



UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA VIDA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA



MADALENA DE CASTRO PASSOS

**EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 95/2016: UMA ANÁLISE DESDE A PROPOSTA
ATÉ A SUA APROVAÇÃO NO LEGISLATIVO FEDERAL**

SALVADOR

2023

MADALENA DE CASTRO PASSOS

**EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 95/2016: UMA ANÁLISE DESDE A PROPOSTA
ATÉ A SUA APROVAÇÃO NO LEGISLATIVO FEDERAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Universidade do Estado da Bahia (MEPISCO/UNEB), como requisito para obtenção de título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Thaís Regis Aranha Rossi

SALVADOR

2023

FICHA CATALOGRÁFICA
Sistema de Bibliotecas da UNEB

P289e

Passos, Madalena de Castro

Emenda Constitucional Nº 95/2016: uma análise desde a proposta até a sua aprovação no Legislativo Federal / Madalena de Castro
Passos. - Salvador, 2023.

103 fls : il.

Orientador(a): Profª Drª Thaís Regis Aranha Rossi.

Inclui Referências

Dissertação (Mestrado Profissional) - Universidade do Estado da Bahia. Departamento de Ciências da Vida. Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva - MEPISCO, Campus I. 2023.

1. Política de Saúde. 2. Financiamento da saúde. 3. Poder Legislativo.

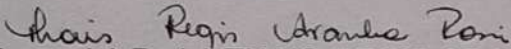
CDD: 577

FOLHA DE APROVAÇÃO

"EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 95/2016: UMA ANÁLISE DESDE A PROPOSTA ATÉ A SUA APROVAÇÃO NO LEGISLATIVO FEDERAL"

MADALENA DE CASTRO PASSOS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em SAÚDE COLETIVA – MEPISCO, em 30 de agosto de 2023, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado da Bahia, conforme avaliação da Banca Examinadora:

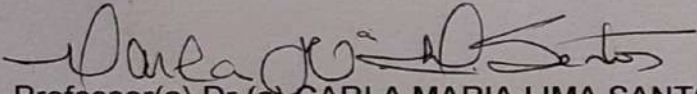


Professor(a) Dr.(a) THAIS REGIS ARANHA ROSSI

UNEB

Doutorado em Doutorado em Saúde Pública

Instituto de Saúde Coletiva/ Universidade Federal da Bahia

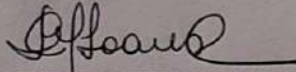


Professor(a) Dr.(a) CARLA MARIA LIMA SANTOS

UNEB

Doutorado em Saúde Coletiva

Universidade Federal da Bahia



Professor(a) Dr.(a) CATHARINA LEITE MATOS SOARES

UFBA - UFBA

Doutorado em Doutorado em Saúde Pública

Instituto de Saúde Coletiva - Universidade Federal da Bahia

Dedico esse trabalho à vó Nilza pelas histórias sobre o campo político, e ao tio Nadu por acreditar no meu potencial.

AGRADECIMENTOS

Eu não poderia ter chegado até aqui sozinha. Primeiramente agradeço a Deus e a Virgem Maria pela realização desse sonho.

Aos meus pais e irmãs que sempre me incentivam e por acreditarem em mim, meu amor e minha gratidão! Vocês são meu porto seguro!

Ao meu sobrinho e afilhado Theo, por trazer alegria e um novo sopro de vida para toda a família.

Ao meu marido Erick e ao meu filho pet Soneca por vivenciarem diariamente minhas lutas e vitórias, agradeço pelo suporte, amor e paciência.

À minha orientadora Profa Dra Thais Aranha pelo acolhimento, cuidado e confiança! Eu não poderia ter escolhido pessoa melhor para me acompanhar nessa jornada! Sou eternamente grata por todos os ensinamentos e pelo tempo dedicado ao nosso trabalho! Sua generosidade e genialidade contagia todos ao seu redor!!!

À Viviane Prado pela amizade e pelas mãos dadas durante todo o percurso! Uma das melhores surpresas do mestrado certamente foi encontrá-la. Vivi me estendeu a mão e me apoiou desde o resultado da seleção, passou de uma colega de trabalho, a qual eu já admirava, para uma amiga muito especial!

A todos os professores, colegas e colaboradores do Mepisco, especialmente a professora e coordenadora do programa Maria Aparecida Araújo Figueiredo, minha admiração e respeito.

À colega Rafaela Celes pelos momentos de apoio e incentivo, agradeço pela oportunidade de nos conhecermos e por conquistarmos nosso objetivo.

À colaboradora do Mepisco Maria Araújo pelo cuidado com toda a turma, sempre presente e disposta a ajudar.

À minha equipe e a todos os colegas da USF Nova Vitória, especialmente às gerentes Alba Rejane e Renata Geórgia pela compreensão durante todo o período do mestrado e as minhas agentes comunitárias de saúde, pelo desejo de ofertar um SUS de qualidade aos nossos usuários.

Aos meus amigos Daniela Santos, Denise Diniz, Fabiana Raynal, Iuri Guimarães, Luciana Chaves, Pedro Diaz, Priscila Azevedo, Railza Araújo, pelos conselhos, desabafos e por fazerem parte da minha vida.

À Banca Examinadora, as professoras doutoras Carla Maria Lima e Catharina Leite Matos Soares pelas contribuições preciosas a esse estudo e também por todas as contribuições à ciência, e por sua dedicação ao ensino!

A todos os familiares, amigos e colegas que torceram por mim.

Aos meus pacientes, pelos ensinamentos e pelas reflexões provocadas diariamente!

Ao SUS por me tornar mais humana e poder exercer minha profissão em sintonia com meu papel social neste mundo!

Aos políticos que acreditam e lutam pelo SUS!

“Pensávamos que era só chegar ao governo e construir uma sociedade mais justa. Descobrimos que isso é impossível. A verdadeira transformação política deve acontecer de baixo para cima, com a democracia.”

(José Mujica)

RESUMO

O financiamento é um importante componente do sistema de saúde. O SUS enfrenta um subfinanciamento desde a sua criação. Esse estudo objetiva analisar a construção da Emenda Constitucional (EC) N° 95/2016 para o financiamento da saúde no Legislativo Federal do Brasil. As principais tomadas de posição realizadas pelos parlamentares foram mapeadas e suas trajetórias analisadas. A PEC do teto dos gastos públicos buscou congelar os gastos em saúde durante 20 anos, tramitou no Congresso em 6 meses e foi aprovada nas duas Casas. O referencial teórico adotado para o estudo foi a sociologia reflexiva e genética de Pierre Bourdieu. Trata-se de um estudo documental, analítico, com abordagem qualitativa. Foram analisadas as Atas das Sessões de votação da EC, buscou-se retratar a dinâmica do jogo social na relação entre grupos, as alianças formadas, o espaço dos possíveis inscritos no campo político. A trajetória dos agentes foi analisada por meio de biografias disponíveis em sites oficiais da câmara, do senado ou de instituições de ensino/pesquisa. Os principais conflitos mapeados durante as discussões e votação da emenda, entre parlamentares da base do governo e da oposição foram sobre a (in) constitucionalidade da PEC, a retirada de direitos sociais, o (sub) financiamento da saúde, e as justificativas pessoais/partidárias para a tomada de posição. O Governo afirmava que a PEC aumentaria os recursos da saúde, que não haveria teto, mas sim um piso que poderia ser aumentado caso houvesse necessidade, e culpou o PT pela crise econômica pela qual o país estava passando. Já a Oposição argumentou a inconstitucionalidade da proposta, previu quedas no orçamento do SUS e alertou para o aumento das desigualdades sociais. Diversas projeções, à época já previam o aumento do subfinanciamento da saúde pública, estima-se que entre os anos de 2018 e 2022, o SUS perdeu aproximadamente R\$ 37 bilhões. Assim, o Poder Legislativo vem atuando de forma inconsistente com o polo universal e segmentada, na dependência de demandas do Executivo quando o tema é saúde, contribuindo para perdurar o subfinanciamento crônico do SUS e induzir a mercantilização da saúde. O fortalecimento do orçamento da saúde faz-se urgente e só será possível por meio da retomada do projeto constitucional da seguridade social com definições claras para a saúde.

Palavras-chave: Política de Saúde, Financiamento da saúde, Poder Legislativo.

ABSTRACT

Financing is an important component of the health system. The SUS has faced underfunding since its inception. This study aims to analyze the construction of the Constitutional Amendment N° 95/2016 for health financing in the Federal Legislative of Brazil. The main positions taken by parliamentarians were mapped and their trajectories analyzed. The Constitutional Amendment sought to freeze health spending for 20 years, passed Congress in 6 months and was approved in both Houses. The theoretical framework adopted for the study was Pierre Bourdieu's reflective and genetic sociology. This is a documentary, analytical study with a qualitative approach. The Minutes of the Voting Sessions of the Constitutional Amendment were analyzed, with the aim of portraying the dynamics of the social game in the relationship between groups, the alliances formed, the space of possible subscribers in the political field. The trajectory of the agents was analyzed through biographies available on official websites of the Legislative or teaching/research institutions. The main conflicts mapped during the speeches and voting on the amendment, between parliamentarians from the government base and the opposition were about the constitutionality of the amendment, the withdrawal of social rights, health financing, and the personal/partisan justifications for taking a position. The Government claimed that the amendment would increase health resources, that there would be no ceiling, but a floor that could be increased if necessary, and blamed the PT for the economic crisis the country was going through. The Opposition, on the other hand, argued the unconstitutionality of the proposal, predicted falls in the SUS budget and warned of the increase in social inequalities. Several projections, at the time, already predicted an increase in public health underfunding, it is estimated that between 2018 and 2022, SUS lost approximately R\$ 37 billion. Thus, the Legislative has been acting inconsistently with the universal and segmented pole, depending on the demands of the Executive when the subject is health, contributing to the persistence of the chronic underfunding of the SUS and inducing the commodification of health. Strengthening the health budget is urgent and will only be possible through the resumption of the constitutional project of social security with clear definitions for health.

Keywords: Health policy. Healthcare Financing. Legislative.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADCT - Ato das Disposições Constitucionais Transitórias

ACS - agente comunitário de saúde

CA - Comunidades Autônomas

CAS - Comissão de Assuntos Sociais

CCJ - Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania da Câmara dos Deputados

CCJ – Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania do Senado Federal

CD – Câmara dos Deputados

CE - Ceará

CF - Constituição Federal

CLS – Conselho Local em Saúde

CMS – Conselho Municipal em Saúde

CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

CNS - Conferência Nacional de Saúde

CRAS - Centro de Referência de Assistência Social

CSLL - Contribuição Social sobre o Lucro Líquido

CSSF - Comissão de Seguridade Social e Família

CPMF - Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira

DEM – Democratas

DRU - Desvinculação de Receitas da União

EC – Emenda Constitucional

EUA – Estados Unidos da América

FHC – Fernando Henrique Cardoso

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IPCA - Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

MEPISCO - Mestrado Profissional em Saúde Coletiva

NHS - *National Health Service*

PCdoB - Partido Comunista do Brasil

PDT - Partido Democrático Trabalhista

PEC – Proposta de Emenda Constitucional

PHS - Partido Humanista da Solidariedade

PIASC - Programa de Integração Academia, Serviço e Comunidade

PIB – Produto Interno Bruto

PMDB - Partido do Movimento Democrático Brasileiro

PPS - Partido Popular Socialista

PR - Partido Republicano

PSB - Partido Socialista Brasileiro

PSD - Partido Social Democrático

PSDB - Partido da Social Democracia Brasileira

PSOL - Partido Socialismo e Liberdade

PT - Partido dos Trabalhadores

RCL - Receita Corrente Líquida

REDE - Rede Sustentabilidade

RSB – Reforma Sanitária Brasileira

SESAB – Secretaria de Saúde do Estado da Bahia

SF – Senado Federal

SOLIDARIEDADE - Partido da Solidariedade Nacional

SUS - Sistema Único de Saúde

UNEB – Universidade do Estado da Bahia

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	
1.INTRODUÇÃO	15
2.OBJETIVOS	19
2.1 OBJETIVO GERAL	19
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
3. FINANCIAMENTO DA SAÚDE	20
3.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE BRASILEIRO	20
3.2 LEGISLATIVO FEDERAL	24
3.3 OUTROS PAÍSES	26
4. REFERENCIAL TEÓRICO	28
5. METODOLOGIA	32
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO	35
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	60
8. PRODUTOS TÉCNICOS	62
8.1 PROJETO DE IMPLANTAÇÃO DE UM CONSELHO LOCAL DE SAÚDE	62
8.2 MATERIAL DIDÁTICO PARA EDUCAÇÃO POPULAR EM CONTROLE SOCIAL	70
REFERÊNCIAS	96

APRESENTAÇÃO

A motivação para cursar o Mestrado em Saúde Coletiva advém do desejo de crescimento profissional e pessoal, a partir do lugar que ocupo como enfermeira da Atenção Primária em Saúde. Desde a graduação surgiu um interesse em conhecer melhor nosso sistema de saúde que culminou na minha escolha por este campo de atuação. À época, a professora Telma Dantas da disciplina de Saúde Coletiva/Universidade Católica do Salvador teve papel fundamental nesta escolha. Após a graduação, ingressei na Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva/Saúde da Família da Universidade do Estado da Bahia (UNEB) e passei a atuar no SUS, primeiramente na gestão da Secretaria de Saúde do Estado (SESAB), no planejamento estratégico em saúde e em projetos de financiamento internacional, e depois na Secretaria de Saúde do Município de Camaçari, na qual atuo como enfermeira de saúde da família até hoje.

As vivências no SUS, tanto na gestão quanto na assistência, sempre me fizeram refletir sobre as políticas de saúde e especialmente sobre seu financiamento. No Mestrado, surgiu o convite da Professora Doutora Thais Aranha para fazer parte do projeto de pesquisa “Construção das propostas de financiamento para a saúde no Legislativo, suas mudanças e relações com o Sistema de Saúde: uma análise comparativa entre Brasil e Reino Unido”, aprovado pelo edital universal do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Assim, decidimos trabalhar com a Emenda Constitucional (EC) N° 95/2016.

Esta dissertação está organizada em duas partes. A primeira traz o produto científico intitulado “Emenda Constitucional N° 95/2016: uma análise desde a proposta até a sua aprovação no Legislativo Federal”, e a segunda parte apresenta dois produtos técnicos elaborados durante o Mestrado: um Projeto de implantação de um Conselho Local de Saúde e a produção de um Material didático para educação popular em controle social.

O produto científico objetiva analisar a construção da EC N° 95/2016 para o financiamento da saúde no Legislativo Federal do Brasil, além de mapear as tomadas de posição e analisar as trajetórias dos principais parlamentares envolvidos. Inserimos um breve histórico sobre o financiamento da saúde no Brasil desde a Constituição Federal de 1988 até a EC 95/2016, o papel do legislativo federal e algumas experiências de outros países. O referencial teórico escolhido foi a sociologia reflexiva e genética de Pierre Bourdieu, teoria que permite uma compreensão crítica de como as estruturas sociais são produzidas e perpetuadas (BOURDIEU, 1983; 1996; 2001).

Os produtos técnicos desenvolvidos durante o Mestrado foram um projeto para implantação do Conselho Local em Saúde (CLS) que teve o objetivo de apoiar a implantação do Conselho Local de Saúde no bairro Nova Vitória, município de Camaçari, Bahia. Este objetivo foi alcançado, o CLS mantém-se atuante e com o desafio de inserir cada vez mais a população nas reuniões e discussões. O segundo produto foi desenvolvido em parceria com os alunos de graduação do Programa de Integração Academia, Serviço e Comunidade (PIASC) da UNEB, na elaboração de uma cartilha para educação em saúde da população sobre controle social. A cartilha tem sido utilizada para estimular a participação popular e o controle social no SUS, utiliza linguagem simples e direcionamento por meio de Código QR para vídeos explicativos. Considero a experiência com os alunos do PIASC exitosa e espero que possa ser continuada com outros alunos do Mepisco.

Desejo que os produtos do Mestrado colaborem para a Universidade e para sociedade civil, especialmente na busca pelos direitos já conquistados, entendendo que o SUS é nosso maior patrimônio e não podemos desistir dele. Acredito que os temas trabalhados são de extrema relevância, especialmente no cenário pós pandemia. Espero ainda que o atual governo revogue a EC nº 95/2016, pois certamente o congelamento dos gastos sociais aumenta as desigualdades e atinge os grupos sociais mais vulneráveis.

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro é uma conquista social. Criado em 1988, após a promulgação da Constituição Federal (CF), tem como princípios fundamentais a universalidade, a equidade e a integralidade (PAIM, 2009). O financiamento é um dos componentes centrais de um sistema de saúde público, mas desde a sua criação o SUS enfrenta crises e desafios (MARQUES; PIOLA; ROA, 2016).

A CF de 1988 garantiu, por meio do artigo n° 55 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), que 30% dos recursos financeiros destinados a Seguridade Social fossem investidos no SUS até que a Lei de Diretrizes Orçamentárias aprovada anualmente estipulasse o percentual destinado à saúde, entretanto houve descumprimento desta garantia e o percentual estipulado não foi investido na saúde (TELES; COELHO, 2016).

Assim, no início da década de 1990 houve uma redução dos valores designados para o SUS, provocando um grande desinvestimento na rede pública e um aumento significativo de contratação de prestadores privados de atenção especializada, os quais passaram de complementares a substitutivos aos serviços públicos (SANTOS, 2015). Tal política de Estado foi continuada nos anos 2000, e agravada pelo fomento ao financiamento de hospitais privados de grande porte e pelas privatizações, sob o pretexto de produzir economia dos gastos federais com o SUS (SANTOS, 2015).

Em 1994, o governo instituiu o Fundo Social de Emergência, conhecido hoje como Desvinculação de Receitas da União (DRU), com o objetivo de realizar um ajuste fiscal. Houve desvinculação de parte das receitas da seguridade social para que pudessem ser utilizadas em outras áreas de maior prioridade (BRASIL, 2013). Em 1996, com a finalidade de driblar o déficit causado pela DRU foi criado um novo imposto – a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) (BRASIL, 2013). Contudo, a CPMF aprovada para o financiamento do SUS foi desviada em parte para cobrir o déficit da Previdência, para financiar ações de combate à pobreza e para outros ministérios como os de Ciência e Tecnologia, Defesa, Educação e Planejamento, sendo extinta em 2007 após votação no Congresso Nacional (SANTI; PISCITELLI; MASCITTO, 2008).

No Brasil, 80% da população depende exclusivamente dos serviços ofertados pelo SUS (BRASIL, 2022b), mas o gasto público foi de apenas 46% do gasto total em saúde em 2014, o menor quando comparado a outros sistemas universais como Portugal (64,8%), França (78,2%) e Reino Unido (83,1%) (FIGUEIREDO, 2023).

O financiamento tripartite (municipal, estadual e federal) tem se mostrado insuficiente para o SUS e a esfera federal tem reduzido sua participação ao longo dos anos (GADELHA *et al.*, 2021). Nem mesmo após a aprovação da Emenda Constitucional n° 29 de 2000 (EC 29/00), que regulamentou os valores mínimos a serem aplicados na saúde, o governo federal conseguiu melhorar o financiamento do SUS. Na verdade, houve redução do percentual federal de participação no financiamento da saúde pública, passando de 59,8% no ano 2000 para 45,1% no ano de 2010, enquanto estados passaram de 18,6% para 26,4%, e municípios de 21,7% para 28,5% no mesmo período (PIOLA; FRANÇA; NUNES, 2016). Em 2019, as despesas com saúde no país corresponderam a 9,6% do Produto Interno Bruto (PIB), entretanto a participação dos gastos públicos foi de apenas 3,8% (IBGE, 2022). Assim, o Brasil investiu menos de 4% do PIB em saúde pública quando outros países com sistemas também universais e integrais chegaram a investir 7,6% como é o caso do Canadá e 8% no Reino Unido (IBGE, 2022).

O subfinanciamento do SUS é um problema crônico que coloca em risco a saúde como direito de todos (OCKÉ-REIS, 2018) (FUNCIA, 2019) (PAIM, 2019). Muitos políticos defendem o SUS em suas campanhas eleitorais, mas as decisões tomadas pelo Executivo e Legislativo são contraditórias e frequentemente favorecem o setor privado (MARIATH, 2021). É nesse contexto que o artigo de Vieira (2016) apresenta os gastos com saúde no país comparando-os com outros sistemas universais, aborda matérias relativas ao financiamento do SUS no Congresso Nacional, observando os riscos à efetivação do direito à saúde pois não foram constatados esforços do governo para alocar mais recursos em saúde do que o previsto nas leis e CF.

Recentemente, Scheffer e Souza (2022) analisaram a trajetória do capital estrangeiro no contexto do SUS, concluindo que o processo de financeirização da saúde possivelmente aumentou as desigualdades no acesso aos serviços de saúde, constituindo-se em mais uma barreira na consolidação do SUS. Esse estudo identificou o volume, as operações, a natureza das organizações, ramos econômicos de investidores e beneficiados, atores e seus posicionamentos a partir do curso legislativo, desde o “ordenamento inaugural” de 1946, primeira norma sobre entrada e saída de capital, até 2015 com a Lei n° 13.097 que altera a Lei Orgânica da Saúde e há abertura irrestrita ao capital estrangeiro. Sugere-se que o processo legislativo para ampla abertura do capital estrangeiro, influenciada por *lobbies* empresariais e interações público-privadas (Executivo, Legislativo e grupos empresariais) previamente existentes, seguem um padrão determinado: preferência por parlamentares de menor expressão mas com proximidade com o governo, incorporação do capital estrangeiro em proposições com outras finalidades, rápida tramitação, acordos anteriores com líderes, e por último a sanção

presidencial sem vetos. Esta prática coloca em risco a seriedade, a autonomia e a eficiência do Legislativo (SCHEFFER; SOUZA, 2022).

Com relação ao *lobby* da indústria/empresarial e o financiamento de campanhas eleitorais de parlamentares do Congresso Nacional, Mariath (2021) apontou que o interesse de grupos economicamente influentes podem comprometer o interesse coletivo, até mesmo quando se trata de saúde pública. No estudo, foi observado que as decisões tomadas pelo Congresso Nacional, entre 2015 e 2019, sobre a tributação de bebidas açucaradas sofreram interferência das empresas que financiaram suas campanhas eleitorais.

O inadequado financiamento do SUS pode refletir na qualidade dos serviços prestados à população – dificuldades no acesso, tempo de espera, falta de médicos, dentre outros. Com a população desacreditada, há menos cobrança e apoio ao Congresso para que haja resoluções, contudo os maiores avanços ocorridos no SUS vieram de lutas demandadas pela sociedade (GOMES, 2011). Os projetos sobre financiamento federal da saúde frequentemente são focados no quantitativo de recursos sem que haja discussões aprofundadas sobre necessidades reais baseadas em metas, modelos de gestão, recursos humanos, combate à corrupção, a fim de que as diretrizes previstas na CF sejam cumpridas (GOMES, 2011).

O Executivo e o Legislativo Federal prolongam os debates e as regulamentações sobre o financiamento do SUS desde a promulgação da CF de 1988. Entre os governos de Fernando Henrique Cardoso (FHC) e Dilma Rousseff perdurou no país uma política econômica baseada em metas de inflação, superávit primário e câmbio flutuante, gerando dificuldades e consequentemente o subfinanciamento do SUS (MARQUES; PIOLA; ROA, 2016)

Um estudo analisou os gastos com saúde no país de 1995 a 2012, nas gestões dos presidentes FHC, Luiz Inácio Lula da Silva e Dilma Rousseff (SOARES; SANTOS, 2014). Em relação ao subfinanciamento do SUS, observou-se um alinhamento de política mesmo no contexto de dois projetos políticos distintos (Partido dos Trabalhadores – PT e Partido da Social Democracia Brasileira - PSDB). Em todo o período analisado houve redução proporcional da participação do governo federal com gastos em saúde enquanto houve crescimento por parte dos municípios brasileiros.

A Câmara dos Deputados (CD) e o Senado Federal (SF) compõem o Congresso Nacional e representam o Poder Legislativo Federal. A CD e o SF têm papel fundamental no processo de construção e regulamentação da política de saúde (COSTA *et al.*, 2016). A análise das leis oriundas do Congresso brasileiro expressa o grau de priorização das políticas no nível federal, assim como o grau de formalização destas no orçamento federal (GOMES, 2011). Muitas leis originárias de demandas patrocinadas pelo Executivo e compostas por um processo

decisório anterior tramitaram com maior rapidez no Congresso, apontando um processo político desbalanceado com concentração de poder pelo Executivo, como foi o caso da Emenda Constitucional n° 95 de 2016 (EC 95/16) que instituiu um novo regime fiscal no país, congelando os gastos com saúde até 2036 (BAPTISTA, 2010).

A EC 95/16 foi objeto de diversos estudos, especialmente à época da sua aprovação. Foram realizadas simulações e projeções dos gastos em saúde, evidenciando seus impactos negativos (IPEA, 2016) (FES, 2016) (ROSSI; DWECK, 2016) (VIEIRA; BENEVIDES, 2016) (CAVALCANTE; PEREIRA; SOUSA, 2018) (MENEZES; MORETTI; REIS, 2019) (SANTOS, 2020). Também foi analisado a (in) constitucionalidade da Emenda, o retrocesso no direito à saúde e as perdas que o setor apresentaria ao longo dos seus 20 anos de vigência (ROZNAI; KREUZ, 2018) (SOARES, 2018) (BEVILACQUA; SOARES; SANTOS, 2020).

Entretanto, apesar do tema financiamento da saúde ser recorrente em estudos e pesquisas, poucos são os trabalhos que vêm investigando as razões acerca da emergência de projetos relacionados ao financiamento setorial na conjuntura específica da EC 95/2016, a construção social por meio dos estudos dos principais agentes envolvidos, suas trajetórias, as questões em disputa no espaço bem como suas relações com as condições históricas de possibilidade no sentido proposto por Pierre Bourdieu.

Tendo em vista o exposto, esse trabalho deseja analisar as distintas tomadas de posição dos agentes (parlamentares) do Legislativo Federal durante a votação da EC 95/16, que congelou os gastos da saúde por 20 anos, e responder algumas questões que ainda não foram elucidadas: quem são os agentes que votaram contra e a favor da EC 95/16? Por que tais posições foram tomadas? Quais as motivações, conflitos e interesses disputadas na tramitação desta Emenda? Almeja-se responder tais questões, utilizando o referencial teórico proposto por Pierre Bourdieu.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a construção da Emenda Constitucional N° 95/2016 para o financiamento da saúde no Legislativo Federal do Brasil.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Mapear as principais tomadas de posição relativas a Emenda Constitucional N° 95/2016, no âmbito da Câmara de Deputados e do Senado Federal.

Analisar as trajetórias dos principais agentes envolvidos nas disputas relativas à aprovação da Proposta de Emenda Constitucional N° 95/2016.

3. FINANCIAMENTO DA SAÚDE

3.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE BRASILEIRO

Um sistema de saúde deve conter minimamente as funções de geração de recursos, financiamento, gestão e oferta de serviços, logo o financiamento é um importante componente para o planejamento e a execução das políticas, das ações e dos serviços em saúde (COELHO; SCATENA, 2014). O financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) está inserido na Seguridade Social, que envolve também as ações de previdência e assistência social. A Constituição Federal (CF) de 1988 orienta que o orçamento da saúde deve ser constituído por recursos provenientes das três esferas de governo (MARQUES; PIOLA; ROA, 2016).

O SUS nasceu a partir do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) e da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) culminando no texto da CF que garante a saúde como direito de todos e dever do estado. Um sistema público universal necessita de fontes estáveis de financiamento para sua viabilidade, pois antes da implantação do SUS era o Fundo de Previdência e Assistência Social, pago pelos trabalhadores com emprego formal, que financiava a maior parte desses serviços, ficando o Ministério da Saúde responsável essencialmente por financiar ações de saúde pública (COELHO; SCATENA, 2014). Assim, a universalização do acesso à saúde incorporou grupos populacionais que não cooperavam financeiramente, passando o Estado a recorrer a outras fontes de contribuição como impostos e taxas (MARQUES; PIOLA; ROA, 2016).

Desde a CF de 1988, o Brasil enfrenta problemas no financiamento do SUS. O Congresso possui papel central nessa discussão pois é responsável pela aprovação da legislação e pela fiscalização dos recursos financeiros (BRASIL, 2011).

Especialmente durante a década de 1990, senadores e deputados elaboraram diversos projetos de emendas constitucionais com a finalidade de regulamentar o financiamento do SUS. Em 1997, o governo criou a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) na tentativa de aumentar a arrecadação para a saúde, entretanto não houve aumento pois à medida que a CPMF contribuía, diminuía-se o percentual de outras fontes, não impactando no volume dos recursos financeiros, além de ter sido utilizada também para financiar outros setores. Essa contribuição incidia sobre as movimentações bancárias foi extinta em 2007 pelo Senado mesmo após ter sido aprovada sua continuidade pela Câmara dos Deputados (BRASIL, 2013; BRASIL, 2021b).

Ainda na década de 1990, a partir das diversas proposições apresentadas pelo legislativo federal, deram origem à Emenda Constitucional N° 29 (EC 29), aprovada no ano de 2000 assegurando os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. A EC 29 estabeleceu percentuais mínimos de aplicação dos recursos no SUS pelas três esferas de governo, permitindo que estados apliquem 12% e municípios 15% do que arrecadam. Já a União deve investir o montante aplicado no ano anterior acrescido da variação do Produto Interno Bruto (PIB). Dessa forma, conseguiu-se uma maior estabilidade no financiamento do SUS, descentralizando e expandindo a participação dos estados e municípios (MARQUES; PIOLA; ROA, 2016).

Embora os avanços da EC 29 tenham sido importantes, ela só foi regulamentada pela Lei Complementar N° 141 (LC 141), sancionada em 13 de janeiro de 2012. Entre 2001 e 2011, o legislativo apresentou propostas para promover o aumento da participação da União no financiamento do sistema de saúde, entretanto o executivo enfrentou com resistência. A Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados à época era presidida por deputado do mesmo partido político do chefe do executivo, dificultando a tramitação das proposições (GOMES, 2014). Assim, a LC 141 não modificou a participação da União no financiamento do SUS, gerando descontentamento de muitos. Dentre os pontos positivos destaca-se a demarcação das despesas com ações e serviços públicos de saúde (TELES; COELHO, 2016). Ainda em 2012, com 2,2 milhões de assinaturas o movimento popular Saúde +10 trouxe de volta a discussão sobre financiamento da saúde no Legislativo com a proposta de um projeto de lei que obrigava a União a investir 10% da sua receita bruta no SUS, alterando a LC 141, que não vigorou (BRASIL, 2014).

Assim, um Colegiado foi instalado no Senado em 2013 para discutir os valores aplicados pela União no SUS. Os especialistas ouvidos na época estimaram um déficit de R\$ 45 bilhões anuais no SUS. A partir da comparação com outros países que possuem sistemas universais, a comissão instalada recomendou a ampliação de investimentos públicos no setor, entre as soluções foram citadas o aumento da alíquota da Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL), a taxação das grandes fortunas, o acréscimo no valor das apostas das loterias, além da discussão da relação público-privada no SUS. Na visão dos senadores é necessário ainda aperfeiçoar a gestão do sistema de saúde, suas estruturas de controle e responsabilizar os servidores públicos (BRASIL, 2014).

A Lei n° 13.097 aprovada em 19 de janeiro de 2015, permitiu a participação do capital estrangeiro na assistência à saúde, inclusive em hospitais filantrópicos, medida considerada um incentivo do governo ao setor privado (VIEIRA, 2016). A abertura do mercado de saúde para

o capital estrangeiro de forma irrestrita reforça as diferenças entre os sistemas público e privado, e conseqüentemente dificulta a consolidação de um sistema público universal e integral como o SUS (FILIPPON, 2015).

Ainda em 2015, a Emenda Constitucional Nº 86 (EC 86) criou o orçamento impositivo, reduzindo o financiamento do SUS, beneficiando as emendas parlamentares e causando compressões ao orçamento da seguridade social da qual a saúde faz parte (TELES; COELHO, 2016). Essa Emenda alterou apenas o cálculo para a União que passou a ser vinculado a Receita Corrente Líquida (RCL). A RCL sofreu redução por conta da retração da atividade econômica e por consequência, o financiamento do SUS também (MARQUES; PIOLA; ROA, 2016). A EC 86 teve origem no Senado e impôs ainda ao governo federal a execução de 1,2% da RCL em emendas parlamentares, beneficiando o Poder Legislativo (BRASIL, 2021b).

Os “embates históricos” pelo financiamento do SUS ainda se deparam com a Emenda Constitucional Nº 95 de 2016 que congela os gastos, especialmente com saúde e educação, por 20 anos (TELES; COELHO, 2016). A PEC do Teto de Gastos foi aprovada em primeiro turno no Senado Federal por 61 votos a 14, durante o Governo Temer (BRASIL, 2021b). A adoção do teto de gastos também foi realizada por outros países, mas ao contrário do Brasil não houve impedimento de aumento das despesas acima da inflação caso a economia crescesse. Além disso, a EC 95 desconsiderou o crescimento demográfico e coloca em risco a viabilidade das políticas públicas, pois retira direitos sociais garantidos pela CF desprivilegiando as classes dominadas. Ademais essa Emenda não exprime legitimidade democrática visto que o governo que a propôs não foi aquele vitorioso nas urnas e independente de opções político-partidárias fere a CF de 1988 (MARIANO, 2017).

O Quadro 1 apresenta um resumo da série histórica dos atos do Legislativo Federal de 1988 quando a CF foi promulgada até 2016 com a aprovação da EC 95.

Quadro 1 - Série Histórica e descrição dos Atos Legislativos sobre financiamento do SUS no Brasil, de 1988 a 2016.

Ano	Ato legislativo	Descrição
1988	Constituição Federal	O sistema único de saúde será financiado com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. Art. 55 ADCT: Até que seja aprovada a lei de diretrizes orçamentárias, 30%, no mínimo, do orçamento da seguridade social, excluído o seguro-desemprego, serão destinados ao setor de saúde.
1997	Criação da Contribuição Provisória sobre	Alíquota de:

Ano	Ato legislativo	Descrição
	Movimentação Financeira (CPMF)	0,20% ao Fundo Nacional de Saúde, para financiamento das ações e serviços de saúde; 0,10% ao custeio da Previdência Social; 0,08% ao Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza, o que totaliza os 0,38% da CPMF.
2000	Emenda Constitucional N° 29	Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Uma Lei complementar irá tratar dos percentuais mínimos que deverão ser aplicados pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios.
2007	Extinção da CPMF	A previsão inicial era de duração de dois anos, após a desvalorização cambial sofrida pelo país em 1999 foi prorrogada por mais três anos. Em 2002, outra emenda prorrogou a CPMF até 2004, com previsão de redução da alíquota de 0,38% para 0,08%, o que não aconteceu. Por fim, foi prorrogada pela última vez até 2007, quando foi extinta em votação no Congresso Nacional.
2012	Lei Complementar N° 141 (regulamenta a EC 29/00)	Regulamenta o § 3° do art. 198 da CF para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União (montante aplicado no ano anterior acrescido da variação do PIB), Estados (12%), Distrito Federal (12%) e Municípios (15%) em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo; revoga dispositivos das Leis 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências.
2015	Lei N° 13.097	Abertura ao capital estrangeiro na oferta de serviços de saúde, altera a Lei n° 8.080/1990 permitindo a participação e controle de empresas e/ou capital estrangeiro em atividades de assistência à saúde (hospitais, laboratórios, medicamentos, entre outros).
2015	Emenda Constitucional N° 86	Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica, estabelecendo uma nova relação entre os Poderes Executivo e Legislativo na elaboração e execução do Orçamento Público. A PEC do Orçamento Impositivo visa garantir a execução de emendas parlamentares ao orçamento federal, limitadas a 1,2% da RCL, distribuída de forma proporcional entre deputados e senadores de cada estado.
2016	Emenda Constitucional N° 95	Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, que congelou o orçamento da saúde em 20 anos.

Fonte: elaboração própria.

Para melhorar o acesso e a equidade nos serviços de saúde, o Estado necessita aumentar sua participação por meio do financiamento. As fragilidades apontadas pelos especialistas nessa área decorrem do ritmo crescente da despesa, especialmente nos sistemas universais, por conta

do envelhecimento populacional, do desenvolvimento do parque tecnológico e da introdução de novas tecnologias em saúde, do aumento nos preços de bens e serviços, entre outros. No Brasil podemos citar ainda o desemprego e o aumento da população que depende exclusivamente do SUS. Dessa forma, nos sistemas universais faz-se necessário encontrar alternativas de gestão para que não haja retrocessos, priorizando a saúde enquanto direito adquirido pelos cidadãos (MARQUES; PIOLA; ROA, 2016).

3.2 LEGISLATIVO FEDERAL

O poder legislativo, no âmbito federal, é exercido pelo Congresso Nacional, dividido em Câmara dos Deputados e Senado Federal. A Câmara dos Deputados é composta por 513 deputados federais eleitos pela população a cada quatro anos. Suas principais atribuições são legislar e fiscalizar. Desse modo, são responsáveis por aprovar o orçamento da União e fiscalizar sua aplicação. As Comissões Permanentes da Câmara de Deputados são órgãos temáticos que têm o objetivo de analisar e debater projetos nas áreas afins. A área da saúde faz parte da Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF), junto às áreas de previdência e assistência social, e família. Foi criada em 1823 nomeada Comissão de Saúde, passou por várias reformulações até a atual que está em vigor desde 1989, composta por 52 deputados (BRASIL, 2021a).

Organizado em blocos e lideranças, o Senado Federal é composto por 81 senadores eleitos segundo o princípio majoritário para um mandato de oito anos. Em conjunto com a Câmara de Deputados, tem a função de editar os atos normativos por meio do processo Legislativo. Uma Mesa Diretora é eleita para conduzir os trabalhos e os senadores se organizam no Plenário e nas Comissões a fim de analisar e emitir parecer sobre determinados assuntos. A Comissão de Assuntos Sociais (CAS) tem atribuição de examinar proposições relativas à assistência social, trabalho, emprego, seguridade e previdência social, população indígena, proteção e defesa da saúde, assistência farmacêutica, saneamento, entre outros. É formada por 21 senadores e seus respectivos suplentes (BRASIL, 2021b).

No Brasil, embora o legislativo tenha atuado nas proposições de financiamento para o SUS, juntamente com o Poder Executivo foi responsável pela aprovação de recursos financeiros aquém do necessário para a sustentabilidade do nosso sistema de saúde, principalmente quando se trata dos recursos da União. Os partidos políticos realizam debates e mediam disputas entre as coalizões e as oposições, mas ficam à mercê de demandas externas, especialmente aquelas proporcionadas pelos interesses do Executivo, tornando a atuação do legislativo incoerente e

fragmentada. Isso mostra o desinteresse no progresso do SUS e mais precisamente a abnegação dos legisladores em regulamentá-lo de acordo com os princípios previstos da CF (GOMES, 2014).

Nesse cenário, o papel do legislativo, especialmente nas discussões dentro das comissões permanentes de saúde já citadas, foi decisivo nas disputas e decisões que culminaram na aprovação de propostas para o financiamento do SUS. A revisão de literatura internacional realizada mostrou que pouco se sabe sobre a trajetória e o que levou os legisladores a tomarem posições que implicariam no financiamento da saúde. Mas está posto que o financiamento se constitui no gargalo dos sistemas universais e até mesmo daqueles que estudam uma universalização de seus serviços.

Em relação à PEC, objeto desse estudo, a tramitação precisa acontecer necessariamente na Câmara dos Deputados e no Senado Federal. O Quadro 2 mostra o percurso da PEC desde sua proposição até sua promulgação no Congresso Nacional.

Quadro 2 - Tramitação de proposta de emenda à Constituição (PEC) no Congresso Nacional Brasileiro, 2023.

Tramitação de propostas de emenda à Constituição no Congresso Nacional	
1	<p style="text-align: center;">APRESENTAÇÃO: Quem pode propor</p> <p>A PEC pode ser apresentada por no mínimo 171 deputados ou 27 senadores (1/3 do total), pelo presidente da República e por mais da metade das assembleias legislativas.</p>
2	<p style="text-align: center;">ANÁLISE DE ADMISSIBILIDADE: Comissão de Constituição, Justiça e de Cidadania</p> <p>A PEC começa a tramitar na Comissão de Constituição, Justiça e de Cidadania (CCJ), que analisa a admissibilidade da proposta. A PEC não pode violar as cláusulas pétreas da Constituição: forma federativa de Estado; voto direto, secreto, universal e periódico; separação dos Poderes; e os direitos e garantias individuais dos cidadãos.</p>
3	<p style="text-align: center;">ANÁLISE DO MÉRITO: Comissão especial</p> <p>Se for admitida pela CCJ, o mérito da PEC é analisado por uma comissão especial, que pode alterar a proposta original. A comissão tem o prazo de 40 sessões do Plenário para votar a proposta. O prazo para emendas se esgota nas dez primeiras sessões.</p>
4	<p style="text-align: center;">VOTAÇÃO NO PLENÁRIO</p> <p>Depois, a proposta é analisada pelo Plenário. A aprovação depende dos votos favoráveis de 3/5 dos deputados e dos senadores, em dois turnos de votação (nas duas casas).</p>
5	<p style="text-align: center;">PROMULGAÇÃO</p> <p>Depois de concluída a votação em uma Casa, a PEC é enviada para a outra. Se o texto for aprovado nas duas Casas sem alterações, é promulgado em forma de emenda constitucional em sessão do Congresso Nacional. Se houver modificação substancial (não apenas de redação), ela volta obrigatoriamente para a Casa onde começou a tramitar. A alteração em uma Casa exige nova apreciação da outra Casa,</p>

sucessivamente. É possível haver a promulgação “fatiada” (apenas da parte aprovada pelas duas Casas).

Fonte: Agência Câmara Notícias, 2019. Disponível em <https://www.camara.leg.br/noticias/573448-saiba-mais-sobre-a-tramitacao-de-pecs/>. Acesso em 20 maio 2023.

3.3 OUTROS PAÍSES

Uma análise histórica da Constituição de 1978 da Espanha apontou que o Poder Legislativo tem a competência de estabelecer os serviços mínimos fundamentais em saúde para que as Comunidades Autônomas (CA) implementem em seus territórios. A saúde pública na Espanha é financiada por meio de impostos e totalmente desvinculada da Previdência Social. A descentralização da gestão foi acompanhada da centralização legislativa, pois apesar das CA serem responsáveis por 91,8% do gasto em saúde, devem seguir as regras impostas pela legislação federal, podendo apenas acrescentar novos benefícios desde que mantenham a coerência e arquem com as despesas. A crítica recai também sobre o mínimo de participação exigido ao governo federal que não é cumprido. Assim, a inconsistência entre a responsabilidade legislativa e a responsabilidade financeira exigiria mudanças na estrutura jurídico-legal do país (ROYO, 2020).

Percebe-se que mesmo em países com economias consolidadas, mas que também sofreram crises econômicas, os governos buscaram o apoio do legislativo para aprovar leis que diminuíssem o financiamento da saúde e elevassem a participação do setor privado. O *National Health Service* (NHS), do Reino Unido, é um sistema universal de saúde que vem enfrentando resistências populares contra sua mercantilização e privatização, sobretudo por meio de movimentos de oposição às propostas legislativas. A aprovação da *Health and Social Care Act* em 2012, lei que defende a diminuição da atuação do estado e estimula a participação do mercado na administração pública, abriu espaço para que o setor privado controle a oferta dos serviços de saúde. Contudo, a sustentabilidade do NHS depende muito mais de questões políticas do que financeiras, pois é um dos sistemas de saúde mais econômicos entre os países desenvolvidos do mundo (RUANE, 2016).

Na década de 1990, a França também implementou reformas para diminuir os gastos com saúde utilizando medidas para o racionamento e o estabelecimento de prioridades. O Parlamento é responsável pela aprovação do orçamento dos hospitais, a partir de metas pré estabelecidas. Algumas soluções testadas para controlar a demanda foram a diminuição de vagas para a formação médica e a contenção dos seus honorários, racionalização da capacidade

dos hospitais e implantação de sistema de informação para medir sua produtividade, controle de preços de medicamentos e redução da taxa de reembolso, entre outras. Houve redução das despesas em saúde, mas em contrapartida houve aumento da desigualdade. A população manifestou-se a favor da melhoria do financiamento público da saúde e mostrou-se contra o racionamento de cuidados médicos (LANCRY; SANDIER, 1999).

Em países com sistemas de saúde baseados em seguro como nos Estados Unidos da América (EUA) houve propostas de reformas para melhoria do acesso como a Lei do Seguro Saúde Acessível em 2010, conhecida como *Obama care* (MARQUES; PIOLA; ROA, 2016). Essa Lei implicou a necessidade de arrecadação de novos impostos. Apesar de ter sido aprovado por linhas partidárias bastante rígidas no Congresso, os Republicanos realizaram várias votações para substituí-la. Então em 2016, os Republicanos passaram a liderar o Congresso colocando a saúde como prioridade de pauta, removendo elementos dessa Lei. É difícil para os líderes políticos encontrarem um equilíbrio entre melhorar o acesso e manter custos sustentáveis para o sistema de saúde. Entretanto, os desafios devem ser discutidos e trabalhados em conjunto entre os partidos no Congresso (HIRSCH, 2018).

A experiência legislativa na Flórida foi analisada em um estudo de caso, entre os anos de 1965 e 1993, na qual foram examinadas as condições que promoveram ou dificultaram suas iniciativas para a ação do Estado na área da saúde. Foi ressaltada a importância da coesão entre as organizações administrativas e a liderança legislativa, pois quando ambas eram concordantes, a legislação era promulgada ou revogada de acordo com os interesses do estado. Entretanto, a maior parte das propostas examinadas eram de iniciativa das organizações administrativas, incluindo solicitações de orçamentos. Os legisladores não possuíam expertise em questões técnicas de saúde sofrendo grande influência da administração, principalmente por conta das contínuas mudanças nas representações das comissões dentro do Congresso. Dessa forma, a capacidade técnica das organizações administrativas para o planejamento em saúde colaborou expressivamente na organização dos serviços de saúde da Flórida (HARKREADER; IMERSHEIN, 1999).

4. REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico adotado para este estudo foi a sociologia reflexiva e genética de Pierre Bourdieu, teoria que permite uma compreensão crítica de como as estruturas sociais são produzidas e perpetuadas (BOURDIEU, 1983; 1996; 2001). A construção da EC N° 95/2016 no Legislativo Federal Brasileiro envolveu tomadas de posições por parte dos senadores e deputados federais. Tais agentes ou grupos de agentes que participaram ou influenciaram na construção de propostas legislativas relacionadas ao financiamento do SUS encontravam-se situados em um lugar do espaço social e possuíam uma trajetória influenciados por diferentes tipos de capital como o científico, o burocrático e principalmente o político.

Para Bourdieu (2021) os agentes são indivíduos ou grupos de pessoas que possuem influência na sociedade, mas também são influenciados pelas estruturas sociais e pela acumulação de diferentes tipos de capital, e o espaço social é o conjunto dinâmico de todas as posições possíveis disponíveis para ocupação, composto por diferentes campos sociais e está em constante mudança. Já a definição de campo é considerada como microcosmos sociais relativamente autônomos, espaços estruturados de posições ocupadas pelos agentes sociais (BOURDIEU, 2001). Conforme explicitado, o conceito de espaço social e campo são distintos apesar de Bourdieu utilizá-los algumas vezes como sinônimos.

Nos espaços ou campos sociais propostos por Bourdieu (2021) ocorre um jogo competitivo, no qual os agentes usam estratégias para manter ou melhorar sua posição, que é definida a partir da acumulação de diversos tipos de capital. Em um campo, as diferentes formas de capitais podem ser entendidas como processo, mas também como produtos. O capital é a “energia que impulsiona o desenvolvimento de um campo através do tempo” (BOURDIEU, 2021, p 141).

Cada campo possui suas leis específicas, seus objetos de disputas, seus *habitus* - sistema de disposições socialmente construídas e produtos de uma aquisição histórica, e interesses específicos - *illusio* - a adesão tácita às leis do campo (BOURDIEU, 1983; 1996), constituindo o campo como espaço de jogo (BOURDIEU, 2001). É na dinâmica do jogo que se constrói a definição do problema social como um produto de diferentes estratégias dos grupos de agentes (PINELL, 2011). Neste estudo o campo político é o principal local de interesse no qual os agentes, deputados e senadores, estão situados e jogam o jogo político.

Como em um jogo, cada posição no campo é definida a depender do acúmulo das diversas espécies de capital e pelas relações estabelecidas com outras posições que constituem a estrutura de posições do espaço social específico (BOURDIEU, 1996). Assim, faz-se

necessário conhecer as definições dos diferentes tipos de capital, entretanto o capital político é o principal interesse deste estudo. O capital cultural é adquirido ao longo da vida por meio da educação/formação escolar, e nas famílias é transmitido de geração em geração. As pessoas que possuem posições sociais mais elevadas têm mais recursos para adquirir e transmitir o capital cultural, como conhecimento, bens culturais, formação intelectual e posse de títulos (BOURDIEU, 2008).

O capital econômico é composto por recursos financeiros e bens materiais, como salários, imóveis, rendimentos. Seu acúmulo confere reconhecimento e pode ser convertido em outros tipos de capital (BOURDIEU, 1983). O capital social representa as relações sociais e a rede de contatos de conhecimento e reconhecimento mútuo. Estas ligações são baseadas em trocas materiais e simbólicas (BOURDIEU, 1980).

O capital simbólico, de reconhecimento, é uma propriedade de qualquer tipo de capital, físico, econômico, cultural, social, percebida de acordo com as categorias de percepção, princípios de visão e de divisão, esquemas cognitivos, que são produtos da estrutura da distribuição do capital no campo considerado, e reconhecida pelos agentes (BOURDIEU, 1996).

No que se refere ao capital científico, existem duas espécies: um poder institucional ou institucionalizado, temporal ou político, ligado à ocupação de cargos importantes em instituições científicas e ao poder assegurado por esta sobre os meios de produção como contratos, créditos, postos, e reprodução, entendido como o poder de nomear e de fazer carreira.

Outra espécie de capital científico é pessoal, simbólico, pois se trata do reconhecimento objetivado, institucionalizado e pelos pares. Essas duas espécies de capital científico apresentam diferentes formas de acumulação. O capital científico propriamente dito, chamado de puro, é adquirido por contribuições reconhecidas ao progresso da ciência como, por exemplo, as publicações. Já o capital institucionalizado, decorrente da ocupação de cargos embora requeira algum grau de capital especificamente científico, é adquirido principalmente por estratégias políticas que têm em comum o fato de exigirem tempo como a participação em bancas, comissões, colóquios, reuniões (BOURDIEU, 2004).

O capital burocrático refere-se aos cargos ocupados, ao poder de nomeação e delegação de funções públicas atribuídas pelo Estado, assim como a distribuição de honorárias. Esse capital é responsável por atos de consagração e por garantir as cadeias de delegação, assim legítima atos de autoridade. Está presente nos discursos oficiais, nomeações e atestados pelo Estado (BOURDIEU, 1996; BOURDIEU, 2012).

O capital político, também simbólico, pode ser acumulado por meio de postos ou de militância decorrente de lutas passadas, refere-se à força de mobilização que um agente detém por título pessoal, delegação ou por ser mandatário de organização detentora do próprio capital político acumulado (BOURDIEU, 2001). É composto pelo capital de delegação que ao contrário do capital pessoal não desaparece com a pessoa que é seu portador, pois é detido e controlado pela instituição e só por ela (BOURDIEU, 2001).

O capital político se concentra nas mãos de indivíduos ou grupos privilegiados na sociedade como é o caso dos deputados e senadores, sendo influenciado por fatores sociais, como classe, gênero, renda e escolaridade, o que gera uma capacidade desigual de acesso a esse campo. O jogo político ou a arena política está situado num espaço de exclusão. Conhecer a trajetória desses agentes, sua base eleitoral e sua origem social é importante para entender suas tomadas de posição, pois Bourdieu afirma que as decisões tomadas nesse campo são baseadas nas posições ocupadas, nas relações com outros políticos ou partidos, e não nos anseios do povo que os elegeu. Os partidos políticos controlam o acesso a esse tipo de capital, burocratizando o campo, institucionalizando papéis, a fim de ganhar notoriedade e importância (BOURDIEU, 2011). O capital político pode ser representado pelo partido político ao qual o ator é filiado, pelos cargos ocupados dentro do partido ou que exijam articulações políticas prévias, pelos cargos ocupados em entidades de classe ou associações (ROSSI, 2016).

O conceito de espaço social é um recurso sociológico que permite estudar a estrutura e a dinâmica das relações mantidas pelos agentes envolvidos nas disputas em torno de um objetivo comum (PINELL, 2011). Esse autor afirma que nenhum estudo “pode prescindir de uma análise concreta das forças que geram esse espaço social”, das relações, das estratégias e dos interesses envolvidos (PINELL, 2011). A pesquisa genética ou estudo de gênese poderia fazer lembrar que o Estado e tudo que dele decorre é uma invenção histórica, servindo de antídoto ao que ele chamou de “amnésia da gênese”. A “amnésia da gênese” é um processo inconsciente “inerente a toda institucionalização exitosa, a toda instituição que conseguiu se impor implicando o esquecimento de sua gênese” (BOURDIEU, 2012, p. 166).

Os agentes que participaram do debate e da votação do EC 95 estavam situados no campo político como deputados e senadores. O campo político é um microcosmo relativamente autônomo, ou seja, um universo que possui suas próprias leis e no qual há disputa de poder sobre as regras do Estado. Para acessar esse campo é necessário possuir condições sociais específicas, a exemplo de educação e de excedente econômico que lhe possibilite tempo livre, critérios que podem ser considerados excludentes. É fundamental conhecer a base eleitoral, a origem social, e principalmente a posição que esses atores ocupam no campo político para

compreender suas tomadas de posição dentro do jogo (BOURDIEU, 2011). As tomadas de posição, as trajetórias e as estratégias utilizadas pelos agentes tornam o campo um espaço dinâmico, com seu próprio conjunto de crenças e conhecimentos específicos (BOURDIEU, 2021).

5. METODOLOGIA

Tipo de Estudo

Estudo documental, analítico, com abordagem qualitativa. Trata do processo de construção das propostas de financiamento para a saúde no Congresso Nacional Brasileiro. Foram analisados atos do Legislativo Federal relativos à Emenda Constitucional N° 95 de 2016, aprovada logo após o *impeachment* da presidente Dilma Rousseff. A PEC do teto de gastos públicos altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias para instituir um novo regime fiscal.

Esse estudo está inserido no projeto de pesquisa “Construção das propostas de financiamento para a saúde no Legislativo, suas mudanças e relações com o Sistema de Saúde: uma análise comparativa entre Brasil e Reino Unido”, sob coordenação da Profa. Dra. Thaís Regis Aranha Rossi e aprovado pelo edital universal do CNPq.

Estudo documental

A pesquisa documental realizada analisou as Atas das Sessões de votação no primeiro e segundo turnos realizados na Câmara dos Deputados e no Senado Federal, entre outubro e dezembro de 2016, disponíveis nos respectivos sítios eletrônicos oficiais <http://www.camara.leg.br> e <http://www.senado.leg.br>. Foram consultados documentos, áudios e vídeos disponíveis nos referidos sítios eletrônicos.

Além das Atas das Sessões foram analisados os pareceres das Comissões (Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania e Especial), os requerimentos e as propostas de emendas apresentadas pelos parlamentares, apresentação de Voto em Separado, entre outros. O Quadro 3 mostra os documentos selecionados para análise.

Quadro 3 - Relação de documentos analisados neste estudo, a partir da tramitação da EC 95/2016 no Congresso Nacional, de 15 de junho a 15 de dezembro de 2016.

Item	Documento
1	Proposta de Emenda à Constituição n. 241/2016 do Poder Executivo
2	Mensagem do Presidente da República ao Congresso Nacional n. 329/2016
3	Parecer do Relator n. 1 da Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania/Câmara dos Deputados

Item	Documento
4	Requerimento de Apensação n. 4946/2016
5	Voto em Separado n. 1, 2 e 3 na Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania/Câmara dos Deputados
6	Requerimentos de Audiência Pública/CD n. 1 a 61 para debater a PEC 241/2016
7	Propostas de Emendas n. 1 a 22 na Comissão Especial/CD, à PEC 241/2016
8	Parecer do Relator da Comissão Especial PRL 3 PEC 241/16 com Substitutivo
9	Voto em Separado n. 1 e 2 na Comissão Especial/ Câmara dos Deputados
10	Ata da 250ª Sessão de Discussão em Primeiro Turno da PEC 241/2016, 2ª Sessão Legislativa Ordinária da 55ª Legislatura, Câmara dos Deputados
11	Ata da 251ª Sessão de Votação em Primeiro Turno da PEC 241/2016, 2ª Sessão Legislativa Ordinária da 55ª Legislatura, Câmara dos Deputados
12	Ata da 252ª Sessão de Continuação da Votação em Primeiro Turno da PEC 241/2016, 2ª Sessão Legislativa Ordinária da 55ª Legislatura, Câmara dos Deputados
13	Ata da 272ª Sessão de Discussão em Segundo Turno da PEC 241/2016, 2ª Sessão Legislativa Ordinária da 55ª Legislatura, Câmara dos Deputados
14	Ata da 274ª Sessão de Votação em Segundo Turno da PEC 241/2016, 2ª Sessão Legislativa Ordinária da 55ª Legislatura, Câmara dos Deputados
15	Ata da 275ª Sessão de Continuação da Votação em Segundo Turno da PEC 241/2016, 2ª Sessão Legislativa Ordinária da 55ª Legislatura, Câmara dos Deputados
16	Propostas de Emendas n. 1 a 65 na Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania/Senado Federal, à PEC 55/2016
17	Parecer do Relator nº 888/2016 da Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania/Senado Federal
18	Parecer do Relator nº 920/2016 da Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania/Senado Federal
19	Voto em Separado na Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania/Senado Federal
20	Ata da 173ª Sessão de Discussão em Primeiro Turno da PEC 55/2016, 2ª Sessão Legislativa Ordinária da 55ª Legislatura, Senado Federal
21	Ata da 174ª Sessão de Discussão em Primeiro Turno da PEC 55/2016, 2ª Sessão Legislativa Ordinária da 55ª Legislatura, Senado Federal
22	Ata da 175ª Sessão de Discussão em Primeiro Turno da PEC 55/2016, 2ª Sessão Legislativa Ordinária da 55ª Legislatura, Senado Federal
23	Ata da 177ª Sessão de Discussão em Primeiro Turno da PEC 55/2016, 2ª Sessão Legislativa Ordinária da 55ª Legislatura, Senado Federal
24	Ata da 179ª Sessão de Discussão em Primeiro Turno da PEC 55/2016, 2ª Sessão Legislativa Ordinária da 55ª Legislatura, Senado Federal

Item	Documento
25	Ata da 184ª Sessão de Votação em Primeiro Turno da PEC 55/2016, 2ª Sessão Legislativa Ordinária da 55ª Legislatura, Senado Federal
26	Ata da 190ª Sessão de Discussão em Segundo Turno da PEC 55/2016, 2ª Sessão Legislativa Ordinária da 55ª Legislatura, Senado Federal
27	Ata da 191ª Sessão de Discussão em Segundo Turno da PEC 55/2016, 2ª Sessão Legislativa Ordinária da 55ª Legislatura, Senado Federal
28	Ata da 192ª Sessão de Discussão em Segundo Turno da PEC 55/2016, 2ª Sessão Legislativa Ordinária da 55ª Legislatura, Senado Federal
29	Ata da 195ª Sessão de Votação em Segundo Turno da PEC 55/2016, 2ª Sessão Legislativa Ordinária da 55ª Legislatura, Senado Federal

Fonte: Elaboração própria

Análise dos dados

A discussão foi baseada no referencial teórico de Pierre Bourdieu. Para compreender o processo de construção dos atos sobre financiamento em saúde no Legislativo acerca da EC 95/2016, buscou-se retratar a dinâmica do jogo social na relação entre grupos, as alianças formadas, o espaço dos possíveis inscritos no campo político, pois os principais atores envolvidos – deputados e senadores – situavam-se nesse campo. O campo político é um espaço fechado e autônomo, caracterizado por lutas simbólicas, e o capital político está ligado à reputação e ao reconhecimento que um agente possui diante da mídia, da população e de seus pares (BOURDIEU, 2011).

Foram analisadas as distintas posições tomadas pelos atores que participaram dos atos legislativos e as principais questões em jogo no campo político. A trajetória dos agentes foi analisada por meio das biografias disponíveis nos sites oficiais do Congresso Nacional, currículos, sites confiáveis da internet e textos publicados. Os agentes que participaram ou influenciaram a formulação desses atos legislativos foram analisados no que diz respeito às diversas posições ocupadas em diferentes espaços e campos sociais ao longo da sua trajetória. Após, analisou-se as trajetórias em relação as tomadas de posição de cada um dos agentes.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A tramitação de uma proposta de emenda à Constituição (PEC) é realizada obrigatoriamente na CD e no SF, ambos em dois turnos de votação (BRASIL, 2021a). Durante a tramitação da EC 95/2016 na CD, nomeada PEC 241/2016, foram realizadas três sessões em 10 de outubro de 2016 para discussão e votação em primeiro turno, e em 25 de outubro de 2016 outras três sessões em segundo turno com o mesmo intuito.

No SF, a PEC recebeu a numeração 55/2016 e também foram realizados dois turnos. O primeiro com cinco sessões de discussão nos dias 17, 18, 21, 22 e 23 de novembro de 2016, e a votação da matéria em 29 de novembro de 2016. No segundo turno foram realizadas três sessões de discussão, todas em 08 de dezembro de 2016 e a votação dia 13 de dezembro de 2016. O Quadro 4 apresenta uma síntese desta tramitação.

Quadro 4 – Síntese da tramitação da PEC N° 95/2016 no Congresso Nacional de acordo com numeração, turno, sessão, data e assunto.

Congresso Nacional	Numeração	Turno	Sessão	Data	Assunto
Câmara de Deputados	PEC N° 241/2016	1°	250 ^a	10/10/2016	Discussão da matéria e votação em 1° turno
			251 ^a		
			252 ^a		
		2°	272 ^a	25/10/2016	Discussão da matéria e votação em 2° turno
			274 ^a		
			275 ^a		
Senado Federal	PEC N° 55/2016	1°	173 ^a	17/11/2016	Discussão da matéria
			174 ^a	18/11/2016	
			175 ^a	21/11/2016	
			177 ^a	22/11/2016	
			179 ^a	23/11/2016	
			184 ^a	29/11/2016	Votação em 1° turno
		2°	190 ^a	08/12/2016	Discussão da matéria
			191 ^a		
			192 ^a		
			195 ^a	13/12/2016	Votação em 2° turno

Fonte: elaboração própria.

A PEC do Teto dos Gastos Públicos ou ainda “PEC da Morte”, como ficou popularmente conhecida, foi uma iniciativa do Poder Executivo. A proposta inicial foi elaborada nos Ministérios da Fazenda e do Planejamento, e submetida à CD em 15 de junho de 2016. O então presidente da república, à época integrante do Partido do Movimento

Democrático Brasileiro (PMDB), estava substituindo a presidente anterior - filiada ao Partido dos Trabalhadores (PT), que foi eleita democraticamente pelo povo, mas afastada após instauração de processo de *impeachment*. O ministro da Fazenda era filiado ao PSD/Governo e possuía uma larga experiência como banqueiro. Havia sido convidado pela atual gestão, mas já havia ocupado o cargo de presidente do Banco Central do Brasil entre os anos de 2003 e 2010, em um governo do PT, desempenhando um papel importante na implementação das políticas econômicas do governo (BRASIL, 2019).

O objetivo da PEC foi instituir um rígido controle dos gastos a fim de equilibrar as contas públicas que segundo o governo estariam em uma trajetória de crescimento insustentável. Entre 2014 e 2016, a economia brasileira passou por uma recessão, resultado de um conjunto de políticas adotadas a partir de 2011 que diminuíram a capacidade de crescimento econômico e suscitaram um custo fiscal aumentado (BARBOSA FILHO, 2017). Além disso, a sucessão presidencial de 2014 foi marcada por uma crise política, houve retração do PIB entre 2015 e 2016, resultando no *impeachment* da presidente eleita (GADELHA *et al.*, 2021). Dessa forma, a EC estabeleceu um limite de gastos para as despesas primárias para os próximos 20 anos, corrigido anualmente apenas pela inflação acumulada conforme o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo¹ (IPCA) (BRASIL, 2021b). As despesas primárias são gastos com políticas públicas (saúde e educação), Previdência Social e benefícios assistenciais, encargos sociais, gastos com pessoal, entre outros. Pode ser do tipo obrigatória, prevista na Constituição, ou discricionária, selecionadas a partir das prioridades do governo (BRASIL, 2022a).

Incluir saúde e educação no Teto de Gastos suscitou discussões e dividiu opiniões. Os resultados que as políticas sociais produzem são muitas vezes difíceis de serem medidos e não podem ser vistos apenas com caráter econômico. Além disso, a saúde é um setor produtivo que movimenta a economia, gera emprego, promove crescimento e distribuição de renda, colaborando para o crescimento do Produto Interno Bruto (PIB). O IPEA calculou o efeito multiplicador do gasto com saúde: para cada R\$ 1 gasto com saúde no Brasil, R\$ 1,70 é acrescentado ao PIB. Assim, reduzir gastos com a saúde, além de trazer prejuízos sociais, também gera prejuízos econômicos (IPEA, 2011).

¹ Índice de preços apurado com base em dados coletados no período do dia 1º ao dia 30 de cada mês segundo metodologia definida pelo IBGE. É utilizado como indexador para correção dos limites individualizados de despesas primárias de que trata o art. 107 do ADCT (Novo Regime Fiscal). Fonte: Glossário de Termos Orçamentários, Congresso Nacional (<https://www.congressonacional.leg.br/legislacao-e-publicacoes/glossario-orcamentario/> Acesso 02 Ago 2023). Tem por objetivo medir a inflação de um conjunto de produtos e serviços comercializados no varejo, referentes ao consumo pessoal das famílias. Fonte: IBGE (<https://ibge.gov.br/> Acesso em 02 Ago 2023).

A PEC visa acrescentar cinco artigos ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), além de revogar o artigo 22 da EC nº 86/2015 para reverter o quadro de desequilíbrio fiscal em que o país se encontra. Sobre a área da saúde, os Ministros proponentes escreveram:

Um desafio que se precisa enfrentar é que, para sair do viés procíclico da despesa pública, é essencial alterarmos a regra de fixação do gasto mínimo em algumas áreas. Isso porque a Constituição estabelece que as despesas com saúde e educação devem ter um piso, fixado como proporção da receita fiscal. É preciso alterar esse sistema, justamente para evitar que nos momentos de forte expansão econômica seja obrigatório o aumento de gastos nessas áreas e, quando da reversão do ciclo econômico, os gastos tenham que desacelerar bruscamente. Esse tipo de vinculação cria problemas fiscais e é fonte de ineficiência na aplicação de recursos públicos. Note-se que estamos tratando aqui de limite mínimo de gastos, o que não impede a sociedade, por meio de seus representantes, de definir despesa mais elevada para saúde e educação; desde que consistentes com o limite total de gastos. (BRASIL, 2016a, Item 21. p 7).

Tal proposta distancia-se do Estado de Bem-estar Social na medida em que ataca duas áreas de extrema relevância para a política social: saúde e educação. A dissociação entre crescimento econômico e desenvolvimento social implica em aumento das desigualdades, e põe em risco a implementação dos princípios fundamentais do SUS (PIRES; DEMO, 2006).

A proposta transcorreu em 6 meses no Congresso Nacional. O Quadro 5 apresenta a distribuição de processos legislativos referentes à tramitação da PEC segundo autor, nascimento, cargo, partido político, local, formação do autor e tomada de posição. Na CD, a PEC 241/2016 seguiu para a Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJC), sob Regime de Tramitação Especial, sendo designado como Relator um deputado do Partido Socialista Brasileiro (PSB/Governo), com formação em Direito e Engenharia. O parecer do relator aprovou a proposta, manifestando a admissibilidade e a constitucionalidade da mesma.

Encaminhada para a Comissão Especial, cujo relator foi um deputado do PMDB/Governo com formação em Medicina, foi aprovada após discussões com membros do Executivo como o Ministro da Fazenda, o Ministro do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão, o Subsecretário de Planejamento e Orçamento do Ministério da Saúde, o Presidente da União Nacional dos Dirigentes Municipais de Educação e o Presidente do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde; além de economistas e com o Presidente do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). O IPEA havia publicado uma Nota Técnica sobre os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do SUS e para a efetivação do direito à saúde no Brasil, elaborada por dois membros da carreira federal de Especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental (IPEA, 2016).

Alguns parlamentares do PDT/Oposição (formação em Economia/Direito e

Administração), PT/Oposição (formação em Direito) e PCdoB/Oposição (formação em História) tentaram, sem êxito, a aprovação de emendas para estabelecer um teto para as despesas com juros e encargos da dívida pública, e retirar saúde e educação dos limites propostos (Quadro 5) (BRASIL, 2021a).

O relator da PEC na Comissão Especial da CD, membro do PMDB/Governo, definiu-se como um parlamentar com uma “trajetória na luta por maior eficiência e mais recursos para o setor da saúde” (BRASIL, 2016b, p 4). Culpou a gestão federal anterior do PT, pelo aumento exorbitante do gasto público e da carga tributária, pela desconfiança gerada no mercado, pelo desemprego e pela recessão que segundo ele o país estava enfrentando. Relatou que a saúde perdeu R\$16 bilhões desde a promulgação da EC 86/2015, do Orçamento Impositivo, aprovada durante o governo federal anterior, mas o novo regime fiscal iria corrigir tal erro melhorando a base de cálculo dos recursos destinados ao SUS (BRASIL, 2016b). A PEC previa para o ano de 2017 que o teto dos gastos seria definido a partir da despesa primária paga em 2016 acrescida de 7,2% (inflação prevista para o ano). Entretanto, após os debates no Congresso e a grande repercussão na mídia, saúde e educação teriam tratamento diferenciado. No primeiro ano de vigência (2017) a saúde ficaria com 15% da Receita Corrente Líquida e a educação com 18% da arrecadação de impostos, e a partir de 2018 seguiriam o critério da inflação (BRASIL, 2021a).

A partir de emendas apresentadas, deputados do DEM/Governo, PSDB/Governo e PPS/Governo sugeriram que os recursos da saúde não fossem calculados com base no ano de 2016, visto que o percentual aplicado sobre a receita corrente líquida foi de 13,2%. Utilizando o ano base 2017 e revogando o art. 2º da EC 86/2015, esse percentual subiria para 15%, conforme o art. 198 da Constituição. O relatório foi finalizado com parecer favorável à aprovação da PEC, aprovou totalmente a Emenda nº 3 (alterou a redação do art. 102, § 6º, para incluir a transferência constitucional do IOF-Ouro, § 5º do art. 153, entre as exceções previstas), aprovou parcialmente as Emendas nº 1, 5, 17 e 18, (alteraram o ano base para cálculo dos recursos para saúde e educação de 2016 para 2017, a fim de minimizar perdas), e rejeitou as demais emendas apresentadas, as quais segundo o relator incluíam muitas exceções e diminuía o prazo de vigência o que comprometeria os resultados da PEC, resultando em um texto substitutivo com aprimoramentos (BRASIL, 2016b).

Após os pareceres das Comissões, a PEC foi encaminhada para discussão e votação em Primeiro Turno na CD em 10 de outubro de 2016. Dos 479 parlamentares presentes, 366 votaram a favor da PEC e 111 contra, houve 2 abstenções. Ao final da Sessão, a proposta retornou para a Comissão Especial para elaboração de uma nova redação para o segundo turno

contendo os aprimoramentos das emendas propostas, onde foi aprovada com 75,3% dos votos (359 votos a favor, 116 contra, e 2 abstenções) no dia 25 de outubro de 2016 (BRASIL, 2021a).

Ao chegar no SF, a PEC 55/2016, como foi enumerada, foi recebida pela Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania (CCJ) que elegeu um senador do PMDB/Governo relator da matéria. Novamente, um parlamentar do mesmo partido do presidente - proponente da PEC, seria responsável por apreciar e dar parecer à matéria, desta vez no Senado. Tal relator é empresário e agropecuarista formado em Administração e Ciências Políticas, nascido em Lavras de Mangabeira (CE) em 1952, foi deputado federal por três mandatos e senador por um mandato pelo estado de Ceará. Ingressou na política partidária em 1998, incentivado pelo sogro que também já havia sido deputado federal (CPDOC, 2009). O Parecer da Comissão admitiu a constitucionalidade da proposta, aprovando-a e rejeitando todas as emendas parlamentares solicitadas.

Senadores de diversos partidos políticos como o PT, PCdoB, PSB, PDT, CIDADANIA, REDE e o PMDB apresentaram ao todo 65 propostas de emendas para a PEC do Teto de Gastos, com destaque para o PT que foi responsável por 45 delas (Quadro 5). As emendas propunham, entre outros, realização de um referendo popular caso a PEC fosse aprovada no Congresso, modificações na lista de despesas que não seriam computadas no limite de gastos, imposição de limites aos gastos com juros e demais encargos da dívida pública, redução no prazo de vigência da PEC, preservação do piso para despesas com saúde e educação. Todas as emendas foram rejeitadas (BRASIL, 2016c).

Especificamente para a saúde, o parecer da CCJ/SF diz que a PEC aumentaria o piso em torno de R\$10 bilhões em 2017, e o relator argumentou que a interpretação de que a PEC retiraria recursos deste setor era incoerente. Além disso, para o relator, durante a elaboração do orçamento o governo poderia priorizar a saúde para receber mais recursos, já que não existia imposição de teto. Por fim, justificou que após a aprovação da PEC a economia voltaria a crescer, haveria maior arrecadação e conseqüentemente mais recursos para a saúde (BRASIL, 2016c). Tais justificativas foram utilizadas diversas vezes no discurso dos senadores que apoiaram a PEC, como um senador do PSB/Governo, nascido em 1943 no interior de Sergipe, formado em Direito, e outro senador nascido em Recife/Pernambuco, do PMDB/Governo, com formação em Economia. Ainda sobre o parecer da CCJ/SF, apresentaram Voto em Separado contrário à Proposta três senadores dos seguintes partidos, MBD/Governo, PT/Oposição e REDE/Oposição.

Quadro 5 - Distribuição de processos legislativos referentes à tramitação da PEC do Teto de Gastos segundo autor, nascimento, cargo, partido político, local, formação do autor e tomada de posição relacionada à PEC.

Processos Legislativos	Autor	Data de Nascimento	Cargo	Partido político	Local	Formação do autor	Tomada de posição
Parecer da CCJC/CD n. 1	Danilo Forte	01/09/1958	Deputado Federal	PSB/ Governo	Ceará	Direito e Engenharia	A favor da PEC
Requerimento de Apensação n. 4946/2016	Danilo Cabral	21/04/1967	Deputado Federal	PSB/ Governo	Pernambuco	Direito	Contra a PEC
Voto em Separado n. 1 CCJC/CD	Chico Alencar	19/10/1949	Deputado Federal	PSOL/ Oposição	Rio de Janeiro	História	Contra a PEC
	Ivan Valente	05/07/1946	Deputado Federal	PSOL/ Oposição	São Paulo	Engenharia e Matemática	Contra a PEC
Voto em Separado n. 2 CCJC/CD	Daniel Almeida	21/01/1955	Deputado Federal	PCdoB/ Oposição	Bahia	História	Contra a PEC
Voto em Separado n. 3 CCJC/CD	Luiz Couto	13/02/1945	Deputado Federal	PT/ Oposição	Paraíba	Filosofia e Teologia	Contra a PEC
Emenda Modificativa Nº 1 e 7/2016	Professora Dorinha Seabra Rezende	01/10/1964	Deputada Federal	DEM/ Governo	Tocantins	Pedagogia	Contra a PEC
Emenda Modificativa Nº 2/2016	Bacelar	09/07/1957	Deputado Federal	PTN/ Governo	Bahia	Administração	Contra a PEC
Emenda Modificativa Nº 3/2016	Marcelo Aro	12/06/1987	Deputado Federal	PHS/ Governo	Minas Gerais	Comunicação Social e Direito	A favor da PEC
Emenda Aditiva Nº 4/2016	Mauro Benevides	21/03/1930	Deputado Federal	PMDB/ Governo	Ceará	Letras, e Ciências Jurídicas e Sociais	A favor da PEC
Emenda Modificativa Nº 5/2016	Marcus Pestana	13/06/1960	Deputado Federal	PSDB/ Governo	Minas Gerais	Economia	A favor da PEC
Emenda Modificativa Nº 6/2016	Silvio Torres	01/06/1946	Deputado Federal	PSDB/ Governo	São Paulo	Ciências Sociais e Comunicação Social/Jornalismo	A favor da PEC
Emenda Aditiva Nº 8/2016 e Modificativa Nº 9/2016	André Figueiredo	10/11/1966	Deputado Federal	PDT/ Oposição	Ceará	Economia e Direito	Contra a PEC
Emenda Modificativa Nº 10/2016	Weverton Rocha	08/10/1979	Deputado Federal	PDT/ Oposição	Maranhão	Administração	Contra a PEC
Emenda Aditiva Nº 11/2016	Major Olimpio	20/03/1962	Deputado Federal	Solidariedade/ Governo	São Paulo	Ciências Jurídicas e Sociais, Educação Física,	Contra a PEC

Processos Legislativos	Autor	Data de Nascimento	Cargo	Partido político	Local	Formação do autor	Tomada de posição
						Policia Militar	
Emenda Modificativa Nº 12/2016	Félix Mendonça Júnior	29/11/1963	Deputado Federal	PDT/ Oposição	Bahia	Administraç ão	Contra a PEC
Emenda Aditiva Nº 13/2016	Valtenir Pereira	24/11/1971	Deputado Federal	PMDB/ Governo	Mato Grosso	Direito	A favor da PEC
Emenda Aditiva Nº 14/2016	Rogério Rosso	30/08/1968	Deputado Federal	PSD/ Governo	Distrito Federal	Direito	A favor da PEC
Emenda Modificativa Nº 15/2016	Daniel Almeida	21/01/1955	Deputado Federal	PCdoB/ Oposição	Bahia	História	Contra a PEC
Emenda Aditiva Nº 16/2016 e Modificativa Nº 17/2016	Carmen Zanotto	06/10/1962	Deputada Federal	PPS/ Governo	Santa Catarina	Enfermage m	Contra a PEC
Emenda Modificativa Nº 18/2016	Pedro Cunha	15/08/1988	Deputado Federal	PSDB/ Governo	Paraíba	Direito	A favor da PEC
Emendas Aditivas Nº 19 a 22/2016	Patrus Ananias	26/01/1952	Deputado Federal	PT/ Oposição	Minas Gerais	Direito	Contra a PEC
Parecer da Comissão Especial PRL 3 com Substitutivo	Darcísio Perondi	02/04/1947	Deputado Federal e Relator da Comissão Especial/ CD	PMDB/ Governo	Rio Grande do Sul	Medicina	A favor da PEC
Voto em Separado n. 1, Comissão Especial/CD	Patrus Ananias	26/01/1952	Deputado Federal	PT/ Oposição	Minas Gerais	Direito	Contra a PEC
Voto em Separado n. 2, Comissão Especial/CD	Luciana Santos	29/12/1965	Deputado Federal	PCdoB/ Oposição	Pernambuco	Engenharia	Contra a PEC
Emenda nº 1 - CCJ/SF	Gleisi Hoffmann	06/09/1965	Senadora	PT/ Oposição	Paraná	Direito	Contra a PEC
Emendas nº 2 a 4, 18 a 21, 34, 64 - CCJ/SF	Vanessa Graziotin	29/06/1961	Senadora	PCdoB/ Oposição	Amazonas	Farmácia	Contra a PEC
Emendas nº 5 a 7, 36 a 39 - CCJ/SF	Ângela Portela	03/02/1962	Senadora	PT/ Oposição	Roraima	Letras	Contra a PEC
Emendas nº 8 a 14 - CCJ/SF	José Pimentel	16/10/1953	Senador	PT/ Oposição	Ceará	Direito	Contra a PEC

Processos Legislativos	Autor	Data de Nascimento	Cargo	Partido político	Local	Formação do autor	Tomada de posição
Emendas nº 15 a 17, 40, 41, e 58 - CCJ/SF	Lindbergh Farias	08/12/1969	Senador	PT/ Oposição	Rio de Janeiro	Direito incompleto	Contra a PEC
Emendas nº 22 a 33, 42, 59, 62 - CCJ/SF	Paulo Paim	15/03/1950	Senador	PT/ Oposição	Rio Grande do Sul	Ginásio/Metalúrgico	Contra a PEC
Emenda nº 35 - CCJ/SF	Hélio José	09/03/1960	Senador	PMDB/ Governo	Distrito Federal	Engenharia	A favor da PEC
Emendas nº 43 e 44 - CCJ/SF	Dário Berger	07/12/1956	Senador	PMDB/ Governo	Santa Catarina	Administração	A favor da PEC
Emendas nº 45 a 48 - CCJ/SF	João Capiberibe	06/05/1947	Senador	PSB/ Governo	Amapá	Engenharia	Contra a PEC
Emendas nº 49 a 52 - CCJ/SF	Fátima Bezerra	19/05/1955	Senadora	PT/ Oposição	Rio Grande do Norte	Pedagogia	Contra a PEC
Emendas nº 53 a 57 - CCJ/SF	Humberto Costa	07/07/1957	Senador	PT/ Oposição	Pernambuco	Medicina e Jornalismo	Contra a PEC
Emenda nº 60 - CCJ/SF	Pastor Valadares	12/08/1963	Senador	PDT/ Oposição	Rondônia	Pastor Evangélico	A favor da PEC
Emenda nº 61 - CCJ/SF	Cristovam Buarque	20/02/1944	Senador	CIDADANIA/ Governo	Distrito Federal	Engenharia	A favor da PEC
Emenda nº 63 - CCJ/SF	Kátia Abreu	02/02/1962	Senadora	PMDB/ Governo	Tocantins	Psicologia	Contra a PEC
Emenda nº 65 - CCJ/SF	Randolfe Rodrigues	06/11/1972	Senador	REDE/ Oposição	Amapá	Direito e História	Contra a PEC
Parecer da CCJ/SF nº 888 e 920, de 2016	Eunício Oliveira	30/09/1952	Senador e Relator da CCJ/SF	PMDB/ Governo	Ceará	Administração	A favor da PEC
Voto em Separado - CCJ/DF	Roberto Requião	05/03/1941	Senador	PMDB/ Governo	Paraná	Direito e Jornalismo	Contra a PEC
	Humberto Costa	07/07/1957	Senador	PT/ Oposição	Pernambuco	Medicina e Jornalismo	Contra a PEC
	Randolfe Rodrigues	06/11/1972	Senador	REDE/ Oposição	Amapá	Direito e História	Contra a PEC

Fonte: Glossário de Termos Legislativos, Congresso Nacional. Disponível em <https://www.congressonacional.leg.br/legislacao-e-publicacoes/glossario-legislativo>, Acesso em 20 mar 2023

No Senado, a votação em primeiro turno ocorreu em 29 de novembro de 2016, com 61 votos a favor e 14 votos contra a PEC. A maioria dos senadores que votou contra a PEC pertencia a oposição: 9 parlamentares do PT, 1 da REDE e 1 do PCdoB. Já o PMDB teve um voto contra e o PSB dois, ambos partidos da base do Governo. A senadora do PMDB/Governo

que votou contra a PEC tem formação em Psicologia, nasceu em Goiânia em 1962, eleita pelo estado do Tocantins. Após o falecimento do seu esposo que era pecuarista, a senadora assumiu os negócios da Fazenda e se tornou a primeira mulher eleita presidente de uma entidade ruralista no país. Ingressou na política em 1998 como deputada federal (CPDOC, 2009).

Os senadores do PSB/Governo que votaram contra a PEC eram: o primeiro formado em Engenharia, nascido em 1947 no interior do Pará, na década de 1970 foi preso e exilado por participar de uma missão da Aliança Libertadora Nacional, organização clandestina de esquerda a qual era filiado. Foi prefeito e governador no Amapá. A segunda senadora que votou contra é nascida em 1956 no interior da Bahia, formada em Economia, foi militante estudantil e lutou contra o regime militar no Brasil na década de 1970, foi vereadora, deputada estadual e federal pelo estado da Bahia (CPDOC, 2009) (BRASIL, 2021b).

A PEC seguiu para votação em segundo turno em 13 de dezembro de 2016, aprovada e encaminhada para promulgação. Dessa vez, foram 16 votos contra, três deles de senadores do PMDB/Governo. Um dos votos foi da senadora que já havia votado contra a PEC no primeiro turno, o segundo de um senador com formação em Administração, nascido no interior de Santa Catarina em 1956, de origem humilde trabalhou como office-boy e já ocupou cargos de vereador e prefeito em Santa Catarina; e o terceiro é formado em Jornalismo e Direito, nasceu em Curitiba em 1941, iniciou suas atividades políticas no movimento estudantil, já havia ocupado cargos de prefeito, governador e deputado estadual no Paraná (CPDOC, 2009) (BRASIL, 2021b).

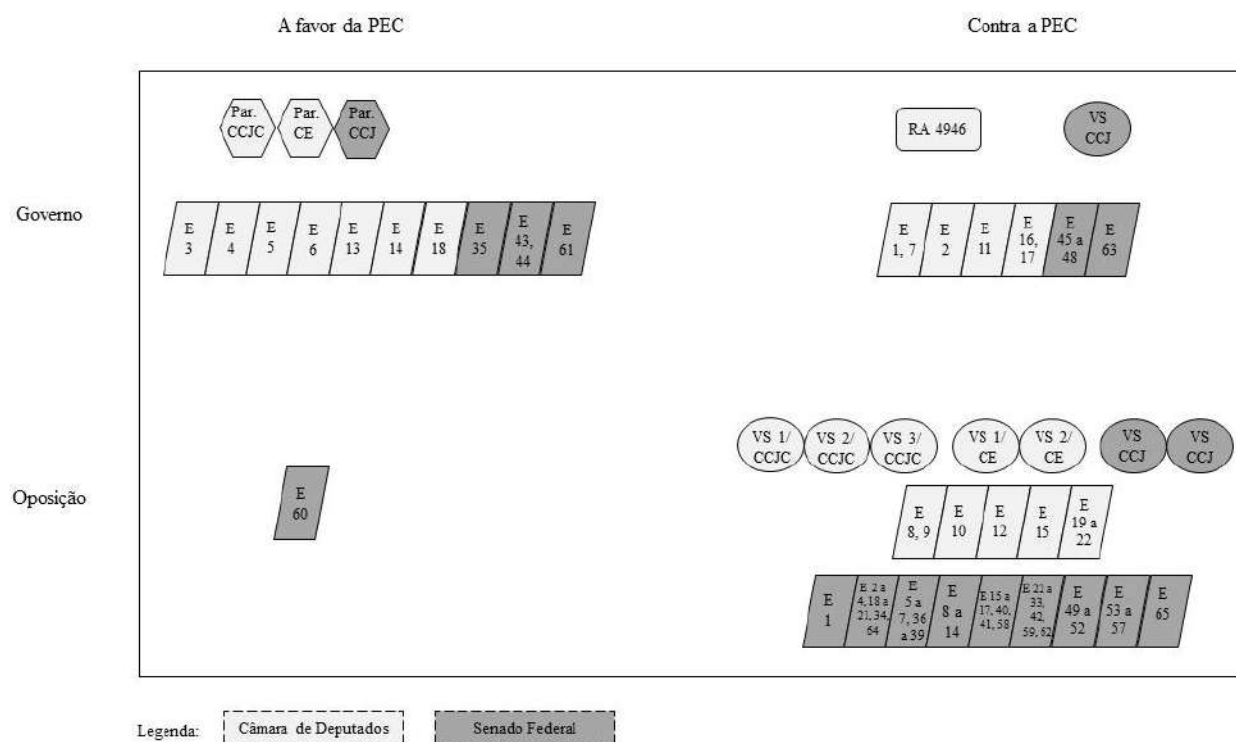
A PEC foi transformada em Norma Jurídica - Emenda Constitucional (EC) Nº 95 em 15 de dezembro de 2016, que altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias para instituir o novo regime fiscal durante 20 anos (BRASIL, 2021b).

Para a aprovação, uma PEC precisa passar por duas votações e ser aprovada por três quintos dos membros da CD e do SF. Passaram-se apenas seis meses entre a apresentação e a promulgação da PEC. Outras EC, a exemplo da 86/2015 teve sua proposição originária em 2013, e a EC 29/2000, em 1995 (BRASIL, 2021).

A Figura 1 traz uma representação espacial dos processos legislativos referentes à tramitação da PEC no Congresso a partir da tomada de posição do parlamentar durante a votação – a favor ou contra, e da posição do seu partido político quanto ao governo vigente. É nítida a concentração de emendas e de voto em separado por parte da Oposição, especialmente no Senado. Os três relatores que presidiram as Comissões eram do Governo e, portanto, a favor da PEC, destacam-se ainda algumas proposições de parlamentares do Governo, mas que votaram contra e apenas um processo legislativo referente a um senador de Oposição, mas que

votou a favor da PEC.

Figura 1 - Representação espacial dos processos legislativos referentes à tramitação da PEC do Teto de Gastos e posição quanto ao governo vigente.



FONTE: elaboração própria².

Rossi e Dweck (2016) afirmam que a via constitucional não seria necessária para o estabelecimento de um novo regime fiscal no Brasil, exceto pelo fato de incluir saúde e educação, visto que a desvinculação de suas receitas pressupõe mudança constitucional. Foi o que advertiu alguns senadores da Oposição, a exemplo do PT. Acredita-se que o verdadeiro objetivo do governo era reduzir a participação do Estado na economia e desvincular as despesas com saúde e educação das receitas, e não ajustar as contas públicas como foi defendido. Além

² Referência para elaboração da Figura: Rossi, Moreira, Barros; 2020.

Glossário de Termos Legislativos, Congresso Nacional:

- Parecer do Relator (P): Opinião do relator sobre a conveniência da aprovação ou da rejeição da matéria.
- Emenda (E): Proposição apresentada como acessória a outra, destinada a alterar a proposição principal.
- Requerimento de Apensação (RA) ou Tramitação em Conjunto: Anexação de uma proposição ao processo de outra da mesma espécie que trate de matéria análoga ou conexa, para que sejam apreciadas conjuntamente.
- Voto em Separado (VS): Espécie de manifestação alternativa à do relator em uma comissão, podendo ser apresentado por qualquer dos demais membros.

(<https://www.congressonacional.leg.br/legislacao-e-publicacoes/glossario-legislativo>)

disso, não foram definidos meios de flexibilização das regras durante crises econômicas, o que poderia levar a consequências catastróficas, especialmente na área social, tendo em vista o longo prazo de vigência da PEC (ROSSI; DWECK, 2016) (VIEIRA, 2020).

A proposta do Executivo e o apoio do Congresso Brasileiro a essa EC caminha na contramão dos direitos sociais conquistados na Constituição Federal de 1988, especialmente em relação ao financiamento e a garantia do direito à saúde (FUNCIA, 2019). Apesar do parecer da CCJ concluir que a PEC não era inconstitucional, houve outras tentativas de retirar as áreas da saúde e da educação do projeto, por parte dos legisladores que se posicionaram contra a PEC, a exemplo do PT/Oposição (formação em Direito, ano de nascimento 1953 e formação em Pedagogia, ano de nascimento 1955) e PCdoB/Oposição (formação em História, ano de nascimento 1955), já que o discurso dos que a defendiam era que saúde e educação não sofreriam perdas.

Alguns estudos demonstram a inconstitucionalidade da PEC por incluir políticas sociais, ponderando que há violação da CF em relação à progressividade e a proibição de retrocesso do direito à saúde especialmente quando se trata dos princípios da universalidade e da integralidade, e desrespeito às cláusulas pétreas (a forma federalista do Estado e os direitos fundamentais) e às obrigações internacionais de direitos humanos (SOARES, 2018) (ROZNAI; KREUZ, 2018) (BEVILACQUA; SOARES; SANTOS, 2020). Deputados do partido REDE/Oposição (formação em Direito/História) e do PCdoB/Oposição (formação em Medicina) também apontaram inconstitucionalidade da PEC e a necessidade de supressão do artigo que tratava de saúde e educação, bem como senadores do PT/Oposição (formação em Direito), conforme mostra o Quadro 6.

A EC 95 congelou o orçamento da saúde em 20 anos, o que conduzirá a saúde a uma grande crise de financiamento, pois não foram consideradas questões como crescimento demográfico, envelhecimento populacional, as necessidades de saúde da população e de expansão dos serviços. Os recursos para a saúde serão ajustados apenas pela inflação anual, e mesmo que haja aumento da arrecadação pelo governo Federal, as despesas primárias estão limitadas ao teto de gastos (MENEZES; MORETTI; REIS, 2019). Durante o debate no Congresso Nacional, alguns legisladores chamaram a atenção para as questões supracitadas. Tais parlamentares votaram contra a PEC e pertenciam a partidos de oposição ao Governo.

Desde o segundo mandato de Dilma Rousseff, cortes no orçamento da saúde haviam sido feitos com o propósito de melhorar os indicadores fiscais e fazer o país retomar a confiança dos investidores. Entretanto, houve queda nas receitas e a falta de investimentos públicos colaborou para o aumentar o déficit financeiro (ROSSI; DWECK, 2016). Assim, durante a

votação da PEC, os parlamentares da base do Governo culpabilizaram o PT e seus aliados pela crise financeira a qual o país estava passando.

Além de culpabilizarem o PT pela crise financeira, os parlamentares que defendiam a PEC combateram veementemente o suposto congelamento ou retirada de recursos da saúde, presente do discurso de quem estava contra a PEC. Esse conflito permeou a discussão em todas as Sessões (Quadro 6).

Estudos mostram que os Estados e os Municípios estão aumentando suas despesas em saúde enquanto o nível Federal vem reduzindo anualmente sua participação. Sobretudo os municípios estão intensificando a aplicação de recursos financeiros no SUS (VIEIRA, 2016) (MENEZES; MORETTI; REIS, 2019).

Funcia (2019) também realizou um estudo que mostra o aumento da participação dos estados e municípios no financiamento do SUS após a aprovação da EC 95. Para este autor, o ajuste fiscal imposto pela EC trouxe prejuízos para a maioria da população que sofre com o desemprego e a diminuição da renda. O ajuste fiscal concentrou-se na redução das despesas primárias, mas não limitou o financiamento das despesas financeiras. Alguns parlamentares demonstraram preocupação com a ausência de teto para pagamento dos juros da dívida pública e cobraram auditoria das contas públicas, especialmente aqueles que votaram contra a proposta. Entretanto, parlamentares da base do Governo defendiam a ideia de que a saúde teria piso, mas não teto, ou seja, se o Congresso e o Executivo julgassem necessário, poderiam remanejar recursos para priorizar a saúde. Para Ximenes e Pinto (2018), embora a EC não imponha teto específico para a saúde, aumentos no seu orçamento exigiria retirada de recursos de outras áreas, o que provocaria conflitos e prejuízos aos setores de políticas públicas envolvidas.

Um estudo comparou os partidos que mais votaram a favor do impeachment de Dilma Rousseff com aqueles que votaram a favor da PEC do Teto dos Gastos e concluiu que uma base parlamentar sólida, composta pelos partidos PHS, PMN, PV, PRP, PSDB e PTdoB, votaram 100% a favor dos dois projetos. O PMDB, partido de Michel Temer, votou 90% e 95% respectivamente a favor do impeachment e da PEC, sugerindo a presença de divergências dentro do partido (LINO; VAZQUEZ, 2020).

Diante do exposto, foram mapeados os principais conflitos a partir das falas dos parlamentares durante as discussões no Congresso. O Quadro 6 apresenta um resumo dos principais conflitos mapeados, divididos em cinco temas: constitucionalidade da PEC, direitos sociais, financiamento da saúde, justificativas para a tomada de posição, principais embates entre os partidos da base do governo e da oposição. Apresenta ainda qual tomada de posição os partidos políticos orientaram seus parlamentares para a votação, e se houve tomada de posição

pela opinião pública, e por Associações ou Entidades.

Quadro 6 - Principais conflitos mapeados durante a discussão e votação da EC 95 na Câmara dos Deputados e no Senado Federal, de acordo com tema, tomada de posição, formação do parlamentar, ano de nascimento e partido político, 2016.

TEMA	TOMADA DE POSIÇÃO			
	A FAVOR DA PEC	FORMAÇÃO DO PARLAMENTAR, ANO DE NASCIMENTO E PARTIDO	CONTRA A PEC	FORMAÇÃO DO PARLAMENTAR, ANO DE NASCIMENTO E PARTIDO
Constitucionalidade da PEC	Parecer da CCJ/CD concluiu que a PEC não fere princípios ou regras constitucionais e nem as cláusulas pétreas.	Direito/Engenharia 1958 PSB/Governo	"Ela é inconstitucional porque frustra, impede o cumprimento dos arts. 198 e 212 da Constituição Federal, que garantem aplicação em saúde e educação."	Direito/História 1971 REDE/Oposição
	Parecer da CCJ/SF garantiu a constitucionalidade da PEC	Administração/Ciências Políticas 1952 PMDB/Governo	"Ela viola preceitos pétreos da Constituição, entre eles a autonomia entre os Poderes, os direitos e as garantias individuais que cada cidadão tem de acesso à saúde." "E também não é verdade que a saúde e a educação não vão ser afetadas. Se não fossem afetadas, por que fazer uma Proposta de Emenda Constitucional? É porque vão ser afetadas. Se é para saúde e educação ficarem como estão, vamos tirar a saúde e educação dessa PEC!"	Medicina 1957 PcdoB/Oposição Direito 1965 PT/Oposição
Direitos sociais	"É direito discursar, é direito obstruir, mas não é direito dizer mentiras, como, por exemplo, a de que esta PEC retira dinheiro da educação e da saúde."	Ciências Jurídicas e Sociais 1972 PMDB/Governo	"Querem congelar a saúde, a educação, a assistência, o conjunto das políticas por 20 anos! Quanto crescerá a população brasileira em 20 anos? Quanto crescerá e envelhecerá essa população?"	Psicologia 1957 PT/Oposição

TEMA	TOMADA DE POSIÇÃO			
	A FAVOR DA PEC	FORMAÇÃO DO PARLAMENTAR, ANO DE NASCIMENTO E PARTIDO	CONTRA A PEC	FORMAÇÃO DO PARLAMENTAR, ANO DE NASCIMENTO E PARTIDO
	"Essa retórica em que se fica dizendo aqui que vai tirar dinheiro [...] da saúde, o que vai ser dos pobres do Brasil daqui a alguns dias [...]. Que enganação para tentar trazer uma opinião pública, um eleitor que se perdeu e que se quer recuperar agora!"	Administração 1968 PR/Governo	"No tempo de duração dessa PEC, a população brasileira vai crescer cerca de 10%, e a população de idosos vai dobrar. Ou seja, a população brasileira vai aumentar e envelhecer, o que vai demandar mais recursos para a saúde pública."	Direito/História 1971 REDE/Oposição
	"A saúde e a educação terão o mínimo individualizado, o IPCA [Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo] e o piso mínimo. O piso mínimo nos dá o poder de aumentar o dinheiro da saúde e da educação quando quisermos."	Medicina 1947 PMDB/Governo	"Nós vamos ter, nos próximos 20 anos, mais de 20 milhões de pessoas, o aumento da população [...] A população idosa vai crescer de 16 milhões para 36 milhões. E nós vamos ter a redução desses recursos."	Direito (Incompleto) 1969 PT/Oposição
	"É mentira que os gastos sociais serão prejudicados. É mentira que haverá teto setorial. É mentira que haverá congelamento dos salários dos servidores públicos."	Ciências Econômicas 1960 PSDB/Governo	"Nós não podemos tirar recursos de áreas estratégicas e sociais, como saúde e educação, para privilegiar setores econômicos."	Repórter Fotográfico 1975 PMB/Oposição
	"Elas são áreas prioritárias do atual Governo, e continuarão sendo! A política pública de saúde e educação do atual Governo é eficaz: é o gerenciamento correto, porque há recursos."	Administração 1972 PSC/Governo	"A PEC não vai garantir os investimentos sociais que garantem assistência social às pessoas pobres deste País."	Letras/Direito 1975 PCdoB/Oposição

TEMA	TOMADA DE POSIÇÃO			
	A FAVOR DA PEC	FORMAÇÃO DO PARLAMENTAR, ANO DE NASCIMENTO E PARTIDO	CONTRA A PEC	FORMAÇÃO DO PARLAMENTAR, ANO DE NASCIMENTO E PARTIDO
	"O fato é que não haverá recursos para a saúde, para a educação, para a assistência social, para a manutenção do Estado brasileiro, se não se conseguir manter o equilíbrio fiscal do País."	Engenharia 1975 PSDB/Governo	"O que está em jogo efetivamente é cortar gastos dos setores sociais."	História 1955 PCdoB/Oposição
	"O que nós estamos fazendo é viabilizando o gasto público naquilo que é prioritário. Estamos deixando muito claro para qualquer cidadão que entende a língua portuguesa que educação e saúde têm piso; elas não têm teto."	Medicina 1949 DEM/Governo	"Quando acabar a crise, não vai resolver nada, porque haverá a PEC que impedirá investimentos na área social."	Farmácia 1961 PCdoB/Oposição
	"Eu saí do encontro convencido da absoluta necessidade de se estabelecerem tetos rígidos para os gastos do Governo Federal, sob pena de sucumbirem (educação, saúde e Previdência Social). Também será preservada a capacidade do Estado Brasileiro de atender a todas as expectativas da sociedade."	Direito 1935 PP/Governo	"A economia, o ajuste fiscal não podem ser tratados apenas do ponto de vista técnico e contábil, porque nós temos seres humanos no meio."	Psicologia 1962 PMDB
			"Esta medida é o retrocesso absoluto de qualquer projeto de desenvolvimento econômico, de criação de equidade, de igualdade social, de garantia de direitos no Brasil, um país com carências na educação, na saúde, na assistência social. Este projeto é criminoso, porque ele só interessa ao capital financeiro."	Engenharia 1946 PSOL/Oposição

TEMA	TOMADA DE POSIÇÃO			
	A FAVOR DA PEC	FORMAÇÃO DO PARLAMENTAR, ANO DE NASCIMENTO E PARTIDO	CONTRA A PEC	FORMAÇÃO DO PARLAMENTAR, ANO DE NASCIMENTO E PARTIDO
Financiamento da saúde	"Com essa PEC, o dinheiro destinado à saúde pública do País será elevado, não será reduzido."	Engenharia 1948 PSDB/Governo	"As despesas com saúde não seguem o mesmo índice de inflação dos demais produtos. Na saúde, sempre temos e podemos melhorar a gestão. Destaco que a crise não vai se instalar a partir de agora. A crise já existia."	Enfermagem 1962 PPS/Governo
	"Está provado que, para o ano que vem, nós teremos, só para a saúde, 10 bilhões de reais a mais do que tivemos para este ano de 2016."	Ciências Jurídicas e Sociais 1972 PMDB/Governo	"Todos os estudos indicam que nós teremos uma perda de 600 bilhões a 1 trilhão de reais (para a saúde)."	Psicologia 1957 PT/Oposição
	"A PEC antecipa para 2017 os 15% da RCL prevista na EC nº 86, o que só seria realizado em 2020. A despesa com a saúde nunca será inferior aos 15% definidos em 2017, mas terá seu crescimento medido pela inflação."	Direito 1943 PSB/Governo	"Essa PEC representa um corte de 40% na área de saúde do nosso País."	Engenharia 1965 PCdoB/Oposição
	"Quero aqui registrar que nós vamos aprovar uma regra que traz mais recursos para a educação e para a saúde no curto prazo... no caso da saúde, são mais R\$10 bilhões."	Economia 1954 PMDB/Governo	"Se essa PEC existisse dez anos atrás, o orçamento da saúde, que foi de R\$102 bilhões, teria sido R\$65 bilhões. Se não vai haver redução de recursos da educação e da saúde, por que a PEC fala em retirada do piso de investimentos em educação e saúde?"	Direito (Incompleto) 1969 PT/Oposição

TEMA	TOMADA DE POSIÇÃO			
	A FAVOR DA PEC	FORMAÇÃO DO PARLAMENTAR, ANO DE NASCIMENTO E PARTIDO	CONTRA A PEC	FORMAÇÃO DO PARLAMENTAR, ANO DE NASCIMENTO E PARTIDO
Justificativas para a tomada de posição	"Nós estamos aqui por um Brasil que quer crescer e prosperar. Nós não queremos a receita comunista que não deu certo em lugar nenhum, a receita comunista do PT, do PCdoB, do PSOL, da Rede, que ajudaram a destruir este País por 13 anos. "	Economia/Educação Física 1950 PSDB/Governo	"Não é uma PEC justa, não é correta, privilegia os setores econômicos, os bancos. Deveríamos fazer uma auditoria da dívida pública."	Repórter Fotográfico 1975 PMB/Oposição
	"Nós estamos tentando estabilizar o País para que volte a crescer, a gerar emprego e renda e a investir em educação e saúde."	Medicina Veterinária 1957 PSDB/Governo	"Se é verdade que essa emenda constitucional não tira dinheiro da saúde nem da educação, então vamos retirar da PEC o artigo que suspende os efeitos desses dois artigos que fazem parte do legado constitucional de 1988."	Direito 1953 PT/Oposição
	"O Legislativo terá de cumprir o seu papel fundamental: escolher as prioridades em um Orçamento construído a partir da melhor estimativa de receita possível e fiscalizar sua execução."	Comunicação Social 1945 PP/Governo	"Nós temos milhões de pessoas que estão abandonando os planos de saúde e estão vindo para o SUS. Com menos investimento, como a gente segura isso?"	Ginásio 1950 PT/Oposição
	"Não vamos deixar o Governo gastar mais do que arrecada; não vamos jogar a conta para o contribuinte, para aquele que paga impostos, com muito suor, neste País, mas vamos, sim, fazer uma discussão do Orçamento, para colocar prioridades."	Economia/Jornalismo 1972 Sem Partido	"Aqui foi dita dessa tribuna, anteriormente, uma mentira de que não haverá retrocesso na educação e na saúde. Isso é uma enorme mentira, é desinformar o povo brasileiro."	Direito/História 1972 REDE/Oposição

TEMA	TOMADA DE POSIÇÃO			
	A FAVOR DA PEC	FORMAÇÃO DO PARLAMENTAR, ANO DE NASCIMENTO E PARTIDO	CONTRA A PEC	FORMAÇÃO DO PARLAMENTAR, ANO DE NASCIMENTO E PARTIDO
	"E eu não estou aqui defendendo o Presidente Michel Temer, não estou. Eu estou aqui defendendo as minhas convicções, consciente de que é o melhor caminho para o País."	Direito 1959 PSDB/Governo	"Nós só estamos discutindo uma proposta de emenda à Constituição para fazer o Novo Regime Fiscal por conta da saúde e da educação. Não há nenhum país no mundo que tenha estabelecido um regime fiscal através de uma emenda constitucional."	Direito 1965 PT/Oposição
	"O controle das contas públicas é global e, portanto, a saúde e a educação não serão afetadas; muito pelo contrário, elas serão privilegiadas nesse processo."	Comerciante 1954 PMDB/Governo	"Quero dizer a todos que não sou contra os 20 anos por uma questão partidária, mas eu procurei que me esclarecessem os mais sofisticados economistas do País e ninguém conseguiu [...]. A economia, o ajuste fiscal não podem ser tratados apenas do ponto de vista técnico e contábil, porque nós temos seres humanos no meio."	Psicologia 1962 PMDB/Governo
Embates entre partidos: Governo x Oposição	"Acontece [...] que o Governo do PT não pagava as contas e deixou um déficit de 170 bilhões de reais, com mais 400 bilhões de reais de juros acrescentados à dívida do País, ano a ano. Existe um saldo de mais de 200 bilhões de reais de Restos a Pagar do Governo do PT!"	Economia 1959 PSD/Governo	"Eu tenho certeza de que o povo brasileiro também não quer que se arroche, que se tirem direitos e que se congelem investimentos, principalmente em educação e saúde e na área social. A intenção é a de que se vote o mais célere possível e não haja debate."	Estudos Sociais/História 1962 PT/Oposição

TEMA	TOMADA DE POSIÇÃO			
	A FAVOR DA PEC	FORMAÇÃO DO PARLAMENTAR, ANO DE NASCIMENTO E PARTIDO	CONTRA A PEC	FORMAÇÃO DO PARLAMENTAR, ANO DE NASCIMENTO E PARTIDO
	"Em relação à saúde, Lula, Dilma e PT tiraram do SUS 20% dos recursos, empurraram a conta para Estados e Municípios. Não contentes, quebraram os Estados, os Municípios, as empresas!"	Economia/Educação Física 1950 PSDB/Governo	"É lamentável ver personagens que defenderam a saúde defendendo agora, melancólica e palidamente, o arroxó para o fim do SUS."	Farmácia 1959 PCdoB/Oposição
	"Essa PEC corrige os desmandos e o excesso de gastos do PT. E é para pagar a dívida, sim, dívida que vocês criaram. (...) é necessário arrumar o Brasil."	Direito 1970 PSD/Governo	"Por qual motivo a Base de sustentação do Governo não acata a emenda apresentada pela oposição que preserva a vinculação constitucional dos recursos destinados à educação e à saúde? Se é verdade o que o Governo diz que a educação e a saúde não serão prejudicadas..."	Pedagogia 1955 PT/Oposição
	"De 2006 a 2015, o governo do PT aumentou, em gasto, 187,85%."	Medicina 1951 PMDB/Governo	"A primeira mentira: houve ganância. Não houve ganância nenhuma (do PT). Desde o Governo Fernando Henrique, e até antes, os gastos públicos vinham aumentando de forma linear. Desde que a saúde, por definição da Constituição de 1988, passou a ser direito da população, o crescimento tem ocorrido ano a ano."	Medicina 1961 PT/Oposição

TEMA	TOMADA DE POSIÇÃO			
	A FAVOR DA PEC	FORMAÇÃO DO PARLAMENTAR, ANO DE NASCIMENTO E PARTIDO	CONTRA A PEC	FORMAÇÃO DO PARLAMENTAR, ANO DE NASCIMENTO E PARTIDO
	"O PT gastou desenfreadamente mais do que arrecadou, concedeu benefícios e aumentos, de maneira desregrada e irresponsável, mais do que isso, de maneira ineficiente. Os recursos que foram mal aplicados em [...] saúde poderiam hoje estar sendo muito bem aplicados."	Agronomia 1964 PSDB/Governo	"[...] o texto deixa claro que há limite e há corte de gastos para a saúde e para a educação. Esse destaque propõe suprimir isso, para que haja a garantia dos recursos que são repassados hoje para essas duas áreas. Nós ouvimos aqui, nesses últimos dias, a repetição de discursos dizendo que todos os recursos para a saúde e para a educação estavam garantidos. Eu quero agora ver a coerência desse discurso."	História 1955 PCdoB/Oposição
	"Esse é o legado do Governo do PT e dos seus assemelhados: roubaram os cofres públicos, destruíram a PETROBRAS, fizeram deste momento, no País, o que há de pior. E, se continuar assim, nós não teremos amanhã dinheiro para pagar a saúde pública, para pagar o servidor público, para pagar o Poder Judiciário, para pagar quem quer que seja, porque não há de onde tirar."	Letras 1948 PPS/Governo	"Nunca na história deste País se fez uma mudança constitucional que engessa Governos futuros e retira inclusive de legislaturas futuras – e nós não temos esse direito – a possibilidade de avaliar e legislar."	História 1949 PSOL/Oposição
Orientação do Partido Político para votação da PEC	PP, PTB, PSC, PMDB, PEN, PSDB, PR, PSD, PSB, DEM, PRB, PTN, PTdoB, PSL, Solidariedade, PPS, PHS, PROS, PV, PRP		PT, PDT, PCdoB, PSOL, REDE, PMB, Minoria	
Opinião pública	Valor Econômico - pesquisa mostrou que a maioria dos brasileiros quer a restrição de gastos públicos		Petições populares (900 mil assinaturas). Defendem a realização de consulta popular por meio de referendo.	

TEMA	TOMADA DE POSIÇÃO	
	A FAVOR DA PEC	CONTRA A PEC
	FORMAÇÃO DO PARLAMENTAR, ANO DE NASCIMENTO E PARTIDO	FORMAÇÃO DO PARLAMENTAR, ANO DE NASCIMENTO E PARTIDO
Associações/ Entidades citadas	Não foram encontrados registros.	Associação Brasileira de Saúde Coletiva, Fiocruz, Pastoral da Saúde, Confederação Nacional de Municípios, Conselho Nacional de Saúde, Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência, Conselho Regional de Medicina (RJ), Ordem dos Advogados do Brasil, Associação Nacional dos Membros do Ministério Público, entre outros.

Fonte: Elaboração própria. Atas das Sessões do 1º e 2º turnos da Câmara de Deputados e do Senado Federal na votação da EC 95/2016.

A PEC não tramitou na Subcomissão Permanente da Saúde da Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF) – Câmara dos Deputados. Entretanto, dos seus 11 membros, 8 votaram a favor da PEC (PP/Governo, PMDB/Governo, PSD/Governo, PSB/Governo) e apenas 3 votaram contra (PROS/Governo, PT/Oposição), dos quais 2 deputados eram os únicos que pertenciam à oposição (Quadro 7). No Senado, a PEC também não tramitou na Comissão de Assuntos Sociais, responsável pelas discussões dos projetos em diversas áreas, dentre elas a da saúde. Não foram encontrados registros, relatórios e nem quem eram os senadores que compunham esta Comissão à época da tramitação da EC 95.

Quadro 7 - Membros da Subcomissão Permanente da Saúde da Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF), da Câmara dos Deputados Federal, segundo cargo, partido político, local, formação e tomada de posição relacionada à PEC 95/2016.

Agente	Data de Nascimento	Cargo	Partido político	Local	Formação	Tomada de posição
Hiran Gonçalves	19/06/1957	1º Vice-Presidente CSSF / Presidente Subcomissão de Saúde	PP/ Governo	Roraima	Medicina	A favor da PEC
Odorico Monteiro	11/08/1961	2º Vice-Presidente CSSF / Titular Subcomissão de Saúde	PROS/ Governo	Ceará	Medicina	Contra a PEC
Alexandre Serfiotis	29/11/1975	3º Vice-Presidente CSSF / Titular Subcomissão de Saúde	PMDB/ Governo	Rio de Janeiro	Medicina	A favor da PEC
Antônio Brito	17/01/1969	Titular Subcomissão de Saúde	PSD/ Governo	Bahia	Administração	A favor da PEC
Laura Carneiro	01/05/1963	Titular Subcomissão de Saúde	PMDB/ Governo	Rio de Janeiro	Direito	A favor da PEC
Luciano Ducci	23/03/1955	Titular Subcomissão de Saúde	PSB/ Governo	Paraná	Medicina	A favor da PEC
Erika Kokay	15/08/1957	Titular Subcomissão de Saúde	PT/ Oposição	Distrito Federal	Psicologia / Bancária	Contra a PEC
Adail Carneiro	11/07/1963	Titular Subcomissão de Saúde	PP/ Governo	Ceará	Filosofia / Empresário	A favor da PEC
Afonso Hamm	25/04/1962	Titular Subcomissão de Saúde	PP/ Governo	Rio Grande do Sul	Engenharia	A favor da PEC
Toninho Pinheiro	23/04/1960	Suplente Subcomissão de Saúde	PP/ Governo	Minas Gerais	Comerciário/ Secundário Incompleto	A favor da PEC

Agente	Data de Nascimento	Cargo	Partido político	Local	Formação	Tomada de posição
Assis Carvalho	09/09/1961	Suplente Subcomissão de Saúde	PT/Oposição	Piauí	Letras	Contra a PEC

Fonte: Relatório CSSF 2016. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cssf/relatorios-de-atividades/relatorio-de-atividades-2016>. Acesso em 02 abr 2023

Durante as sessões de discussão da PEC, o embate parlamentar situou-se entre a base do governo negar a retirada de direitos sociais, como o congelamento dos recursos da saúde, e a oposição afirmar que sua aprovação limitaria os gastos com a saúde e outras áreas (Quadro 6). Não obstante, o contingenciamento das despesas primárias, corrigida apenas pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) que mede a inflação no país, proposto pela EC 95 foi apresentado como única estratégia viável para ajuste fiscal, entretanto mostra-se seletivo a medida em que restringe os gastos sociais e desconsidera os interesses da maioria da população e da classe trabalhadora, mas é alheia às despesas financeiras como o pagamento de juros da dívida pública (PINTO, 2016) (ROCHA; MACÁRIO, 2016).

Algumas projeções e simulações sobre os efeitos da PEC no sistema de saúde foram realizadas à época. Em 2016 durante a tramitação da PEC no Congresso, o IPEA elaborou uma Nota Técnica para contribuir com o debate apresentando os possíveis impactos no financiamento do SUS e no direito à saúde caso o novo regime fiscal fosse aprovado. O IPEA simulou o gasto federal do SUS nos anos de 2003 a 2015 caso a PEC já estivesse em vigor e constatou que em 13 anos a perda teria sido de 42,1%. Em 2016 o gasto público federal era equivalente a R\$519 per capita, com a aprovação da EC 95 passaria para R\$446 em 2017 e para R\$411 em 2036, considerando o crescimento populacional no período (IPEA, 2016).

Outro estudo realizado em 2016 por Rossi e Dweck projetou o financiamento da saúde até 2036, mostrando a queda nos valores, passando de 12% da Receita Corrente Líquida (RCL) em 2026 para 9,4% em 2036. Importante destacar que, a partir de 2014, a União vinha alocando mais de 15% da RCL para a saúde. Estudo similar, realizado em 2019, estimou que em 20 anos os gastos em ações de saúde cairão mais de 5% da RCL e a perda para as despesas federais será de R\$800 bilhões. Além disso, a participação da União no financiamento do SUS irá cair de 43% (2017) para 30% em 2036, conseqüentemente estados e municípios gastarão proporcionalmente cada vez mais (MENEZES; MORETTI; REIS, 2019). Em relação ao PIB, uma simulação simples mostrou que em 10 anos as despesas com saúde e educação sofreriam

queda de 4% para 3% (FES, 2016). Assim, projeções realizadas em diversos panoramas mostraram que, mesmo em cenários econômicos otimistas, haverá perdas para a saúde (VIEIRA; BENEVIDES, 2016).

Foram analisados os recursos previstos na Lei Orçamentária Anual da União e constatou-se que entre os anos de 2014 e 2017 o crescimento no financiamento da saúde foi de 19,53%, enquanto que entre 2014 e 2018 essa taxa caiu para 18,52%, ou seja, nos anos seguintes a aprovação da EC 95 já era possível visualizar queda na previsão orçamentária da saúde (CAVALCANTE; PEREIRA; SOUSA, 2018). Além disso, Santos (2020) analisou os resultados da EC 95 no período de 2016 a 2019 e concluiu que o Setor Saúde foi, dentro das despesas Obrigatórias com controle de fluxo³, a área que mais sofreu retração (-0,08%).

Mais recentemente, um estudo de Funcia *et al* (2022) demonstrou que entre 2018 e 2022, o SUS perdeu aproximadamente R\$ 37 bilhões por conta do congelamento dos gastos aprovado na EC 95/2016 quando comparado com a EC 86/2015 que estava em vigor à época (orçamento impositivo). Além disso, os recursos dos *royalties* do petróleo que deveriam ser destinados à saúde foram desviados para pagamento da dívida pública, uma estimativa de R\$ 11 bilhões. O orçamento do SUS caiu de 15,8% da RCL em 2017 para 13% em 2023, e deste percentual o Ministério da Saúde só tem controle de 11,3%, pois o restante está alocado em emendas parlamentares de relator e impositivas (individuais e de bancada) (FUNCIA *et al*, 2022).

³ Despesas Obrigatórias com controle de fluxo – São despesas que apesar de decorrerem de determinação legal ou constitucional, possuem características tais que permitem um controle/acompanhamento pelos mecanismos estabelecidos no Decreto de Programação Orçamentária e Financeira (DPOF), por exemplo despesa obrigatórias no Ministério da Saúde, Benefícios ao Servidor, etc. (BRASIL. Ministério do Planejamento. Secretaria de Orçamento Federal. Curso de formação para o cargo de Analista de Planejamento e Orçamento, 17ª edição. 2012. Disponível em <https://repositorio.enap.gov.br/>. Acesso em 30 mar 2023).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A adoção do teto de gastos também foi realizada por outros países, mas ao contrário do Brasil não houve impedimento de aumento das despesas acima da inflação caso a economia crescesse. Além disso, a EC 95/2016 desconsiderou o crescimento demográfico e coloca em risco a viabilidade das políticas públicas, pois retira direitos sociais garantidos pela CF desprivilegiando as classes dominadas. Ademais essa Emenda não exprime legitimidade democrática visto que o governo que a propôs não foi aquele vitorioso nas urnas e independente de opções político-partidárias fere a CF de 1988 (MARIANO, 2017).

No Brasil, embora o legislativo tenha atuado nas proposições de financiamento para o SUS, juntamente com o Poder Executivo foi responsável pela aprovação de recursos financeiros aquém do necessário para a sustentabilidade do nosso sistema de saúde, principalmente quando se trata dos recursos da União (GOMES, 2014). O Legislativo vem atuando de forma inconsistente e segmentada quando o tema é saúde, especialmente pela dependência de demandas externas, contribuindo assim para que o SUS mantivesse recursos financeiros insuficientes para seu funcionamento (GOMES, 2011). Os partidos políticos realizam debates e mediam disputas entre as coalizões e as oposições, mas ficam à mercê de demandas externas, especialmente aquelas proporcionadas pelos interesses do Executivo, tornando a atuação do legislativo incoerente e fragmentada. Isso mostra o desinteresse no progresso do SUS e mais precisamente a abnegação dos legisladores em regulamentá-lo de acordo com os princípios previstos da CF (GOMES, 2014).

Perdura no país o desfinanciamento do SUS e põe em risco o retorno de um sistema de saúde excludente e precário. Deve-se questionar a dimensão e a qualidade do cuidado prestado em um sistema universal, porém cada vez menor, retraído, para poucos (MENEZES; MORETTI; REIS, 2019). Os direitos sociais garantidos na CF não são livremente modificáveis e não podem ficar sujeitos às transformações políticas. Em um cenário de crise econômica, o Estado necessita reafirmar suas políticas sociais para reduzir as desigualdades (SOARES, 2018). A EC 95 impôs um retrocesso no financiamento da saúde, um setor que demanda políticas públicas cada vez mais complexas para cumprir seu princípio fundamental de universalidade.

O subfinanciamento da saúde enfraquece o SUS e motiva a mercantilização da saúde. O fortalecimento do seu orçamento é imprescindível para garantir um sistema público, universal e integral, mas é necessário extrapolar as regras da EC 95 e retomar o projeto constitucional da seguridade social a partir de regras mais flexíveis. Para além da alta demanda por serviços

públicos de saúde, o SUS possui capacidade produtiva para auxiliar no desenvolvimento econômico do país, no crescimento sustentável e na inclusão social (FUNCIA *et al*, 2022).

8. PRODUTOS TÉCNICOS

8.1 PROJETO DE IMPLANTAÇÃO DE UM CONSELHO LOCAL DE SAÚDE

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro é uma conquista da sociedade. Foi proposto pelo Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), do qual participaram desde pesquisadores e profissionais da saúde até estudantes e segmentos populares. Esse movimento defendia a reestruturação e a democratização da saúde no país (PAIM, 2009). Foi a partir dos debates oriundos dos movimentos sociais que o direito à saúde foi assegurado pela Constituição Federal de 1988 que criou o SUS, e posteriormente regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde. A Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços” e a Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 “dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde”.

A participação da comunidade, garantida pela lei supracitada, está prevista por meio das conferências e dos conselhos de saúde em cada esfera de Governo. Um conselho de saúde é um órgão colegiado, permanente e deliberativo. Deve ser composto por segmentos da sociedade civil organizada, trabalhadores da saúde e prestadores de serviços de saúde públicos e privados. A participação popular e o controle social são importantes no planejamento das ações e serviços de saúde, desse modo, o conselho de saúde “atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros” (BRASIL, 1990b).

O município de Camaçari está localizado na Região Metropolitana de Salvador, possui uma população estimada para 2020 de 304.302 pessoas (IBGE), cobertura estimada de saúde da família de 65,74% em dezembro de 2020 (CAMAB/SESAB) e possui Conselho Municipal de Saúde criado em 1997. A Unidade de Saúde da Família da Nova Vitória está localizada em bairro de mesmo nome, conta com três equipes de saúde, um total de 15 agentes comunitários de saúde e população cadastrada de aproximadamente 9.500 indivíduos no sistema de informação do Ministério da Saúde - e-SUS Atenção Primária (e-SUS APS). Seu território é composto por inúmeras igrejas; escolas, entre elas uma de gestão municipal localizada ao lado da USF; alguns projetos sociais; Rodoviária; Delegacia de Polícia; Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e uma Associação de Moradores do Bairro.

A implantação de um Conselho Local em Saúde no bairro de Nova Vitória é necessária pela importância da participação da comunidade no planejamento das ações de saúde do SUS, especialmente a nível local, visto que boa parte dos problemas de saúde da população devem ser resolvidos na unidade básica. A atenção primária à saúde é a principal porta de entrada do SUS e é a coordenadora do cuidado e a ordenadora das ações de saúde (BRASIL, 2017). O conselho local de saúde deverá fortalecer o vínculo da comunidade com as equipes de saúde, colaborando com a resolução de problemas e buscando soluções conjuntas para a melhoria dos serviços prestados. No cenário atual, marcado pela desvalorização do SUS, congelamento dos recursos da saúde, valorização de um modelo de atenção voltada para a doença e para a mercantilização da saúde, incentivar o controle social torna-se estratégico na luta pela defesa da vida e do próprio SUS (CENTRO DE EDUCAÇÃO E ASSESSORAMENTO POPULAR, 2020).

OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Apoiar a implantação do Conselho Local de Saúde no bairro Nova Vitória, município de Camaçari, Bahia.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Sensibilizar a equipe de saúde da família e os usuários da USF Nova Vitória sobre a importância do controle social.

Desenvolver material didático para educação popular com vistas a apoiar a implantação do CLS.

Estimular a participação popular para o controle social no SUS.

Contribuir para a organização da sociedade civil na busca por seus direitos em saúde.

REVISÃO DE LITERATURA

O controle social e a participação da comunidade no SUS foi instituída pela Lei N° 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que junto com a Lei N° 8.080/90 são consideradas as leis orgânicas da saúde. A criação do SUS foi possível graças as lutas de movimentos sociais favoráveis à redemocratização do país, tendo em vista a Ditadura Militar que estava em curso desde o Golpe de 1964. Dentre esses movimentos podemos destacar a Reforma Sanitária Brasileira (RSB), do qual fizeram parte instituições científicas como o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (Cebes) e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco). A primeira proposta do SUS foi formulada pela Cebes e na VIII Conferência Nacional de Saúde foram debatidas proposições para a RSB, que inspirou o texto da Constituição Federal de 1988 e conseqüentemente as leis orgânicas citadas (PAIM, 2009).

Desse modo, o movimento sanitário no Brasil articulou-se em defesa da democratização política do país e da universalização do acesso a serviços, especialmente da saúde. O papel decisivo da comunidade na construção do SUS propiciou também a incorporação da participação social como seu elemento constituinte. A pressão dos atores sociais gerou uma abertura das instituições estatais e, na área da saúde, além da criação de mecanismos participativos houve ainda uma ação deliberada desses atores na luta pelo acesso e pela gestão do sistema de saúde (CÔRTEZ, 2010).

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica, Portaria N° 2.436/2017, é responsabilidade de todas as esferas de governo estimular a participação popular e o controle social, garantindo espaços para seu exercício. A participação da comunidade objetiva ampliar sua autonomia e competência na construção do cuidado à sua saúde. O potencial resolutivo das equipes de atenção básica é alcançado quando o escopo de serviços ofertados é compatível com as necessidades de saúde da população adscrita. Então, o controle social é importante para que a unidade de saúde conheça tais necessidades, aproximando-se das diversas realidades presentes no território (BRASIL, 2017).

A Portaria N° 2.436/2017 também descreve as atribuições das equipes de atenção básica. Entre elas, destacamos a de “Promover a mobilização e a participação da comunidade, estimulando conselhos/colegiados, constituídos de gestores locais, profissionais de saúde e usuários, viabilizando o controle social na gestão da Unidade Básica de Saúde”. É recomendado a utilização de planejamento estratégico situacional em saúde, o qual envolva a participação dos usuários. Nesse cenário, o agente comunitário de saúde (ACS) tem atribuição essencial de

estimular a participação popular na elaboração e na implementação das políticas públicas de saúde, especialmente por morar no território adscrito e fazer parte da comunidade.

O exercício de uma cidadania ativa implica a participação da sociedade civil na gestão de seus problemas e na implementação de políticas públicas a fim de solucioná-los, possibilitando a sociedade contribuir para o planejamento das políticas, transparência nas decisões e maior responsabilização dos agentes públicos. O controle social fortalece a democracia participativa e viabiliza a institucionalização de canais de participação organizados, a exemplo dos conselhos de saúde. Essas instâncias, por sua vez, não devem ser espaços meramente ornamentais, mas espaços de disputas de interesses coletivos e de projetos políticos diferenciados (GERSCHMAN, 2004).

A participação da comunidade na gestão da saúde pode ser expressa de diversas formas. Todo cidadão brasileiro tem liberdade para lutar por ideais comuns e participar das decisões realizadas pelos gestores nas políticas públicas. Sendo assim, mesmo as menores instâncias devem se organizar em favor das lutas sociais. A participação popular na luta pelo acesso universal à saúde, pela integralidade do cuidado e pela equidade auxilia a gestão do SUS a identificar e a priorizar os principais problemas de saúde, estreitando seu vínculo com a comunidade (ZERMIANI *et al*, 2019).

O controle social, exercido pela comunidade de um território adscrito contribui na operacionalização da estratégia de saúde da família. A compreensão dos profissionais da saúde sobre a importância da participação popular na melhoria da qualidade de vida da comunidade auxilia na superação dos desafios, tendo em vista que tais profissionais são peças fundamentais na educação em saúde. O processo educativo fortalece o controle social para a luta por melhores condições de vida e os profissionais para a busca por melhores condições de trabalho. É necessário um empenho interdisciplinar e intersetorial para a sustentabilidade desse processo (AZEVEDO; LUCENA; HOLANDA, 2012).

A Lei Orgânica da Saúde nº 8.142/1990 dispõe sobre participação da comunidade na gestão do SUS que contará com duas instâncias colegiadas nas três esferas de governo: a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde. Essas instâncias terão representação dos usuários do SUS de forma paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos. Atuando na cogestão do SUS, os conselhos participam da formulação de estratégias e do acompanhamento da execução das políticas públicas, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo. É baseado nessa Lei que as esferas de governo devem criar seus conselhos compostos por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais da saúde e usuários do SUS (BRASIL, 1990b).

A Resolução N° 333 de 04 de novembro de 2003 “aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde”. Define Conselho de Saúde como:

Órgão colegiado, deliberativo e permanente do Sistema Único de Saúde (SUS) em cada esfera de Governo, integrante da estrutura básica do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com composição, organização e competência fixadas na Lei nº 8.142/90. O processo bem sucedido de descentralização tem determinado a ampliação dos Conselhos de Saúde que ora se estabelecem também em Conselhos Regionais, Conselhos Locais, Conselhos Distritais de Saúde, incluindo os Conselhos Distritais Sanitários Indígenas, sob a coordenação dos Conselhos de Saúde da esfera correspondente. O Conselho de Saúde consubstancia a participação da sociedade organizada na administração da Saúde, como Subsistema da Seguridade Social, propiciando seu controle social (BRASIL, 2003, p. 4).

Os conselhos de saúde auxiliam na disseminação da cultura participativa a partir do momento em que inserem a sociedade civil organizada nos espaços do setor saúde, mobilizando-a a buscar seus interesses. Os conselhos são estruturas importantes para garantia de direitos e desempenham função primordial no processo de afirmação da cidadania (MARTINS *et al*, 2008).

Os conselhos locais de saúde têm posicionamento privilegiado pois estão dentro dos territórios de abrangência das unidades de saúde da atenção básica. Estando próximos à população favorecem a participação popular. Entretanto, a implantação desses conselhos requer a realização de um trabalho em equipe, e a proximidade com os problemas da comunidade pode gerar conflitos e dificuldade de diálogo. O desafio é fazer o conselho entender seu papel enquanto instância de controle social e de interligação entre serviço e comunidade (CRUZ *et al*, 2012).

Dentre as competências dos conselhos de saúde, destacamos a contínua mobilização da comunidade e a promoção da educação para o controle social; construção das suas normas de funcionamento; participação na formulação e no acompanhamento da política de saúde e da gestão do SUS; revisão dos planos de saúde; fiscalização e controle dos gastos públicos; desenvolvimento de ações de informação em saúde e divulgação das funções e competências do conselho de saúde; entre outras (BRASIL, 2003).

A legitimidade de um conselho pode ser alcançada por meio de conselheiros empenhados em exercer seu papel de modo eficiente, focados no controle social e na inclusão. Os conselhos de saúde são instâncias democráticas fundamentais na formulação e controle da execução das políticas públicas e, para tanto, necessitam de autonomia para incentivar a discussão e a participação dos seus representantes. Essa mobilização deve ser iniciada desde os

conselhos locais de saúde até as instâncias maiores, pois todo cidadão tem direito de lutar por melhorias nos serviços públicos. (ZERMIANI *et al*, 2019).

METODOLOGIA

Trata-se de um projeto de intervenção para apoiar a implantação de um Conselho Local de Saúde na comunidade do bairro de Nova Vitória, no município de Camaçari, Bahia. Um projeto de intervenção baseia-se no procedimento técnico da pesquisa-ação. A pesquisa-ação objetiva a intervenção na realidade social a partir de um problema coletivo, assim, “os pesquisadores pretendem desempenhar um papel ativo na própria realidade dos fatos observados”. (PRODANOV; FREITAS, 2013)

A comunidade de Nova Vitória é assistida por uma Unidade de Saúde da Família (USF) que tem o próprio nome do bairro. O bairro é conhecido como antiga Favela da Rodoviária, por ter crescido de forma desordenada próximo ao Terminal Rodoviário da cidade. A USF foi implantada em sede própria, construída para este fim. Possui três equipes de saúde que atende a uma população cadastrada de aproximadamente 9.500 pessoas. A USF é bastante requisitada pela população, mas não há registro de interesse em implantação de conselho local de saúde.

Pretende-se envolver a equipe gestora e de saúde acerca da importância de um CLS, a fim de que os profissionais também possam contribuir para esta intervenção. Para tanto, o projeto será apresentado e discutido com toda a equipe, inclusive com a equipe de gestão da Secretaria da Saúde e Distrito Sanitário da Sede, além do Conselho Municipal de Saúde de Camaçari. Esses profissionais serão sensibilizados por meio das discussões em reuniões, para que possamos realizar um planejamento conjunto das ações necessárias a implantação do CLS.

A partir da sensibilização da equipe, especialmente com o auxílio dos agentes comunitários de saúde (ACS) buscaremos identificar no território usuários e líderes comunitários com interesse em controle social. Esses usuários participarão de oficinas e rodas de conversas juntamente com a equipe de saúde com o objetivo de entenderem o papel do CLS e sua interface com o SUS e com a atenção básica. Para tanto, os alunos de graduação do Programa de Integração Academia, Serviço e Comunidade (PIASC) da UNEB irão contribuir na elaboração de material didático para educação em saúde, utilizando temas como controle social e participação popular por meio de conselhos de saúde.

CRONOGRAMA

ETAPAS	SE MA NA 1	SE MA NA 2	SE MA NA 3	SE MA NA 4	SE MA NA 5	SE MA NA 6	SEM ANA 7	SE MA NA 8	SE MA NA 9	SEM ANA 10	SEM ANA 11	SEM ANA 12
Conhecer os processos burocráticos junto ao Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Camaçari, assim como demais experiências do município e documentos oficiais	X	X										
Apresentar o projeto de implantação do CLS para a equipe de gestão e para o CMS de Camaçari.		X										
Aprimorar o projeto após apreciação da gestão e do CMS			X									
Realizar reuniões com a equipe de saúde para apresentar o projeto, sensibilizar os profissionais e realizar um planejamento conjunto				X	X							
Elaborar material educativo para educação em saúde	X	X	X	X	X							
Aprimorar o projeto após a apreciação da equipe da USF Nova Vitória						X						
Sensibilizar os usuários sobre a importância do controle social no SUS						X	X					
Identificar no território equipamentos sociais, usuários e líderes comunitários com interesse em controle social							X	X				
Realizar oficinas e rodas de conversa com os usuários e equipe de saúde, explorando temas como SUS, APS, controle social, conselhos de saúde									X	X		
Formar uma comissão eleitoral para organizar o processo de eleição dos membros representantes dos usuários para compor o CLS											X	
Realizar a eleição dos membros do CLS												X

RESULTADOS

O Conselho Local em Saúde da USF Nova Vitória foi implantado e está em funcionamento desde 05 de outubro de 2022, quando os conselheiros tomaram posse e foi

realizada a primeira reunião. As reuniões acontecem mensalmente no Auditório da unidade de saúde, na primeira quinta-feira do mês e a população é sempre convidada a participar. Alguns avanços já foram conquistados, a estrutura física está passando por uma pequena reforma e a USF está sendo preparada para receber os equipamentos de informática para implantação do prontuário eletrônico do cidadão, frutos da organização e da cobrança realizada pelo CLS. Durante a realização das Conferências Estadual (Salvador/Bahia) e Federal (Brasília/Distrito Federal) de 2023 um dos conselheiros participou representando os usuários do SUS. Apesar destes avanços, os desafios ainda são muitos, especialmente em relação à educação popular para a luta pelos direitos já conquistados. Nesse sentido, o material didático produzido vem colaborando para um melhor entendimento dos usuários sobre o SUS e o controle social.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, D.M.; LUCENA, L.A.; HOLANDA, C.S.M. O controle social enquanto instrumento para a qualidade da assistência na estratégia de saúde da família. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, vol. 4, núm. 4, outubro-diciembre, 2012, pp. 2953-2965 Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Brasil. Disponível em <https://www.redalyc.org/pdf/5057/505750895030.pdf>. Acesso em: 16 maio 2021.

BAHIA. Secretaria Da Saúde. Diretoria de Atenção Básica. **Caderno de Avaliação e Monitoramento da Atenção Básica (CAMAB)**. Disponível em <http://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/dab/camab/>. Acesso em: 15 maio 2021.
BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990a. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm#art35. Acesso em: 15 maio 2021.

BRASIL. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990b. 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 e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 28 dez. 1990. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm. Acesso em: 15 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução n.º 333, de 2003. Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF: Imprensa Nacional, 4 dez. 2003, n. 236, seção 1, p. 57, col. 1. ISSN 1676-2339. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/resolucao_333.pdf. Acesso em: 10 jun. 2021.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Censo demográfico 2010**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/camacari/panorama> Acesso em: 15 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: Edição 183, Seção 1, Página 68, Brasília, DF, 21 set. 2017. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 15 maio 2021.

CENTRO DE EDUCAÇÃO E ASSESSORAMENTO POPULAR. **O SUS e a efetivação do direito humano à saúde**. Passo Fundo; Passografic; 2 ed; 2020. 121 p. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-943883>. Acesso em: 10 jun. 2021.

CÔRTEZ, S.M.V. Conselhos e conferências de saúde: papel institucional e mudança nas relações entre Estado e sociedade. In: FLEURY, Sonia; LOBATO, Lenaura V. C. (orgs.). **Participação, democracia e saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. p. 102-128. Disponível em: http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2013/10/livro_particioacao.pdf Acesso em: 08 jun 2021

CRUZ, P.J.S.C. *et al.* Desafios para a participação popular em saúde: reflexões a partir da educação popular na construção de conselho local de saúde em comunidades de João Pessoa, PB. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 1.087-1.100, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/MtZLwtHY9qVmgTLzrh8Ttdk/abstract/?lang=pt> Acesso em: 08 jun 2021.

GERSCHMAN, S. Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(6):1670-1681, nov-dez, 2004. Disponível em https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2004000600026&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 16 maio 2021.

MARTINS, P.C. *et al.* Conselhos de saúde e a participação social no Brasil: matizes da utopia. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 18, n. 1, p. 105-121, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/hgVTrtn7Vfswpq5MB37xjPr/abstract/?lang=pt> Acesso em: 08 jun 2021.

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

PRODANOV, C.C.; FREITAS, E.C. **Metodologia do trabalho científico** [recurso eletrônico] : métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico – 2. ed. – Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 8. ed. São Paulo: Cortez, 1998.

ZERMIANI, T.C.; *et al.* A participação dos conselhos locais de saúde na contratualização de metas na atenção primária à saúde: a experiência de Curitiba, PR. **Interações**, Campo Grande, MS, v. 20, n. 4, p. 1115-1126, out./dez. 2019. Disponível em https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1518-70122019000401115&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 16 maio 2021.

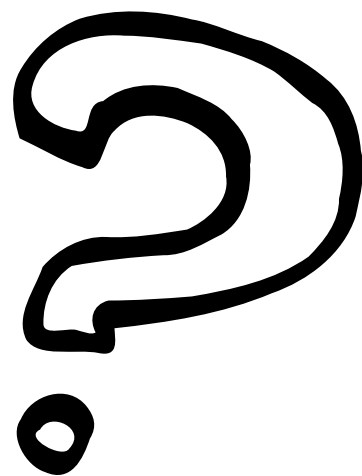
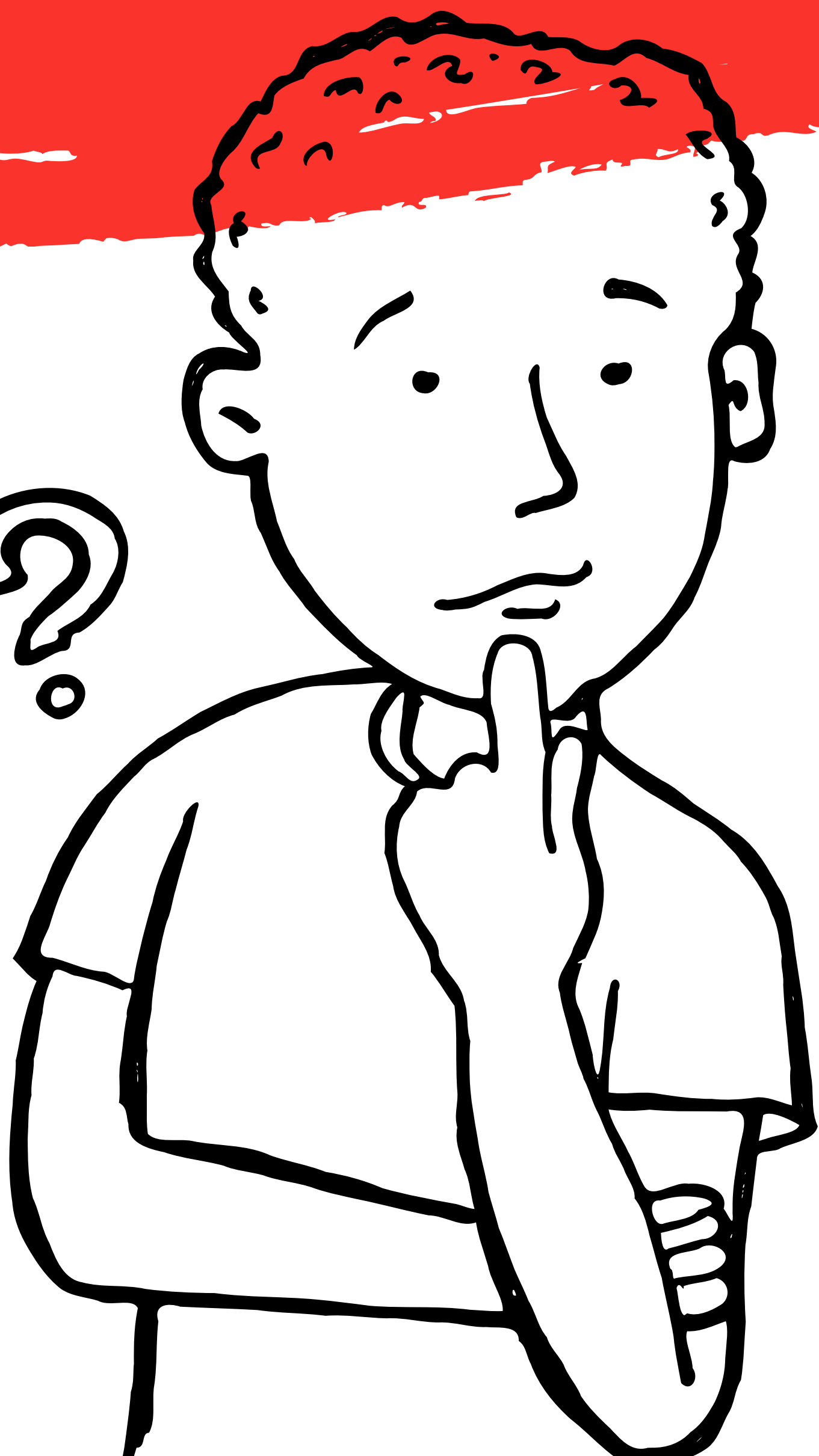
8.2 MATERIAL DIDÁTICO PARA EDUCAÇÃO POPULAR EM CONTROLE SOCIAL

CONSELHO LOCAL



VOCÊ SABE

O SUFICIENTE?



CARTILHA EDUCATIVA



FICHA CATALOGRÁFICA Sistema de Bibliotecas da UNEB

P436c

Pereira, Lara Cricia de Aquino

CONSELHO LOCAL: Você sabe o suficiente? / Lara Cricia de Aquino Pereira, Ariele Casaes Dias, Grazielly Silva dos Santos, Kenedi dos Santos Guimarães. - Salvador, 2021.

25 fls : il.

Orientador(a): Prof. Thais Regis de Aranha Rossi.

Coorientador(a): Prof. Igor Brasil de Araujo, Mestranda Madalena de Castro Passos.

Inclui Referências

TCC (Graduação - Ciências Sociais) - Universidade do Estado da Bahia. Departamento de Ciências da Vida. Campus I. 2021.

1.Políticas públicas. 2.Controle social. 3.Conselhos locais.

CDD: 307

SUMÁRIO

POLÍTICAS DE SAÚDE	2
CONTROLE SOCIAL	4
VÍDEO: Controle social	5
CONSELHOS LOCAIS	7
Importância	8
Quem compõe	9
Objetivos	10
Como os líderes atuam	11
Controle social e conselho local	12
Quais as contribuições	13
O conselho local na saúde	14
O conselho e a comunidade	16
Como participar	18
Ações de um conselho	19
OUVIDORIAS DO SUS	20
VÍDEO: Gestão participativa	21



O QUE SÃO POLÍTICAS DE SAÚDE?



VOCÊ CONHECE AS POLÍTICAS DE SAÚDE?



O conceito de política de saúde foi adotado, segundo Paim, como: resposta social (ação ou omissão) de uma organização (como o Estado) diante das condições de saúde dos indivíduos e das populações e seus determinantes, bem como em relação à produção, distribuição, gestão e regulação de bens e serviços que afetam a saúde humana e o ambiente (PAIM, 2003).





**CONTROLE SOCIAL,
O QUE É ?**



**QUAL A SUA
IMPORTÂNCIA?**



CONTROLE SOCIAL

Por meio da lei 8142/1990 é regulamentada a participação social na gestão do SUS.

Sendo assim, o controle social é um meio ou ferramenta para que os usuários do SUS possam acompanhar e reivindicar uma saúde pública de qualidade.






Aprendendo mais:

CONTROLE SOCIAL



Aproxime a
câmera de um
celular no código
acima.

Espere alguns
segundos, e
pronto!

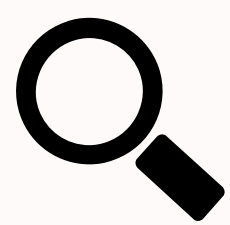
Irá aparecer esta figura 
em sua tela, e ao clicar será direcionado ao vídeo
do Youtube.



**O QUE É UM
CONSELHO LOCAL?**



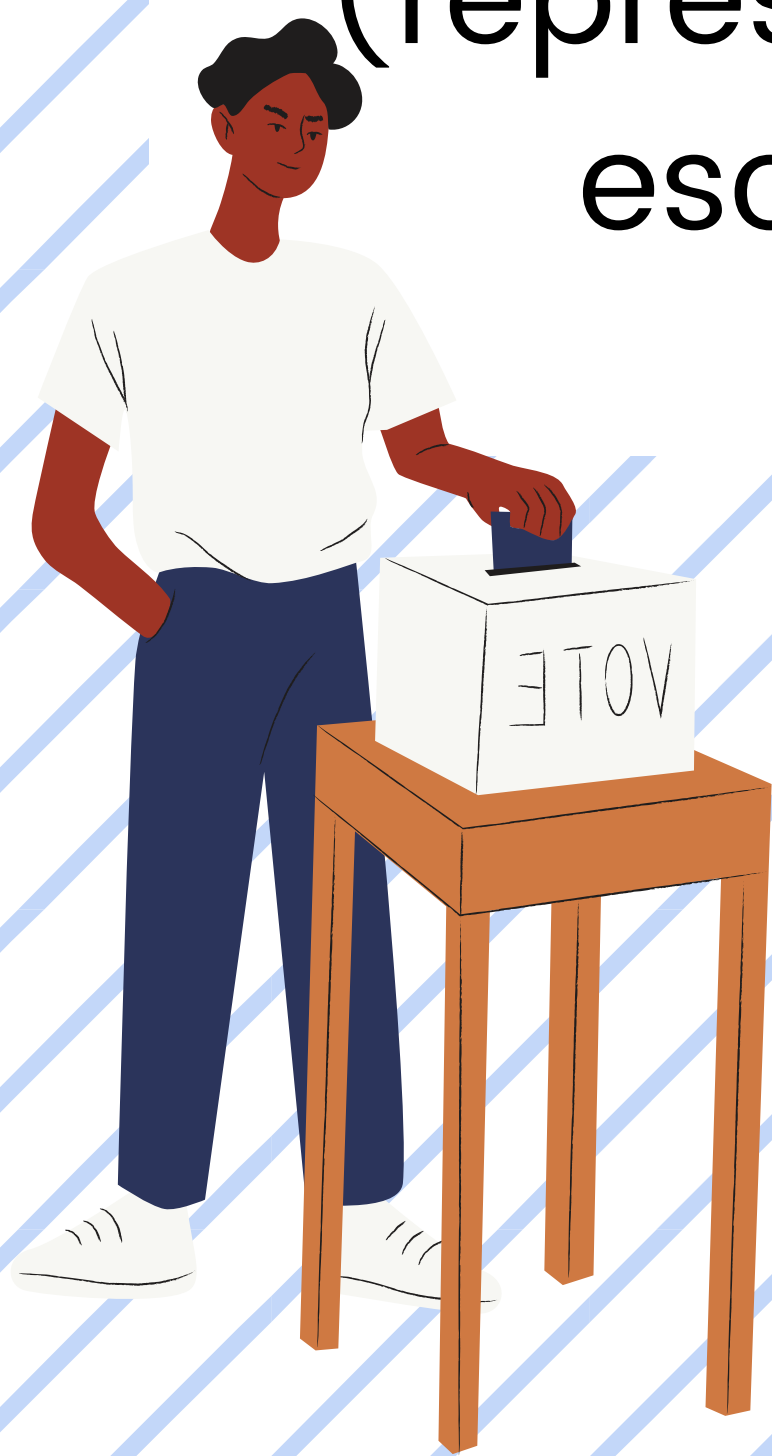
**QUAL A SUA
IMPORTÂNCIA?**



CONSELHO LOCAL

Os conselhos Locais de Saúde representam uma forma legal de exercer o controle social no âmbito do SUS, sendo um espaço em que se prioriza a participação local da população e descentralização das tomadas de decisões.

Onde cada Unidade Básica de Saúde pode formar seu conselho local, em que o conselheiro (representante da comunidade) é escolhido por uma eleição.





IMPORTÂNCIA

Um espaço que permite um diálogo entre as partes, possibilitando o reconhecimento da **realidade vivida** pelos trabalhadores em saúde, administradores, usuários e a sua relação com o Sistema Único de Saúde e Rede Municipal.

Cabe aos **Conselhos locais** de Saúde realizarem o acompanhamento dos gestores (secretários municipais e estadual de saúde e do Ministério da Saúde).

IMPORTANT!

QUEM COMPÕE O CONSELHO ?

50% Usuários

25% Trabalhadores do SUS

25% Gestores





OBJETIVOS?



- Propor e formular estratégias, tendo respeito à democracia e ao controle social na saúde;
- Executar as políticas de saúde nos seus aspectos econômicos e financeiros;
- Acompanhar e monitorar as políticas públicas de saúde nas suas mais diferentes áreas;
- Apresentar as demandas da população ao poder público.

COMO OS **LÍDERES** ATUAM?

Os conselheiros representam a ponte entre a comunidade e os conselhos locais.

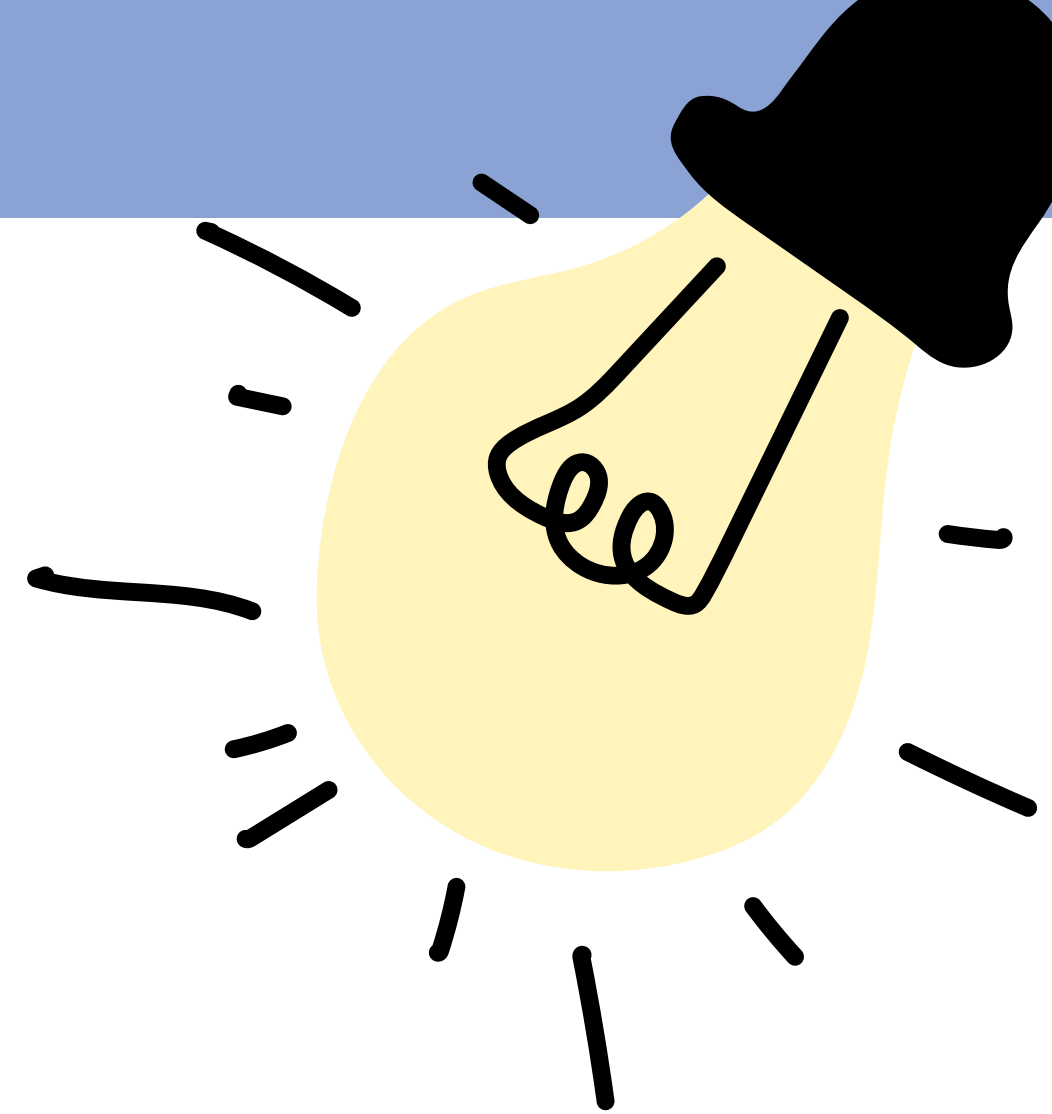


Cada região precisa de um líder, onde esses líderes atuarão como representantes dos usuários, sendo responsável por levar as demandas e questões individuais de saúde da comunidade aos gestores e as esferas do governo relacionadas à saúde.



VOCÊ SABIA?

O CONTROLE SOCIAL É O CONSELHO LOCAL



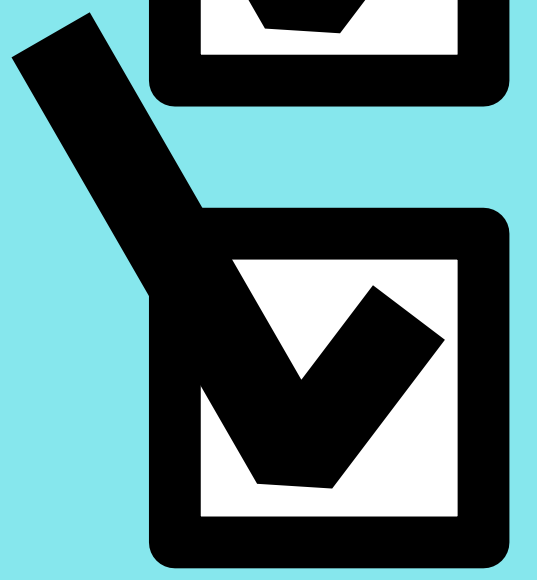
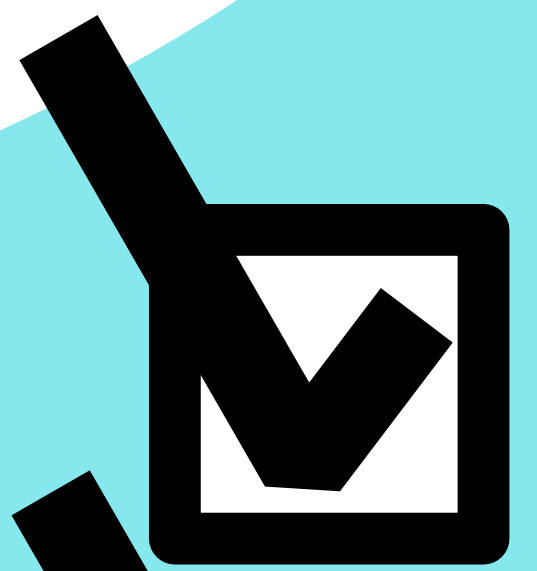
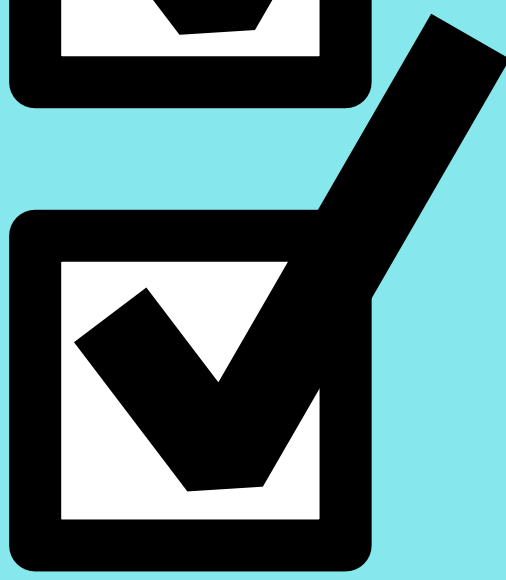
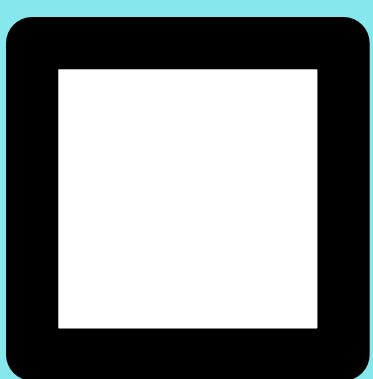
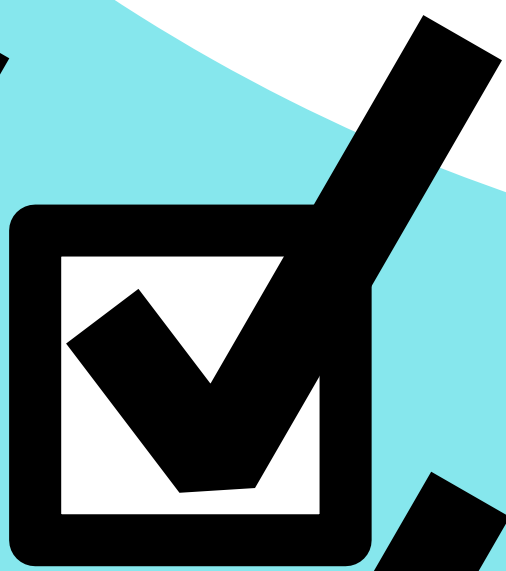
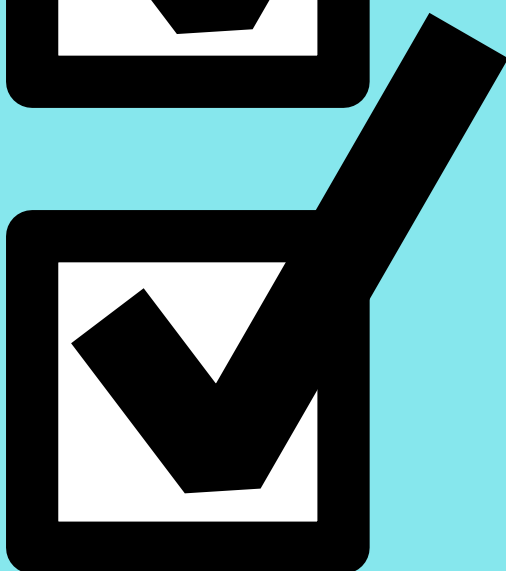
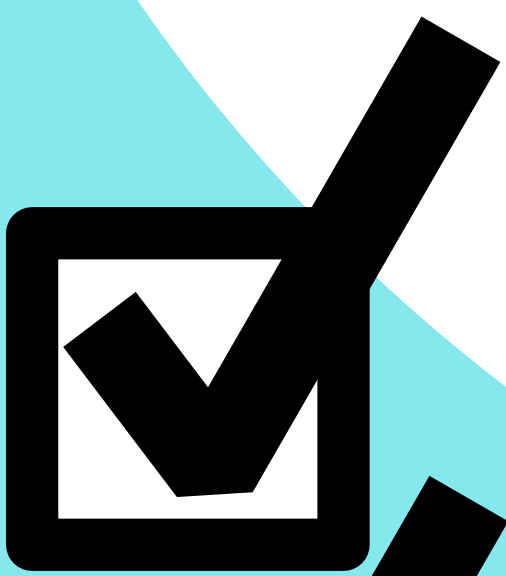
O controle social apresenta uma relação direta com o conselho local, já que o conselho local acolhe as demandas da população e efetiva a participação da sociedade organizada no controle da saúde, como subsistema da seguridade social, promovendo seu controle social.

Dessa forma, a participação popular atua ativamente no controle social e é de fundamental importância e indispensável na implementação e na ação do conselho local.

QUAIS AS CONTRIBUIÇÕES?

A competência dos conselhos de saúde alcança uma série de benefícios, como por exemplo:

A mobilização social; as respostas frente às necessidades sociais identificadas, tendo em vista desenvolvimento da qualidade de vida e saúde no âmbito do seu território; e o aperfeiçoamento da organização e do funcionamento do serviço de saúde.



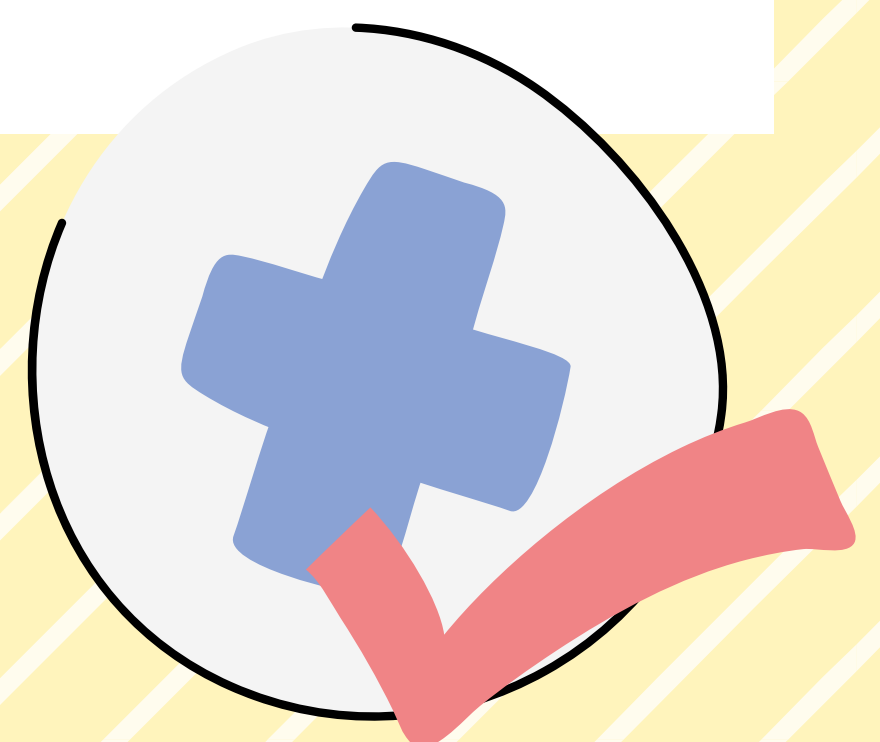
O CONSELHO LOCAL NA SAÚDE:

Quais as contribuições ?

- É possível garantir que as demandas de saúde específicas da sua região sejam atendidas;

- Os cidadãos podem influenciar as decisões do governo relacionadas à saúde e, também, o planejamento e a execução de políticas de saúde;

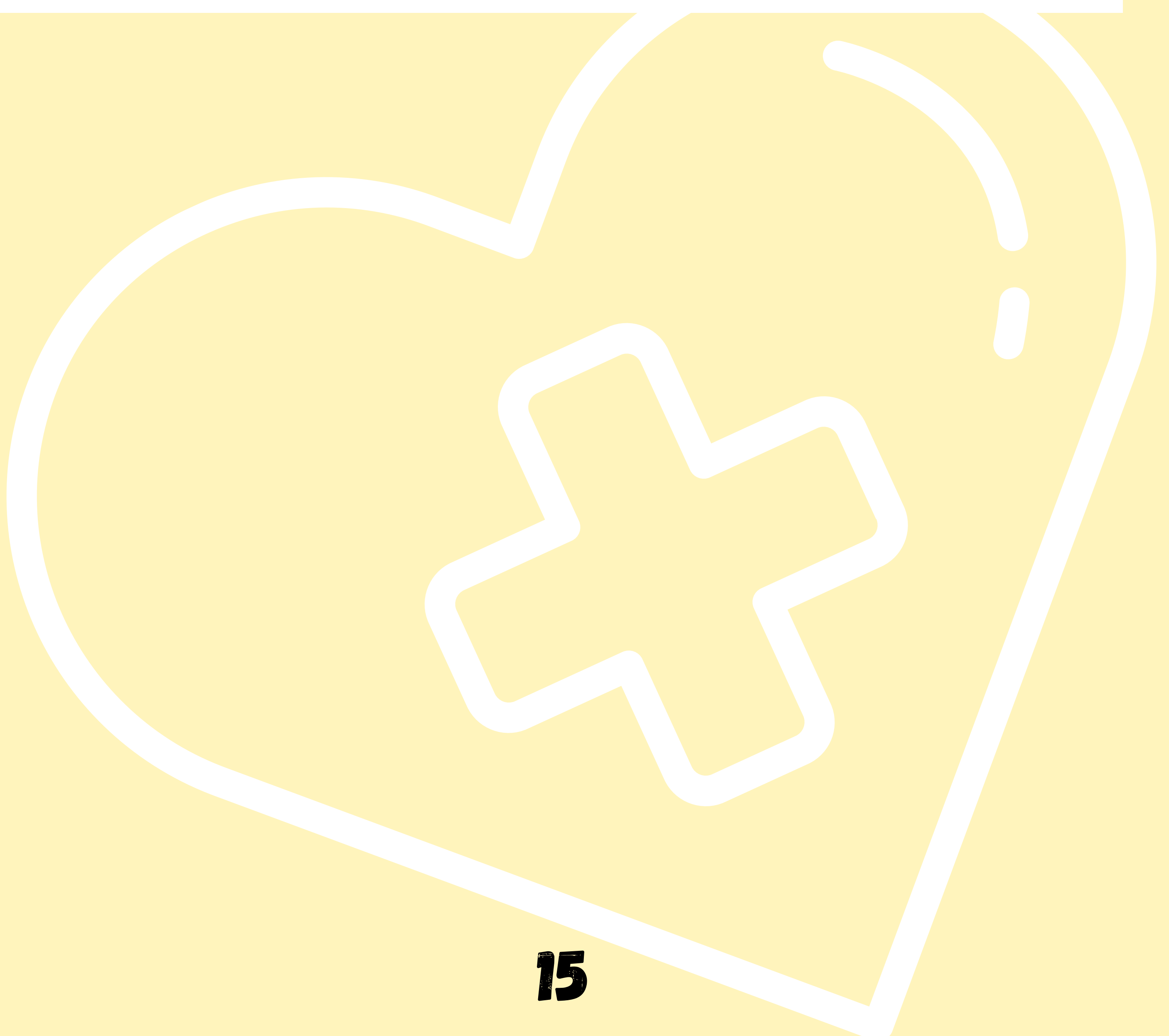
- Com o funcionamento dos conselhos locais, o governo federal libera mais recursos para atender as necessidades de saúde;



O CONSELHO LOCAL NA SAÚDE:

Quais as contribuições ?

- Os gestores da saúde (prefeito ou governador e secretário de saúde) devem prestar conta dos gastos com a saúde ao conselho.



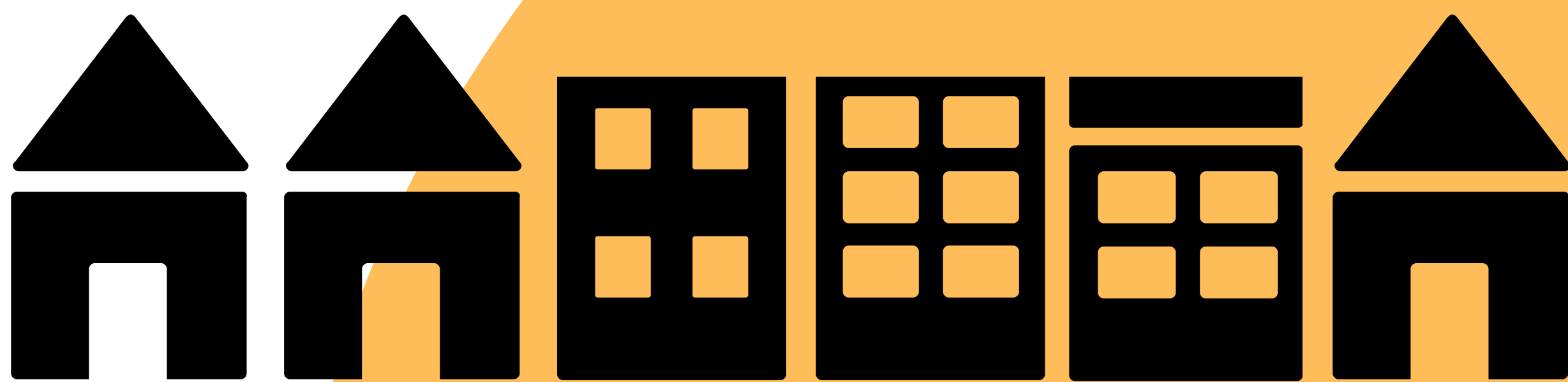
A ATUAÇÃO DO CONSELHO NA COMUNIDADE

Conhecer os recursos humanos,
materiais e financeiros e programas
desenvolvidos no centro de saúde,
decidindo as propriedades;

Propor treinamento e atualizações
para os funcionários;

Propor medidas para o aperfeiçoamento da
organização e do funcionamento de centro
de saúde;

Acompanhar o desenvolvimento das ações
e serviços de saúde;



A ATUAÇÃO DO CONSELHO NA COMUNIDADE

Acompanhar, fiscalizar a política de saneamento e meio ambiente;

Estimular a participação comunitária no controle, manutenção e desenvolvimento das ações de saúde;

Criar mecanismo de ouvidoria que permita a população dar suas sugestões (urnas);

Acompanhar a elaboração do plano de trabalho da unidade de saúde;

Providências para permanente orientação aos usuários sobre os serviços oferecidos na unidade de saúde.

PARA PARTICIPAR DO CONSELHO LOCAL:

O usuário deve procurar a sua Unidade Básica de Saúde (UBS), aquele posto de saúde perto de casa, ou o seu conselheiro, onde buscará informações sobre a existência do Conselho Distrital de Saúde e a possibilidade de fazer parte deste.



QUAIS AÇÕES EXERCIDAS PELOS CONSELHOS?

São exercidas algumas ações como audiência pública, ação popular e ação civil pública. Onde as reuniões e plenárias dos conselhos de saúde são abertas ao público.



OUVIDORIAS DO

SUS

Outra forma de garantir a participação social no Sistema Único de Saúde são as ouvidorias do SUS, espaços em que a população pode propor melhorias, sugestões, reclamações e eventuais denúncias.

O serviço pode ser acessado através do Disque-Saúde: 136.






Aprendendo mais:

GESTÃO PARTICIPATIVA E CONSELHOS LOCAIS



Aproxime a
câmera de um
celular no código
acima.

Esperre alguns
segundos, e
pronto!

Irá aparecer esta figura 
em sua tela, e ao clicar será direcionado ao vídeo
do Youtube.

REFERÊNCIAS

CONSELHOS DE SAÚDE A prática do controle social em 14 reflexões. Conselho Nacional de Saúde. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/pratica/pratica.htm>.

CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE. CMS, Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre. Disponível em: http://www2.portoalegre.rs.gov.br/cms/default.php?p_secao=76.

Orientações para Conselheiros de Saúde. Tribunal de contas da União TCU. Brasília, 2010.

PAIM, J.S. Políticas de saúde no Brasil. In: ROUQUAIROL, M. Z. e ALMEIDA-FILHO, N. (Ed.). Epidemiologia e saúde. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. p.587-603.

Políticas Públicas e Modelos de Atenção e Gestão à Saúde. Fundação Oswaldo .cruz. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/politicas-publicas-e-modelos-de-atencao-saude>.

SPOSATI, Aldaíza; LOBO, Elza. Controle social e políticas de saúde. São Paulo, Brasil.

REFERÊNCIAS

BAPTISTA, T. W. F. **Análise da produção legislativa em saúde no Congresso Nacional brasileiro (1990-2006)**. Cadernos de Saúde Pública, janeiro 2010, Volume 26, Nº 1, Páginas 97 – 109. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/QZr7y3zVy7tJyVfPkpGFWG/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 25 maio 2021.

BAPTISTA, T. W. F.; GOMES, M. M. G.; NOGUEIRA, C. O. O Legislativo e a Saúde: o debate no período de governo Lula. In: Org. Machado, Cristiani Vieira; Baptista, Tatiana Vargas de Faria; Lima, Luciana Dias de. **Políticas de Saúde no Brasil: continuidades e mudanças**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. 2012.

BAPTISTA, T. W. F.; MACHADO, C. V.; LIMA, L. D. **Responsabilidade do Estado e direito à saúde no Brasil: um balanço da atuação dos Poderes**. Ciência & Saúde Coletiva, junho 2009, Volume 14, Nº 3, Páginas 829 – 839. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/QXStzwBwfQjFRrMqr69T35Q/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 25 maio 2021.

BARBOSA FILHO, F. H. **A crise econômica de 2014/2017**. Saídas para a crise econômica. Estud. av. 31 (89). Jan-Apr 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0103-40142017.31890006>. Acesso em 02 Ago 2023.

BEVILACQUA, L.; SOARES, F. F.; SANTOS, J. M. T. **Novo regime fiscal frente à garantia constitucional de financiamento adequado das políticas públicas de saúde**. Cad. Ibero-amer. Dir. Sanit., Brasília, 9(2): abr./jun., 2020. Disponível em <http://dx.doi.org/10.17566/ciads.v9i2.672>. Acesso em 30 mar 2023.

BRASIL. Presidência da República, Casa Civil. **Constituição da República Federativa do Brasil**, 1988. Brasília, DF. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em 27 nov 2021.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **O Financiamento da Saúde**. Brasília: CONASS, 2011. 124 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 2). Disponível em https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao_sus_v.2.pdf. Acesso em 25 jul 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Financiamento público de saúde** / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 124 p.: il. – (Série Ecos – Economia da Saúde para a Gestão do SUS ; Eixo 1, v. 1).

BRASIL. Senado Federal. **Financiamento da Saúde à espera do resgate**. Em discussão. Revista de audiências públicas, Ano 5 - Nº 19 - fevereiro de 2014. Disponível em <https://www2.senado.leg.br/bdsf/handle/id/496714>. Acesso em: 27 jan 2023.

BRASIL, Subchefia de Assuntos Parlamentares. EMI nº 00083/2016 MF MPDG. **Proposta de Emenda à Constituição**. Brasília, 2016a. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/projetos/expmotiv/emi/2016/83.htm. Acesso em: 15 jul 2022.

BRASIL. **Câmara dos Deputados**. Comissão Especial destinada a proferir parecer à Proposta de Emenda à Constituição nº 241-A, de 2016, do Poder Executivo, que "altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal". Relator: Deputado Darcísio Perondi, 2016b. Disponível em https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1496778&filenome=SBT+3+PEC24116+%3D%3E+PEC+241/2016 . Acesso em 08 mar 2023.

BRASIL. **Senado Federal**. Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania. Parecer nº 888, de 2016 sobre o Projeto de Emenda à Constituição nº 55/2016 do Poder Executivo, que altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Relator: Senador Eunício Oliveira, 81 pg, 2016c. Disponível em <https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=3878578&ts=1646621236887&disposition=inline>. Acesso em 08 mar 2023

BRASIL. Banco Central. Coleção **História Contada do Banco Central do Brasil**. Henrique Meirelles. Brasília, v. 25, 94 p., 2019. CDU 336.711(81) (091). Disponível em https://www.bcb.gov.br/historiacontada/publicacoes/hc_bc_volume_25_henrique_meirelles.pdf. Acesso em 08 mar 2023.

BRASIL. **Câmara dos Deputados**. Página eletrônica. 2021a. Disponível em <https://www.camara.leg.br/>. Acesso em: 28 out 2021.

BRASIL. **Senado Federal**. Página eletrônica. 2021b. Disponível em <https://www12.senado.leg.br/hpsenado>. Acesso em: 28 out 2021.

BRASIL. Ministério da Economia. Orçamento Cidadão. **Entenda as diferenças entre as despesas e as receitas da União**, 2022a. Disponível em <https://www.gov.br/economia/pt-br/assuntos/noticias>. Acesso em 11 mar 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Maior sistema público de saúde do mundo, SUS completa 31 anos**, 2022b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2021-1/setembro/maior-sistema-publico-de-saude-do-mundo-sus-completa-31-anos>. Acesso em 29 jun 2023.

BRASIL. Justiça Federal da 4ª Região. **Tribunal Regional Federal da 4ª Região**. Porto Alegre/RS. Consulta Processual Unificada, 2023. Disponível em <https://www.trf4.jus.br/trf4/controlador.php?acao=principal&>. Acesso em 11 mar 2023

BOURDIEU, P. **Le capital social: notes provisoires. Actes de la recherche em sciences sociales**, v.31, n. 31, jan., p.2-3. 1980.

BOURDIEU, P. **Questões de Sociologia**. Rio de Janeiro: Marco Zero. P.89-94. 1983.

BOURDIEU, P. **Razões práticas: sobre a teoria da ação**. 8ª ed. Campinas, SP: Papirus. 1996. 224 p.

BOURDIEU, P. **A distinção: crítica social do julgamento**. São Paulo, Porto Alegre: Edusp, Zouk. 2008. 560 p.

BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil. 2001. 322 p.

BOURDIEU, P. **O campo político**. Revista Brasileira de Ciência Política. 2011; (5):193-216.

BOURDIEU, P. **Sur L'Etat: Cours au college de France 1989 – 1992**. Paris: Raisons d'agir. 2012.

BOURDIEU, P. **Conceitos Fundamentais**. Editado por Michael Grenfell; tradução de Fábio Ribeiro. Petrópolis, RJ: Vozes, 2021.

CASTRO, A. L. B.; MACHADO, C. V. **A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal**. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro. Abril 2010, Volume 26, Nº 4, Páginas 693 - 705. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/nKfWbLqwxPYNqGpR9whw7Gn/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 25 maio 2021.

CAVALCANTE, D. L. PEREIRA, F. H. L. C. S. SOUSA, T. P. **Uma análise financeira do gasto em saúde no Brasil**. Revista Direitos Sociais e Políticas Públicas (UNIFAFIBE), Vol. 6 (1), p. 32, 2018. Disponível em DOI: <https://doi.org/10.25245/rdspp.v6i1>. Acesso em 02 abr 2023.

COELHO, T. C. B.; SCATENA, J. H. G. **Financiamento do SUS**. In: Paim, J. S. e Almeida-Filho, N. de. Saúde Coletiva: Teoria e Prática. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. P 245-269.

COSTA, A. M.; PÊGO, R. A.; SADDI, F. C.; ASSIS, D. A. D.; GONÇALVES, L. F.; SILVA, A. A. Saúde no Poder Legislativo: objeto, investigação e tendências. In: Teixeira, Carmen Fontes (org.) **Observatório de Análise Política em Saúde: abordagens, objetos e investigações**. Salvador: Edufba. 2016.

FES - Fundação Friedrich Ebert Stiftung. GT de Macro da Sociedade Brasileira de Economia Política e Plataforma Política Social. Fórum 21. **Austeridade e retrocesso - finanças públicas e política fiscal no Brasil**. São Paulo, 2016. Disponível em <https://brasildebate.com.br/wp-content/uploads/Austeridade-e-Retrocesso.pdf>. Acesso em 30 mar 2023.

FIGUEIREDO, J. O.; PRADO, N. M. de B. L.; MEDINA, M. G.; PAIM, J. S. **Gastos público e privado com saúde no Brasil e países selecionados**. Saúde em Debate, [S. l.], v. 42, n. especial 2 out, p. 37–47, 2023. Disponível em: <https://saudeemdebate.org.br/sed/article/view/923>. Acesso em: 2 jul. 2023.

FILIPPON, J. **A abertura da saúde nacional ao capital estrangeiro: efeitos do mercado global no Brasil**. Saúde debate 39 (107), Oct-Dec 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-110420161070266>. Acesso em 02 Ago 2023.

FUNCIA, F. R. **Subfinanciamento e orçamento federal do SUS: referências preliminares para a alocação adicional de recursos.** Ciênc. saúde coletiva 24 (12), Dez 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25892019>. Acesso em: 28 jul 2022.

FUNCIA, F. R. *et al.* **Nova Política de Financiamento do SUS.** Nota de Política Econômica. Texto elaborado para Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABrES). Grupo de Economia do Setor Público, Instituto de Economia, UFRJ. Rio de Janeiro, setembro de 2022. Disponível em https://economia.saude.bvs.br/wp-content/uploads/2023/05/gespnota2022_ABRES-2_230425_152052.pdf. Acesso em 14 Ago 2023.

GADELHA, P. *et al.* **Economia e financiamento do sistema de saúde no Brasil** [recurso eletrônico]. Rio de Janeiro: Edições Livres, 2021. 286 p.: il. Disponível em <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/49959/Livro%20Economia%20e%20Financiamento%20no%20Brasil.pdf;jsessionid=3B2E85913CD9EDB63FAB3880FFAFBECC?sequence=2>. Acesso em 02 Ago 2023.

GOMES, F. B. C. **Interações entre o Legislativo e o Executivo Federal do Brasil na definição de interesse amplo: uma abordagem sistêmica, com aplicação na saúde.** 2011, 337 f. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Tese de Doutorado. Disponível em <https://www.btd.uerj.br:8443/handle/1/12395>. Acesso em 16 abr 2022.

GOMES, F. B. C. **Impasses no financiamento da saúde no Brasil: da constituinte à regulamentação da emenda 29/00.** Revista Saúde em Debate, Rio de Janeiro, V. 38, N. 100, P. 6-17, Jan-Mar 2014. Disponível em DOI: 10.5935/0103-104.20140001. Acesso em: 18 ago 2021.

GUIMARAES, R. **O mal-estar na saúde pública.** Saúde debate, Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 159-188, março 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/PXFXBtWLMXtYk5VsbDSrPkq/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 25 maio 2021.

HARKREADER, S.; IMERSHEIN, A. W. **The Conditions for State Action in Florida's Health-Care Market.** Journal of Health and Social Behavior, Jun., 1999, Vol. 40, No. 2 (Jun., 1999), pp. 159-174. Disponível em <https://www.jstor.org/stable/2676371>. Acesso em : 26 ago 2021.

HIRSCH, J.A. *et al.* **AHCA meets BCRA; timeline, context, and future directions.** Journal of NeuroInterventional Surgery. Volume 10, Issue 2, Pages 205 – 208, February 2018. Disponível em DOI 10.1136/neurintsurg-2017-013478. Acesso em: 05 out 2021.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Gastos com a política social: alavanca para o crescimento com distribuição de renda.** Brasília-DF, 2011. (Comunicados do Ipea 75). Disponível em https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/4634/1/Comunicados_n75_Gastos_com.pdf. Acesso em 31 mar 2023.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Os impactos do Novo Regime Fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do**

direito à saúde no Brasil. Nota Técnica n° 28. Brasília, setembro de 2016. Disponível em https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/7270/1/NT_n28_Disoc.pdf. Acesso em 31 mar 2023.

LANCRY, P. J.; SANDIER, S. **Rationing health care in France.** *Health Policy*, 50 (1999). P. 23–38. Disponível em DOI: 10.1016 / s0168-8510 (99) 00062-7. Acesso em: 08 ago 2021.

LINO, L. L.; VAZQUEZ, D. A. **A base parlamentar de Michel Temer na Câmara dos Deputados: (des)vantagens do apoio a um governo impopular.** Anais do 44º Encontro Anual da ANPOCS. De 01 a 11 de dezembro de 2020, na forma remota. ISSN 2177-3092. Disponível em: <http://www.anpocs.com/index.php/encontros/papers/44-encontro-anual-da-anpocs/spg-7/spg22-7/12642-a-base-parlamentar-de-michel-temer-na-camara-dos-deputados-des-vantagens-do-apoio-a-um-governo-impopular/file>. Acesso em 25 jul 2022.

MARIANO, C. M. **Emenda constitucional 95/2016 e o teto dos gastos públicos: Brasil de volta ao estado de exceção econômico e ao capitalismo do desastre.** *Revista de Investigações Constitucionais*. Curitiba, Vol. 4, n. 1, janeiro/abril 2017. Disponível em DOI:10.5380/rinc.v4i1.50289. Acesso em 30 out 2021.

MARIATH, A. B. **Financiamento de campanhas eleitorais e lobby da indústria de bebidas açucaradas e seus insumos no Congresso Nacional.** *São Paulo; s.n.; 2021. 225 p.* Tese em Português, LILACS, ID: biblio-1178161. Biblioteca responsável: BR67.1. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6138/tde-20042021-184615/publico/MariathAB_DR_R.pdf. Acesso em 22 jan 2023.

MARQUES, R. M.; PIOLA, S. F.; ROA, C. **Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento.** Rio de Janeiro: ABrES. Ministério da saúde, Departamento de Economia da saúde, Investimentos e Desenvolvimento. OPAS/OMS, 2016. 260 p.

MDB, Redação. **Doze parlamentares do MDB fazem parte da lista dos 100 mais influentes do Congresso Nacional.** Movimento Democrático Brasileiro, 2018. Disponível em: <https://www.mdb.org.br/doze-parlamentares-do-mdb-fazem-parte-da-lista-dos-100-mais-influentes-do-congresso-nacional/>. Acesso em: 11 mar. 2023.

MELAMED, C.; COSTA, N. R. **Inovações no financiamento federal à Atenção Básica.** *Ciência & Saúde Coletiva* 2003, Volume 8, N° 2, Páginas 393 – 401. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/xwzrvYgCMg6LxZbhgZpQGqN/?lang=pt>. Acesso em: 25 maio 2021.

MENEZES, A. P. R.; MORETTI, B.; REIS, A. A. C. **O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública – austeridade versus universalidade.** *Saúde Debate*. Rio de Janeiro, V. 43, N. Especial 5, P. 58-70, Dez 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S505>. Acesso em 27 jul 2022.

OCKÉ-REIS, C. O. **Sustentabilidade do SUS e renúncia de arrecadação fiscal em saúde.** *Ciênc. saúde colet.* 23 (6), Jun 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05992018>. Acesso em 25 jul 2023.

PAIM, J.S.; VIEIRA-DA-SILVA, L.M. Desafios e possibilidades de práticas avaliativas de sistemas universais e integrais de saúde. In. Pinheiro R.; Mattos, R. **Gestão em Redes**

Práticas de Avaliação, Formação e Participação na Saúde. Rio de Janeiro Centro de Estudos e Pesquisas em Saúde Coletiva (Cespec), 2006.

PAIM, J.S. **O que é o SUS?** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009. 148 p. (Coleção Temas em Saúde).

PAIM, J. S. **Os sistemas universais de saúde e o futuro do Sistema Único de Saúde (SUS).** Saúde debate 43 (spe5), Dez 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S502>. Acesso em 25 jul 2023.

PINELL, P. **Análise sociológica das políticas de saúde.** Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011.

PINTO, E. G. **Novo Regime Fiscal e a mitigação dos pisos de custeio da saúde e educação.** Espaço Temático: Austeridade Fiscal, Direitos e Saúde. Cad. Saúde Pública 32 (12), 2016. Disponível em <https://doi.org/10.1590/0102-311X00179516>. Acesso em 02 abr 2023.

PIOLA, S. F.; FRANÇA, J. R. M.; NUNES, A. **Os efeitos da Emenda Constitucional 29 na alocação regional dos gastos públicos no Sistema Único de Saúde no Brasil.** Ciênc. saúde colet. 21 (2), Fev 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015212.10402015>. Acesso em 25 jul 2023.

PIRES, M. R. G. M.; DEMO, P. **Políticas de saúde e crise do Estado de Bem-Estar: repercussões e possibilidades para o Sistema Único de Saúde.** Saude soc. 15 (2). Ago 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902006000200007>. Acesso em 02 Ago 2023

PORTO, S. M.; UGA, M. A. D.; MOREIRA, R. S. **Uma análise da utilização de serviços de saúde por sistema de financiamento: Brasil 1998-2008.** Ciência & Saúde Coletiva, setembro 2011, Volume 16, Nº 9, Páginas 3795 – 3806. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/QhW3Cx5nCTJBFvL4bcDb5D/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 25 maio 2021.

ROCHA, F. R. F., MACÁRIO, E. **O impacto da EC 95/2016 e da PEC 287/2016 para a Previdência Social brasileira.** SER Social, Brasília, v. 18, n. 39, p. 444-460, jul.-dez./2016. Disponível em https://doi.org/10.26512/ser_social.v18i39.14632. Acesso em 02 abr 2023.

ROYO, E. S. **La prestación sanitaria en el Estado Autonomico: las incongruencias entre el modelo competencial y su financiación.** Revista Espanola de Derecho Constitucional. Núm. 119, pg 119-147: mayo-agosto 2020. Disponível em doi: <https://doi.org/10.18042/cepc/redc.119.04>. Acesso em: 25 ago 2021.

ROSSI, T.A.R. **Produção social das políticas de saúde bucal no Brasil.** Tese (doutorado) – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2016. 380 f. il. 2v.

ROSSI, P.; DWECK, E. **Impactos do Novo Regime Fiscal na saúde e educação.** Cad. Saúde Pública 2016; 32(12):e00194316. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00194316>. Acesso em 27 jul 2022

ROSSI, T. R. A.; MOREIRA, L. G. P.; BARROS, S. G. **Decurso histórico das políticas de fluoretação como estratégia de enfrentamento à cárie dentária no Poder Legislativo**

brasileiro, de 1963 a 2019. Cad. Saúde Pública 2020; 36(4):e00208418. Disponível em: doi: 10.1590/0102-311X00208418. Acesso em 27 Jul 2022.

ROZNAI, Y. KREUZ, L. R. C. **Conventionality control and Amendment 95/2016: a Brazilian case of unconstitutional constitutional amendment.** Revista de Investigações Constitucionais. Journal of Constitutional Research, vol. 5, n. 2, maio/agosto 2018. ISSN 2359-5639. Curitiba. Disponível em <https://www.scielo.br/j/rinc/a/ZGndqyXLhD6qTp4qQq6vy6w/?format=pdf&lang=en>. Acesso em 02 abr 2023.

RUANE, S. **Market reforms and privatisation in the English National Health Service.** Cuadernos De Relaciones Laborales. Volume 34, Edição 2, Página 263-291, 2016. Disponível em DOI 10.5209/CRLA.53457. Acesso em 26 set 2021.

SANTI, E. M. D.; PISCITELLI, T. S.; MASCITTO, A. **Tributação, responsabilidade fiscal e desenvolvimento: direito à transparência. Estudo sobre a destinação da CPMF e da CIDE-Combustíveis.** Cadernos Direito GV, v. 5 n. 1: janeiro 2008. Escola de Direito de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas. Disponível em <https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/handle/10438/2828>, Acesso em 26 jul 2023.

SANTOS, N. R. **SUS fora do rumo: busca de luzes: acima do SUS.** Saúde em Debate, v. 39, n. 106, p. 582-600, 2015. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4063/406342828002.pdf> Acesso em 15 jun 2022.

SANTOS, J. R. C. L. **Novo regime fiscal: contexto e resultados recentes.** – Brasília: Tribunal de Contas da União, Instituto Serzedello Corrêa, 2020. 63 p. (Coletânea de Pós-Graduação. Políticas Públicas). Disponível em <https://portal.tcu.gov.br/biblioteca-digital/novo-regime-fiscal-contexto-e-resultados-recentes.htm>. Acesso em 30 mar 2023.

SCHEFFER, M.; SOUZA, P. M. S. **A entrada do capital estrangeiro no sistema de saúde no Brasil.** Caderno Saúde Pública, 38 (Suppl 2), 2022. Disponível em <https://doi.org/10.1590/0102-311X00239421>. Acesso em: 22 jan 2023.

SOARES, A. SANTOS, N. R. **Financiamento do Sistema Único de Saúde nos governos FHC, Lula e Dilma.** Saúde debate 38 (100), Jan – Mar 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-104.20140002>. Acesso em: 22 jan 2023.

SOARES, H. C. **O novo regime fiscal e o direito fundamental à saúde: violação da progressividade e da proibição de retrocesso.** Espaço Jurídico Journal of Law (EJLL), Joaçaba, v. 19, n. 1, p. 201-216, jan./abr. 2018. Disponível em <https://periodicos.unoesc.edu.br/espacojuridico/article/view/12952/pdf>. Acesso em 02 abr 2023.

SANTOS, I. S.; UGA, M. A. D; PORTO, S. M. **O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde.** Ciência & Saúde Coletiva, outubro 2008, Volume 13, Nº 5, Páginas 1431 - 1440. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/SVQWPvGk8rRDCyRKGsH99vF/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 25 maio 2021.

TANAKA, O. Y.; OLIVEIRA, V. E. **Reforma(s) e estruturação do Sistema de Saúde Britânico: lições para o SUS**. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 7-17, abril 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/4kkNZPj5KRqzXpgzMNPfdSw/?lang=pt>. Acesso em: 25 maio 2021.

TELES, A. S.; COELHO, T. C. B. **Evolução do Financiamento da Saúde no Brasil**. Financiamento do SUS: abrindo a caixa preta. Feira de Santa: UEFS, 2016, p. 24-34.

VAZQUEZ, D. A. **Efeitos da regulação federal sobre o financiamento da saúde**. Cadernos de Saúde Pública, junho 2011, Volume 27, Nº 6, Páginas 1201 - 1212. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/SVQWPvGk8rRDCyRKGsH99vF/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 25 maio 2021.

CPDOC. *In: Dicionário Histórico-Biográfico Brasileiro*. Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil, Fundação Getúlio Vargas, © 2009. Disponível em: <https://www.fgv.br/cpdoc/acervo/arquivo>. Acesso 08 mar 2023.

VIEIRA, F. S. **Implicações de decisões e discussões recentes para o financiamento do Sistema Único de Saúde**. Saúde debate 40 (109), Maio-Jun 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201610915>. Acesso em 29 jul 2022.

VIEIRA, F. S.; BENEVIDES, R. P. S. **O Direito à Saúde no Brasil em Tempos de Crise Econômica, Ajuste Fiscal e Reforma Implícita do Estado**. Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas V.10 N.3 2016 ISSN: 1984-1639, 2016. Disponível <http://dx.doi.org/10.21057/repam.v10i3.21860>. Acesso em 02 abr 2023.

VIEIRA, F. S. **Gasto federal com políticas sociais e os determinantes sociais de saúde: para onde caminhamos?** Saúde debate 44 (127), Oct-Dec 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012701>. Acesso em 25 jul 2023.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. **Transformações nos Espaços da Saúde no Brasil e suas implicações para o Sistema Único de Saúde (1988-2018)**. Projeto de pesquisa. 2018.

XIMENES, S. B., PINTO, E. G. **Financiamento dos Direitos Sociais na Constituição de 1988: Do “Pacto Assimétrico” ao “Estado de Sítio Fiscal”**. Educ. Soc. 39 (145). Out-Dez 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/ES0101-73302018209544>. Acesso em 27 jul 2022.