

O IMPACTO DA EMENDA CONSTITUCIONAL 95/2016 PARA O AGRAVAMENTO DAS DESIGUALDADES REGIONAIS NA SAÚDE

Fabiana Guancino Persicotti

Mestranda em Planejamento e Governança Pública na UTFPR

Ana Paula Myszczyk

Dra. em Direito Econômico e Socioambiental; UTFPR

Maria Lucia Figueiredo Gomes de Meza

Dra. em Desenvolvimento Econômico; UTFPR

RESUMO: O Sistema Único de Saúde no Brasil tem uma história permeada de desafios, dos quais se destaca a missão constitucional de proporcionar saúde de qualidade a todos de forma integral e gratuita sob a diretriz da diminuição das desigualdades regionais e, sob outro ângulo, o de angariar recursos para fazer frente às ações necessárias. Como resultado da adoção de uma política econômica de austeridade foi promulgada a Emenda Constitucional 95/2016 que instituiu o Novo Regime Fiscal, o denominado Teto de Gastos. O conjunto de normas, alçado à categoria constitucional, previu o contingenciamento das despesas públicas. Em relação à saúde determinou que tais investimentos ficarão congelados no percentual de 15% da RCL de 2017, reajustado pela inflação, pelo período de 20 anos. Nesse contexto, este artigo tem por objetivo analisar as perspectivas dos efeitos futuros da EC 95/2016 na saúde do país. Demonstra-se, a partir da coleção de dados analisados, que esta política econômica tende a trazer impactos negativos na saúde, promovendo o agravamento das desigualdades regionais. Os achados indicam que os estados mais vulneráveis são também os que possuem menor PIB e menor renda mensal per capita ao mesmo tempo em que são mais dependentes do SUS do que da saúde suplementar, de modo que suas receitas tenderão a ser mais demandas para fazer frente à lacuna de investimentos da União, provocada pela política contracionista.

PALAVRAS-CHAVE: SUS. TETO DE GASTOS. AUSTERIDADE ECONÔMICA. DESIGUALDADE REGIONAL.

1 Introdução

A trajetória econômica do Brasil é marcada por esforços dirigidos ao desenvolvimento econômico do país para posicioná-lo ao lado dos países centrais e mesmo dos países asiáticos que lograram êxito em aproveitar as oportunidades para o crescimento.

Não obstante as riquezas em commodities e a existência de grande potencial de mão de obra, a dependência econômica, a ausência de qualificação laboral e o déficit educacional se mostraram alguns dos fatores impeditivos para o desenvolvimento satisfatório do país, o qual se encontra frente a um dilema marcado, de um lado, pela necessidade de crescimento econômico e, de outro, pela existência de grandes abismos sociais, que demandam gastos e investimentos em políticas públicas.

Os dados que retratam a trajetória de crescimento brasileiro, embora indiquem que o país estava em franca ascensão a partir do ano de 2002, atingindo o ápice de 7,5 pontos percentuais de crescimento do PIB em 2010, voltam a cair, levando o país a grande recessão do ano de 2014 que culminou com o *impeachment* da Presidente Dilma Rousseff em 2016 (CASTRO; et al., 2016).

O crescimento acelerado do país quando presidido por Luis Inácio Lula da Silva já demonstrava a incapacidade de manutenção desse ritmo, ao mesmo tempo em que os salários cresceram acima da produtividade, de modo que o país passou a viver um momento de déficit em conta corrente e aumento da inflação. (CASTRO et al., 2016). O período alvissareiro da expansão econômica ocultou em certa medida a crise que sobreviria, oriunda da deterioração dos termos de troca, da explosão de commodities e sobrevalorização da taxa de câmbio.

A classe produtiva e as forças de mercado explicitamente mostraram-se a favor de uma urgente inflexão econômica pontuada pelo restabelecimento das forças de mercado como protagonista. Este anseio assumiu ponto central na agenda do então empossado Presidente Michel Temer que, em conjunto com o novo Ministro da Fazenda Henrique Meirelles, não pouparam esforços para aprovar um forte instrumento normativo para contenção das contas públicas, o qual ficou conhecido como Teto de Gastos.

A intenção embutida na Emenda Constitucional 95/2016, para além de limitar os gastos da Fazenda Pública, destinava-se a sinalizar para o mercado internacional a adoção de uma política de austeridade, capaz de prover os investidores da confiança necessária para apostarem positivamente no Brasil. Contudo, as normas adotadas inseriram um tratamento bastante rígido e que de forma muito dura afetou os investimentos da União, em especial, em saúde e em educação. Esse tratamento provocou uma solução de continuidade com a política

até então consagrada constitucionalmente de investimentos progressivos nessas áreas e dirigidos à diminuição das desigualdades regionais.

Com o presente estudo intende-se examinar os contornos dessa emenda constitucional que implementou o Teto de Gastos, tanto sob a perspectiva da doutrina que a defende como da que lhe dirige críticas, a fim de melhor analisar seu potencial e suas limitações. A partir dessa abordagem preliminar, objetiva-se identificar se a adoção do Teto de Gastos pode afetar a saúde de forma desigual no país, atingindo mais negativamente os estados que já detêm os piores indicadores sociais.

Nesse contexto, o problema de pesquisa pode ser representado pela seguinte questão: a adoção do teto de gastos tem o potencial de afetar mais fortemente a saúde prestada pelo poder público nos estados mais vulneráveis?

Os objetivos específicos que marcam o caminho metodológico do presente artigo consistem em contextualizar as diretrizes constitucionais referentes à prestação da saúde como um direito de todos e dever do estado; retomar o referencial teórico da evolução da política econômica e sobretudo o destinado ao exame do Teto de Gastos; verificar a situação econômica dos estados brasileiros a partir de indicadores disponíveis em consulta a dados abertos; identificar a taxa de cobertura dos estados em relação à saúde suplementar tanto nas capitais como no interior e, por fim, traçar reflexões entre a limitação de gastos imposta pela EC 95/2016 e seus impactos na saúde pública.

Justifica-se este estudo diante de uma política econômica que em nome do restabelecimento da higidez do mercado interno tem sacrificado direitos fundamentais, dentre os quais o direito à saúde, situação esta que se agrava sobremaneira diante do estado emergencial decorrente da pandemia provocada pela Covid-19, com nefastos impactos sociais e econômicos.

O método adotado para a construção deste artigo, que se caracteriza como uma pesquisa aplicada quanto a sua natureza e qualitativa quanto à abordagem, é a revisão documental e bibliográfica.

Este artigo se encontra estruturado em cinco seções, sendo esta introdução a primeira. A segunda se ocupará do exame da saúde consagrada como um direito constitucional ao mesmo tempo em que se torna um dever do Estado diante da promulgação da Constituição Federal de 1988. Na terceira explora-se brevemente os contornos do NRF instituído pela EC 95/2016 mediante a abordagem doutrinária.

A metodologia adotada para a confecção deste estudo é apresentada na quarta seção. Por fim, os resultados encontrados e discussões serão apresentados na seguinte, a qual

indicará que os estados mais vulneráveis tendem a ser mais impactados pelo novo regime fiscal, com efeitos negativos para a saúde pública.

2 A saúde alçada a um Direito Constitucional de todos e dever do Estado

Foi com a promulgação da Constituição Federal de 1988 que o direito à saúde se concretizou como um direito fundamental extensível a todos. No período que a antecedeu o acesso aos serviços de saúde ocorria de forma não inclusiva, marcado pela desigualdade e pela impossibilidade dos que não dispunham de recursos ou empregos formais para alcançá-los. Esses serviços eram oferecidos pela iniciativa privada aos providos de condições financeiras e pela Previdência Pública apenas aos trabalhadores formais. Para os demais, a saúde era prestada por organismos e instituições não governamentais de assistência, destituída, portanto, da conformação de uma política pública de estado (MENEZES; MORETTI; REIS, 2000, p. 59).

Rabello aponta que as primeiras alterações importantes para a política pública de saúde vieram com o retorno de Getúlio Vargas ao poder, período no qual se registra a criação do Ministério da Saúde em 1953, o que vem acompanhado ainda da incipiente ideia de se instituir uma descentralização dos serviços de saúde “como parte uma reforma institucional com vistas ao desenvolvimento econômico” (RABELLO, 2010, p. 119)¹. Esse projeto foi retomado na gestão que se seguiu, sob a liderança de João Goulart e concomitantemente com a realização da terceira Conferência de Saúde, cujo ponto central de discussão foi justamente a descentralização dos serviços de saúde (RABELLO, 2010, p. 120).

Esse objetivo, contudo, não foi alcançado e, ao contrário, o país se afastou dessa concepção com a ascensão do autoritarismo proveniente do regime militar que centralizou e concentrou o poder institucional (RABELLO, 2010, p. 120). Mas essa intenção relacionada à ampla distribuição da saúde no território do país ganhou força passando a integrar a lista de objetivos que permeavam o ideal democrático que acabou consolidado com a queda do regime militar e convocação da Assembleia Constituinte.

A promulgação da Carta de 1988, portanto, significou um verdadeiro ponto de inflexão, passando a garantir o acesso universal, integral e igualitário aos serviços de saúde no país, tanto em caráter preventivo como curativo, sem prejuízo da atividade da iniciativa privada que continuou podendo prestá-la em caráter complementar e suplementar. O artigo

¹ A descentralização dos serviços de saúde reflete a agenda política da OMS e da Cepal como instrumentos necessários para prestar assistência aos mais pobres mediante a adoção de ações marcadas pela regionalização, hierarquização e integração, com o escopo de minimizar as desigualdades. (RABELLO, 2010, p. 221)

196 da Constituição Federal (BRASIL, 1988) consagra esse novo paradigma ao estabelecer ser a saúde não apenas um direito de todos, mas um dever do Estado, que deve se pautar na ampla descentralização dos serviços como forma de diminuição das desigualdades regionais.

O direito à saúde passou a ser caracterizado como um direito fundamental a um só tempo individual e coletivo. Individual porque pertencente à esfera particular de cada cidadão como necessário e imprescindível à dignidade e à manutenção da vida. Coletivo por ser indivisível e extensível a toda a sociedade, de modo que não apenas o acesso é garantido pela Constituição como também seus efeitos. Assim, o Sistema Único de Saúde foi concebido como uma rede de proteção destinada à população com o escopo de não apenas proporcionar o acesso aos serviços de saúde, mas também de protegê-la de agravos sanitários, garantindo os efeitos da saúde coletiva.

Não obstante a conquista alcançada, fruto do processo de redemocratização do país, inaugurou-se um desafio legítimo, mas também hercúleo para o Estado, que se apropriou do dever de prover saúde de qualidade e com equidade para todos.

A tarefa é ainda mais desafiadora para países como o Brasil, que ainda não logrou alcançar o patamar dos países ricos em relação ao oferecimento dos direitos dignificantes da pessoa humana, como saneamento básico, alimentação e moradia, ao mesmo tempo em que testemunha o envelhecimento de sua população e aumento da expectativa de vida, fatores determinantes para o crescimento da demanda por serviços de saúde e, de outro lado, por recursos para lhe fazer frente.

A história do SUS é permeada por este constante desafio na busca de recursos suficientes para satisfazer a promessa constitucional. Assim, se com a redemocratização um grande passo foi dado ao se inserir a saúde como um direito de todos e dever do estado, pode-se afirmar que na década seguinte à promulgação da Constituição pouco se fez diante da dimensão que esse direito assumiu no ordenamento jurídico.

Rabello (2010, p. 123) aponta que no início da década de 1990 o neoliberalismo se construía mediante o desmonte de políticas públicas de caráter social já conquistadas. A economia brasileira passou a ser monitorada por organismos financeiros internacionais que pressionavam por políticas econômicas monetaristas centradas no setor externo. Assim, enquanto os anos 80 são referidos como a década perdida para a economia, a doutrina faz uso da mesma alcunha para se referir à década de 90 no que toca os direitos sociais (RABELLO, 2010, p. 124).

Nesse sentido após a promulgação da Carta, até é possível identificar tentativas de inovações normativas para um maior financiamento do SUS, evitando-se tornar a promessa constitucional letra morta. Contudo, todas elas sem grandes êxitos. Dentre essas tentativas,

Benevides et al. (2020, p. 4) apontam que no âmbito da União fora criada uma exigência de aplicação de 30% do orçamento da seguridade social no SUS, no entanto a regra não foi aprovada, sendo vetada em 1994. Faltou força política para a aprovação de medidas para destravar esses investimentos. Ademais, desafio adicional se verificava na ausência de previsão constitucional quanto a patamares mínimos de investimento no âmbito dos estados e municípios.

Mas ainda que pouco tenha sido feito na implementação de aportes financeiros para a área de saúde no período entre a promulgação da Constituição e o ano de 2000, a Emenda Constitucional 29 de 2000 se apresentou como o início de uma nova forma de se pensar o SUS ao garantir o comprometimento das três esferas da federação no financiamento da saúde. Seguiu-se a Emenda 86 de 2015 que trouxe ainda mais estabilidade ao sistema único, embora ainda distante da demanda real por investimentos². Menezes, Moretti, Reis (2020, p. 59) apontam a importância da EC 86/2015 ao tornar obrigatória a execução das emendas parlamentares individuais e ao estabelecer que os recursos federais mínimos para a saúde passariam a ser calculados com base na Receita Corrente Líquida (RCL) da União, iniciando por 13,2%, em 2016, até atingir o patamar de 15% da RCL, em 2020.

Essas emendas constitucionais caracterizam um acerto da política econômica na medida em que a busca por recursos e por formas racionais de empregá-los é o ponto nodal para que a política pública de saúde se torne eficiente, atingindo a universalidade, integralidade e equidade, logrando a diminuição das desigualdades regionais, com impactos positivos para economia interna.

Note-se que a busca da igualdade no acesso aos serviços de saúde, contudo, não é um desafio exclusivo de países pobres e de renda média. Politi (2014, p. 118) aponta que a literatura internacional indica amplamente que “a situação de igualdade na utilização desses serviços costuma ser mais a exceção do que a regra, mesmo em economias mais ricas, havendo evidências de que a desigualdade milita em favor dos mais ricos”.

Mas fato é que a equidade e a diminuição das desigualdades regionais na prestação da saúde são diretrizes constitucionais e, nesse sentido, devem guiar a formulação de políticas sociais e econômicas.³

² Menezes, Moretti, Reis (2019, p. 60) indicam que “Apesar da mobilização de gestores da saúde e do movimento social e de algumas iniciativas no parlamento visando ampliar os recursos para a saúde, o SUS jamais contou com o volume de financiamento compatível exigido para sistemas universais e que pudesse garantir as premissas previstas na Constituição. O gasto total em saúde no Brasil se mantém em torno de 8% do PIB, sendo que mais da metade é composto por gastos privados”.

³ Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988).

Feito este breve apanhado da conformação normativa da saúde na Constituição, passa-se, a seguir, a abordar um movimento contrário aos encabeçados pelas Emendas 29/2000 e 86/2015. Trata-se de Emenda Constitucional 95/2016 que instituiu o novo regime fiscal - NRF, o denominado Teto de Gastos.

3 A Emenda Constitucional 95/2016 – O Teto de Gastos

Após uma atuação estatal voltada a aprimorar a saúde mediante a adoção de políticas econômicas e sociais, o Brasil vem enfrentando uma tendência contraposta, marcada por medidas econômicas austeras com o objetivo de “ancorar as expectativas dos agentes econômicos por meio da limitação do crescimento do gasto público em um contexto de insolvência fiscal” (CARDOSO ET AL., 2020, p. 3).

Esse cenário, acompanhado do movimento neoliberal crescente posterior ao *impeachment* da Presidente Dilma Rousseff foram propícios para a adoção de medidas econômicas mais austeras. Assim, em meio a uma conjuntura pontuada pela recessão econômica de 2015 que trouxe grandes prejuízos a todos os setores da economia e conseqüentemente à queda da arrecadação tributária, adveio a promulgação da EC 95/2016.

Dweck e Rossi (2016) pontuam que no Brasil a guinada para austeridade é iniciada ainda no Governo Dilma que a adotou como forma de recuperar a credibilidade do mercado na econômica. Mas o desenho era apenas no sentido de que essa “contração fiscal seria expansionista, passando apenas por um curto período recessivo, necessário para recuperar a confiança nas políticas do governo” (DWECK; ROSSI, 2016, p.2).

Ainda que o Governo Dilma tenha adotado medidas de contenção de gastos, a verdadeira ruptura na política econômica foi inaugurada com o Governo Temer e posteriormente encampada pelo Governo Bolsonaro. E a marca dessa quebra em relação à política econômica anterior é justamente a Emenda Constitucional 95/2016 que implantou o Teto de Gastos.

A Emenda Constitucional nº 95 foi promulgada em 16 de dezembro de 2016, tendo por objeto a instituição do Novo Regime Fiscal – NRF que estabeleceu a limitação ao crescimento das despesas do Estado, abrangendo os três poderes da União, o Ministério Público e a Defensoria Pública, pelo período de 20 anos.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade. (BRASIL, 1988).

Em relação à saúde, esse teto para os gastos provocou o congelamento dos investimentos da União no percentual de 15% sobre a RCL de 2017 corrigidos pela inflação (IPCA)⁴. O contingenciamento ocorre porque segundo o regime anterior os gastos em saúde correspondiam ao percentual calculado anualmente sobre a RCL, de modo a experimentar crescimento do montante absoluto a ser investido de forma proporcional ao crescimento econômico.

As análises dirigidas ao estudo do NRF divergem entre os que o defendem e aqueles que o repudiam.

Os favoráveis à EC 95/2016 afirmam seu valor para o controle dos gastos públicos como forma de atrair investimentos privados, manter os juros em patamares razoáveis bem como para o controle da inflação. Mendes (2020, p. 15) afirma a ausência de evidências de que a instituição do teto de gastos tenha prejudicado a saúde. Ao contrário, afirma que o NRF se mostrou benéfico na medida em que sob sua vigência um montante nominal maior de investimentos foi aplicado ao setor.

Argumenta, também, que o NRF não estabeleceu um teto para os investimentos em saúde, mas um piso, sendo possível, mesmo dentro da limitação de gastos, o remanejamento de investimentos prioritariamente destinados a outras áreas. De outro lado, afirma que não se trata de uma medida permanente, embora de longa duração, de forma que ao final do prazo de vigência, correspondente a 20 anos, voltaria a valer a regra anterior de investimentos equivalente aos 15% da RCL.

Já os que se posicionam contrários ao novo regime sustentam que a mudança por ele instituída se revelou bastante drástica, mormente para as áreas da saúde e educação, mas invariavelmente com impactos negativos em toda a economia. Dweck e Rossi (2016) advertem que as evidências demonstram que a estratégia da austeridade agrava os problemas que se propõe a resolver. E, quanto ao NRF, indicam que o congelamento dos investimentos públicos, em conjunto com o crescimento da população e demandas por serviços e políticas públicas, já indicam, de forma bastante clara, tratar-se de uma opção econômica inapropriada. Nessa trilha, os impactos desse congelamento tendem a transbordar para diversas searas, afetando a sociedade como um todo. Afirmam que

a economia é um ciclo em que o estado e a iniciativa privada são interdependentes. Assim quando o Estado injeta dinheiro na economia e aumenta seu déficit, injeta dinheiro no setor privado. Ao contrário, quando aumenta seu superávit, retém ativos que seriam repassados ao setor privado. Desta forma, medidas de austeridade podem levar a uma estagnação do

⁴ No Brasil, o investimento mínimo anteriormente previsto para saúde correspondia, nos termos da Emenda Constitucional 86/2015, a um percentual sobre a Receita Corrente Líquida – RCL) de forma escalonada, 13,2% em 2016, 13,7% em 2017, 14,2% em 2018, 14,7% em 2019 e 15% a partir de 2020.

crescimento econômico justamente por apresentar empecilhos para que recursos cheguem ao setor privado. (DWECK; ROSSI, 2016, p.1)

Em relação a esse impacto econômico bastante vasto, Cardoso et al. (2020) em artigo destinado a avaliar os efeitos oriundos da política econômica de austeridade, apontam a necessidade de aumento da produtividade no território do país em uma média de 20% para atenuar os efeitos contracionistas dessa agenda. O estudo considera, ainda, as heterogeneidades regionais, e demonstra ser improvável o aumento da produtividade em estados e regiões mais vulneráveis, o que tem o potencial de aumentar as disparidades regionais.

A doutrina indica, ademais, a escassez de estudos científicos ligados a análises regionais dos impactos dessas medidas. Cardoso et al. afirmam que

“a análise regional é importante por captar as heterogeneidades comuns ao espaço, em especial no Brasil, um país continental e de grandes desigualdades regionais, sociais, econômicas e estruturais. Essas desigualdades fazem com que a importância do gasto público para as economias e bem estar das famílias e a própria dinâmica e estrutura produtiva varie muito entre as regiões” (CARDOSO ET AL., 2020, p. 4)

Não apenas em relação à produtividade, mas também em relação a aspectos sociais evidencia-se o aumento das desigualdades provocado pela EC 95/2016 e, em especial, no que se relaciona à saúde, objeto deste estudo.

Isto porque a redução de investimentos do governo federal nos estados impõe uma maior afetação dos recursos estaduais e municipais para fazer frente aos serviços de saúde, de modo que os estados mais vulneráveis e com arrecadação inferior enfrentarão maiores desafios. Note-se que nem se cogita em aprimorar o sistema de saúde, o que se avista como impossível é a própria manutenção dos serviços e sua qualidade nos níveis até então experimentados.

Embora este tipo de condução da política econômica possa se revelar, em certa medida, positivo sob a perspectiva macroeconômica, com potencial para a atração de investimentos estrangeiros para a economia doméstica, sob outras perspectivas é dotada de um alto preço social exigido da população e com grande capacidade de maximizar desigualdades sociais e econômicas já existentes, impactando negativamente a economia interna em médio prazo. Assim, este artigo aborda os impactos para o agravamento da desigualdade na saúde nos diversos estados, o que será explorado posteriormente à indicação da metodologia adotada.

4 Metodologia

Este estudo se caracteriza como uma pesquisa bibliográfica e documental, com uma abordagem qualitativa que envolve a obtenção de dados e informações descritivos. Tais dados se referem ao perfil sócio econômico dos estados da federação e sua relação com o Sistema Único de Saúde, bem como informações relacionadas a taxa de cobertura à saúde suplementar nas capitais e no interior dos estados, com o objetivo de identificar os impactos da agenda econômica contracionista na saúde prestada pelo estado.

Os dados analisados foram obtidos junto aos sítios do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e do Atlas Brasil.

Observou-se o produto interno bruto dos 27 estados em conjunto com a renda mensal per capita fornecidos pelo IBGE em relação ao ano de 2018. Informações obtidas junto à ANS, referentes ao ano de 2020⁵, a partir da consulta a dados abertos da instituição, possibilitaram o acesso à taxa de cobertura⁶ dos cidadãos dos diferentes estados à rede de saúde suplementar, indicando, a *contrario sensu*, a intensidade de dependência de cada localidade no sistema único de saúde. Informações adicionais como renda média domiciliar per capita e gastos médios com serviços de saúde também foram examinadas.

A análise desses dados reunidos permitirá a extração de alguns achados em relação à prestação dos serviços de saúde no país e sua relação com a política econômica de austeridade que vem sendo praticada.

5 Resultados e Discussões

Nos termos já abordados, a vigência da EC 95/2016 passou a restringir os gastos públicos, estabelecendo como limite o teto vigente em 2017 reajustado pela inflação como o valor máximo passível de ser investido pelo estado em diversas áreas.

⁵ Dados disponibilizados pela ANS. Disponível em http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/tabnet?dados/tabnet_tx.def. Acesso em 01 dez 2020.

⁶ Taxa de cobertura: “Razão, expressa em porcentagem, entre o número de beneficiários e a população em uma área específica. Os dados disponíveis são oriundos do Sistema de Informações de Beneficiários (SIB), gerido pela ANS, e das estimativas da população brasileira, calculadas pelo Datasus/MS, a partir dos dados fornecidos pelo IBGE. As estimativas da população brasileira são calculadas pelo Datasus/MS a partir dos dados fornecidos pelo IBGE”. Disponível em <https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/aceso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/informacoes-gerais/manual-sala-de-situacao.pdf>. Acesso em 27 out. 2021.

Esse engessamento das despesas se reflete necessariamente no repasse de verbas da União aos estados e municípios para o financiamento da saúde, que passa a contar com valores menores para fazer frente às necessidades da população.

Levantamentos demonstram que desde a aprovação do Teto de Gastos, o investimento em saúde, congelado no percentual de 15% sobre a receita corrente líquida – RCL de 2017, diminuíram de forma bastante considerável. O Conselho Nacional de Saúde⁷ informa que em 2017, ano do início da vigência da emenda, os investimentos em saúde correspondiam a 15,77% da arrecadação da União. Já em 2019, esses recursos já representavam 13,54%, sendo esse movimento decrescente a tendência a ser experimentada nos próximos anos.

Como contrapartida a esse processo de verdadeiro desfinanciamento do sistema de saúde, os Estados e Municípios são ainda mais demandados para fazer frente às lacunas oriundas da escassez das verbas necessárias à manutenção dos serviços já existentes, tornando-se bastante reduzidas as possibilidades de implementação de melhorias nos serviços prestados ou mesmo na expansão do sistema.

Simulação elaborada por Menezes et al. (2019) demonstram a perspectiva que se desenha com a aplicação do regime de Teto de Gastos ao longo de sua vigência, programada até o ano de 2036. Os autores observam que ao se desvincular os investimentos em saúde da RCL e ao se adotar um teto máximo de gastos, impede-se o efetivo incremento dos investimentos, ainda que se verifique um crescimento econômico do país. O estudo estima que esse investimento, correspondente a 15,77% da RCL em 2017 tende a cair para um patamar próximo a 10% em 2036.

De outro lado, ao mesmo tempo em que a proporção de investimento da União decresce, as necessidades por serviços de saúde tendem a aumentar, resultado do crescimento da população, bem como de seu envelhecimento, fato que demanda maior atenção da saúde.

O IBGE aponta que entre o Censo de 2010 e as projeções para janeiro de 2021 a população no país cresceu em torno de 12%⁸. Quanto à população de idosos o Instituto indicava que já em 2018 o país tinha mais de 28 milhões de pessoas nessa faixa etária, sendo que o percentual tende a dobrar nas próximas décadas de acordo com as estimativas⁹. Os

⁷ Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1044-saude-perdeu-r-20-bilhoes-em-2019-por-cao-da-ec-95-2016>>. Acesso em: 21 fev. 2021.

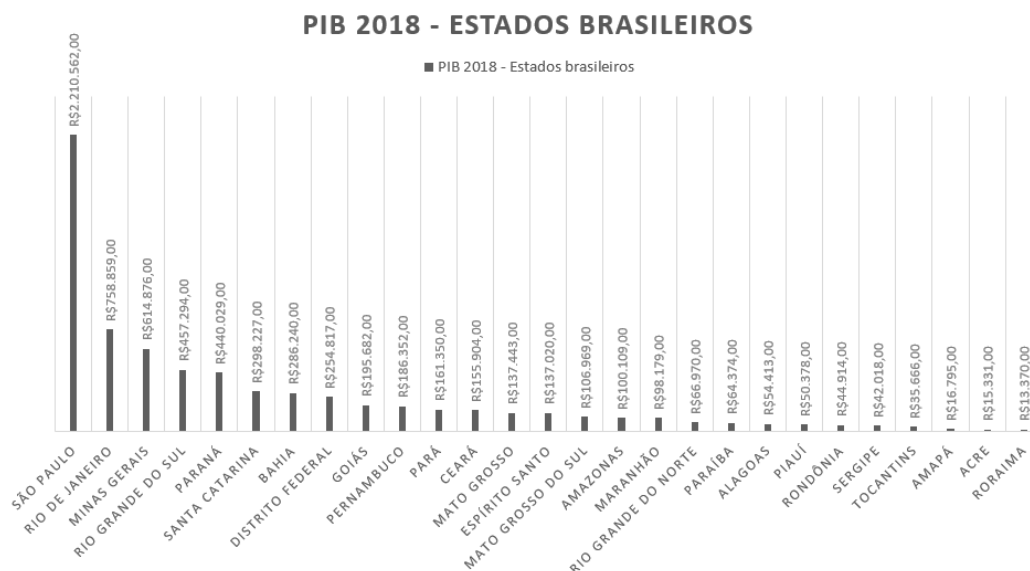
⁸ O IBGE informa que no Censo de 2010 a população do Brasil correspondia a 190.732.694, sendo e as projeções para janeiro de 2021 indicam um número de 212.750.030 de pessoas. Disponível em <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>. Acesso em 26 fev. 2021.

⁹ Disponível em <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017>>.

números são irrefutáveis no sentido da necessidade de avolumar os investimentos em saúde, o que não se revela provável de ser adequadamente suportado pelos estados e municípios sem o protagonismo dos investimentos oriundos da União.

Outrossim, as desigualdades já intensas entre as regiões e os estados brasileiros inspiram maior atenção aos problemas vislumbrados com o NRF. Nesse sentido, ao se analisar o PIB dos estados brasileiros em conjunto com a renda mensal domiciliar per capita, observa-se de forma bastante evidente a superioridade econômica de algumas unidades da federação em relação às demais.

Gráfico 1 – PIB dos estados brasileiros
Elaborado a partir de dados do IBGE



Verifica-se que os estados mais ricos, dentre os quais se destacam Rio de Janeiro e São Paulo, tendem a ter uma renda domiciliar per capita igualmente mais alta em relação aos estados mais pobres, o que sugere a maior capacidade daqueles de investimento em ações voltadas à saúde.

Já a renda domiciliar mais baixa é inerente aos estados mais pobres. Essa relação pode ser verificada do cotejo das informações presentes nos Gráficos 1 e 2 e indica a maior

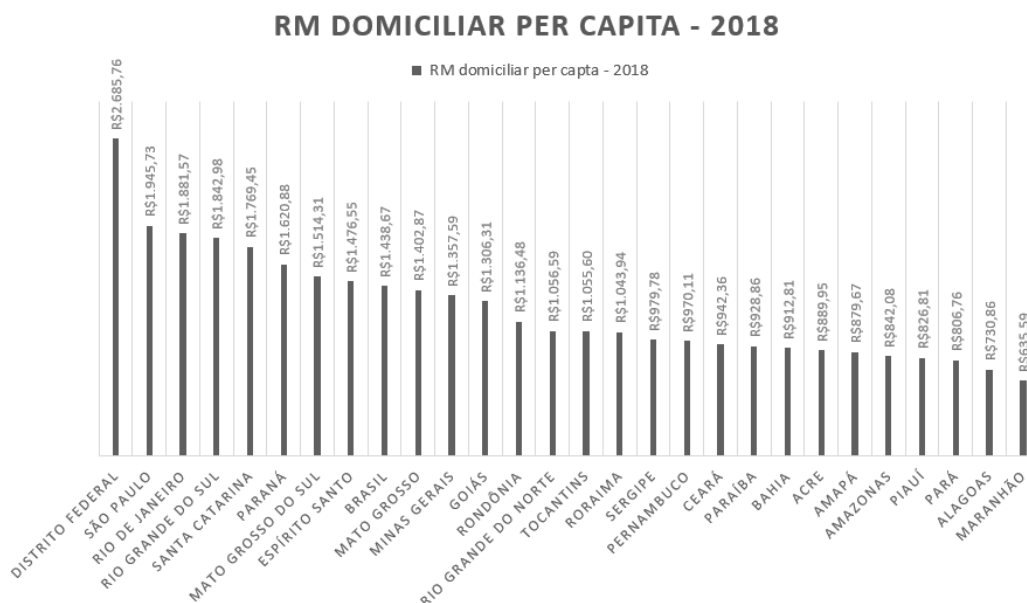
Acesso em 26 fev. 2021. Os dados se referem à população com mais de 60 anos em 2018. Ressalta-se que de acordo com o Estatuto do Idoso (Lei 10.741/2003), o idoso corresponde aos habitantes com idade igual ou superior a 60 anos.

incapacidade dos habitantes dos estados mais pobres em vencer as barreiras financeiras para o acesso à saúde¹⁰.

Na mesma esteira, o PIB inferior também indica uma maior dificuldade de afetação de recursos estaduais e municipais para compensar as demandas de saúde cujo financiamento teve a parcela que compete à União contingenciada pela PEC 95/2016¹¹.

Note-se que dentre os nove estados posicionados no tercil com o menor PIB, cinco deles têm também a menor renda mensal domiciliar per capita. São eles: Alagoas, Piauí, Amapá, Acre e Paraíba, todos localizados nas regiões Norte e Nordeste do país.

Gráfico 2 – Renda mensal domiciliar per capita referente ao ano de 2018
Elaborado a partir de dados do IBGE



Esses dados indicam que a capacidade dos aportes dos estados e municípios necessários a sustentar os serviços de saúde é bastante diferente. Alguns dos estados

¹⁰ Castro, Travassos (2008, p. 186) se referem à existência de diversas barreiras para vencer as iniquidades em saúde, as quais são de diversas ordens, dentre as quais destacam as barreiras geográficas, financeiras, organizacionais, informacionais e culturais.

¹¹ Não se olvida o fato de que a renda domiciliar *per capita* dos municípios não reflete as desigualdades locais, sendo certo que as disparidades entre os municípios revelam uma maior necessidade de atenção às populações das regiões mais vulneráveis. Souza aborda esse aspecto em estudo que analisa a vulnerabilidade no município de Curitiba em relação à pandemia de Sars-Covid19. (SOUZA, 2020)

contam com capacidade de investimento notadamente superior do que outros, de modo que o contingenciamento das verbas oriundas da União tende a afetá-los de forma mais severa.

Sob outra perspectiva de análise, é possível perceber a vulnerabilidade dos estados mais pobres também a partir do exame de dados relacionados à saúde suplementar, que evidenciam que as regiões Sul e Sudeste do país, são muito melhor assistidas pela saúde privada, tornando-se, dessa forma, um pouco menos dependentes do sistema único de saúde¹².

A Agência Nacional de Saúde - ANS informa que no Brasil 24,5% de sua população possui convênios de saúde, o que implica afirmar que três quartos das pessoas são exclusivamente assistidas pelo SUS. Se esse percentual já revela uma grande dependência do país ao sistema único, os dados referentes aos estados da federação se mostram ainda mais alarmantes na medida em que indicam uma ampla disparidade regional.

Nesse sentido, enquanto alguns estados possuem alta adesão aos convênios de saúde, como ocorre com São Paulo, cuja taxa é de 41%, outros estados possuem uma mínima participação da rede privada na prestação da saúde, como ocorre com o Acre, cuja taxa de cobertura é de apenas 5,6%.

A Tabela 1 retrata essas disparidades em números e evidencia, para além das diferenças existentes entre os estados, as iniquidades constatadas internamente em cada um deles. Percebe-se do exame dos números que a adesão à saúde suplementar nas capitais é expressivamente superior em relação aos municípios do interior.

Como exemplo, toma-se os números do estado do Amazonas, que registram uma taxa de cobertura da rede privada de 27,8% em Manaus, enquanto menos de 1% da população residente nas cidades do interior tem acesso à rede privada de saúde.

Mais drástica ainda é a situação de Roraima e Acre, cujas taxas de cobertura correspondem respectivamente a 9,4% e 11,1% nas capitais, enquanto esse índice no interior desses estados é de apenas 0,5% e 1%.

Tabela 1 – Taxa de cobertura da saúde suplementar nos estados.

Indicação da cobertura total, nas capitais e no interior.

*Elaborado pela autora a partir da consulta aos dados abertos da ANS¹³

¹² Registre-se que essa menor dependência não permite afirmar sob nenhuma perspectiva a dispensabilidade dos serviços prestados pelo sistema único de saúde, os quais são absolutamente necessários. Indicam, outrossim, a existência de um maior número de pessoas que buscam por serviços da rede privada.

¹³ Disponível em http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/tabnet?dados/tabnet_tx.def. Acesso em 01 dez 2020.

Estados	Total	Capital	Interior	Estados	Total	Capital	Interior
São Paulo	41	50,9	37,2	Pernambuco	14,9	40,1	9,6
Rio de Janeiro	33,2	47,9	23,6	Amazonas	14,8	27,8	0,8
Distrito Federal	32,6	32,6	0	Sergipe	14,7	38,6	5,5
Espírito Santo	30,3	65	26,8	Alagoas	11,9	30,2	4,1
Paraná	26,9	55,4	21,2	Bahia	11,2	29,9	6,8
Minas Gerais	25,4	49,2	22,1	Paraíba	10,8	31,8	5,7
Brasil	24,2	41,3	18,9	Rondônia	10,1	19,6	6,4
Rio Grande do Sul	24,1	47,7	20,6	Pará	10,1	30,3	5,6
Santa Catarina	23,6	43,6	22,1	Amapá	10,1	14,4	4
Mato Grosso do Sul	23,4	31,1	19,8	Piauí	9,8	28,3	3,2
Mato Grosso	18,2	40,3	13,3	Tocantins	7,4	21,9	4,4
Goias	17	36,4	12	Maranhão	6,8	28,5	2,9
Rio Grande do Norte	15,6	36,9	8,3	Roraima	6,1	9,4	0,5
Ceará	14,9	37,9	5,5	Acre	5,6	11,1	1

Os números retratados na Tabela 1 indicam uma maior dependência de alguns estados no sistema único de saúde. Mais que isso, indicam uma maior dependência dos municípios do interior dos estados. Alguns são completamente dependentes do sistema único de saúde, sendo praticamente inexistente uma rede privada de atenção.

Os dados referentes aos municípios do interior impressionam e revelam a ampla necessidade de uma rede de proteção pública para a garantia da saúde, seja preventiva ou curativa. E mais uma vez identifica-se que o tercil de estados que mais demandam a presença do SUS estão localizados nas regiões Norte e Nordeste do país, e correspondem justamente àqueles que possuem a menor renda mensal domiciliar *per capita* e o menor PIB.

A Tabela 2 indica o percentual de dependência do SUS, extraído de modo inverso a partir da taxa de cobertura à saúde suplementar fornecida pela ANS.

Tabela 2 – Indicação do percentual de dependência dos estados no SUS e indicação do rendimento mensal domiciliar per capita.

*Elaborado pela autora a partir de dados do IBGE e ANS.

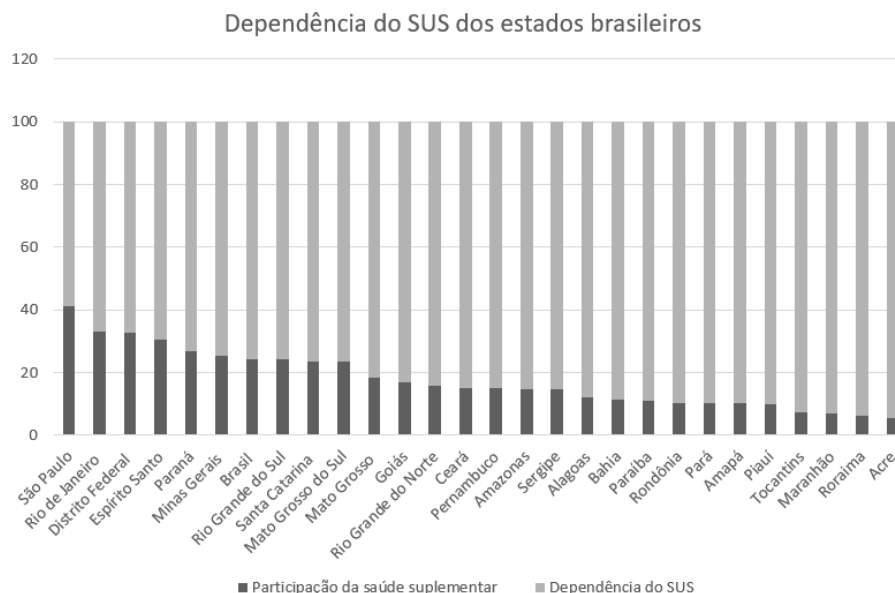
Estados	Percentual de dependência do SUS	RM per capita	Estados	Percentual de dependência do SUS	RM per capita
São Paulo	59%	R\$ 1.945,73	Pará	89,9%	R\$ 806,76
Rio de Janeiro	66,8%	R\$ 1.881,57	Amapá	89,9%	R\$ 879,67
Espírito Santo	69,7%	R\$ 1.476,55	Piauí	90,2%	R\$ 826,81
Paraná	73,1%	R\$ 1.620,88	Tocantins	92,6%	R\$ 1.055,60
Minas Gerais	74,6%	R\$ 1,357,59	Maranhão	93,2%	R\$ 635,59
Rio Grande do Sul	75,9%	R\$ 1,842,98	Roraima	93,9%	R\$ 1.043,94
Santa Catarina	76,4	R\$ 1.769,45	Acre	94,4%	R\$ 889,95

Os dados tornam ainda mais clara a percepção de que os estados mais pobres são também os que tem a pior assistência da rede privada de saúde e, como consequência, demandam maior investimentos de verbas do setor público para a manutenção dos serviços de saúde. A população de tais estados, com menor PIB e menor renda domiciliar per capita, tem menor capacidade de recorrer à rede privada de saúde, pois possuem rendimentos mais baixos.

Estudos demonstram que não obstante a maior dependência do país no sistema único de saúde (aproximadamente 75% da população depende exclusivamente do SUS), os gastos dos brasileiros com acesso à saúde suplementar superam os gastos públicos com o SUS fornecendo ainda mais evidências que militam em favor das disparidades (FIGUEIREDO et al., 2018).

A representação constante do Gráfico 3 retrata a relação de dependência dos estados brasileiros nos sistemas público e privado de saúde, a partir dos dados da ANS. As colunas são compostas, a partir de sua base, do volume de participação da rede privada na prestação da saúde. Já o segmento superior corresponde o volume da dependência dos estados no SUS.

Gráfico 3 – Dependência dos estados brasileiros no Sistema Único de Saúde
Elaborado a partir de dados da ANS



Ao se estabelecer um teto de gastos para a União aplicável aos investimentos em saúde, como fez a PEC 95/2016, exige-se uma maior participação dos estados e municípios com aportes de verbas públicas e mesmo com uma maior presença da rede privada de saúde para a assistência à população. Estados como o Acre, Roraima e Maranhão, dentre outros, com ampla dependência do sistema único de saúde e com uma rede privada de intervenção

mínima, tendem a necessitar de maiores aportes de investimentos oriundos das suas receitas e das de seus municípios.

Justamente nesse sentido os dados informam uma maior dificuldade dos estados mais vulneráveis em fornecer essa contrapartida. Três são as razões que fundamentam essa percepção: os estados mais vulneráveis são mais pobres e, portanto, seus investimentos serão mais limitados; a assistência da rede privada de saúde é inferior nesses estados, em alguns praticamente inexistente, mormente na região interiorana, sendo que algumas são quase que completamente desassistidas; ainda, a renda mensal per capita mais diminuta indica severas barreiras financeiras da população dessas localidades para o acesso à rede privada de saúde, o que impede a obtenção de uma contrapartida para compensar a ausência de serviços do SUS.

O impacto da política econômica contracionista, portanto, tende a agravar as disparidades regionais, afetando mais severamente alguns estados em relação a outros. E, nesse sentido, a diminuição das desigualdades regionais é uma diretriz constitucional que parece estar sendo ignorada diante dos potenciais efeitos do Teto de Gastos.

Muito embora a agenda política seja indispensável para o desenvolvimento econômico e para o crescimento do país, não pode correr de forma apartada da agenda social. Políticas contracionistas a longo prazo, como já advertiram Dweck, Rossi (2016), tendem a ser mais prejudiciais do que os efetivos problemas que pretendem solucionar, razão pela qual há de ser encontrado o fiel da balança mediante a construção de uma política econômica que contemple os direitos fundamentais, dentre os quais se destaca o direito à saúde.

6 Considerações Finais

Este artigo buscou analisar os impactos que podem advir da Emenda Constitucional 95/2016, instituidora do NRF, conhecido como Teto de Gastos, sobre a saúde prestada pelo poder público nos estados brasileiros.

Demonstrou-se que a adoção dessa política econômica demasiadamente austera, elevada à categoria constitucional, embora tenha como um de seus objetivos a recuperação da credibilidade econômica do país, tem o potencial efeito de provocar mais danos do que benefícios.

A inserção das normas que regulamentam o NRF no texto constitucional engessa sobremaneira as possibilidades de ajustes em virtude do quórum necessário e capital político para quaisquer alterações. O fato se revelou verdadeiro já no ano de 2020 em que o país se viu diante de uma pandemia mundial. Enquanto os países centrais passaram a adotar políticas

econômicas expansionistas para fazer frente às mazelas oriundas da pandemia, o Brasil encontrou dificuldades em virtude das medidas de austeridade, não obstante a drástica alteração do cenário econômico interno e mundial.

Esse novo regime fiscal - o Teto de Gastos - revela potencial para afetar várias áreas da economia sob diversas perspectivas. Dentre tais áreas a saúde prestada pelo Poder Público e que conta com investimentos oriundos da União, estados e municípios pode estar fortemente ameaçada.

Este artigo buscou analisar os impactos da EC 95/2016 na área da saúde e como suas medidas contracionistas podem afetar mais severamente estados mais vulneráveis. Demonstrou-se que os estados com menor PIB possuem também uma menor renda mensal domiciliar per capita além de menores taxas de cobertura da rede de saúde suplementar. Esses estados juntamente com seus municípios, ao experimentarem o contingenciamento das verbas destinadas à saúde, serão demandados a investir suas receitas para fazer frente à lacuna dos investimentos oriundos da União.

Os dados apontam para uma menor capacidade de reação desses estados mais pobres. Ademais, a população de tais estados também possui menor adesão a convênios de saúde, de forma que a dependência no sistema único de saúde é muito maior.

Não se vislumbra, portanto, um cenário em que o impacto da EC 95/2016 atinja de forma igual os diversos estados da federação. Ao contrário, o impacto tende a ser sentido de forma diferenciada e mais drasticamente por aqueles com menor capacidade econômica e terá o efeito de alargar as disparidades regionais já existentes.

As políticas econômicas não podem ser concebidas como um fim em si mesmas, faz-se necessário que estejam em consonância com políticas sociais, pois constituem um dos instrumentos necessários para estas e, de outro lado, existem para promover o desenvolvimento do país, o que pressupõe mais do que crescimento econômico.

A EC 95/2016 parece priorizar a economia sob a perspectiva da manutenção de receitas públicas com o objetivo de provocar um superávit do Estado. Contudo, na outra ponta dessa opção política há impactos diretos e indiretos que poderão surtir efeitos na sociedade com intensa repercussão em várias áreas, o que pode se revelar mais custoso do que os ganhos obtidos com sua promulgação.

7 Referências

1. ABIMBOLA Seye, BAATIEMA, Leonard; BIGDELI, Maryam. The impacts of decentralization on health system equity, efficiency and resilience: a realist synthesis of

- the evidence. **Health Policy Plan. Out.**, 2019. Disponível em: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31378811/>>. Acesso em: 10 fev. 2021.
2. ALBRECHT, Cristina Arthmar Mentz; BORDIN, Ronaldo; ROSA, Roger dos Santos. O conceito de equidade na produção científica em saúde: uma revisão. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 26, n. 1, p- 115-128, 2017.
3. BENEVIDES, Rodrigo Pucci de Sá; SANTOS, Maria Angélica Borges dos; SERVO, Luciana Mendes Santos; VIEIRA, Fabiola Sulpino. Financiamento do SUS e Covid-19: histórico, participações federativas e respostas à pandemia. **SciELO preprint**. Disponível em: < <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/1530>>. Acesso em: 10 jan. 2021.
4. BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil – 1988. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 05 out. 1988, p.1.
5. _____. Constituição, 1988. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF. 14 set. 2000, p.1.
6. _____. Constituição, 1988. Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF. 18 mar. 2015, p. 1.
7. _____. Constituição, 1988. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 15 dez. 2016, p. 1.
8. _____. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, de 20, set. 1990, p. 1.
9. CARDOSO, Débora Freire; CARDOSO, Guilherme Silva; DOMINGUES, Edson Paulo e SIMONATO, Thiago Cavalcante. Austeridade fiscal e reformas estruturais: quais seriam os ganhos de produtividade do trabalho necessários para compensar os impactos regionais contracionistas da agenda de austeridade? **BRSA**, 2020. 23 p.
10. DWECK, Esther; ROSSI, Pedro. Impactos do Novo Regime Fiscal na saúde e educação. **Cadernos de Cad. Saúde Pública** 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v32n12/1678-4464-csp-32-12-e00194316.pdf>. Acesso em: 05 jan. 2020.
11. FIGUEIREDO, Juliana Oliveira; MEDINA, Maria Guadalupe; PAIN, Jairnilson Silva; PRADO, Níli Maria de Brito Lima. Gasto público e privado no Brasil e países selecionados. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 42, número especial 2, out. 2018, p. 37-47.
12. CASTRO, Lavinia Barros de; GIAMBIAGI, Fabio; VILLELA, André; HERMANN, Jennifer. **Economia Brasileira Contemporânea**. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Elsevier – Campus, 2011.
13. CASTRO, Mônica Silva Monteiro; TRAVASSOS, Claudia. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: GIOVANELLA, L; ESCOREL, S;

- LOBATO, L. V.; CARVALHO, A. I.; NORONHA, J. C. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008.
14. GIL, Antonio Carlo. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. São Paulo: Editora Atlas, 2008.
15. GODOY, Arilda Schmidt. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. **RAE**, v. 35, n.3; mai./jun., 1995.
16. HEINIG, Daniel Wagner; MYSZCZUM, Ana Paula. O marco regulatório do saneamento no Brasil e o impacto nas políticas de saneamento dos municípios da região norte de Santa Catarina. In: MOTTA, Fabricio; GABARDO, Emerson, (Coords.) **Desenvolvimento nacional por uma agenda propositiva e inclusiva**. Curitiba: Íthala, 2020.
17. IPEA. **Atlas da Vulnerabilidade Social nos municípios brasileiros**. Brasília: IPEA, 2015.
18. MENDES, Marcos. Despesa com saúde e o teto de gastos no governo federal. **Insper**, jul., 2020. Disponível em: < https://www.insper.edu.br/wp-content/uploads/2020/07/Despesa-com-sa%C3%BAde-e-o-teto-de-gastos-no-governo-federal_Marcos-Mendes.pdf#page=6&zoom=100,109,681>. Acesso em: 20 fev. 2021.
19. MENEZES, Ana Paula do Rego; MORETTI, Bruno; REIS, Ademar Arthur Chioro dos. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública – austeridade versus universalidade. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 3, n. especial, dez. 2019, p. 57-70.
20. MONASTERIO, Leonardo; NERY, Pedro Fernando; SHIKIDA, Claudio D. **Guia Brasileiro de análise de dados: armadilhas e soluções**. Brasília: Enap, 2021.
21. POLITI, Ricardo. Desigualdade na utilização de serviços de saúde entre adultos: uma análise dos fatores de concentração da demanda. **Economia Aplicada**, v. 18, n. 1, 2014, p. 117-137
22. RABELLO, Lucíola Santos. **Promoção da saúde e construção social de um conceito em perspectiva comparada**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.
23. SERVO, Luciana Mendes Santos; VIEIRA, Fabiola Sulpino. Covid-19 e /pandemia. **Scielo preprint**. Disponível em <<https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/1370/2146L>>. Acesso em 23 fev. 2021.
24. SOUZA, Marcelo Nogueira. **O índice de vulnerabilidade das unidades municipais de saúde como estratégia de enfrentamento da COVID-19 na periferia de Curitiba**. Disponível em:< <https://www.observatoriodasmetroles.net.br/o-indice-de-vulnerabilidade-das-unidades-municipais-de-saude-como-estrategia-de-enfrentamento-da-covid-19-na-periferia-de-curitiba/>>. Acesso em: 10 nov. 2020.