



O SUS e as políticas de austeridade: o Brasil na contramão mesmo após a crise gerada pela pandemia da Covid-19

Erika Aragão erikapecs@gmail.com

Professora do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA e presidente da Associação Brasileira de Economia da Saúde. Salvador, Brasil.

Francisco Funcia francisco.r.funcia@gmail.com

Consultor Técnico da Cofin/CNS, professor dos Cursos de Economia e Medicina da USCS e doutorando do Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Municipal de São Caetano do Sul. São Caetano do Sul, Brasil.

Introdução

No Brasil, o Sistema Único de Saúde, criado na Constituição de 1988, já nasceu subfinanciado. Diferentemente de outros sistemas públicos universais que foram criados em momentos de expansão econômica, forte participação do Estado e disponibilidade de financiamento de longo prazo, como o Sistema de Saúde Canadense que começa a ser estabelecido em 1947 (DOMINGUEZ, 2010) e o do Reino Unido (NHS), criado em 1948 (TANAKA e OLIVEIRA, 2007), o SUS nasce no contexto de redução do Estado nas economias centrais frente a recomendações nesta mesma direção para a América Latina, realizadas no encontro ocorrido em 1989, na capital dos Estados Unidos, no popularmente conhecido “Consenso de Washington”.

Tais recomendações tinham como base a ampliação do neoliberalismo nos países da América Latina, e trazia entre outras receitas: o ajuste fiscal, que consistia em cortar gastos e reduzir dívidas; reforma fiscal focada na redução da tributação das empresas; ampliação do setor privado em todas as áreas mediante privatizações; e abertura comercial e econômica, com vistas a redução do protecionismo para ampliar a abertura das economias para o investimento estrangeiro (STIGLITZ, 1998; MARTINEZ et. al. 2012). Todas estas medidas tiveram impactos significativos na sustentabilidade do SUS. Seja por inviabilizar o financiamento da seguridade social

previsto constitucionalmente, por aumentar a participação do setor privado, bem como promover o desmonte de empresas nacionais produtoras de produtos para a saúde ao longo dos anos 1990.

Nesta perspectiva, Ocke-Reis (2008) traz uma importante questão: “como os formuladores de política podem lidar com a aspiração de produzir um sistema de saúde universal, em um contexto de restrição fiscal do Estado?”. Aponta a contradição entre o modelo redistributivo na Constituição de 1988 e os baixos níveis de gasto público em saúde praticados desde a criação do SUS. Quadro que a partir da Emenda Constitucional 95 de 2016, passa de subfinanciamento para um verdadeiro “desfinanciamento” da saúde pública. Que tende a se agravar com um conjunto de medidas de austeridade fiscal em pauta na agenda do atual governo, que passa inclusive por diversas tentativas de desvinculação dos gastos com saúde e educação.

Tais medidas vão de encontro às políticas adotadas por países que conseguiram enfrentar crises econômicas como as dos anos 1990 na Ásia e a de 2008, com recuperação mais rápida de suas economias e garantias de proteção social para atenuar os efeitos da crise (HOUSTON et. al., 2011; KENTIKELIS et. al., 2011; KARANIKOLOS et. al. 2013; GUNNLAUGSSON et al., 2016).

Este texto tem o objetivo de mostrar os efeitos das políticas de austeridade no financiamento da saúde no Brasil, e os potenciais efeitos de sua ampliação diante da maior crise econômica dos últimos anos provocadas pela pandemia da Covid-19. Por fim, aponta alternativas à luz da experiência internacional.

Do subfinanciamento ao “desfinanciamento” do sistema único de saúde

Vários estudos apontam que o Novo Regime Fiscal (NRF), criado pela Emenda Constitucional nº 95/2016 (EC 95), que estabeleceu ajuste fiscal de longo prazo, ou seja, congelamento dos gastos públicos por 20 anos, mesmo que retomado o crescimento econômico, converteu o subfinanciamento crônico da saúde em desfinanciamento do SUS. Tal regime, ao mudar as relações entre as dimensões fiscal e social, colocou o sistema de saúde universal como um excesso em relação ao limite estabelecido pela EC 95, na medida em que os direitos sociais se tornam passíveis de ajuste à fronteira fiscal. Isto é, a despesa passa a ser avaliada a partir da pressão que exerce sobre o teto, sendo qualquer extrapolação do gasto considerada irregular (SANTOS VIEIRA, 2018; MENEZES et. al., 2019; FUNCIA, 2019; MORETTI et. al, 2020; MARQUES, 2017).

Se o subfinanciamento pode ser caracterizado pela quantidade insuficiente de recursos orçamentários e financeiros para cumprir os princípios constitucionais de acesso universal, integralidade e igualitário, considerando os aspectos equitativos (MENEZES e FUNCIA, 2016; PIOLA e BARROS, 2016), o desfinanciamento pode ser caracterizado pela redução dos recursos já insuficientes, o que, se perpetuado por muito tempo, inviabilizará o SUS universal e integral (FUNCIA, 2019a).

Conforme registraram Menezes et. al. (2019), foram diversas as tentativas de garantir financiamento público adequado para assegurar a garantia do direito constitucional à saúde. Porém, somente com a Emenda

Constitucional (EC) nº 29 em 2000, foram assegurados pisos para o comprometimento das três esferas de governo com o financiamento mínimo da saúde e estabelecidas fontes estáveis, com vistas a prevenir crises ou situações de insolvência. A previsão era de que os estados deveriam aplicar, no mínimo, 12% de sua receita líquida de impostos e transferências constitucionais os municípios 15% dessas suas receitas, enquanto o piso da União seria calculado pelo montante aplicado (empenhado) no ano anterior corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB). Posteriormente, a EC nº 86, de 2015, tornou obrigatória a execução das emendas parlamentares individuais e definiu que os recursos federais mínimos para a saúde passariam a ser calculados com base na Receita Corrente Líquida (RCL) da União, iniciando por 13,2%, em 2016, até atingir o patamar de 15% da RCL, em 2020.

A despeito deste conjunto normativo ter induzido o crescimento dos recursos aplicados em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), que passaram de 2,9% do PIB, em 2000, para 4,1% do PIB, em 2017, as tentativas de vinculação de receitas e/ou de percentuais de gastos mínimos não conseguiram reduzir a instabilidade do processo de financiamento do SUS nas três esferas de governo, mas foram bem sucedidas para evitar o desfinanciamento, ou seja, dificultaram a retirada de recursos do setor, apesar de trazerem a substituição do financiamento da União pelo financiamento dos estados e municípios, que possuem menor capacidade de arrecadação.

De acordo levantamento realizado por Funcia (2019b), os diversos marcos normativos relativos a pactuação de recursos entre estados, municípios e governo federal levaram a uma redução drástica da União no processo de financiamento do SUS, que caiu de 73% para 43% no período 1991-2017. Por seu turno, houve aumento da alocação de recursos das esferas estadual (de 15% para 26%) e, sobretudo, municipal (que cresceu 2,5 vezes nesse período – de 12% para 31%).

Tabela 1 - Composição do financiamento do SUS

ANO	UNIÃO	ESTADOS	MUNICÍPIO
1991	73%	15%	12%
2001	56%	21%	23%
2010	45%	27%	28%
2014	43%	26%	31%
2017	43%	26%	31%
2019	43%	25%	32%

Fonte: Funcia (2019b) e Siops/Datasus. Adaptado de: Carvalho, Gilson (1980-2010); SIOPS/MS e Mendes, Áquilas (2014); SIOPS/DATASUS/MS (2017 E 2019).

Apesar de a descentralização implicar o compartilhamento de atribuições e financiamento entre estados, municípios e União, a participação desta última não deveria ficar abaixo de 50%, pois este é o ente federativo com maior capacidade de tributação, centralizando a maior parte da arrecadação tributária (69%) e da receita disponível

(57%, calculada após a dedução das transferências constitucionais de impostos para Estados e Municípios). Deste modo, os municípios, particularmente, se deparam com a necessidade de ampliar os percentuais de aplicação de recursos próprios em Ações e Serviços Públicos de Saúde, a despeito de responderem apenas por 6% da arrecadação dos tributos de sua competência e 18% da receita disponível, cifras inferiores em relação aos Estados (respectivamente 25% e 25%) e à União (respectivamente 69% e 57%), conforme Afonso (2019).

A despeito das normativas anteriores terem promovido, de um lado, a menor participação da União, e do outro, não garantido recursos suficientes para o SUS, a EC 95 veio aprofundar a crise social em geral, e da saúde em particular, promovendo o seu desfinanciamento. Estimativa feita por Funcia, Benevides e Ocké-Reis¹ mostra que com a EC 95, somente entre os anos de 2018 e 2020 (sem considerar os recursos extraordinários para a pandemia da Covid-19), o SUS perdeu em torno de 22,5 bilhões de reais de recursos federais, bem como a aplicação federal per capita foi reduzida de R\$ 595,00 para R\$ 583,00 entre 2017 e 2019². À guisa de ilustração da magnitude desse valor, equivale à soma das despesas empenhadas em 2019 para estratégia de saúde da família (R\$ 15,7 bilhões), à aquisição e distribuição de imunobiológicos e insumos para prevenção e controle de doenças (R\$ 4,2 bilhões) e ao Programa Aqui Tem Farmácia Popular (R\$ 1,9 bilhão).

A expansão dos gastos públicos federais em 2020 foi causada pela pandemia da Covid-19, mas a restrição orçamentária e financeira federal materializada nos dispositivos da EC 95 esteve presente, tanto pela morosa execução de despesas, inclusive das transferências para Estados, Distrito Federal e Municípios, em descompasso com o ritmo de evolução de casos e mortes por Covid-19 (crescente no período de março a julho de 2020), como pelo fato de a aplicação mínima em ações e serviços públicos de saúde não ter sido cumprida, se forem deduzidos do valor empenhado os recursos alocados para o enfrentamento da Covid-19. Essa situação expressa que os gastos com a pandemia substituíram outras despesas com saúde, cujas necessidades da população não deixaram de existir, para o cumprimento do piso calculado pela EC 95 (que é equivalente ao valor do piso de 2017 atualizado pelo IPCA, o que representa queda per capita – a população tem crescido 0,8% ao ano até o momento, segundo o IBGE).

O Brasil apresenta um gasto público per capita com saúde de apenas 3,79 reais por dia³. Isso cobre todas as ações de saúde, desde a atenção básica, vigilância sanitária, até transplantes e medicamentos. Em comparação com outros sistemas de saúde públicos universais, temos um gasto público de apenas 3,9% do Produto Interno Bruto. Considerando um total de 9% com gastos totais em saúde como proporção do PIB, o país fica numa situação mais próxima aos Estados Unidos, que apresenta uma relação gasto público-privado parecida. Porém, quando observamos os gastos públicos totais com saúde como proporção dos gastos do governo, nota-se a baixa relação do Brasil.

1 <https://jornalggn.com.br/a-grande-criese/mudar-a-politica-economica-e-fortalecer-o-sus-para-evitar-o-caos/>

2 http://conselho.saude.gov.br/images/comissoes/cofin/boletim/Boletim_2020_1231_Tab14_Graf1_ate_20_RB-FF-CO.pdf

3 Estimativas de Bruno Moretti, Carlos Ocke, Erika Aragão, Francisco Funcia e Rodrigo Benevides. Fonte: Adaptado de MS/SIOPS e IBGE Nota: (1) Gasto Consolidado em 2019: R\$ 290.841.617.826,70; População em 2019: 210.147.125 habitantes.

Tabela 2 - Gasto Público em Saúde como proporção do PIB, países selecionados (em 2015)

País ¹	Gasto Público com Saúde em % do PIB	Gasto público per capita com Saúde em US\$ PPP ²	Gasto Público com Saúde em % do Gasto Total do Governo
Alemanha	9,4	4.525	21,4
Argentina	4,9	993	12,3
Brasil	3,8	595	7,7
Canadá	7,7	3.383	19,1
Chile	4,9	1.157	19,6
China	3,2	456	10,1
Coreia do Sul	4,2	1.442	12,9
Espanha	6,5	2.261	14,9
Estados Unidos	8,5	4.802	22,6
Itália	6,7	2.509	13,4
Portugal	5,9	1.762	12,3
Reino Unido	7,9	3.330	18,5

Fonte: Rodrigo Benevides a partir de OMS, 2015. Disponível em:
<https://www.who.int/data/gho/data/indicators>.

(1) Nem todos os países possuem sistemas universais de saúde. (2) Paridade do Poder de Compra.

O que se traduz em um gasto per capita muito abaixo da média dos países da OCDE, por exemplo. Em 2017, o gasto per capita do Brasil com saúde foi de 1.280 dólares, sendo os gastos públicos inferiores a 600 dólares (menos da metade do gasto total), para uma população de mais de 75% do país “SUS dependente” em termos de assistência à saúde (e a vigilância sanitária abrange 100% da população), o que expressa a grande iniquidade do sistema. Nosso gasto em saúde per capita é menos de um terço dos gastos da média dos países da OCDE e 27% dos gastos da população brasileira são pagos do próprio bolso, contra 21% da OCDE (OCDE, 2020).

Com a pandemia da Covid-19, a EC 95⁴ torna insustentável que o SUS garanta recursos para a pandemia e as demandas represadas durante seu curso. O congelamento dos gastos públicos por 20 anos, sem possibilidade de revisão em caso de retomada de crescimento econômico é algo inédito e se já apontava que iria sucatear o setor público, com a crise gerada pela Covid -19, certamente maior do que o *crash* de 1929, torna mais evidente a necessidade de aumento dos gastos sociais.

Além de garantir recursos adicionais (extraordinários) para a saúde para enfrentamento da doença, a exemplo de outros países, o Brasil precisa sustentar a demanda e garantir a renda do conjunto da população, bem como o abastecimento de alimentos, remédios e produtos de primeira necessidade, mantendo as cadeias de produção

4 Além do teto de despesas primárias nos níveis dos valores pagos em 2016 conforme estabelece a EC 95, a situação tende a se agravar com as regras da Proposta de Emenda Constitucional (PEC) 186, aprovada pelo Senado e em tramitação na Câmara dos Deputados, que criam mecanismos similares a um “teto dentro do teto”, o que amplia a restrição para o financiamento das políticas sociais em geral, e da saúde em particular.

e distribuição em funcionamento e coordenando o sistema financeiro, a partir do planejamento entre Estado e sociedade, já que as medidas para o controle da pandemia envolvem diferentes níveis de distanciamento social, até o fechamento de atividades em períodos mais críticos.

Estudo da OCDE (2020) aponta que a pandemia da Covid -19 permite a expansão necessária dos gastos públicos com saúde na América Latina e Caribe, que atualmente é de 3,8% do PIB, inferior aos países da OCDE, de 6,6% do PIB. A parcela do gasto total com saúde coberto por esquemas governamentais e seguro obrigatório é muito menor na ALC em comparação com a OCDE (54,3% contra 73,6%) e uma maior ênfase nos gastos públicos, em vez dos gastos privados, pode ajudar a aumentar a equidade e a eficiência dos gastos com saúde.

Nessa perspectiva, a retomada do crescimento, com vistas à solução da crise, só ocorrerá quando a pandemia for controlada. De um lado, os bancos centrais têm mecanismos de estimular a economia, a exemplo do que ocorreu em 2008, quando a injeção de liquidez e grandes recursos concedidos às instituições financeiras foram capazes de reduzir a queda da produção. Porém, mesmo na crise de 2008, e em crises anteriores, como a dos anos 1990, os países que saíram mais rapidamente da crise e mantiveram garantias sociais foram os que focaram em aumento dos gastos públicos.

Devido à natureza da crise atual, vários governos estão apostando na política fiscal (aumento de gastos e impostos sobre grandes fortunas). No momento, até instituições notadamente ortodoxas como o FMI e o Banco Mundial, estão recomendando que os países expandam rapidamente os gastos sociais, inclusive com saúde, e busquem medidas de apoio para os mais vulneráveis. O que reduzirá os efeitos da crise, mas não a estancará.

Relatório da Cepal (2020) aponta na mesma direção. Alinhamento relativamente raro. No curto prazo, recomenda que a política fiscal deve ter como uma de suas prioridades garantir que o setor saúde tenha os recursos necessários para combater a pandemia. Mas reforça que a política fiscal será a ferramenta fundamental para os países e a comunidade internacional promoverem medidas precisas e oportunas para conter a crise por meio da saúde e proteção do bem-estar das pessoas, o que permitirá a retomada do crescimento.

Estudo da Oxfam estima que o número de pessoas que podem começar a ter uma renda diária abaixo de US\$ 5,5 aumentaria dos atuais 3,38 bilhões de pessoas para 3,9 bilhões. A pandemia do coronavírus deve lançar mais de 500 milhões de pessoas na pobreza caso os governos não tomem medidas de resgate da renda e retomada dos empregos

Porém, no contexto do aumento da pobreza e da desigualdade na sociedade brasileira, o governo e o parlamento, ao invés de caminharem para revogar imediatamente o teto de gastos e a regra estabelecida para o piso federal da saúde (Emenda Constitucional 95/2016) para enfrentar a recessão e o coronavírus, caminham na direção oposta. Após o fim do Decreto de Calamidade Pública, que flexibilizou o teto dos gastos e permitiu auxílio a população mais vulnerável do país, apoio as empresas e mais recursos públicos para a saúde, ao invés de buscar mecanismos para derrubada do teto, o governo tem investido em propostas de ampliação da

austeridade fiscal, com a justificativa de que não há espaço para ampliação do déficit público. O que não é consenso entre os economistas (DWECK et. al, 2020).

Porém, outras medidas apresentadas no Congresso propõem o aprofundamento ainda maior do ajuste fiscal. O Anúncio da PEC 186/2019 – a PEC da emergência fiscal, atual EC 109/2021⁵, dentre outras limitações para o gasto público, propôs, inicialmente, inclusive a retirada da vinculação dos recursos da saúde e educação. A proposta, que recebeu fortes críticas no Senado, condiciona a retomada do auxílio emergencial (mas não no valor de R\$ 600) a adoção de medidas de austeridade fiscal, estruturais que tendem aprofundar ainda mais as desigualdades sociais no Brasil.

Porém foram aprovadas regras fiscais para ativar gatilhos de contenção do gasto, quando as despesas correntes dos entes subnacionais alcançassem 95% das receitas. Para a União, os gatilhos da EC 95 seriam acionados já na proposta orçamentária, quando 95% das despesas fossem obrigatórias. Com isso, não seria permitido, por exemplo, criar despesas obrigatórias para combater a pandemia em 2021. Trata-se, portanto, de “teto dentro do teto”, tornando concreto o mito fiscal brasileiro e suas implicações para o gasto, ainda que os limites do teto não sejam rompidos. A Lei também passa a dispor sobre sustentabilidade da dívida pública, apontando não só seus limites, mas propondo a adoção de medidas para garantir sua convergência para o patamar definido, incluindo até privatização de empresas.

O auxílio emergencial, que tem sido adotado por economias no mundo inteiro para contenção da pandemia, aqui se coloca condicionado a limites fiscais artificiais para contenção de gastos públicos, na prática, redução de serviços prestados à população. Assim, a narrativa coloca a EC 109/2021 paradoxalmente, como necessária, tendo em vista a rigidez do regime fiscal brasileiro, que, de um lado, impede a proteção social das famílias, em um contexto em que há mais de 32 milhões de pessoas subutilizadas, e 33 milhões de pessoas na informalidade segundo dados da PnadC/IBGE. Por outro lado, o auxílio seria retomado com redução de valor e cobertura, excluindo 30 milhões de pessoas que foram beneficiadas pela concessão inicial do benefício⁶.

Em relação às medidas de contenção de gasto, as novas regras se somam à regra de ouro, ao teto de gasto da EC 95 e às metas de resultados primário e outros limites da Lei de Responsabilidade Fiscal, determinando tanto uma redução estrutural de serviços públicos (o teto de gasto implica diminuição da despesa em relação ao tamanho da economia, independente da arrecadação), quanto uma política fiscal pró-cíclica na crise (gastos caem abaixo do teto quando a economia desacelera, tendo em vista a frustração de arrecadação). Importante destacar que não há descontrole nas despesas obrigatórias da União: os gastos do RGPS se estabilizarão como proporção do PIB em função da reforma da previdência e as despesas de pessoal já sofreram queda real entre 2019 e 2020, segundo dados do Tesouro Nacional⁷.

5 http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc109.htm

6 Disponível em: <https://valor.globo.com/brasil/noticia/2021/02/22/governo-quer-novo-auxilio-emergencial-de-r-250.ghtml>.

7 <https://conexaobrasilia.com.br/pec-186-mais-um-ataque-ao-financiamento-do-sus/>

Em um momento tão crítico, o Brasil vai na contramão das regras fiscais modernas, adotadas na maioria dos países centrais. Por exemplo, na União Europeia, embora haja limite à dívida, o monitoramento dos países se dá por indicadores fiscais estruturais, que descontam os efeitos do ciclo econômico (especialmente a baixa arrecadação) e os gastos extraordinários, como os decorrentes da elevada ociosidade da economia. Medidas corretivas (equivalentes aos gatilhos) são ativadas somente se o desequilíbrio for estrutural, permitindo que a política fiscal apoie a estabilização da economia. Tais medidas também envolvem o aumento de receita, diferente do Brasil, que tem praticado um ajuste fiscal pelo lado da despesa (redução de gasto), comprometendo os investimentos públicos e os gastos sociais. Além disso, metas de gasto adotadas internacionalmente permitem crescimento do gasto acompanhando o PIB potencial e ainda há cláusula de escape autorizando que o gasto cresça se houver arrecadação adicional.

Portanto, estas regras são ajustáveis ao ciclo econômico e permitem que não haja cortes de gastos drásticos num contexto de baixa atividade, o que agravaria o desemprego, a desigualdade e a pobreza. Ou seja, após forte política de austeridade com a crise financeira global de 2008, a União Europeia praticou uma flexibilização a partir de 2015, favorecendo a retomada do crescimento. Países que não fizeram isso em momentos de crise, historicamente, não só tiveram piora dos indicadores de saúde, educação, dentre outros, como demoraram de retomar o crescimento. A exemplo da Grécia pós crise de 2008. Este traço estabilizador da política fiscal se intensificou com a pandemia, com a previsão de programas de combate à COVID-19 e de recuperação da economia.

Considerações finais

O Brasil caminha no sentido contrário, prevendo aprovação de medidas que cortem mais despesas e prejudiquem o combate à crise. Por aqui, a questão não é aperfeiçoar regras fiscais, mas utilizá-las em favor da redução dos serviços públicos, defendidos inclusive por instituições conservadoras como o Banco Mundial. Precisamos caminhar no sentido oposto. O problema do SUS não é de gestão. Sem recursos, inclusive, não há como melhorá-la. Além da retomada do auxílio no valor de R\$ 600,00, o país requer – urgentemente – um arcabouço fiscal que fortaleça o SUS. Com a EC 95, o orçamento federal de saúde perderá adicionalmente R\$ 37,2 bilhões, comparando valores empenhados em 2020 e a proposta orçamentária de 2021⁷.

Entre os impactos da redução orçamento, está a queda do número de leitos de UTI destinados à COVID. Como não podem emitir dívida soberana e sofrem os efeitos da crise sobre a sua arrecadação, os entes subnacionais têm dificuldade em manter/ampliar leitos sem o apoio federal. Após mais de 270 mil óbitos e mais de 11 milhões de casos acumulados⁸, o governo Bolsonaro insiste em reduzir o orçamento do SUS e agora pretende revogar os pisos de aplicação do setor.

O Conselho Nacional de Saúde coletou quase 600 mil assinaturas em defesa de piso emergencial do SUS em 2021. O SUS precisa de R\$ 168,7 bilhões em 2021 para assistência à saúde da população para se somar aos

8 Disponível em <https://covid.saude.gov.br/> (acesso em 11/03/2020, dados atualizados até 10/03/2021, às 18h10).

R\$ 21,6 bilhões estimados para a vacina. A PEC 36 está tramitando no Senado e, além de revogar a EC 95 e propor novas regras fiscais compatíveis com o desenvolvimento socioeconômico, apresenta dispositivo que contempla um valor de piso da saúde semelhante a esse para 2021 e 2022 e nova regra de cálculo a partir de 2023 (baseado em valor per capita, para que o financiamento federal do SUS não fique condicionado às variáveis influenciadas pela dinâmica cíclica da economia, como a variação do PIB e a Receita Corrente Líquida). Esse é um momento dramático. O Congresso Nacional deve se abrir às demandas da sociedade. Afinal, num contexto de baixas taxas de juros internas e externas, o Brasil não tem dificuldade de ampliar gastos e combater a pandemia e seus efeitos. A dívida brasileira é em moeda local e, por definição, o país não quebra na moeda que emite, como têm demonstrado vários especialistas em política monetária. O governo federal dispõe de quase 20% do PIB na Conta Única do Tesouro e tem capacidade para administrar a dívida, inclusive garantindo sua rolagem em condições vantajosas, tendo em vista o patamar da taxa SELIC.

Como vimos em Amazonas, dadas as crises sanitária e humanitária, o Congresso Nacional precisa rechaçar propostas de desvinculação do financiamento público de saúde e educação, aprovando fora do teto de gasto o auxílio e o piso emergencial federal para o SUS. Afinal, a emergência é sanitária, e não fiscal; mas, a lentidão no enfrentamento dessa crise sanitária, como decorrência da combinação fatal entre austeridade fiscal e o negacionismo e a incompetência governamental no enfrentamento da Covid-19, aprofunda a crise econômica e social mediante a queda do nível de atividade econômica, com a consequente queda do nível de emprego e renda, aprofundando a desigualdade e, em certa medida, promovendo um genocídio “a conta-gotas” com anúncio diário pela imprensa, com a EC 109 e a LOA 2021 da União, aprovada pelo Congresso e Senado sem recurso específico e programação de despesas para enfrentamento da COVID-19 (como foi encaminhado originalmente pelo Ministério da Saúde) e com valor para financiar as ações e serviços públicos de saúde nos níveis do piso federal de 2017.

Referências

AFONSO JR. Federalismo Fiscal Brasileiro: uma visão atualizada. *Caderno Virtual* [periódico na Internet] 2016; 1(34): [cerca de 24 p.]. Disponível em: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:f8a6laN0E_cJ:https://www.portaldeperiodicos.idp.edu.br/cadernovirtual/issue/download/157/4+&cd=17&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>. Acesso em 11 Ago. 2019.

ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky de; OCKE-REIS, Carlos Octávio. Renúncia de arrecadação fiscal: subsídios para discussão e formulação de uma política pública. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 521-544, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000300007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 19 Fev. 2021

Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL), Panorama Fiscal da América Latina e o Caribe, 2020 (LC / PUB.2020 / 6-P), Santiago, 2020.

COSTA, Nilson do Rosário. Austeridade, predominância privada e falha de governo na saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1065-1074, abr. 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002401065&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 21 fev. 2021. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.28192016>.

DOMINGUEZ, B. Por dentro dos sistemas de saúde universais. *Radis*, nov. 2010. Disponível em:<https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/radis_99_por_dentro_sistemas_universais.pdf>

DWECK, Esther; ROSSI, Pedro; MATOS DE OLIVEIRA, Ana Luiza. *Economia Pós-Pandemia: desmontando os mitos da austeridade fiscal e construindo um novo paradigma econômico: Autonomia Literária em parceria com a Fundação Friedrich Ebert Stiftung (FES/Brasil)*, 2020. Disponível em: <<http://library.fes.de/pdf-files/bueros/brasilien/17101.pdf>>.

FUNCIA, F.R. Financiamento: perspectivas para os próximos 4 anos. In: *33º Congresso de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo* [apresentação na Internet]. 27-29 Mar 2019b; São Paulo, Brasil. Disponível em: <<http://www.cosemssp.org.br/congresso/congresso-2019/programacao/apresentacoes/>>. Acesso em 11 Ago. 2019.

FUNCIA, F. R. Subfinanciamento e orçamento federal do SUS: referências preliminares para a alocação adicional de recursos. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 4405-4415, Dez. 2019a. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019001204405&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 19 fev 2021. Epub Nov 25, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320182412.25892019>.

FUNCIA, F.R. Implicações da Emenda Constitucional nº 86/2015 para o processo de financiamento do Sistema Único de Saúde. *Consensus - Revista do Conselho Nacional de Secretários de Saúde*, Brasília, V, n. 15, jan-mar 2015. Disponível em: <https://www.conass.org.br/consensus/wp-content/uploads/2019/04/Artigo_consensus_15.pdf>. Acesso em 19 de fev. 2021

HARZHEIM, Erno *et al.* Novo financiamento para uma nova Atenção Primária à Saúde no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1361-1374, Abr. 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000401361&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21 Fev. 2021. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.35062019>.

HOUSTON, M.; DAY, M.; DE LAGO, M. *et al.* Health services across Europe face cuts as debt crisis begins to bite. *British Medical Journal* 2011;343:d5266.

KARANIKOLOS, M.; MLADOVSKY, P.; CYLUS, J. *et al.* Financial crisis, austerity, and health in Europe. *Lancet* 2013;381:1323-31.

KENTIKELLENIS A, KARANIKOLOS M, PAPANICOLAS I, BASU S, MCKEE M, STUCKLER D. Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. *Lancet* 2011;378:1457-8.

LORENZONI, Luca *et al.* Health Systems Characteristics: A Survey of 21 Latin American and Caribbean Countries. OECD Health Working Papers 111. Paris, 2019. <https://dx.doi.org/10.1787/0e8da4bd-en>

MARTINEZ RANGEL, Rubí; REYES GARMENDIA, Ernesto Soto. El Consenso de Washington: la instauración de las políticas neoliberales en América Latina. *Polít. cult.*, México, n. 37, p. 35-64, Jan. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-77422012000100003&lng=es&nrm=iso>. Acesso em 24 fev. 2021.

MATSAGANIS, M. The welfare state and the crisis: the case of Greece. *Journal of European Policy* 2011;21:501-12.

MENDES, A.; FUNCIA, F.R. O SUS e seu financiamento. In: Marques RM, Piola SF, Roa AC, organizadores. *Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento*. Brasília: MS, Departamento de Economia da Saúde, Investimento e Desenvolvimento, OPAS/OMS no Brasil; 2016. p. 139-168.

MENEZES, Ana Paula do Rego; MORETTI, Bruno; REIS, Ademar Arthur Chioro dos O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública - austeridade versus universalidade. *Saúde debate*; 43(spe5): 58-70, Dez. 2019. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/sdeb/2019.v43nspe5/58-70/>>. Acesso em: 21 Fev. 2021. <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S505>

NU. CEPAL. Pactos políticos y sociales para la igualdad y el desarrollo sostenible en América Latina y el Caribe en la recuperación pos-COVID-19. Informe Especial COVID-19 n8. CEPAL.

OCDE, *et al.* (2018), Estadísticas tributarias en América Latina y el Caribe 2018, OECD Publishing, Paris. http://dx.doi.org/10.1787/rev_lat_car-2018-en-fr

OCKÉ-REIS, C. O. A constituição de um modelo de atenção à saúde universal: uma promessa não cumprida pelo SUS? Textos para discussão n. 1376, Série Seguridade Social. Rio de Janeiro: CNPq; MCT, 2009. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_1376.pdf>. Acesso em 19 Fev. 2021.

OCKÉ-REIS, C. O.; FERNANDES, A.M.P. Descrição do Gasto Tributário em Saúde - 2003 a 2015. Nota Técnica / IPEA. Disoc. n.48. 2018. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8586/1/NT_48_Disoc_Descri%C3%A7%C3%A3o.pdf>. Acesso em 19 de fev. 2021.

OCKÉ-REIS, C. O.; RIBEIRO, J. A. C. & PIOLA, S. F. Financiamento das políticas sociais nos anos 1990: o caso do Ministério da Saúde. Texto para discussão n. 802. 2001, Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisas Econômicas. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/2004/1/TD_0802.pdf> Acesso em 19 fev. 2021.

OCKÉ-REIS, C. O; FUNCIA, F. R. O esgotamento do modelo de financiamento do SUS. Consensus - Revista do Conselho Nacional de Secretários de Saúde, Brasília, V, n. 17, out-dez 2015. Disponível em: < https://www.conass.org.br/consensus/wp-content/uploads/2019/04/Artigo_consensus_17.pdf > Acesso em 19 de fev. 2021.

OCKE-REIS, Carlos Octávio. Os problemas de gestão do SUS decorrem também da crise crônica de financiamento?. Trab. educ. saúde, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 613-622, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462008000300012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 Fev. 2021. <https://doi.org/10.1590/S1981-77462008000300012>.

OCKE-REIS, Carlos Octávio. Sustentabilidade do SUS e renúncia de arrecadação fiscal em saúde. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 2035-2042, Junho 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000602035&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 Fev. 2021. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.05992018>.

OECD/The World Bank (2020), Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/740f9640-es>.

PIOLA SF, BARROS E. O financiamento dos serviços de saúde no Brasil. In: Marques RM, Piola SF, Roa AC, organizadores. *Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento*. Brasília: MS, Departamento de Economia da Saúde, Investimento e Desenvolvimento, OPAS/OMS no Brasil; 2016. p. 101-138.

PORTO, Silvia Marta; UGA, Maria Alicia Dominguez; MOREIRA, Rodrigo da Silva. Uma análise da utilização de serviços de saúde por sistema de financiamento: Brasil 1998 -2008. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, p. 3795-3806, Set. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001000015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em Fev. 2021. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001000015>

SANTOS, Isabela Soares; VIEIRA, Fabiola Sulpino. Direito à saúde e austeridade fiscal: o caso brasileiro em perspectiva internacional. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 2303-2314, Jul 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000702303&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21 Fev. 2021. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018237.09192018>.

Stiglitz, J.E. Desarrollo Económico. Vol. 38, No. 151, pp. 691-722 (32 pages) Published By: Instituto de Desarrollo Económico Y Social, Oct. - Dec., 1998. <https://doi.org/10.2307/3467160>

TANAKA, Oswaldo Yoshimi; OLIVEIRA, Vanessa Elias de. Reforma(s) e estruturação do Sistema de Saúde Britânico: lições para o SUS. Saude soc., São Paulo, v. 16, n. 1, p. 7-17, Abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902007000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 Fev. 2021. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902007000100002>.

VIEIRA, F. S.; BENEVIDES, R. P. S. Os impactos do Novo Regime Fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à Saúde no Brasil. Brasília, Nota Técnica nº 28 do IPEA. Set 2016. Disponível em: Acesso em: 21 Fev. 2021.

BRAZIL'S UNIFIED HEALTH SYSTEM AND THE AUSTERITY POLICIES: BRAZIL UNDER FIRE EVEN AFTER THE PANDEMIC

Recebido 13-mar-21 **Aceito** 05-abr-21

Resumo O texto discute os efeitos do subfinanciamento do Sistema Único de Saúde (SUS), desde a sua criação, agravado pela Emenda Constitucional n. 96 de 2016 (EC 95), que está promovendo o subfinanciamento do sistema público de saúde. Aliada a um conjunto de outras políticas restritivas que no contexto da Pandemia da Covid-19, tende a agravar a situação de saúde do Brasil, bem como dificultar a retomada do crescimento econômico após a maior crise desde a crise de 1929. Por fim, apresenta evidências de que medidas de redução de gastos públicos não foram eficazes para retomada mais rápida do crescimento, tendo agravado os indicadores de saúde em países que as adotaram em outros momentos de crise.

Palavras-chave Financiamento, Saúde, Brasil, austeridade fiscal, crise econômica.

Abstract *The article discusses the effects of underfunding the Public Brazilian Health System (SUS), since its creation, aggravated by Constitutional Amendment no. 96 of 2016 (EC 95), which is increasing the underfunding of the public health system. Allied to a set of other restrictive policies that, in the context of the Covid-19 Pandemic, tends to worsen the health situation in Brazil, as well as to hinder the resumption of economic growth after the greatest crisis since the crisis of 1929. Finally, it presents evidence that measures to reduce public spending were not effective for a faster resumption of growth, having worsened health indicators in countries that adopted them at other times of crisis.*

Keywords *Financing, Health, Brazil, fiscal austerity, economic crisis.*