saúde, impacta na manutenção e contratação de planos e seguros de saúde, bem como no financiamento de medicamentos e ademais recursos essenciais, como, por exemplo, alimentação, transporte e moradia.

Por outro lado, importa salientar que a política de austeridade econômica, apesar da a EC nº95/2016 ser seu maior expoente, não deve obter a total responsabilidade acerca do desfinanciamento empregado pelo órgão federal. Compreendendo, especialmente, que a

desvinculação de receitas dos encargos sociais já é uma práxis institucionalizada por outros instrumentos fiscais da União, como, por exemplo, a DRU.

Por isso mesmo, cogitar a instituição de um percentual mínimo de despesas em saúde para a União que não esteja, sobretudo, sujeito as intempéries da discricionariedade do gestor e da volatilidade da política; seja uma boa proposta para o futuro, uma garantia para efetividade do direito à saúde, da cidadania e da dignidade da pessoa humana.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo buscou averiguar os efeitos da dívida pública e da emenda constitucional (EC) nº 95/2016, denominada como teto de gastos, no financiamento da seguridade social, com ênfase na saúde pública, frente aos impactos sociais e econômicos agravados a partir da crise sanitária (COVID-19).

A pesquisa subdividiu-se em três eixos, a fim de assegurar melhor desenvoltura e compreensão temática, sendo eles: (i) *Saúde e Cidadania*, (ii) *Austeridade e Dívida Pública* e (iii) *Orçamento e Renda*. Os eixos buscaram esmiuçar o arcabouço bibliográfico e estabelecer diálogos possíveis entre o direito à saúde vis-à-vis as múltiplas interfaces e interações sócio históricas, macroeconômicas e técnico-jurídicas à sua consolidação enquanto princípio fundamental da cidadania.

O capítulo nº1, *Saúde e Cidadania*, abordou, de forma panorâmica, desde os percalços e as trilhas experimentadas para a consolidação desta garantia universal, pública e gratuita do direito à saúde, enquanto uma prerrogativa fundamental do cidadão e um dever constitucional do estado. Sendo tal dever cumprido através do financiamento público, instituído por meio das leis orçamentária e das políticas públicas de saúde (descentralizadas e regionalizadas), bem como com a cooperação e a participação federativa das três esferas administrativas.

O segundo capítulo, *Austeridade e Dívida Pública*, versou-se em uma análise da possível origem das políticas de austeridade econômica, através das diretrizes e admoestações do Consenso de Washington (1989), em que propagou, na ocasião, o neoliberalismo como um novo modelo de economia política a ser adotado no Brasil. Dentre os efeitos destacados por essa adoção pode-se citar, por exemplo, o controle dos gastos públicos e a redução de

participação social do estado, bem como a financeirização das finanças públicas, que passam a ser integrantes das metas governamentais e da política monetária do país.

Além disso, questionou-se a respeito da justificativa de empregar a dívida pública enquanto óbice para o financiamento público das despesas em saúde pela União. A resposta, conforme sinalizado, requer certa medida de cautela, pois não se pretende defender que a responsabilidade fiscal seja mitigada ao ponto de comprometer o equilíbrio das contas públicas.

Ao contrário, visou demonstrar que o financiamento dos encargos sociais não devem ser interpretados como causa exclusiva do aumento da dívida pública, observando que tais despesas tendem a ser mais sujeitas à desvinculação de receitas e à tendência de baixo financiamento aplicado pelo órgão federal. E, de igual modo, apontar que outros fatores macroeconômicos (como, por exemplo, juros, inflação, renúncia fiscal, tributação regressiva e dentre outros), com maior peso e impacto sobre o financiamento da dívida, existem e, nem por isso, foram considerados para fins de controle e equilíbrio do gasto público.

Acrescenta-se que, no tocante ao Novo Arcabouço Fiscal (PLP nº 93/2023), apesar das suas inúmeras atualizações, o crescimento de aumento de gastos públicos condicionado ao limite percentual no mínimo (de 0,6%) e no máximo (de 0,25%) podem resultar em uma forte retração de financiamento de políticas públicas na área da saúde. Considerando que diante da estável variação nominal de investimento em ASPS, pelo órgão federal, a adoção de tal de teto de limite de despesas demonstra-se com potencial inclinação de piora no processo de desmonte do estado de bem-estar social.

O capítulo nº3, *Orçamento e Renda*, explorou as condições socioeconômicas aprofundando o debate acerca de renda e a tributação nacional, num primeiro momento, para posteriormente apresentar os resultados do levantamento da pesquisa, compreendido entre 2008 a 2021, a fim de averiguar os níveis de investimentos empenhados nos orçamentos da seguridade social e, especialmente, da saúde.

Observou-se que, neste último, a adoção da política de austeridade econômica, entre o período de 2014 até 2019, resultou em oscilações percentuais de crescimento para o financiamento público dos gastos em saúde pelo órgão federal. Sendo que a maioria destas oscilações, numa análise por biênio, evidenciaram decréscimo de investimento e quando tendem ao crescimento demonstram-se comparativamente menores ao níveis percentuais dos biênios 2010-2011 e 2013-2014.

Muito embora, vale frisar que os valores empenhados demonstraram-se com significativa soma de crescimento investido em todo o período, porém contendo algumas ressalvas e estagnações percentuais de acréscimo. É destacado, por exemplo, que o ano de 2017 contou com o maior índice percentual de investimento, superior até mesmo ao ano de 2020, em que os recursos para área saúde avolumaram-se para fins de enfrentamento da crise. Todavia, verificou-se também que percentual de 2020 se tratou do mesmo do ano 2019, ainda que muito superior ao volume orçado ao do ano subsequente.

Finalmente, importa assinalar que o aumento de gastos federais em saúde, durante as crises mundiais, e com posterior retração aduz regularidade dentro da política de investimento adotado pelo órgão federal nas áreas de seguridade social e da saúde, em que a contenção de despesas públicas comportou-se, deste modo, enquanto uma prática anterior a instituição da EC nº95/2016, mas sem qualquer equiparação com seus efeitos.

O núcleo da pergunta desta pesquisa, a qual diz respeito sobre a manutenção da política de austeridade econômica ter cooperado com o panorama do (sub)financiamento da área saúde, dentro de um circuito de crise econômica e sanitária; foi superado pela própria ocorrência da Pandemia do coronavírus (COVID19). As medidas contracionistas necessitaram ser temporariamente flexibilizadas e o aumento do financiamento público dos gastos em encargos sociais foram elevados, não com o propósito de retomada de investimento público na área federal, mas a fim de combater os efeitos decorrentes da crise.

Desse modo, a crise sanitária (2020-2021) impactou no financiamento do SUS e na participação social do Estado, invés das medidas contracionistas per si, com a promoção emergencial de políticas públicas de saúde e com a alocação/incremento de recursos orçamentários.

Por outro lado, salienta-se que tais medidas ocasionaram, de fato, impactos nos níveis de investimento na área saúde e na seguridade social, conforme observado pela evolução dos gastos federais nestas áreas. O controle das despesas públicas, contudo, não se manteve dentro da pandemia – ainda que a média de enfrentamento contra o vírus tenha sido modesta; a busca pela austeridade fiscal é verificada, com maior robustez, nos períodos anteriores a eclosão da crise de 2020-2021.

A estagnação percentual de gastos empenhados no Orçamento Saúde, em 2019 e 2020, podem ser interpretados, assim, enquanto resultante (respeitando as singularidades de

cada período) da prática de subfinanciamento da União; mesmo considerando, em 2019, a vigência da EC 95/2016, o panorama geral evidencia mínimo aumento percentual em toda cadeia estudada de 2008 a 2021; ou seja, em períodos anteriores a adoção da política de austeridade econômica.

O direito à saúde, por fim, perfaz a existência de uma cidadania que se arvora, para além do campo normativo de princípios e garantias fundamentais, na constituição de um *Ser* que não seja arregimentado pelo seu valor no mercado, pelo seu poder de compra, pela posição social que ocupa. A saúde é uma prerrogativa do cidadão em ser pessoa, em poder fluir humanidade, em gozar de direitos, diversidades e multidimensionalidades reconhecidas e oportunizadas para todos.

O simples ato, por isso mesmo, de convertê-la a bem de consumo e/ou precarizá-la na oferta de serviço público; é desconstituir o movimento histórico que a conduziu a Magna Carta; é ignorar sua potência na oferta universal, pública e gratuita de assegurar empregos e garantir a vida de milhões de brasileiros; é descartar a importância e o impacto do financiamento cooperativo dos gastos públicos pelas três unidades federativas.

O compromisso constitucional, nestes termos, propõe o assegurar – apesar de todos os seus desafios – uma vida condigna para todos os segmentos populacionais e, especialmente, para os mais vulneráveis. O subfinanciamento da saúde e as desvinculações de receitas da área, desse modo, impactam – seja na manutenção e/ou na ampliação – de políticas públicas destinadas a erradicação de endemias, ao combate da fome e a promoção de infraestrutura básica do país.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRANCHES, Sergio – Presidencialismo de Coalizão: raízes e evolução do modelo político brasileiro. São Paulo: Companhia das Letras, 2018.
- Ana Luiza Neves de Holanda Barbosa, Joana Simões Costa & Marcos Heckshe. MERCADO DE TRABALHO E PANDEMIA DA COVID-19: AMPLIAÇÃO DE DESIGUALDADES JÁ EXISTENTES? / Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) - 2020, DOI: <http://dx.doi.org/10.38116/bmt69/notastecnicas1>. Acesso em maio/2023.
- AMOROZO, Marcos. **Tempos da peste: DESIGUALDADE QUE MATA** - Estudo inédito mostra que pobres, negros e pessoas de baixa escolaridade correm risco maior de morrer por Covid na cidade de São Paulo, publicado em 08 mar 2021_13h23, disponível em <https://piaui.folha.uol.com.br/desigualdade-que-mata/>. Acesso em novembro/2021 e maio/2023.
- ARAÚJO FILHO, Valdemar Ferreira de. Presidentes fortes presidência fraca: a expansão do poder executivo e a organização da presidência da República no Brasil (1930-1989) / Valdemar Ferreira de Araújo Filho. - 1a ed. - Curitiba: Appris, 2016. □

- ARRAES, R. A., & OLIVEIRA, S. L. C. de. (2022). FUNDOS DE INVESTIMENTOS E A DÍVIDA PÚBLICA BRASILEIRA NO PERÍODO PÓS-REAL. Planejamento E Políticas Públicas, (30). Recuperado de [//www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/view/37](http://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/view/37). Acesso em maio/2023.
- ARAÚJO FILHO, VALDEMAR F.de & FILHO, Matheus de Azevedo. A organização do governo Bolsonaro e a coordenação da crise sob a pandemia in: Soou o alarme: a crise do capitalismo para além da pandemia / Soleni Biscouto & Jorge Nóvoa (orgs.) - São Paulo, Perspectiva, 2020.
- Artigo Liberal que inspirou ideias social-democratas, Keynes volta a estar em voga 75 anos após sua morte / JOAQUÍN ESTEFANÍA 05 JUL 2021 - 14:47 BRT. Disponível em <https://brasil.elpais.com/cultura/2021-07-05/um-liberal-que-inspirou-ideias-social-democratas-um-gay-que-amou-uma-mulher-keynes-e-suas-contradicoes.html>. Acesso em outubro/2021 e maio/2023.
- Artigo: Tribos indígenas nos EUA são tratadas como outro país, publicado no site Healthnews em 08/08/2023 - disponível em: <https://healthnews.pt/2020/08/08/tribos-indigenas-nos-eua-sao-tratadas-como-outro-pais/>. Acesso em maio/2023.
- Artigo **Fome e desemprego na pandemia**: *o que você pode fazer para ajudar Campanhas que abrangem o Brasil pedem doações para quem está sem trabalho e comida durante a pior fase da pandemia* - Sophia Camargo, do R7 29/03/2021 - 02H00. Disponível em <https://noticias.r7.com/prisma/o-que-e-que-eu-faco-sophia/fome-e-desemprego-na-pandemia-o-que-voce-pode-fazer-para-ajudar-29032021>;
- Artigo **Não culpe o vírus pela fome**, publicado em 30.04.2021, equipe de *O Joio e O Trigo* disponível em https://ojoioeotrigo.com.br/2021/04/fome-discussao-2021/?gclid=CjwKCAiA4veMBhAMEiwAU4XRr1G6SshzXdrLsPhK9L6zX5b2TKHNy1utRBOQivm9nIMy4QVRpjye9GBoc27sQAvD_BwE Acesso em novembro/2021.
- BALEEIRO, Aliomar. Um introdução à ciência das finanças. 14. ed. atual. por Flávio Bauer Noveli. Rio de Janeiro: Forense, 1996.
- BARRETO, Pedro. **Perfil - John Maynard Keynes** 2009. Ano 6. Edição 52 - 05/07/2009. Por Pedro Barreto, de Brasília. Disponível em https://www.ipea.gov.br/desafios/index.php?option=com_content&view=article&id=2267:catid=28&Itemid= Acesso em outubro/2021 e maio/2023
- BATISTA, Paulo Nogueira. **O consenso de Washington: a visão neoliberal dos problemas latino-americanos** in Barbosa Lima Sobrinho e outros autores, Em Defesa do Interesse Nacional: Desinformação e Alienação do Patrimônio Público, São Paulo: Paz e Terra, 1994. Disponível em: <http://professor.pucgoias.edu.br/sitedocente/admin/arquivosUpload/17973/material/Consenso%20de%20Washington.pdf>, acesso novembro/2021 e maio/2023.
- BELLUZZO, Luís Gonzaga & GALÍPOLO, Gabriel. **A escassez da abundância capitalista** / Luiz Gonzaga Belluzzo; Gabriel Galípolo – São Paulo: Editora Contracorrente, 2019.
- BENÍCIO, Alex Pereira; RODOPOULOS, Fabiana M. A.; & BARDELLA, Felipe Palmeira. Um retrato do gasto público no Brasil: por que se buscar a eficiência in. Boueri, Rogério; Rocha, Fabiana; Rodopoulos, Fabiana. **Avaliação da Qualidade do Gasto Público e Mensuração da Eficiência**/ Rogério Boueri, Fabiana Rocha, Fabiana Rodopoulos (Organizadores) - Brasília: Secretaria do Tesouro Nacional, 2015.
- BOBBIO, Noberto. O Positivismo Jurídico: Lições de filosofia do direito / Noberto Bobbio: compiladas por Nello Morra, tradução e notas Márcio Pugliesi, Edson Bini, Carlos E.Rodrigues. - São Paulo: Ícone, 1995.
- BADÔ, Pedro Rocha. **A voracidade do capital contra os salários no Brasil contemporâneo**, publicado no site Barravento, out/2020. Disponível em: https://www.revistabarravento.com/post/a-voracidade-do-capital-contra-os-sal%C3%A1rios-no-brasil-contempor%C3%A2neo?fbclid=IwAR04aa_ZT9yLv22XhjxlbBrYihb_NxkMIRDPx_K1yKFrJ2B5HabhmK5uc, acesso em outubro/2021.
- BONFIM, Diego. **Extráfiscalidade: identificação, fundamentação, limitação e controle** / Diego Bonfim. - 1a ed.- São Paulo: Noses, 2015.

- BRASIL. Relatório Final: Comissão Parlamentar de Inquérito - Dívida Pública [Relator: Deputado Pedro Novais], publicado em maio de 2010 - disponível em: <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-temporarias/parlamentar-de-inquerito/53a-legislatura-encerradas/cpidivi/relatorio-final-aprovado/relatorio-final-versao-autenticada>. Acesso em maio/2023.
- BRASIL. DECRETO LEGISLATIVO Nº 6, DE 2020 - disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/portaria/dlg6-2020.htm#:~:text=DECRETO%20LEGISLATIVO%20N%C2%BA%206%2C%20DE,18%20de%20mar%C3%A7o%20de%202020. Acesso em maio/2023.
- BRASIL. EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 106, DE 7 DE MAIO DE 2020 - disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc106.htm. Acesso em maio/2023.
- BRASIL. LEI Nº 14.143, DE 21 DE ABRIL DE 2021 - disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2019-2022/2021/lei/L14143.htm#:~:text=para%20Assuntos%20Jur%C3%ADdicos-.LEI%20N%C2%BA%2014.143%2C%20DE%2021%20DE%20ABRIL%20DE%202021,par%C3%A1grafo%205o%20do%20art. Acesso em maio/2023.
- BRASIL. DECRETO Nº 10.579, DE 18 DE DEZEMBRO DE 2020 - disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2019-2022/2020/decreto/d10579.htm. Acesso em maio/2023.
- /orientacoes/nota-tecnica-ec-126-2022-1672151217.pdf. Acesso em maio/2023.
- BRASIL. Proposta de Emenda à Constituição nº 187, de 2019 - Congresso Nacional, 2019 - disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/139703>. Acesso em maio/2023.
- Brasil. Ministério da Saúde. Contas de saúde na perspectiva da contabilidade internacional : conta SHA para o Brasil, 2015 a 2019 / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. – Brasília: IPEA, 2022.
- CALABREZ, Felipe. Artigo: **O “Plano Mais Brasil” para eliminar direitos**, publicado 18/11/2019, disponível em: <https://outraspalavras.net/outrasmidias/o-plano-mais-brasil-para-sujeitar-direitos-ao-mercado/>. Acesso em maio/2023.
- CÂMARA DOS DEPUTADOS. Consultoria de Orçamento e Fiscalização Financeira - Estudo Técnico n.º 12/2016. Impactos do “novo regime fiscal” - subsídios à análise da proposta de emenda à constituição - pec nº 241/2016. Agosto de 2016.
- CAMPELLI, Magali Geovana Ramlow & CALVO, Maria Cristina M. O cumprimento da Emenda Constitucional no. 29 no Brasil / Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(7):1613-1623, jul, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/G9vWSh4xznqyYjhZc3rWFDj/?format=pdf#:~:text=A%20EC%2D29%20determinou%20a,e%20servi%C3%A7os%20p%C3%BAblicos%20de%20sa%C3%BAde>. Acesso em maio/2023.
- CARVALHO, José Murilo de. Cidadania no Brasil: O longo caminho. 23. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2017
- CEPAL. Panorama Social da América Latina e do Caribe 2022: A transformação da educação como base para o desenvolvimento sustentável. Resumo executivo / Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL) - ONU - 2022, disponível em: <https://www.cepal.org/pt-br/publicaciones/48609-panorama-social-america-latina-caribe-2022-transformacao-educacao-como-base-o>. Acesso em maio/2023.
- Confederação Nacional de Municípios – CNM Mudanças no Financiamento da Saúde – Brasília – 2018. Link: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2018/08/Mudan%C3%A7as-no-Financiamento-da-Sa%C3%BAde.pdf>. Acesso em maio/2023.
- CEPEDISA - Centro de Estudos e Pesquisas de Direito Sanitário. A LINHA DO TEMPO DA ESTRATÉGIA FEDERAL DE DISSEMINAÇÃO DA COVID 19/ Universidade de São Paulo - USP. São Paulo, 28 de maio de 2021 - disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/mod/resource/view.php?id=4053403&forceview=1>. Acesso em maio/2023.

- COMISSÃO MISTA DE PLANOS, ORÇAMENTOS PÚBLICOS E FISCALIZAÇÃO. Nota explicativa sobre emendas individuais após a Emenda Constitucional nº 126/22, publicado em 02/01/2023- disponível em: <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-mistas/cmo/noticias/nota-explicativa-sobre-emendas-individuais-apos-a-emenda-constitucional-no-126-22>. Acesso em maio/2023.
- CONASEMS. EMENDA CONSTITUCIONAL (EC) Nº 126/2022, publicado em 27/12/2022- disponível em: <https://conasems-ava-prod.s3.sa-east-1.amazonaws.com/institucional> Conselho Nacional das Secretárias Municipais de Saúde (CONASEMS) outubro-novembro-dezembro de 2017 | isasn 1679- 9259 conselho nacional de secretarias municipais de saúde
- CONSELHO NACIONAL DE MUNICÍPIOS (CNM) - Revista Conselho Nacional de Municípios/CNM, Mudanças no Financiamento da Saúde – Brasília – 2018. Disponível em: <https://www.cnm.org.br/biblioteca/exibe/3540>. Acesso em maio/2019.
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão de Orçamento e Financiamento (COFIN) - Boletim Cofin 2021/12/31, divulgado em 17/02/2021 - disponível em: http://conselho.saude.gov.br/images/comissoes/cofin/boletim/Boletim_17022022.pdf. Acesso em maio/2023.
- Constituição da República Federativa do Brasil (1988) - http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em maio/2023
- DAIN, Sulamis. **Os vários mundos do financiamento da Saúde no Brasil: uma tentativa de integração**. Ciência & Saúde Coletiva, 12(Sup):1851-1864, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/4593TtkQcgwLwqXZzFmZfnJ/abstract/?lang=pt>. Acesso em maio/2023.
- DANDARA, Luana. Artigo: **Cinco dias de fúria: Revolta da Vacina envolveu muito mais do que insatisfação com a vacinação** - Luana Dandara (Portal Fiocruz), publicado em 09/06/2022, disponível no link: <https://portal.fiocruz.br/noticia/cinco-dias-de-furia-revolta-da-vacina-envolveu-muito-mais-do-que-insatisfacao-com-vacinacao#:~:text=No%20in%C3%ADcio%20de%20novembro%20de,Cultural%20do%20Mnist%C3%A9rio%20da%20Sa%C3%BAde>. Acesso em abril/2023.
- DARDOT, Pierre. *Comum: ensaio sobre a revolução do século XXI*/ Pierre Dardot, Chistian Laval; tradução Mariana Echalar. 1. ed. - São Paulo: Boitempo, 2017.
- DIAS, Fernando Álvares Correia. **DESVINCULAÇÃO DE RECEITAS DA UNIÃO, GASTOS SOCIAIS E AJUSTE FISCAL**/ Consultoria Legislativa do Senado Federal (Coordenação de Estudos) - Brasília, fevereiro / 2008. Link: <https://www12.senado.leg.br/publicacoes/estudos-legislativos/tipos-de-estudos/textos-para-discussao/td-38-desvinculacao-de-receitas-da-uniao-gastos-sociais-e-ajuste-fiscal>. Acesso em maio/2023.
- DOWBOR, Ladislau. – **O parasitismo financeiro e seus malefícios** In: O mito da austeridade / Antônio Corrêa de Lacerda (coord.) – São Paulo: Editora Contracorrente, 2019.
- ENGELS, Friedrich. *A situação da classe trabalhadora na Inglaterra* / Friedrich Engels; tradução B. A. Schumann; supervisão, apresentação e notas de José Paulo Netto. - [Edição revista]. - São Paulo: Boitempo, 2010
- ESCOREL, Sarah & BLOCH, Renata Arruda de. **As Conferências Nacionais de Saúde na Construção do SUS** in: Saúde e Democracia: história e perspectiva do SUS. / Organizado por Nísia Trindade Lima, Silvia Gerchman e Flavio Coelho Edler. Rio de Janeiro: Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.
- ESCOREL, Sarah; NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; & EDLER, Flavio Coelho. **As origens da Reforma Sanitária e do SUS in: Saúde e Democracia: história e perspectiva do SUS**. / Organizado por Nísia Trindade Lima, Silvia Gerchman e Flavio Coelho Edler. Rio de Janeiro: Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.
- Estudo Técnico n.º 12/2016 - **IMPACTOS DO “NOVO REGIME FISCAL” - SUBSÍDIOS À ANÁLISE DA PROPOSTA DE EMENDA À CONSTITUIÇÃO - PEC Nº 241/2016: CÂMARA DOS DEPUTADOS** - Consultoria de Orçamento e Fiscalização Financeira (Agosto de 2016) - Disponível em <https://www2.camara.leg.br/orcamento-da-uniao/arquivos/et-12->

2016-impactos-do-novo-regime-fiscal-subsidios-a-analise-da-proposta-de-emenda-a-constituicao-pec-no-241-2016. Acesso em agosto/2021. Acesso em agosto/2021.

- Faces da desigualdade no Brasil: um olhar sobre os que ficam para trás / Coordenação geral de Tereza Campello - Brasília, DF: Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais; Conselho Latino-Americano de Ciências Sociais, 2017.
- FACHIN, Patrícia. Artigo: **Plano mais Brasil não é um projeto de crescimento, mas de aprofundamento da desigualdade econômica e social**. Entrevista especial com Guilherme Delgado, publicado em 12 de novembro/2019 - disponível em: <https://www.ihu.unisinos.br/categorias/159-entrevistas/594272-plano-mais-brasil-nao-e-um-projeto-de-crescimento-mas-de-aprofundamento-da-desigualdade-economica-e-social-entrevista-especial-com-guilherme-delgado>. Acesso em maio/2023
- FERNANDES, Florestan. **A integração do negro na sociedade de classes (o legado da "raça branca")**, volume 1/ Floresta Fernandes - prefácio Antônio Sérgio Alfredo Guimarães – 3a ed. - São Paulo: Globo, 2008
- FERNANDES, Ricardo Cabral. Artigo: **Covid-19 devasta Nação Navajo. E já se teme segunda vaga** - publicado em 25/05/2020, disponível em <https://www.publico.pt/2020/05/25/mundo/noticia/covid19-devasta-nacao-navajo-ja-teme-segunda-vaga-1917686>. Acesso em maio/2023
- FERNANDES, Rodrigo Cardoso CAMPOLINA, Bernardo & SILVEIRA, Fernando Gaiger - Texto para discussão (TD 2449) - **Imposto de Renda e Distribuição de Renda no Brasil** / Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA, Brasília : fevereiro de 2019. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=34664&Itemid=444. Acesso maio/2023.
- FERREIRA, Maria Ribeiro Janssen. – **Políticas sociais frente à austeridade econômica brasileira** In: O mito da austeridade / Antônio Corrêa de Lacerda (coord.) – São Paulo: Editora Contracorrente, 2019.
- FIGUEIREDO, Juliana Oliveira; PRADO, Níli Maria de Brito Lima; MEDINA, Maria Guadalupe & PAIM, Jairnilson Silva. **Gastos público e privado com saúde no Brasil e países selecionados** - SAÚDE DEBATE | RIO DE JANEIRO, V. 42, NÚMERO ESPECIAL 2, P. 37-47, OUTUBRO 2018
- FLAUZINA, Ana Luiza Pinheiro. **Corpo negro caído no chão: o sistema penal e o projeto genocida do estado brasileiro** / Ana Luiza Pinheiro Flauzina [Mestrado]- Faculdade de Direito: Universidade de Brasília - UNB, 2006
- FLEURY, Sônia - Artigo **Covid-19, o SUS e o teto de gastos** - Publicado 03 Março 2020. Disponível em: <https://cee.fiocruz.br/?q=Covid-19-o-SUS-e-o-teto-de-gastos>. Acesso em outubro/2021
- FUNCIA, Francisco. **Implicações da Emenda Constitucional n. 86/2015 para o processo de financiamento do Sistema Único de Saúde**. Rev. do Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONSENSUS. ano V, número 15 abril, maio e junho de 2015. www.conass.org.br/consensus.
- FUNCIA, Francisco. [entrevista] A extensão da ameaça da EC 86/2015 sobre o SUS, publicado em 16/12/2015, no site <https://dssbr.ensp.fiocruz.br/a-extensao-da-ameaca-da-ec-862015-sobre-o-sus/>. Acesso em maio/2023.
- FUNDAÇÃO FRIEDRICH EBERT STIFTUNG (FES) - **Austeridade e retrocesso - finanças públicas e política fiscal no Brasil**. São Paulo: Fórum, 21; Fundação Friedrich Ebert Stiftung (FES); GT de Macro da Sociedade Brasileira de Economia Política (SEP); e Plataforma Política Social, setembro de 2016.
- HEGUETTE, Tereza M. Frota. 1981/1982. "Os Direitos da Cidadania do Nordeste Brasileiro". Revista de Ciências Sociais, 12.13 (1-2):121-145.
- IBGE. **Estatísticas do Registro Civil Análise dos óbitos Brasil, Grandes Regiões, Unidades da Federação e Municípios das Capitais 2018 - 2020** / Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, Rio de Janeiro - RJ/ Brasil, 2021. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101879>. Acesso em maio/2023.

- IBGE. **Indicadores IBGE : contas nacionais trimestrais** / Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) - 2008-2021, disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=72121>. Acesso em abril e maio/2023.
- ICICT/FIOCRUZ. Artigo: **Brasil apresenta déficit de procedimentos hospitalares no SUS**, publicado em 01/12/2022, disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/brasil-apresenta-deficit-de-procedimentos-hospitalares-no-sus#:~:text=O%20Sudeste%20apresentou%20o%20maior,repetic%20em%202021%20e%202022>. Acesso em maio/2023.
- IVO, Gabriel. **Lei orçamentária anual; não remessa para sanção, no prazo constitucional, do projeto de lei** in. In: MOREIRA FILHO, Aristóteles; LÔBO, Marcelo Jatobá (coords.). *Questões controvertidas em matéria tributária: uma homenagem ao professor Paulo de Barros Carvalho*. Belo Horizonte: Fórum, 2004.
- INESC. **As implicações do sistema tributário brasileiro nas desigualdades de renda**. Brasília, setembro de 2014. Disponível em: <https://www.inesc.org.br/as-implicacoes-do-sistema-tributarios-brasileiro-nas-desigualdades-de-renda/~>. Acesso em maio/2023.
- Instituto de Justiça Fiscal. **Mulheres pagam mais IRPF do que homens no Brasil**. 2020. Disponível em: <http://ijf.org.br/mulheres-pagam-mais-irpf-do-que-homens-no-brasil/>. Acesso em maio/2023.
- Joyce Naiana de Paiva Lima, Liane Santiago Andrade, Antônio Carlos de Albuquerque Bandeira, Ana Franceska Cotrim Silva & Lara Matos Santos. **RELATO DE EXPERIÊNCIA ÓBITOS POR COVID-19 NO ESTADO DA BAHIA: DA CAPTAÇÃO À PUBLICAÇÃO** / Revista Baiana de Saúde Pública, . 45, N Especial 1, p. 218-233 jan./mar. 2021 - disponível em: <https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/3264/2785>
- KEYNES, John Maynard. *A teoria geral do emprego, do juro e da moeda* / John Maynard Keynes; com apresentação de Adroaldo Moura da Silva, Editora Nova Cultural Ltda - São Paulo, 1996.
- KRUGMAN, P. (2015) **The Austerity Delusion**, the Guardian, 29 de Abril de 2015. Disponível em: <https://www.theguardian.com/business/ng-interactive/2015/apr/29/the-austerity-delusion>. Acesso em agosto/2021 e maio/2023.
- LACERDA, Antônio Corrêa de – **A crise recente e seus efeitos deletérios**. In: *O mito da austeridade* / Antonio Corrêa de Lacerda (coordenador) São Paulo: Editora Contracorrente, 2019.
- LIMA, Liomar. Artigo: **Coronavírus nos EUA: a 'tempestade perfeita' detonada pela pandemia na maior reserva indígena dos EUA**, publicado em 25/05/2020 - disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/internacional-52761359>. Acesso maio/2023
- LIMA, Nísia Trindade (org). **Saúde e Democracia: história e perspectiva do SUS**. / Organizado por Nísia Trindade Lima, Silvia Gerchman e Flavio Coelho Edler. Rio de Janeiro: Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.
- LIMA, Nísia Trindade, FONSECA, Cristina M.O. & HOCHMAN, Gilberto - **A saúde na construção do estado Nacional no Brasil: Reforma Sanitária em perspectiva histórica** in: *Saúde e Democracia: história e perspectiva do SUS*. / Organizado por Nísia Trindade Lima, Silvia Gerchman e Flavio Coelho Edler. Rio de Janeiro: Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.
- MACHADO, Hugo de Brito. *Curso de direito tributário*. 28ª ed. – São Paulo: Malheiros Editores LTDA, 2007.
- MACHADO, José Ângelo. **“Pacto de Gestão na saúde: até onde esperar uma ‘regionalização solidária e cooperativa?’”**. Revista Brasileira de Ciências Sociais – vol. 24, n. 71 – Outubro/2009.
- MAIA, Eduardo Santos. **O rentismo na América Latina: a economia política da dívida pública em Brasil e Equador no século XXI** / Revista NEIBA: Cadernos Argentina-Brasil - Volume 8, 2019, p. 01-22 DOI: 10.12957/neiba.2019.39698| e39698 | ISSN: 2317-3459 - disponível: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/neiba/article/view/39698>. Acesso em maio/2023.
- MANTEGA, Guido. **O modelo econômico brasileiro dos anos 90** - relatório de pesquisa nº 11/2001. EAESP/FGV/NPP - Núcleo de pesquisas e publicações. FGV, 2001- Disponível em

<https://pesquisa-eaesp.fgv.br/publicacoes/gvp/o-modelo-economico-brasileiro-dos-anos-90>, acesso em outubro/2021.

- MARMELSTEIN, George. **Curso de direitos fundamentais**/George Marmelstein – 6ª ed. rev., atual. e ampl. – São Paulo: Atlas, 2016
- MENDES, Conrado Hübner. CONSTITUIÇÕES BRASILEIRAS (1946 E 1988) in: Dicionário da república: 51 textos críticos / Lilia Moritz Schwarcz, Heloisa Murgel Starling (Orgs.) — 1ª ed. — São Paulo : Companhia das Letras, 2019.
- MELO, Maria Fernanda Godoy Cardoso de, 1972-**Relações público-privadas no sistema de saúde brasileiro** / Maria Fernanda Godoy Cardoso de Melo. – Campinas, SP : [s.n.], 2017. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/Acervo/Detalhe/988569>. Acesso em maio/2023
- MILIOS, J. (2015) **Austerity Isn't Irrational**, Jacobin Magazine, Setembro de 2015. Disponível em: <https://www.jacobinmag.com/2015/06/syriza-greece-austerity-neoliberalism-tsipras/>. Acesso em agosto/2021 e maio/2023.
- MONTESQUIEU, Charles de Secondat, Baron de, 1689-1755, Do espírito das leis/ Montesquieu: apresentação Renato Janine Ribeiro: tradução Cristina Muracho: - São Paulo: Martins Fontes, 1996 - (Paidéia).
- NERI, Marcelo C. “Mapa da Nova Pobreza”, Marcelo Neri – 40 págs., Rio de Janeiro, RJ – junho/2022 - FGV Social. (inclui anexo em separado com atlas de pobreza) <https://cps.fgv.br/MapaNovaPobreza> <https://cps.fgv.br/en/NewPovertyMap>
- NERI, Marcelo C. e HECKSHER, Marcos D. “A Montanha-Russa da Pobreza”, Marcelo Neri e Marcos Hecksher – 15 págs., Rio de Janeiro, RJ – junho/2022 - FGV Social. <https://cps.fgv.br/PobrezaMensal>.
- NERI, Marcelo. Mapa da Riqueza no Brasil - 23 págs., Rio de Janeiro, RJ - 02 de março/2023 - FGV Social. https://www.cps.fgv.br/cps/bd/docs/MapaDaRiquezaIRPF_Curta_FGV_Social_Neri_2pp.pdf
- NEVES, Marcelo. Entre Têmis e Leviatã: uma relação difícil: o Estado Democrático de Direito a partir e além de Luhmann e Habermans / Marcelo Neves; tradução do autor. - 3a ed. - São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2012
- OLIVEIRA, Fabrício Augusto de. O orçamento como instrumento da democracia e da cidadania: a importância das vinculações. In: A Reforma Tributária Necessária: diagnóstico e premissas / ANFIP – Associação Nacional dos Auditores-Fiscais da Receita Federal do Brasil e FENAFISCO – Federação Nacional do Fisco Estadual e Distrital. Eduardo Fagnani (organizador). Brasília: ANFIP; FENAFISCO: São Paulo: Plataforma Política Social, 2018.
- OCKÉ-REIS, Carlos Octávio; SÁ, Edvaldo Batista de; VIEIRA, Fabiola Sulpino; SERVO, Luciana Mendes Santos; SÁ, Rodrigo Pucci de; & PIOLA, Benevides Sérgio Francisco. **POLÍTICAS SOCIAIS acompanhamento e análise Diretoria de Estudos e Políticas Sociais** / Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – ipea - | BPS | n. 28 | 2021 - disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/10560/1/bps_28_saude_2021.pdf.
- OXFAM. Relatório "O vírus da desigualdade: Unindo um mundo dilacerado pelo coronavírus por meio de uma economia justa, igualitária e sustentável" / OXFAM- Janeiro/2021.
- PANORAMA DA COVID-19 NA BAHIA EM 2020 / Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia. – Salvador : SEI, 2021; link: https://www.sei.ba.gov.br/images/publicacoes/download/sep/sep_105.pdf.
- PAULA, Luiz Fernando de & FILHO, Fernando Ferrari. Desdobramentos da crise financeira internacional / Revista de Economia Política, vol. 31, nº 2 (122), pp. 315-335 abril-junho/2011 - disponível em: <https://www.scielo.br/j/rep/a/RpL67Z9yWJK7PVprSh3shKk/>. Acesso em maio/2023.
- PET Economia UFPR - Brasil e o mundo diante da crise econômica e da Covid-19 | PET Economia UFPR Demian Castro (coord.) Arthur Martins Bosquerolli Bruno Henrique Fajarra, Getúlio Antônio Brandalise Rodrigues Kessey, Henrique Malicheski Colaço, Henrique Vinícius de Oliveira, Laura Carvalho Gomes dos Santos, Lucas Silva Sarres, Matheus Fiuza de Alencastro, Matheus Itiro de Castro Tao, Natalia Podbevsek Vieira e Raul de Carvalho Niro (orgaz.s) UFPR – Paraná, 2020 Disponível em: <https://www.ufpr.br/portalfpr/wp-content/uploads/2020/07/Brasil-e-o-mundo-diante-da-Covid-19-e-da-crise-economica.pdf>.

- PIOLA, Sérgio F.; PAIVA, Andrea Barreto de; SÁ, Edvaldo Batista de; SERVO, Luciana Mendes Santos. Financiamento público da saúde: uma História à procura de rumo in Texto para discussão / Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.- Brasília : Rio de Janeiro : Ipea , 1990. Rio de Janeiro, julho de 2013. LinK: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/1580/1/TD_1846.pdf.
- Portal da Transparência - CONTROLADORIA-GERAL DA UNIÃO. Receitas Públicas período de 2013-2023, disponível em: <https://portaldatransparencia.gov.br/receitas?ano=2020>. Acesso em maio/2023.
- PORTELLA, André; SANTOS, Hebert Souza. Federalismo fiscal e efetividade da dignidade humana: Análise aplicada ao financiamento da saúde nos municípios da costa do descobrimento do estado da Bahia. Revista Direito e Práxis, Ahead of print, Rio de Janeiro, 2022. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaceaju/article/view/65290>. Acesso em: maio/2023. DOI: 10.1590/2179-8966/2022/65290.
- PORTELLA, André Alves e TEIXEIRA, Rafaela Pires. Federalismo fiscal e efetividade da dignidade da pessoa humana: análise da posição do município na estrutura do financiamento público brasileiro e a escassez de recursos para as ações de saúde - Revista de Direito da Cidade vol. 08, nº 2. ISSN 2317-7721 - Rio de Janeiro, 2016.
- PNUD. RELATÓRIO DO DESENVOLVIMENTO HUMANO 2021/2022: "Tempos incertos, vidas instáveis - A construir o nosso futuro num mundo em transformação" / Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), 2022 - disponível em: <https://hdr.undp.org/system/files/documents/global-report-document/hdr2021-22ptpdf.pdf>
- RAMONET, Ignácio. Artigo – Coronavirus: La pandemia y el sistema-mundo, publicado no site Página12 no dia 29 de abril/2020. Disponível no link: <https://www.pagina12.com.ar/262989-coronavirus-la-pandemia-y-el-sistema-mundo>. Acesso em setembro/2020.
- RAMOS FILHO, Carlos Alberto de Moraes. Curso de direito financeiro / Carlos Alberto de Moraes Ramos Filho – São Paulo: Saraiva, 2012.
- RAMOS, André Paiva & LACERDA, Antônio Corrêa de – A emenda constitucional (EC) 95 e o engodo do “teto de gastos”. In: O mito da austeridade / Antonio Corrêa de Lacerda (coordenador) São Paulo: Editora Contracorrente, 2019.
- REIS, José Roberto Franco. (2020) 2021. Considerações historiográficas Sobre Corporativismo, Cidadania Regulada E a história Da Assistência à Saúde No Brasil: Dádiva Ou Direito? (1930-1964). Locus: Revista De História 26 (2):407-33.
- REIS, Patrícia. DESPOTISMO E REPÚBLICA in: Dicionário da república: 51 textos críticos / Lilia Moritz Schwarcz, Heloisa Murgel Starling (Orgs.) — 1ª ed. — São Paulo : Companhia das Letras, 2019.
- Relatório de Acompanhamento Fiscal - 15 de janeiro de 2020 • No 36 / Instituição Fiscal Independente - disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/567343/RAF36_JAN2020.pdf. Acesso em maio/2023
- RODRIGUEZ NETO, Eleutério. Saúde: promessas e limites da Constituição [recurso eletrônico] /Eleutério Rodriguez Neto; editor: Rodrigo Murtinho. – Rio de Janeiro : Fiocruz : Edições Livres, 2019 □ SADEK, Maria Tereza Aina DIREITO. De indivíduos à cidadãos in: Dicionário da república: 51 textos críticos / Lilia Moritz Schwarcz, Heloisa Murgel Starling (Orgs.) — 1ª ed. — São Paulo : Companhia das Letras, 2019.
- ROSSI, Pedro DWECK, Ester e ARANTES, Flávio. Economia Política da Austeridade In: Economia para poucos: impactos sociais da austeridade e alternativas para o Brasil / Pedro Rossi, Esther Dweck e Ana Luiza (coords.). - São Paulo Autonomia Literária, 2018.
- SANTOS, Isabela Salomão dos. Tratamento precoce, bioética e responsabilidade civil: uma análise principialista acerca dos limites à atuação médica na prescrição de medicamentos offlabel no combate à COVID-19. 2022. Orientadora: Mônica Neves Aguiar da Silva. 71 fls. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Graduação em Direito) - Faculdade de Direito, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2022.
- SANTOS, Milton. O espaço do cidadão / Milton Santos. – 7 ed., 3.reimpr. – São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2020.

- SANTOS, Wanderlei Guilherme dos., Cidadania e justiça: a política social na ordem brasileira / Wanderlei Guilherme dos Santos. - Rui de Janeiro: Campus, 1979
- SCAFF, Fernando Facury. Artigo: A DRU, os direitos sociais e o pagamento dos juros da dívida, publicado em 14 de julho de 2015, no site Consultour Jurídico - disponível no link: <https://www.conjur.com.br/2015-jul-14/contas-vista-dru-direitos-sociais-pagamento-juros-divida>. Acesso em maio/2023.
- SCHNEIDER, Ben Ross. O estado desenvolvimentista no Brasil: perspectivas históricas e comparadas - Texto para discussão nº 1871 / Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.- Brasília : Rio de Janeiro : Ipea, 2013.SILVA NETO, Manoel Jorge e. Curso de direito constitucional. 8ED, São Paulo: Saraiva, 2013.
- SILVA, Jose Afonso da. Aplicabilidade das Normas Constitucionais, 1a edição - São Paulo: Malheiros, 1967.
- SÍNTESE DE INDICADORES SOCIAIS: UMA ANÁLISE DAS CONDIÇÕES DE VIDA DA POPULAÇÃO BRASILEIRA: 2021 / IBGE, 2021. Link: <https://static.poder360.com.br/2021/12/Sintese-de-Indicadores-Sociais-Uma-analise-das-condicoes-de-vida-da-populacao-brasileira-2021.pdf>.
- SIOP. Painel do Orçamento Federal /Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento (Siop), 2008-2021- disponível em: https://www1.siop.planejamento.gov.br/QvAJAXZfc/opendoc.htm?document=IAS%2FExecucao_Orcamentaria.qvw&host=QVS%40pqlk04&anonymous=true. Acesso em maio/2023.
- SOARES, M. M. S. Repasses Financeiros e Voluntários da União aos Municípios Brasileiros: condicionantes políticos, sociais e técnicos. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rap/a/SPMSQVnSNnkzKCJpZsFvNb/abstract/?lang=pt>. Acesso em maio/2023.
- SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL/ STF. AÇÃO DIRETA DE INCONSTITUCIONALIDADE/ADI no 5.595 :Relator Min. Ricardo Lewandowski, Brasília – 2017, p.10 - disponível em: <https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=5056708>. Acesso maio/2023
- TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO (TCU). FATOS FISCAIS (2018 - 2019) / TCU - Brasília 2018-2019. Disponível em: <https://portal.tcu.gov.br/fatos-fiscais-2019.htm>. Acesso em maio/2023.
- TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO (TCU). FATOS FISCAIS (2020) / TCU - Brasília 2020. Disponível em: <https://sites.tcu.gov.br/fatos-fiscais/>. Acesso em maio/2023.
- TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO (TCU). FATOS FISCAIS (2021) / TCU - artigo: Fatos Fiscais destaca os gastos públicos em áreas relevantes em 2021 - Brasília 15.12.2022. Disponível em: <https://portal.tcu.gov.br/imprensa/noticias/fatos-fiscais-destaca-os-gastos-publicos-em-areas-relevantes-em-2021.htm#:~:text=Fatos%20Fiscais%20%C3%A9%20uma%20publica%C3%A7%C3%A3o,I nvestimentos%20no%20ano%20de%202021>. Acesso em maio/2023.
- VIEIRA, Fabiola Sulpino e BENEVIDES, Rodrigo Pucci de Sá e. OS IMPACTOS DO NOVO REGIME FISCAL PARA O FINANCIAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E PARA A EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL / Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) - Brasília, setembro de 2016. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/7270/1/NT_n28_Disoc.pdf. Acesso em maio/2023.
- VILHENA, Oscar. Constituições brasileiras (1891 E 1934) in: Dicionário da república: 51 textos críticos / Lilia Moritz Schwarcz, Heloisa Murgel Starling (Orgs.) — 1ª ed. — São Paulo : Companhia das Letras, 2019.
- VILLAS-BÔAS, Maria Elisa. Alocação de recursos em saúde: quando a realidade e os direitos fundamentais se chocam. / Maria Elisa Villas-Bôas. Salvador: Universidade Federal da Bahia, 2009.
- VILLA, Marco Antonio. A história das Constituições brasileiras /Marco Antonio Villa [livro digital] - São Paulo - SP: Grupo Leya, 2011.
- VILLASCHI, ARLINDO. ANOS 90: uma década perdida para o sistema nacional de inovação brasileiro? / SÃO PAULO EM PERSPECTIVA, v. 19, n. 2, p. 3-20, abr./jun. 2005 - disponível

em:<https://www.scielo.br/j/spp/a/cRDT3rp5KJcqnMqcB8KyDnt/?lang=pt>. Acesso em maio/2023.

- World Inequality Lab. (2018). World Inequality Report 2018. Disponível em: <https://wir2018.wid.world>. Acesso em maio/2023.