

**A AUSTERIDADE ECONÔMICA E CRISE SANITÁRIA  
ANÁLISE APLICADA A PARTIR 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)**

**ECONOMIC AUSTERITY AND THE HEALTH CRISIS  
APPLIED ANALYSIS BASED ON THE EFFECTS OF THE BRAZILIAN PUBLIC DEBT  
AND THE CONSTITUTIONAL AMENDMENT OF THE SPENDING CEILING (EC Nº  
95/2016) ON PUBLIC HEALTH FINANCING (2008-2021)**

André Portella<sup>1</sup>  
Claudia Tannus Gurgel do Amaral<sup>2</sup>  
Hebert Souza Santos<sup>3</sup>  
Maria Matilde Costas Lavouras<sup>4</sup>

**RESUMO**

O objetivo da pesquisa visa 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 da austeridade da dívida pública – com o (des)financiamento de participação social do Estado na garantia de acesso e promoção ao direito à saúde. O método aplicado para investigação contou com revisão bibliográfica, em caráter exploratório, acerca do financiamento público e demais indicadores socioeconômicos, e levantamento dos dados e montantes orçamentários do órgão federal no período entre 2008 a 2021. Os resultados apontam que a crise sanitária (2020-2021) impactou no financiamento do SUS e na participação social do Estado com a promoção emergencial de políticas públicas de saúde e com a alocação/incremento de recursos orçamentários. Contudo, a retração dos gastos públicos ocasionou, de fato, impactos nos níveis de investimento na área saúde e na seguridade social. Conclui-se que, desse modo, o subfinanciamento da saúde e as desvinculações de receitas da área impactam na manutenção/ampliação de políticas públicas destinadas a erradicação de endemias, ao combate da fome e a promoção de infraestrutura básica do país, elementos estes que devem ser considerados como integrantes do núcleo essencial do direito à saúde.

**Palavras chaves:** Saúde Pública; Direito Financeiro; Finanças Pública; Covid-19; Dívida Pública.

**ABSTRACT**

The objective of the research aims to investigate to what extent the contractionary reforms of public spending, in the examination of the health crisis, collaborated – under the spending ceiling (EC No. 95/216) and the austerity of the public debt – with the (de)financing of the State's social participation in guaranteeing access and promotion of the right to health. The method applied for the investigation included a literature review, on an exploratory basis, on public financing and other socioeconomic indicators, and a survey of data and budget amounts of the federal agency in the period between 2008 and 2021. The results indicate that the health crisis (2020-2021) impacted the financing of the SUS and the social participation of the State with the emergency promotion of public health policies and the allocation/increase of budgetary resources. However, the retraction of public spending has indeed had an impact on the levels of investment in health and social security. It is concluded that, in this way, the underfunding of health and the untying of revenues in the area impact on the maintenance/expansion of public policies aimed at the eradication of endemic diseases, the fight against hunger and the promotion of basic infrastructure in the country, elements that should be considered as part of the essential core of the right to health.

**Key words:** Public Health; Financial Law; Public Finance; Covid-19; Public Debt.

## 1 INTRODUÇÃO

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 nacional e/ou 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 (2020-2021), 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.

O objetivo desta pesquisa visa 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).

A hipótese, a seu turno, 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.

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, a abordagem acerca da tessitura política, jurídica e econômica das reformas contracionistas do gasto público deve ser considerada, a fim de assegurar a compreensão acerca da corrente teórica e da crítica referente a austeridade econômica e, bem como, os impactos sociais e econômicos provocados pelo EC nº 95/2016, posteriormente agravados pela crise sanitária, no financiamento público da seguridade social, com ênfase na saúde pública.

A metodologia aplicada, por fim, contou com dois momentos para investigação técnica e aprofundamento teórico da pesquisa, a saber, em síntese: a revisão bibliográfica, em caráter exploratório, para sistematização e compreensão temática acerca do financiamento público e demais indicadores socioeconômicos, além disso levantamento dos dados e montantes orçamentários compreendido no período entre 2008 a 2021.

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, sob o prisma constitucional. Além disso, aborda-se o 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 tratar da discussão da dívida pública situada enquanto um parâmetro para a evolução da participação estatal no financiamento da seguridade social e o impacto consequente

desta lógica com a aplicação das políticas contracionistas, como por 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 conseqüente impacto nas políticas sociais e no desenvolvimento sustentável do país.

No eixo Orçamento e Renda pretende-se, por fim, apresentar os dados pesquisados e os resultados obtidos, além das discussões e produções acadêmicas que tratem de conceituar e de problematizar o próprio eixo 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: Apontamentos E Reflexões Introdutórias**

### **2.1 O ARCABOUÇO CONSTITUCIONAL DA SAÚDE E SUA FORMAÇÃO HISTÓRICA DE POLÍTICA PÚBLICA NO BRASIL**

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 regime republicano democrático brasileiro, no presente caso, 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 diploma, e com a posterior consolidação pela Constituição Republicana de 1891 (SILVA NETO, 2013; VILLA, 2011).

A introdução do sistema federalista, neste aspecto, devia-se ao interesse das oligarquias locais desejarem uma maior concentração de poder político, antes contido no governo central, para o empenho de suas pretensões privadas em cada região. Tal desfecho favoreceu a adesão dos monarquistas e bem como o enfraquecimento do antigo regime, diante do infundado temor “de que o imperador apoiasse um programa de reformas econômico-sociais [; o que] acabou acelerando o nascimento da República” (VILLA, 2011, p.16).

A questão da saúde pública no Brasil contou, no primeiro momento, com uma ampla campanha sanitária que culminaria na necessidade de discutir um projeto nacional de saneamento básico para país, somado com uma ferrenha crítica contra o federalismo oligárquico, entendido enquanto responsável pelo atraso e miséria assoladas pelas regiões do país, sendo a solução, para fins de superá-lo, o fortalecimento do governo central (CARVALHO, 2017, VILHENA, 2019).

Com o advento das Constituições de 1934 e 1937 identificam-se avanços importantes para a implementação de políticas de saúde pública no Brasil. Primeiramente, com a constitucionalização das aspirações ético-sociais e a regulação das questões econômicas efetivadas pelo Diploma Maior de 34. O que significou, na prática, para além de um grande avanço dentro do constitucionalismo brasileiro; o direito a saúde enquanto uma política a ser desenvolvida, em alguns setores, pelo Estado atrelado – por vezes – a questão da educação, da higiene eugênica e do controle de endemias<sup>5</sup>.

A terceira Constituição Federal, nesta sequência, assegurou uma ampla centralização do poder político em favor do Governo Central culminando, no tocante a política de saúde pública, “uma centralização normativa acompanhada por uma descentralização executiva criando mecanismos que fortalecessem a presença federal nos estados como contraponto aos interesses privados regionais” (LIMA. et al., 2005, p.43).

Importa assinalar 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. Considerando que ao mesmo tempo que inseria a práxis política a massa populacional; proporcionava, por outro lado, uma “[...] posição de dependência perante os líderes, aos quais votavam lealdade pessoal pelos benefícios que eles de fato ou supostamente lhes tinham distribuído” (CARVALHO, 2017, p.126).

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” (LIMA et. al, 2005, p.51). Contudo, 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).

As cartas constitucionais de 1967 e 1969, por sua vez, apesar da manutenção formal das garantias constitucionais em ambos diplomas; a prática do exercício civil consistia na total supressão dos direitos políticos e garantias individuais, 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).

A saúde pública, nesta época, descartada do interesse estatal, “tornou-se uma máquina ineficiente e conservadora, cuja atuação restringia-se a campanhas de baixa eficácia” (ESCOREL et al., 2005, 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).

Nota-se, além disso, 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). Ocorre que o regime – buscando melhorar sua imagem e diante das pressões populares – consignou, “[...] sob o ponto de vista da cidadania, 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).

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 e lutas sociais, políticas e parlamentares. De modo 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 (PORTELLA; SANTOS, 2022).

O redesenho constitucional acerca do tema do financiamento público, da cooperação interfederativa e da universalização do direito à saúde contou com valorosas contribuições da participação civil, oriundas desde estudiosos, políticos, organizações populares, técnicos e pesquisadores, que integravam, à época, o movimento da democratização da saúde (MDS). A partir do MDS insurgiu uma das mais expressivas articulações na construção de uma plataforma e de estratégias de políticas sociais que consolidariam, de forma institucional, a área de saúde pública no Brasil, resumida a partir da ocorrência da 8ª Conferência Nacional de Saúde - CNS (1986).

A aprovação e a criação de um Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado por meio das Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90 e da Lei Complementar nº 141/2012, consolidou uma nova arquitetura institucional a partir da separação da saúde em relação a previdência. Essa arquitetura é resultado do longo empenho estratégico deste movimento, não somente dele, visando instrumentalizar o direito à saúde em território nacional e 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).

## **2.2 O DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE, ORÇAMENTO PÚBLICO E FINANCIAMENTO DA SAÚDE**

O Estado Democrático de Direito, nos termos do art. 1º da CFRB, fundamenta-se sob os princípios basilares da república federativa, como a dignidade de pessoa humana e a cidadania, com o propósito de assegurar a organização e estruturação dos poderes republicanos e também a legitimidade constitucional das gerações de direitos fundamentais não restritos apenas ao Título II da CRFB/88. Essa premissa constitucional

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 tipo de estado observa-se “[...] 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). Isto é, Têmis, a representação abstrata de justiça, se “[...] tornar uma referência real e concreta de orientação da atividade de Leviatã [poder do Estado]. 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” (Ibid., XIX).

O orçamento público, neste contexto, demonstra-se enquanto uma 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).

O art.165 da Constituição Federal (1988), nesta toada, 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<sup>6</sup>. 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, 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-fixou, 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”<sup>7</sup> (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. A participação do órgão federal, por outro lado, 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)

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 nº 86/2015, 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 aplicados.

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, “[...] mais uma perda parcial de direitos sociais duramente conquistados pela sociedade brasileira” (Ibidem).

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. A propositura deste instrumento fiscal, nos idos de 1994 e dos anos seguintes, buscava ser temporário para reequilíbrio fiscal e 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)

No entanto, 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 que implica, em termos práticos, na transferência de “[...] recursos de contribuições sociais do orçamento da seguridade 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 pretendido<sup>8</sup>.

Ocorre que a ampliação de desvinculação causada em, à guisa de conclusão, “[...] 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)<sup>9</sup>.

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).

Assim, no tocante aos gastos sociais, sucedeu a suspensão das regras previstas na EC nº 86/2015, referente a fixação escalonada da aplicação mínima de recursos nas áreas de saúde e educação (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, conforme será discutido adiante, são observadas em outros países de sistemas nacionais de saúde semelhantes ou não com o nacional.

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, que será tratada no eixo seguinte, ficou conhecida como a Pandemia do Coronavírus (COVID-19).

### **2.3 PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA GESTÃO PÚBLICA. OS CONSELHOS DE SAÚDE**

Os Conselhos de Saúde presentes nas três esferas de Poder, entendidas aqui como esferas públicas institucionalizadas, representam conquistas e desafios da cidadania brasileira na descentralização das Políticas Públicas ao participar do fomento de políticas públicas setoriais.

A dinâmica da participação da sociedade em espaços públicos de interlocução com o Estado, sob a ótica do cidadão comum, muito influenciada pelos movimentos sociais, marcou épocas na história do Brasil pela luta dos direitos. Mas, foi a partir de 1988 que a mobilização participativa passou a ter capilaridade institucional.

A nova gramática democrática contribuiu para a superação da democracia representativa de baixa intensidade com a consolidação das esferas públicas. Neste sentido, a participação cidadã na vida política brasileira numa perspectiva de alargamento da democracia continua em marcha.

Esse processo ao longo dos anos se expressou nos três níveis de Poder. Sob tal prisma, a democracia é compreendida como um processo contínuo e não a saltos, e se abre através da história, parametrizada pela Constituição. (AMARAL, 2022). Assim, democratizar a democracia, além de buscar modelos de uma participação mais direta do cidadão na seara pública, visa também interconectar esses modelos com os movimentos

sociais, associações, cidadãos, os agentes políticos e os administradores públicos, desfazendo as amarras da burocracia estatal.

A partir do arranjo constitucional de 88, deu-se início às transformações institucionais. O princípio da democracia participativa está alinhado à clássica democracia representativa, e estão cunhados, *de prima facie*, no parágrafo único do artigo primeiro da Carta<sup>10</sup>, mas também se espalha ao longo do Texto em outros dispositivos, reformulando assim os contornos jurídicos e políticos da relação entre Estado e sociedade. “A expectativa girava e ainda gira em torno da premissa: onde há a participação social efetiva, as ações do poder público são mais legítimas”. (PIRES, 2012.p,7).

A partir de então, esferas públicas institucionalizadas, tanto de cunho deliberativo quanto consultivo, foram criadas como espaço de discussão e de tomada de decisões estão relacionadas às questões de criação, execução e controle de políticas públicas. É neste contexto que os Conselhos, em especial os de saúde, podem ser considerados, para análise e adequação, um contributo ao aprofundamento da democracia, aos moldes da teoria deliberativa.

Se a atuação dos Conselhos Gestores pôde ser considerada fragmentária até a Constituição de 1988, após este marco, ao longo das últimas décadas se tornaram importantes instituições participativas das políticas públicas. De caráter interinstitucional esses Conselhos com acento constitucional e em vasta legislação pós 1988, desempenham o papel mediador entre sociedade e o Estado, pois se tornaram instrumentos de expressão, representação e participação social, instituindo um novo tipo de esfera pública não estatal, e por força da legislação a sua maioria caráter deliberativo.

Segundo Avritzer, as esferas públicas, enquanto arenas públicas, os locais por excelência da democracia deliberativa, sediam os debates entre o Estado e sociedade. Nestes espaços pressupõe-se que o Estado não possui a totalidade das informações necessárias para a tomada de decisão, *v.g* a elaboração de políticas públicas e, portanto, conta com a contribuição dos atores sociais que ao possuírem interesses distintos, oportunizam nesses espaços os questionamentos necessários para o consenso final. (AVRITZER, 2000).

Da análise do Texto de 88, verifica-se a ênfase dada à presença da participação social em vários temas. Todavia, não se duvida que de todos os títulos da

Constituição, é o Título VIII - da Ordem Social aquele no qual as ferramentas participativas têm uma ligação estreita com as esferas públicas institucionalizadas. Observa-se tal assertiva a partir do previsto no artigo 193 e parágrafo em que afirma-se que o exercício estatal, no tocante ao planejamento das políticas sociais, contará com a participação da sociedade civil nos processos de formulação, monitoramento, controle e avaliação dessas políticas.

A participação da comunidade, neste aspecto, também é identificada como uma das diretrizes na formação da estrutura das ações e serviços públicos de saúde, conforme expresso no inciso III do art. 198<sup>11</sup>. Lado outro, verifica-se que, no âmbito da legislação, os temas financiamento/orçamento público, Saúde e participação se imbricam. Destacam-se as leis n 8.080, de 1990 - Lei Orgânica da Saúde (LOS) e a Lei nº 8.14 de 1990 que, no caso, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, sendo essas sujeitas ao exame dos referidos órgãos deliberativos.

Neste contexto, os Conselhos, em especial os de saúde, podem ser considerados, para análise e adequação, um contributo ao aprofundamento da democracia, aos moldes da teoria deliberativa, segundo a qual as esferas públicas participativas se afastam do modelo geral de esferas consultivas para se inserem como co-atores na gestão pública, e ao lado do governo são corresponsáveis pela administração, execução e controle das ações públicas de saúde nos três níveis. No que toca aos repasses de verbas públicas do ente maior ao menor, é na gestão financeira que os Conselhos de saúde se colocam como fiscalizadores (art. 1º, I-II e § 2º c/c art. 33 da LOS).

### **3 Dívida Pública e Austeridade Econômica**

#### **3.1 A Austeridade Econômica, Crise Subprime e a Economia Keynesiana: Digressões, Apontamentos e Críticas**

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.

A doutrina mencionada 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 econômico neoclássico e suscitar influentemente a reforma do capitalismo após a Grande Depressão<sup>12</sup> (BARRETO, 2009).

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, 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.

Em novembro de 1989, o Institute for International Economics (IIE) organizou um seminário, sob o título, "Latin American Adjustment: How Much Has Happened?"<sup>13</sup> 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, MANTEGA. 2001), dentre tais medidas destaca-se o ajuste fiscal e o corte de despesas.

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 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).

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” (PAULA; FERRARI FILHO, 2011, p.315).

Deste cenário constituído, ao longo dos anos, por um sistema de crédito globalizado que abusou das “[...] técnicas de alavancagem<sup>14</sup> com o propósito de elevar os rendimentos das carteiras em ambiente de taxas de juros reduzidas” (BELLUZZO; GALÍPOLO, 2019, p.87), insurgiu uma crise econômica global denominada Crise *Subprime* (2007-2008). A consequência do uso desta política financeira “[...] favoreceu a concentração da massa de ativos mobiliários em um número reduzido de instituições financeiras grandes demais para falir” (Ibidem).

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; FERRARI FILHO, 2011, p.315), ficando, assim, susceptível a crise de crédito e cambial, em nível mundial.

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; FERRARI FILHO, p.316).

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).

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) (OLIVEIRA; VILELA, 2018).

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 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, em 2016.

Neste íterim, 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, 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 setores.

A Emenda Constitucional nº 95/2016 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.

### **3.2. A POLITICA MONETÁRIA, DÍVIDA PÚBLICA E A PANDEMIA DO CORONAVÍRUS (SARS-COV-2): REFLEXOS ECONÔMICOS E SANITÁRIOS**

O relatório final da CPI da Dívida Pública (CPI-DP), concluso em maio de 2010, apresenta dados aprofundados para discussão acerca da política monetária nacional e da dívida pública envolvendo desde o pagamento dos juros, os beneficiários destes pagamentos<sup>15</sup> e o seu impacto nas políticas sociais e no desenvolvimento sustentável do país<sup>16</sup>.

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).

O Comitê de Política Monetária (COPOM), no caso, defende que ao decidirem sobre aplicação da política monetária nacional considera uma ampla gama de instrumentos macroeconômicos. Contudo, verifica-se que o uso da taxa de juros é o principal instrumento, de fato, aplicado pelo Banco Central (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<sup>17</sup>.

O aumento da taxa Selic, segundo as autoridades monetárias, também influencia o aumento da taxa de câmbio; 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).

Além disso, a sua aplicação do juros resulta na remuneração da dívida pública federal para o bloco de investidores, “[...] sendo estas taxas (juros e câmbio) 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). Observando 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).

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, combinado 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).

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 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)<sup>18</sup>.

Frisa-se que apesar do reconhecimento do estado de calamidade pública nacional instaurado pela crise sanitária, conforme o Decreto Legislativo nº 6 de 2020, registrou-se inúmeras oscilação na resposta de governo, somado com a intensa “trocas de cadeira” do ministro da Saúde, que implicaram, conseqüentemente, na forma de atuação e interpretação governamental em lidar com a situação emergencial.

Acresce-se ao estudo 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).

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.

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. 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, 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<sup>19</sup>.

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 vacinada, o que representou, de acordo com os especialistas, a redução de 90% dos óbitos registrados desde o pico da pandemia (BRASIL, 2021; FIOCRUZ, 2021). 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) nº 126/2022 e o (iii) Regime Fiscal Sustentável (PLP nº 93/2023) analisando, para tanto, quais os seus efeitos (in)diretos no financiamento dos gastos públicos em saúde.

Na área de saúde, a EC 126/2022, anteriormente conhecida como a PEC de Transição (PEC nº 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 da pandemia da Covid-19, pudessem ser executadas pelos entes federativos até 31 de dezembro de 2023.

Além disso, proporcionou a alteração das emendas individuais ao Orçamento Geral da União que serão aprovadas no limite de 2% (dois por cento) da RCL do exercício anterior. Sendo que metade desse percentual deverá ser destinada a ações e serviços públicos de saúde, em que 1,55% e 0,45% da RCL caberá às emendas de Deputados e às de Senadores, respectivamente, para o referido gasto público (CMO, 2023). Resultando, por fim, na modificação da regra introduzida pela a EC no 86/2015, em que o valor era de 1,2% da RCL (CONASMES, 2022).

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 Novo Arcabouço Fiscal, neste sentido, 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 metas econômicas aplicadas a partir da flutuação percentual (-0,25 a +0,25) com a finalidade de aumentar o real de gastos públicos entre um limite percentual de mínimo (0,6%) e máximo (2,5%), com base nos índices obtidos pelo resultado primário.

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 públicos.

Os gastos em saúde, neste cenário, 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. Observando que a crise sanitária demonstrou, no contexto de austeridade fiscal, que o desinvestimento público dos encargos sociais, como saúde e educação, impacta de forma deletéria 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).

Deste modo, verifica-se que – em termos práticos – o critério “exclusivo” adotado para destinação de recursos, na hipótese de superávit primário, da PLP nº 93/2023 representaria investimento em despesas não-obrigatórias. O que pode implicar 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.

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<sup>20</sup>, por adotar medidas com grande teor cíclico e impactar na promoção de políticas públicas (LEITE, 2023).

## **4. ORÇAMENTO E RENDA**

### **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 num crescimento 5,6% per capita. O Brasil, no presente exame, assim como: Bolívia, Uruguai, México, Paraguai, Equador e Cuba, apresentou o crescimento do PIB per capita entre 1% e 5%, sendo que dois países demonstraram retração econômica de 3% e 4%, sendo eles respectivamente, Haiti e Venezuela (CEPAL, 2022).

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). O Brasil, neste estudo, 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 apontaram retração em 2020. Já que “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). Ocorre que – contrariando a lógica de que a crise gestou os níveis de extrema desigualdades sociais – o insurgir destas disparidades, contudo, teria sido alimentado, em parte, por níveis elevados e continuados de desigualdade de renda.

O *ethos* brasileiro, 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 contributiva<sup>21</sup>.

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 conseqüentemente restringindo sua capacidade distributiva e colocando-a abaixo da média de países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE)<sup>22</sup>. Analisando a questão da renda nacional identifica-se 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).

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 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).

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 (40,5%) obtiveram aumento.

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).

Registra-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  $\frac{1}{4}$  do salário mínimo, somente 2,2% possuíam plano de saúde médico, já na faixa de mais de cinco salários mínimos, representou 86,8% (PNS 2020).

O panorama de financiamento da saúde no Brasil, durante o período de 2015 a 2019, demonstra-se, portanto, não sendo totalmente público, voltado para o SUS, ainda que o direito à saúde seja 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. Ocorre que, apesar disso, 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 estados da América Latina e Caribe (BRASIL / IPEA, 2022).

O ano de 2015 a 2017, importa assinalar, apresentou uma redução do número de contraentes de planos e seguros de saúde; contudo, sem destoar do panorama anteriormente descrito, considerando que “[...] 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)” (BRASIL / IPEA, 2022, p.16). Ademais, em 2019, observou-se 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).

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).

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) (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.

É mister apontar que, ao decorrer da crise econômica de 2014, o ano 2019 contou com uma redução pontual da taxa de desemprego de 13,1% (em 2018) para 12,4%. O presente período registrou 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, sendo o ano de 2019, o aumento foi 134,60%, a maior alta em termos percentuais e absolutos desde 2012 (PNAD, 2019).

Lado outro, observa-se que a quantidade do número de beneficiários de seguros e planos de saúde privado permaneceu em queda de 47,193 milhões, em 2018, foi para 47,145 milhões em 2019; o que correspondeu a uma retração de beneficiários de 0,10%. Esse resultado demonstra que “os patamares de beneficiários observados em 2015 não 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).

À guisa de conclusão, diante deste arcabouço, a tributação regressiva somada com uma política monetária, em que elege a inflação com meio e fim pensado para estimular a retomada econômica, desconsideram que, dentre outros efeitos, a corrosão da massa salarial provoca, sobretudo aos economicamente mais vulneráveis, a elevação do custeio de inúmeros indicadores sociais (como: alimentação, transporte, saúde e dentre outros). O que resulta, portanto, no aprofundamento desigual e estrutural da sociedade brasileira, no tocante a efetividade do direito à saúde.

#### **4.2. ANÁLISE APLICADA NO ORÇAMENTO DA SEGURIDADE SOCIAL E NO DA SAÚDE EMPENHADO PELO GOVERNO FEDERAL NO PERÍODO DE 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 nº 1), 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 1 – 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.

Nota:\*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.

O resultado negativo demonstrado na tabela nº 1 (coluna III) refere-se ao percentual de 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 nº 2), constatou-se que o aumento de receitas arrecadadas e despesas empenhas aumentaram, com algumas exceções, na maioria do biênios.

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

Ao analisarmos o intervalo bienal entre o ano de 2008-2009 e 2020-2021, 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%.

Identifica-se que, no quadro geral, a 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 nº 3).

**Tabela 3 - 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.

A partir da desenvoltura percentual das despesas empregadas 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 4 - 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 nº4).

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.

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 do ano 2021 (4,51%), após o ápice da pandemia, permanece invicto com o maior percentual federal de gastos em saúde empregados.

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. No entanto, 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. De modo que diante da conjuntura estudada e do acervo de dados pesquisados não encontram-se comprovado, por outra via, que a linearidade dos gastos sociais, especialmente no tocante à saúde, com elevado custeio na aplicação de recursos federais em ASPS, sejam os responsáveis pelo aumento do endividamento público.

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 tabela nº5).

**Tabela 5 - 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.

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 decréscimo 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.

## 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 eixo nº 1, 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 eixo, 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 e que a mesma justificativa seja empregada em sentido contrário – propondo o recrudescimento da responsabilidade fiscal a fim de assegurar um acrítico equilíbrio.

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 do histórico estável de 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 eixo nº 3, 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 aos 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 nº 95/2016, 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 (COVID 19). 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, pode ser interpretada, assim, enquanto resultante (respeitando as singularidades de cada período) da prática de subfinanciamento da União. Observando que, em 2019, diante da vigência da EC 95/2016, o panorama geral demonstrou um mínimo aumento percentual em toda cadeia estudada de 2008 a 2021. Apontando que, por outro lado, em períodos anteriores a adoção da política de austeridade econômica, propagado em 2014 e firmando-se em 2016, por vezes, mais austeros.

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 e, nessa perspectiva, pode ser considerado um direito humano<sup>23</sup>.

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, elementos estes que devem ser considerados como integrantes do núcleo essencial do direito à saúde.

#### NOTAS:

1. Pós-doutor em Sociologia, Filosofia e Ciência Política pela *Université de Nanterre, Paris X*; Doutor em Direito Financeiro e Tributário pela *Universidad Complutense de Madrid*; Bolsista de Produtividade do CNPq-PQ2; professor da UFBA, UNIFACS, ANIMA; coordenador do NEF – Tributação e Finanças Públicas. Advogado ([aaportella@pq.cnpq.br](mailto:aaportella@pq.cnpq.br)).
2. Pós Doutora em Direito / UERJ, linha de pesquisa Direito da Cidade 2018; Doutora em Direito pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ); Professora Adjunta da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro- (UNIRIO), na Escola de Ciências Jurídicas e Políticas e do Programa de Mestrado em Direito da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro-UNIRIO; Líder do Grupo de Pesquisa CAPES Institucional : Democracia e Participação Social; Membro Titular do Conselho Superior Universitário - CONSUNI/UNIRIO ( 2016-2018)
3. Pós-graduando no curso de especialização *lato sensu* em Direitos, Desigualdades e Governança Climática (UFBA); Bacharel Interdisciplinar em Humanidade e Bacharel em Direito, UFBA. Integrante do NEF – Tributação e Finanças Públicas.

4. Doutora em Ciências Jurídico-económicas e Mestre em Ciências Jurídico-económicas, ambas, pela Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra; Professora Auxiliar na Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra e colaboradora do CEDOUA desde 2007, sendo corresponsável pela disciplina de Fiscalidade do Urbanismo e do Ambiente no Curso de Pós-Graduação em Direito do Ordenamento do Urbanismo e do Ambiente.

5. O tratamento do direito à saúde, no texto constitucional, pode ser identificado a partir do escopo e demais diretrizes relacionado à programas de ação de saúde, do que invés de um conceito técnico-abstrato deste direito, tal como observado em educação (art.149), sendo assim constam, dentre os programas de saúde, uma ampla variedade da promoção deste direito; desde por exemplo: a proteção e o amparo, esculpido no art.138 e alíneas, e a assistência dentária, médica e alimentar aos estudantes necessitados, previsto no art.157, § 2º.

6. Seguiu-se entre nós a prática que, embora com designações diversas, tem vindo a ser a prática noutros países. A um planeamento plurianual junta-se a existência de um documento orçamentário anual e no qual se encontra vertido, precisamente, aquele planeamento ajustado ao contexto de um período temporal mais curto. Esta conjugação de documentos – previsionais – ainda que com força normativa densifica o quadro normativo traçado nas Constituições e dá-lhes forma, concretizando esses comandos em medidas direta e imediatamente exequíveis.

7. O método previsional utilizado, habitualmente designado por método do último ano corrigido, embora seja de fácil compreensão e aplicação prática apresenta algumas fragilidades. Essas vicissitudes são ainda mais visíveis nos casos em que o aumento da despesa fica indexado à variação nominal do PIB. Ora, numa área como a da saúde pública indexar o aumento da despesa à variação do PIB no ano anterior pode ter consequências funestas nos casos em que se verifique uma contração do crescimento económico ou, até, situações de decrescimento económico similares às que experimentamos recentemente, pode ser perniciosa e ter um impacto contrário ao pretendido, uma espécie de involução que é contrária ao caminho que tem vindo a ser percorrido na inclusão dos direitos económicos e sociais no elenco dos Direitos Liberdades e Garantias, ainda que com as limitações decorrentes quer do princípio da reserva do possível quer do princípio da proporcionalidade em sentido estrito.

8. 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 Por outro lado, verifica-se 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); “[...] 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). Confirmando, deste modo, que mesmo diante de um superávit primário, com também o aporte de outras fontes financiadoras, o cenário de subfinanciamento de gastos públicos em saúde, a nível federal, remanesce sendo uma infortuna realidade.

9. Esta desvinculação de receitas pode não ter efeitos muito visíveis no presente e, em face da evolução quer da taxa de natalidade, quer da taxa de dependência quer da taxa de crescimento económico a médio e a longo prazos, é de esperar que não venha a ter implicações muito negativas no financiamento da seguridade social. Contudo, é de notar que as previsões existentes para a evolução destes indicadores são bastante fiáveis no curto e no médio prazo, mas o seu comportamento a longo prazo depende de variáveis quase impossíveis de antecipar. Por essas razões, a que acrescem muitas outras que, por agora, resumiremos às alterações latentes no mercado de trabalho e na forma de prestação de trabalho, diremos que o impacto desta operação pode ser muito mais intenso do que aquele que havia sido inicialmente previsto.

10. *Art. 1º A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos: Parágrafo único. Todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente, nos termos desta Constituição.*

11. 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: [\(Vide ADPF 672\)](#) III - participação da comunidade.

12. A ênfase dada a esta corrente de pensamento económico decorre, de entre outros fatores, do circunstancialismo específico vivido à época da sua publicação permitindo uma experimentação imediata das teorias defendidas e a sua validação empírica. É de notar que a teoria keynesiana, ao menos na sua fase inicial, parece não se afastar radicalmente do papel reconhecido aos Estados pelos autores da Escola Clássica Inglesa, nomeadamente por Adam Smith. O entusiasmo com que esta nova visão foi recebida e a evolução das ideias keynesianas operadas nas décadas seguintes levaria a uma rutura quase distópica com o status quo ante e serviria de fundamento à implementação de planos de intervenção pública não só no período pós-Grande Depressão como entre as duas Guerras Mundiais. Este crescimento da intervenção pública, quer intensivo quer extensivo, está na base das teorias explicativas do comportamento da despesa pública (PEACOCK e WISEMAN, 1967), (TANZI e SCHUKNECHT, 2000 e 2005) e (LAVOURAS, 2023).

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

14. 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).

15. 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).

16. 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. Contudo tão somente apontou pela necessidade de aprimoramento dos mecanismo fiscais a fim de garantir a transparência das contas públicas da União e, especialmente, do refinanciamento da dívida pública dos subnacionais (CPI-DP, 2010, p.204).

17. 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 aumenta dez vezes consecutivas em curto intervalo de tempo a fim de combater a inflação e, por outra 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). Política idêntica tem vindo a ser utilizada pelo Banco Central Europeu e pela Reserva Federal norte-americana. As medidas até agora adotadas parecem teimar em ter efeitos sensíveis na economia e isso fica a dever-se,

desde logo, a uma diversidade de causas da inflação: a uma inflação-custo juntou-se uma inflação-procura, tornando o seu combate muito mais desafiador e lento.

18. Do outro lado do Atlântico foram flexibilizadas as metas orçamentárias estabelecidas pelo Tratado de Funcionamento da União Europeia e pelo Pacto de Estabilidade e Crescimento tendo mesmo sido ativada a cláusula geral de derrogação, medidas estas que ainda se mantêm e que permitiram aos Estados-Membros adequar as suas políticas orçamentais e fiscais às especificidades vividas naquela época e às exigências colocadas às economias em geral e aos sistemas nacionais de saúde em especial (NABAIS; LAVOURAS, 2020).

19. A instituição de um regime extraordinário fiscal, financeiro e de contratações para o enfrentamento da crise, por força da EC no 106/2020, possibilitou a abertura desta espécie de crédito, em que representou, por consequência lógica, a mitigação da “regra de ouro”<sup>61</sup>, 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 compoem a base de cálculo das despesas primárias para efeito de cálculo dos limites impostos pela EC nº 95/2016 (CPI-PANDEMIA, 2021, p.436).

20. O Regime Fiscal Sustentável reconhece – no tocante as políticas públicas essenciais – a garantia de aumento real do salário mínimo e dos programas de transferência 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. Ocorre que após o Novo Arcabouço Fiscal ser submetido ao Senado Federal, a FUNDEB passou a não ser mais restrita pela medida.

21. 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 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).

22. Convém ter presente que o estudo da desigualdade na distribuição do rendimento por via tributária não deve ser baseado na análise isolada de um só imposto ou de um só tributo, mas antes de todo o sistema fiscal, ou, como preferimos, de todo o sistema tributário. Nesse âmbito é ainda muito importante considerar os efeitos gerados pela redistribuição dos valores arrecadados seja através de políticas públicas voltadas diretamente para a redistribuição de rendimentos, como sejam as levadas a cabo através da atribuição de subvenções públicas, ou através de outras medidas de provisão pública de bens e serviços cujo leque de beneficiários preferenciais sejam aqueles que têm menores rendimentos.

23. Esta classificação resulta de uma interpretação do estabelecido no art. 25º da Declaração Universal dos Direitos Humanos, tendo sido tornado mais explícito no art. 12º do Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais de 1966 e pode ser encontrado ainda no art.º 12º da PIDESC, nas Constituições da generalidade dos países, bem como no art. 11.º da Carta Social Europeia de 1961 (revista e 1966), no art. 10º do Protocolo Adicional à Convenção Americana sobre Direitos Humanos em Matéria de Direitos, Sociais e Culturais de 1988 e o artº 16º da Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos, de 1981. Não se trata, porém, de um direito que pode ser exercitado isoladamente. Embora o seu núcleo essencial seja constituído por direitos relacionados com a proteção da saúde e tratamento em caso de doença, a sua concretização plena depende da existência e proteção de outros direitos fundamentais como sejam o direito à vida ou o direito a um ambiente saudável ou o direito a beneficiar do progresso científico (CANOTILHO, 2007 e 2021).

## REFERÊNCIAS

- ABRANCHES, Sergio. **Presidencialismo de Coalizão: raízes e evolução do modelo político brasileiro**. São Paulo: Companhia das Letras, 2018.
- AMARAL, Claudia Tannus Gurgel do. **Democracia e participação na gestão pública: Os Conselhos Municipais de Saúde**. [S.l.]: Merak, 2002.
- 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)**. 1 ed. Curitiba: Appris, 2016.
- ARAÚJO FILHO, VALDEMAR F. de ; FILHO AZEVEDO, Matheus de. **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.
- AVRITZER, Leonardo. **Teoria Democrática e Deliberação Pública em Habermas e Rawls**. p. 25. Fevereiro de 2000. Disponível em <https://anpocs.com/index.php/encontros/papers/25-encontro-anual-da-anpocs/st-4/st20-3/4681-lavritzer-teoria/file>.
- BATISTA, Paulo Nogueira. **O consenso de Washington: a visão neoliberal dos problemas latino-americanos**. 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**. São Paulo: Editora Contracorrente, 2019.
- BONFIM, Diego. **Extrafiscalidade: identificação, fundamentação, limitação e controle**. 1. 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. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Contas de saúde na perspectiva da contabilidade internacional: conta SHA para o Brasil, 2015 a 2019**. Brasília: IPEA, Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2022.
- 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.
- CANOTILHO, J. J. Gomes. **Constituição da República Portuguesa Anotada, vol. I, arts. 1º a 107º, em especial ponto I**. Almedina, Coimbra, Portugal, 2007.

CANOTILHO, J. J. Gomes. **Direito Constitucional e Teoria da Constituição**. 7. ed. reimp. Almedina, Coimbra, Portugal, 2021.

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.

COMISSÃO MISTA DE PLANOS, ORÇAMENTOS PÚBLICOS E FISCALIZAÇÃO / CMO. **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.

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.

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.

DIAS, Fernando Álvares Correia. **Desvinculação de Receitas da União, Gastos Sociais e Ajuste Fiscal/**. 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: LACERDA, (coord.). Antônio Corrêa de O mito da austeridade. São Paulo: Editora Contracorrente, 2019.

SCOREL, 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.

SCOREL, 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.

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](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, Níliá 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

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, n. 15 abril, maio e junho de 2015. [www.conass.org.br/consensus](http://www.conass.org.br/consensus).

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.

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 - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Indicadores IBGE: contas nacionais trimestrais - 2008-2021**, disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=72121>. Acesso em abril e 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 (coods.). **Questões controversas 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.

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.

LAVOURAS, M. Matilde. **Teorias explicativas da evolução da despesa pública**. Sumário Desenvolvido destinado aos Alunos da Licenciatura em Direito da Universidade de Coimbra. 2023.

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.

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.

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.

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.

MILIOS, J. **Austerity Isn't Irrational**, Jacobin Magazine, Setembro de 2015. Disponível em: <https://www.jacobinmag.com/2015/06/syria-greece-austerity-neoliberalism-tsipras/>. Acesso em agosto/2021 e maio/2023.

NABAIS, José Casalta ; LAVOURAS, Matilde. **Direito Financeiro em Tempos de Pandemia: o caso de Portugal**. TABORDA, Carlos Palau et all, Finanças Públicas, Direito Financeiro e Direito Tributário em tempos de Pandemia: Diálogos Híbero-Americanos, Editora D'Plácido, São Paulo – SP, 2020, pp.463-497.

NERI, Marcelo C.; 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>.

NEVES, Marcelo. **Entre Têmis e Leviatã: uma relação difícil: o Estado Democrático de Direito a partir e além de Luhmann e Habermans**. 3. 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.

OXFAM. Relatório "**O vírus da desigualdade: Unindo um mundo dilacerado pelo coronavírus por meio de uma economia justa, igualitária e sustentável**" / OXFAM-Janeiro/2021.

PAULA, Luiz Fernando de; FERRARI FILHO, Fernando. **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.

PEACOCK, Alan; WISEMAN, Jack. **The Growth of Public Expenditure in the United Kingdom**, 2. ed. (reimpressão da edição de 1967), Gregg Revivals, 1994.

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](http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/1580/1/TD_1846.pdf).

PIRES, Roberto (coordenador). **Considerações sobre a integração das instituições participativas ao ciclo de gestão de políticas públicas: subsídios à formulação de um sistema de participação**. Nota Técnica. n.3 Brasília: IPEA, 2012. p,7.

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; 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>

RAMOS FILHO, Carlos Alberto de Moraes. **Curso de direito financeiro**. 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.

INSTITUIÇÃO FISCAL INDEPENDENTE. **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](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; 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.

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.

IBGE. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2021.** 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%2FExecuc%20Orcamentaria.qvw&host=QVS%40pqlk04&anonymous=true>. Acesso em maio/2023.

SOARES, M. M. S. **Repasse Financeiros e Voluntários da União aos Municípios Brasileiros: condicionantes políticos, sociais e técnicos.** 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rap/a/SPMSQVNnSNnkzKCJpZsFvNb/abstract/?lang=pt>. Acesso em maio/2023.

TANZI, Vito; SCHUKNECHT, Ludger. **Public Spending in the 20Th Century: a Global Perspective**, Cambridge University Press, 2000,

TANZI, Vito; SCHUKNECHT, Ludger. “**Reforming Public Expenditure in industrialised countries: are there trade-offs?**”, Working Paper Series, n.º 435, fevereiro de 2005, Banco Central Europeu.

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO (TCU). **FATOS FISCAIS (2018 - 2021)** / TCU - Brasília 2018-2021. Disponível em: <https://portal.tcu.gov.br/fatos-fiscais-2019.htm>. 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](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.) 1. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2019.