

RBPO

REVISTA BRASILEIRA DE
PLANEJAMENTO
E ORÇAMENTO



Expediente

Editor Márcio Gimene

Equipe Editorial

André da Paz, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
Bruno Conceição, Fundação Oswaldo Cruz
Daniel Conceição, Universidade Federal do Rio de Janeiro
Eduardo Rodrigues, Ministério da Economia
Elaine Marcial, Faculdade Presbiteriana Mackenzie
Gustavo Noronha, Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária
José Celso Cardoso Jr, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
José Luiz Pagnussat, Escola Nacional de Administração Pública
Leandro Couto, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
Leonardo Pamplona, Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social
Mayra Juruá, Centro de Gestão e Estudos Estratégicos
Pedro Rossi, Universidade Estadual de Campinas
Raphael Padula, Universidade Federal do Rio de Janeiro
Ronaldo Coutinho, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
Thiago Varanda, Ministério da Cidadania
Thiago Mitidieri, Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social

Diagramação Luciana Lobato

Fotos da capa freepik.com

Revista Brasileira de Planejamento e Orçamento

ISSN: 2237-3985

Uma publicação da **ASSECOR - Associação Nacional dos**

Servidores da Carreira de Planejamento e Orçamento

SEPN Qd.509 Ed. Isis 1.º Andar Sala 114 - Asa Norte - Brasília/DF

CEP: 70750-000 - Fone: (61) 3274-3132 / 3340-0195 - Fax: (61) 3447-9691

www.assecor.org.br

Sumário

Restrições fiscais versus direito social à saúde: um ensaio sobre os recursos necessários à realização do SUS	5
Élida Graziane Pinto	
<i>FISCAL CONSTRAINTS VERSUS THE SOCIAL RIGHT OF HEALTH: AN ESSAY ABOUT THE RESOURCES NEEDED TO REALIZATION OF THE SUS</i>	
Questão fiscal e SUS: propostas para financiamento da saúde	20
Bruno Moretti	
<i>FISCAL ISSUE AND SUS: PROPOSALS FOR HEALTH FINANCING</i>	
Austeridade fiscal, subsídios na saúde e conflito distributivo	37
Carlos Octávio Ocké-Reis	
<i>FISCAL AUSTERITY, HEALTH SUBSIDIES AND DISTRIBUTIVE CONFLICT</i>	
O SUS e as políticas de austeridade: o Brasil na contramão mesmo após a crise gerada pela pandemia da Covid-19	50
Erika Aragão	
Francisco Funcia	
<i>BRAZIL'S UNIFIED HEALTH SYSTEM AND THE AUSTERITY POLICIES: BRAZIL UNDER FIRE EVEN AFTER THE PANDEMIC</i>	
Como pagar pela construção de um Brasil autônomo e soberano: o caso do complexo econômico industrial da saúde	62
Gustavo Souto de Noronha	
Daniel Negreiros Conceição	
<i>HOW TO PAY FOR THE CONSTRUCTION OF A SOVEREIGN AND SELF-SUFFICIENT BRAZIL: THE CASE OF THE MEDICAL-INDUSTRIAL COMPLEX</i>	

Restrições fiscais versus direito social à saúde: um ensaio sobre os recursos necessários à realização do SUS



Élida Graziane Pinto elida.pinto@fgv.br

Professora de Finanças Públicas na EAESP-FGV. Procuradora do Ministério Público de Contas do Estado de São Paulo. São Paulo, Brasil.

Introdução

O presente artigo explora algumas implicações constitucionais do afastamento temporário da tese da restrição fiscal para que o Ministério da Saúde tentasse minimamente fazer face às necessidades de saúde da população no contexto de enfrentamento da pandemia da Covid-19.

A calamidade pública, reconhecida pelo Decreto Legislativo nº 6, de 20 de março de 2020, evidenciou ser escolha política, ao invés de impossibilidade técnica, a decisão sobre o nível de recursos orçamentários e financeiros destinados à política pública de saúde no Brasil.

Daí decorre a indagação sobre a conformidade constitucional do reiterado descumprimento do art. 31 da Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, que determina que o orçamento da seguridade social destine ao Sistema Único de Saúde – SUS “**os recursos necessários à realização de suas finalidades**”. (grifo acrescido ao original)

A Lei Orgânica do SUS, em consonância com a Constituição de 1988, pautou relação de instrumentalidade entre as necessidades diagnosticadas no planejamento sanitário (fins) e os recursos destinados à política pública de saúde (meios), posicionando aquelas à frente desses. Ou seja, a equação entre disponibilidade de recursos e necessidades de saúde foi substantivamente orientada ao cumprimento das finalidades do SUS, sem imposição apriorística de restrição fiscal.

Assim, a dimensão protetiva do gasto mínimo em ações e serviços públicos de saúde – ASPS deveria resguardar custeio suficiente para as necessidades e finalidades do SUS, até porque a noção do que seja destinação mínima (piso) não pode ser degradada conceitualmente para passar a operar como fronteira contida pelo máximo de dotação disponível (teto).

Ocorre, contudo, que o tratamento formal do piso federal em ASPS tem sido historicamente manejado como limite ontológico à implementação efetiva do arranjo constitucional do SUS.

Desde 1988, a relação de proporcionalidade entre a arrecadação da União e o seu dever de gasto mínimo em saúde tem sido esvaziada. Daí decorre o descumprimento do dever de rateio federativo conforme o pactuado na Comissão Intergestores Tripartite -CIT e consonante o planejamento sanitário (art. 198, §3º, II da Constituição). A esse respeito, vale retomar o diagnóstico de frágil pactuação federativa no Acórdão 2888/2015, do Tribunal de Contas da União.

Houve a inversão da equação entre necessidades de saúde da população, de um lado, e disponibilidade de recursos, de outro, por meio do regressivo piso federal em ASPS. Assim, foram reduzidos o escopo e a exigibilidade das principais normas que mencionavam “compatibilização” entre as necessidades do SUS e os recursos a ele vertidos, com desarranjo federativo considerável ao longo da vigência da Constituição de 1988.

Cabe resgatar aqui o forte sentido de reforço recíproco entre o já citado art. 31 da Lei Orgânica do SUS e o art. 198, §3º, II da CF, ao que se somam o art. 35 da Lei 8.080/1990 e os arts. 17, 30 e 36 da Lei Complementar 141/2012. A exigibilidade de tais dispositivos tem sido aviltada, a despeito de eles serem integradores do regime constitucional de financiamento do SUS no Brasil, conforme se depreende da sua transcrição a seguir:

Lei 8080/1990

Art. 35. Para o estabelecimento de valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, **será utilizada a combinação dos seguintes critérios, segundo análise técnica de programas e projetos:**

I - perfil demográfico da região;

II - perfil epidemiológico da população a ser coberta;

III - características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;

IV - desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;

V - **níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais;**

VI - previsão do plano quinquenal de investimentos da rede;

VII - ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.

[...]

Lei Complementar 141/2012

Art. 17. O **rateio dos recursos** da União vinculados a ações e serviços públicos de saúde e repassados na forma do caput dos arts. 18 e 22 aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios **observará as necessidades de saúde da população, as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial e de capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde e, ainda, o disposto no art. 35 da Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990**, de forma a atender os objetivos do inciso II do § 3o do art. 198 da Constituição Federal.

§ 1º O Ministério da Saúde definirá e publicará, anualmente, utilizando **metodologia pactuada na comissão intergestores tripartite e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, os montantes a serem transferidos a cada Estado, ao Distrito Federal e a cada Município para custeio das ações e serviços públicos de saúde**.

[...]

Art. 30. Os planos plurianuais, as leis de diretrizes orçamentárias, as leis orçamentárias e os planos de aplicação dos recursos dos fundos de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios serão elaborados de modo a dar cumprimento ao disposto nesta Lei Complementar.

§ 1º O processo de planejamento e orçamento será ascendente e **deverá partir das necessidades de saúde da população em cada região, com base no perfil epidemiológico, demográfico e socioeconômico, para definir as metas anuais de atenção integral à saúde e estimar os respectivos custos**.

[...]

Art. 36. **O processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde (SUS)** será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, **compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União**.

§ 1º Os planos de saúde serão a base das atividades e programações de cada nível de direção do Sistema Único de Saúde (SUS), e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária.

§ 2º É vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública, na área de saúde. (grifos acrescentados aos originais)

Eis o contexto em que cabe questionar a conformidade normativa dessa trajetória histórica como ensejadora – em maior ou menor medida – das dificuldades operacionais de pronta e adequada resposta estatal em face da pandemia da Covid-19. Por outro lado, a fragilização estrutural do SUS tende a não ser suficientemente contida ou revertida por meio da contingente mobilização de créditos extraordinários no âmbito da ação 21C0, algo que já se anuncia mais dramaticamente no orçamento federal de 2021.

A precária e excepcional ampliação da dotação orçamentária atribuída ao Ministério da Saúde, ao longo de 2020, precisa ser contraposta à trajetória anterior de esvaziamento do piso federal em saúde, como seu ponto de inflexão e desvendamento estrutural. Isso porque o acúmulo de mortes evitáveis tem sido, a bem da verdade, uma espécie de calamidade constante no âmbito do SUS.

A hipótese que se sustenta aqui é a de que não se pode admitir a expansão transitória do custeio das ASPS tenha ocorrido apenas durante o primeiro ano da pandemia da Covid-19, como uma decorrência do Orçamento de Guerra (Emenda 106/2020), haja vista a longa omissão naturalizada em relação ao dever de mitigar o estoque de mortes evitáveis na política pública de saúde brasileira, a pretexto de uma falseada noção de restrição fiscal. Eis o contexto em que se dividiu o presente artigo em três seções, incluída esta introdução.

Será avaliada, na próxima seção, a sequência de rearranjos interpretativos e constitucionais em relação ao piso federal em ASPS, para extrair sua tendência regressiva e discriminatória em face dos entes subnacionais no federalismo sanitário.

Em sede de considerações finais, algumas linhas de controle são sugeridas em busca não só de estruturação mínima da capacidade estatal de enfrentamento da pandemia da Covid-19, mas também no intuito de mitigar a histórica e agravada debilidade institucional da política pública de saúde que subordina o SUS a regime de custeio falseadamente aquém do determinado constitucionalmente.

Regressivo redesenho normativo do financiamento do SUS

Uma trajetória persistente e concatenada de restrições interpretativas e alterações constitucionais incidiu sobre o Orçamento da Seguridade Social e o dever de gasto mínimo federal em saúde, ao que se somam desvios praticados no âmbito dos entes subnacionais.

Trata-se de algo tão antigo e judicializado que o Supremo Tribunal Federal reconheceu haver repercussão geral (Tema 818) no debate sobre o “*controle judicial relativo ao descumprimento da obrigação dos entes federados na aplicação dos recursos orçamentários mínimos na área da saúde, antes da edição da lei complementar referida no art. 198, § 3º da Constituição*”.

A sobrecarga de custeio tem sido suportada, em larga escala, pelos municípios e, indiretamente, pelos próprios cidadãos que convivem com a precarização operacional e financeira do SUS e, por isso, passam a ter de buscar, cada vez mais, a eficácia do direito à saúde na via judicial. Trata-se de uma verdadeira guerra fiscal de despesas¹ que frustra – concomitantemente – duas cláusulas pétreas: o pacto federativo e o próprio direito à saúde.

Vale lembrar que, desde a redação originária da Constituição de 1988, ocorreram diversas mudanças normativas que mitigaram profundamente o patamar federal de gasto mínimo em saúde. O marco inicial – a partir de onde se desenrola a trajetória tendente à regressividade do piso federal no setor – remonta ao art. 55 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias – ADCT, que previa a alocação mínima de trinta por cento do orçamento da seguridade social para o “setor de saúde”.

Tal proporção nunca foi cumprida de fato no ciclo orçamentário federal. À luz da previsão do art. 2º, II, da Lei 13.978/2020, que estima a receita e fixa a despesa da União para o exercício financeiro corrente, o comando do art. 55 do ADCT – se estivesse em vigor e se não tivesse ocorrido a frustração de arrecadação decorrente da pandemia da Covid-19 – poderia, em tese, dobrar o patamar mínimo de gastos da União em saúde (cerca de R\$ 271,5 bilhões, ao invés de R\$ 125,234 bilhões).

Contudo, tal divisão equitativa nunca ocorreu, muito antes pelo contrário. Houve dois motivos para a fragilização estrutural do orçamento da seguridade social e, dentro dele, do dever de financiamento adequado da política pública de saúde pela União. São eles: a desvinculação parcial de receitas (DRU) e a segregação das contribuições patronais e laborais para custeio exclusivo da previdência social.

A “perenização” da DRU se verifica com sua instituição por meio da Emenda Constitucional de Revisão n. 1/1994, e suas sucessivas prorrogações, por meio de sete emendas ao ADCT, para estender sua vigência até 31/12/2023 (EC’s n. 10/1996; 17/1997; 27/2000; 42/2003; 56/2007, 68/2011 e 93/2016).

Ao longo dos 29 anos de vigência da DRU, está mitigado o escopo da garantia de orçamento específico – com fonte de custeio própria – para a seguridade social, no que se incluem as contribuições sociais como espécie tributária autônoma e não suscetível de repartição federativa (art. 165, §5º, III, c/c art. 195, ambos da CR/1988). A perpetuação da DRU via ADCT vulnera os arts. 167, IV, 195, 196 e 198 da CR/1988, ao faticamente dar causa à insuficiência de recursos para o custeio constitucionalmente adequado dos direitos sociais (aqui, em especial,

1 Como debatido em PINTO, EG. Guerra fiscal de despesas na pactuação federativa do SUS: um ensaio sobre a instabilidade de regime jurídico do piso federal em saúde. SANTOS, A; LOPES, LT. Coletânea Direito à Saúde: dilemas do fenômeno da judicialização da saúde. Brasília: CONASS, 2018, pp. 92-107. Disponível em <http://www.conass.org.br/biblioteca/download/6880/>

o direito à saúde) amparados por diversas formas de vinculação de receita e/ou despesa, em rota de lesão aos princípios da vedação de retrocesso e vedação de proteção insuficiente.

A esse contexto de desvinculação parcial da arrecadação das contribuições sociais, deve se somar o redesenho errático e a disputa pela destinação dos recursos da extinta contribuição provisória sobre movimentação ou transmissão de valores e de créditos e direitos de natureza financeira (CPMF), do que dão prova os arts. 74, 75, 80, I, 85 e 90 do ADCT.

Quanto à segregação de receitas, a EC 20/1998, por meio da alteração do inciso XI do art. 167, vinculou à previdência social parcela significativa das contribuições sociais (art. 195, inciso I, “a” e inciso II da CF), apartando saúde e assistência do alcance da sua destinação. A partir daí, foram segregadas fontes constitucionais específicas para a previdência social, donde foram excluídas saúde e assistência da cobertura sistêmica que as amparava no Orçamento da Seguridade Social. Daí, emergiu uma disputa fratricida entre as três áreas por causa das fontes de receitas vinculadas, haja vista o caráter contratual-sinalagmático das contribuições previdenciárias, em detrimento da solidariedade no financiamento da seguridade social como um todo.

O descumprimento do art. 55 do ADCT, bem como as fragilidades trazidas pela DRU e pela segregação de fontes de custeio da EC 20/1998, direta ou indiretamente, deram causa ao processo legislativo que culminou com a edição da EC 29/2000, para assegurar vinculação de gasto mínimo para a saúde pública brasileira. Como a EC 29 delegou à lei complementar a definição dos percentuais de aplicação mínima de recursos públicos em ASPS, consumou-se mora legislativa de doze anos até a vinda da pertinente regulamentação, enquanto se obedecia ao regime transitório constante do art. 77 do ADCT.

Apenas com a Lei Complementar n. 141/2012, definiu-se em norma permanente, suscetível de revisão quinquenal, o regime de gastos mínimos em ações e serviços públicos de saúde, muito embora, do ponto de vista de distribuição federativa do seu custeio, nada tenha sido alterado em relação ao citado dispositivo do ADCT. Ou seja, foram mantidos os patamares de 12% da receita de impostos e transferências para os Estados, 15% para os Municípios e o valor do ano anterior acrescido da variação nominal do produto interno bruto – PIB para a União.

Houve fixação de critério distinto e específico para o nível central que não se aplicava aos entes subnacionais. Desde 2000 e, portanto, ao longo da vigência da EC n. 29, o piso federal em ASPS não guardou correlação com o comportamento da receita da União – essa progressiva ao longo dos anos –, daí é que decorreria grande parte do problema de subfinanciamento crônico da saúde pública brasileira e da regressividade proporcional do gasto federal no setor.

Muito embora novo piso mínimo federal tenha sido estabelecido com a promulgação da EC n. 86/2015, tal norma esvaziou, direta ou indiretamente, sua alegada progressividade na forma de subpiso tido como válido para o exercício financeiro de 2016 (R\$93,711 bilhões) inferior ao piso de 2015 (R\$98,309 bilhões).

Além dessa redução na equação de financiamento, o arranjo promoveu estagnação do avanço do SUS no Brasil. O art. 3º da EC 86/2015 determinava que até mesmo os recursos oriundos da exploração do petróleo e gás natural seriam contabilizados como gasto mínimo da União, ao invés de operarem como acréscimos a ele, em dissonância com a Lei 12.858/2013.

O descumprimento do piso federal em saúde deu ensejo à rejeição do relatório anual de gestão de 2016, do Ministério da Saúde, por meio da Resolução n. 551, de 6 de julho de 2017, do Conselho Nacional de Saúde. Todo esse contexto de fragilidade jurídica antecedeu e justificou a concessão da medida cautelar na Ação Direta de Inconstitucionalidade 5595, suspendendo a eficácia dos arts. 2º e 3º da Emenda 86/2015, para impor à União o dever de progressividade de custeio, conforme proporção equitativa da sua arrecadação (15% da receita corrente líquida, ao invés de 13,2%).

A esse respeito, vale retomar aqui excerto da medida cautelar concedida pelo Ministro Ricardo Lewandowski nos autos da ADI 5595, que firmou, com indubitável clareza, o princípio da vedação de retrocesso e, portanto, resgatou o dever de progressividade no custeio mínimo do direito fundamental à saúde nos seguintes termos:

“[...] a ocorrência de reforma constitucional que vise ao aprimoramento dos direitos e garantias fundamentais é medida desejável de atualização dos fins e preceitos da CF, mas **alterações que impliquem retrocesso no estágio de proteção por eles alcançado não são admissíveis, ainda que a pretexto de limites orçamentário-financeiros.**” (grifo acrescido ao original)

Infelizmente, contudo, no interregno do exame pelo STF da ADI 5595, foi promulgada a Emenda 95/2016, que alterou nova e abruptamente o regime jurídico do piso federal em saúde, congelando-o em valores reais ao patamar aplicado em 2017 e assegurando mera correção monetária durante o longo período de 2018 a 2036. Aqui emerge, portanto, a mais recente fronteira de defesa do financiamento constitucionalmente adequado do direito à saúde: necessidade de declaração da inconstitucionalidade do art. 110 do ADCT.

O longo elenco acima de retrocessos quantitativos em sentido contábil-formal demonstra que é preciso reinterpretar o regime jurídico do piso em ASPS, para que seja fixada a irredutibilidade do rol de obrigações materiais que configuram proteção suficiente do direito à saúde. O piso constitucional não é apenas equação matemática que vincula determinado volume de recursos a um conjunto aleatório de despesas. Há conteúdo e finalidades substantivas a serem cumpridos por meio do dever de aplicação mínima de recursos em saúde, dentro de um arranjo federativo que prima pela redução das disparidades regionais e pelo rateio equilibrado das responsabilidades e receitas entre os entes.

Para fins do art. 196 e de toda a governança federativa do SUS, é imprescindível que haja rateio federativo dos recursos com o enfoque do art. 198, §3º, II (progressiva redução das disparidades regionais), o que foi parcialmente regulamentado no art. 17, §1º da LC 141/2012. Daí é que emerge a pactuação das obrigações e responsabilidades de cada ente da federação no SUS por meio da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), e

aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, como primária fonte do que deveria ser o conteúdo material do piso em ações e serviços públicos de saúde, ao que se somam os planos previstos na legislação sanitária.

O problema é que o pactuado, do ponto de vista da rede de serviços já contratados no SUS, dos repasses fundo-a-fundo e dos programas para fins de transferências voluntárias, tem excedido, em valores monetários, o piso federal estritamente contábil-formal, daí porque o governo federal tem se olvidado, historicamente, de cumprir as regras já estabelecidas de incentivos, tem deixado de fazer correção monetária dos valores de referência dos programas (não só da tabela SUS) e até mesmo tem atrasado repasses.

Cabe, pois, reiterar que é preciso fixar o regime jurídico do dever de aplicação em saúde dado pelo art. 198 da CR/88 referido ao cumprimento das obrigações legais e constitucionais de fazer na consecução do art. 196 e do SUS a que se referem os arts. 198 e 200, para além da estrita contabilização formal do piso em seu aspecto matemático.

A bem da verdade, a frustração do arranjo constitucional do SUS começa com a própria precariedade do levantamento dos riscos epidemiológicos e das necessidades de saúde da população para fins do devido planejamento sanitário e, por conseguinte, para a pactuação federativa na CIT. A União não admite pactuações para além do piso e as constrange para que fiquem formalmente compatíveis com o subfinanciamento. Tal cenário esvazia as responsabilidades recíprocas e praticamente interdito a implementação do contrato organizativo da ação pública da saúde previsto no Decreto 7.508/2011.

Somente com a consciência ampla da sociedade e, em especial, do Judiciário acerca do desequilíbrio na governança federativa do SUS, seria possível devidamente reposicionar o déficit de eficácia do direito fundamental à saúde na busca da macrojustiça orçamentária atinente à consecução da política pública que o materializa.

Em tempos de pandemia da Covid-19, reconhecer o problema e enfrentá-lo estruturalmente é a única solução capaz de situá-lo em seu devido patamar sistêmico, porque hábil a reconhecer que as medidas necessárias à sua resolução devem levar em conta, na forma da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 347, **“uma multiplicidade de atos comissivos e omissivos dos Poderes Públicos da União, dos Estados e do Distrito Federal, incluídos os de natureza normativa, administrativa e judicial.”** (grifo acrescido ao original)

Como visto ao longo desta seção, não são fatos isolados (1) o descumprimento do art. 55 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias – ADCT, o que praticamente reduziu a dotação orçamentária do Ministério da Saúde à metade do que deveria ser conforme a redação originária da Constituição de 1988; (2) a Desvinculação de Receitas da União – DRU, que tem sido mantida no ADCT, desde 1994 e até 2023, por meio de oito emendas sucessivas para drenar, primordialmente, de 20 a 30% (vinte a trinta por cento) da arrecadação de contribuições sociais; (3) a regra de piso discriminatória em prol da União na Emenda 29/2000, o que lhe permitiu uma estagnação de patamar em porcentual do PIB, mesmo durante os exercícios em que sua receita tributária expandiu acima do crescimento da economia; (4) o trato errático da destinação da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira – CPMF, originalmente concebida como fonte adicional de custeio do SUS; (5)

a regressividade dos subpisos e da perda de fonte adicional de custeio dos recursos do pré-sal imposta pelos arts. 2º e 3º da Emenda 86/2015 e, por fim, (6) a perda de relação de proporcionalidade com a arrecadação estatal e a mera garantia de correção monetária até 2036 (congelamento em valores reais de 2017) determinadas pelo art. 110 do ADCT, no bojo do “Novo Regime Fiscal” trazido pela Emenda 95/2016 (mais conhecida como “Emenda do Teto”).

Para fazer face a esse quadro panorâmico de fragilidades fiscais, a próxima seção explora o cabimento de algumas hipóteses de controle, sobretudo diante do fato de que, com o reconhecimento da situação de calamidade pública decorrente da pandemia, resta factualmente mitigada a alegação de suposta impossibilidade fiscal de atendimento às necessidades de saúde da população diagnosticadas no planejamento sanitário.

Considerações finais: algumas hipóteses de controle em prol do custeio constitucionalmente adequado do SUS

Até aqui muito se abordou acerca da natureza de escolha política que se depreende do estágio de financiamento do SUS em patamar aquém do constitucionalmente necessário para cumprir os arts. 196 e 200 acima do piso federal em ASPS.

É preciso, adicionalmente, tentar extrair capacidade de equalização normativa a partir da evidenciação empírica, ocorrida fortemente durante o primeiro semestre de 2020, de que o subfinanciamento do SUS pode ser revertido.

Em todo o mundo, o risco de milhões de mortes, em curto espaço de tempo, por força da pandemia da Covid-19 tem desmascarado a insuficiência estrutural e as profundas desigualdades de se relegar a saúde ao campo da mera oferta mercadológica de bens e serviços privados.

No Brasil, o debate constitucional sobre o arranjo federativamente equilibrado (ou não) de financiamento do SUS passa pelo julgamento definitivo da ADI 5595, tamanha a sua repercussão paradigmática para o custeio constitucionalmente adequado do SUS.

O que está essencialmente em debate é o alcance do princípio da vedação de retrocesso e também do princípio da vedação de proteção insuficiente diante de alterações constitucionais que afetaram, por via oblíqua, direitos e garantias fundamentais, mediante imposição de restrição orçamentária para sua fruição.

Cabe à Suprema Corte brasileira avaliar se o núcleo pétreo da Constituição de 1988 (art. 60, §4º, IV) pode conviver com emenda constitucional que afete a garantia fundamental de financiamento suficiente e progressivo, sobretudo, impondo restrições fiscais que constroem os pisos de custeio em saúde e educação a que se referem os arts. 198 e 212 da CF.

Desde a propositura da ADI 5595, em 2016, o país passou do risco potencial de colapso do SUS pelo agravamento do estrutural subfinanciamento, para o quadro atual de uma catástrofe humanitária sem precedentes em relação à Covid-19.

Nesse contexto de demanda urgente de atendimento à pandemia da Covid-19, a crise do SUS emerge como realidade ainda mais dramática, que coloca em risco de morte centenas de milhares de brasileiros. A conhecida judicialização da saúde é apenas uma limitada e parcial resposta ao fato de que sucessivas restrições interpretativas, emendas constitucionais e operações contábeis, historicamente, causaram – direta ou indiretamente – retrocesso ao direito à saúde e mitigaram suas garantias de financiamento e de arranjo federativo-orgânico no âmbito do SUS.

Com a ADI 5595, o Supremo Tribunal Federal é chamado a debater não só a fotografia dos arts. 2º e 3º da Emenda 86/2015, mas primordialmente precisa refletir sobre o filme das suas implicações trazidas intertemporalmente ao piso federal em saúde pela Emenda 86/2015 em face da Emenda 95/2016.

Dito de outra forma: o filme que o STF precisa julgar diz respeito ao déficit de aplicação no piso federal em saúde de 2016 (dada a suspensão cautelar dos arts. 2º e 3º da EC 86/2015), que obrigaria a União ao dever de compensação em 2017 (ainda não cumprido plenamente) e que, por sua vez, ampliaria necessariamente a base de cálculo de 2018 a 2036, para o piso federal em saúde, o qual passou a ser meramente corrigido pela inflação, segundo a previsão do art. 110 do ADCT.

Tecnicamente, se o mérito da ADI 5.595 for julgado procedente, haverá alteração do valor nominal do piso federal em saúde de 2016 até 2036, sobretudo para fins de fixação da base de cálculo de 2017 (se inclui, ou não, a necessária compensação do déficit de aplicação verificado em 2016) para fins de aplicação, a partir de 2018, da correspondente correção monetária até 2036, na forma do art. 110, II, do ADCT.

Importante apontar que, em 2016, a União aplicou na política pública de saúde menos de 15% da sua receita corrente líquida, invocando e fiando-se na “validade” prospectiva (?) do subpiso de 13,2% dado pelo art. 2º da EC 86/2015, mesmo após a sua revogação expressa e imediata operada pelo art. 3º da Emenda 95/2016.

Para cumprir o piso federal em saúde de 15% da receita corrente líquida no exercício financeiro de 2016, a União deveria ter aplicado, no mínimo, R\$ 108,371 bilhões, ao invés de R\$ 106,236 bilhões, de modo que seu patamar de aplicação em ASPS ficou aquém do exigido constitucionalmente. Isso sem falar aqui do dever de compensação dos restos a pagar que tenham sido computados em anos anteriores no piso federal em saúde e que, em 2016, foram cancelados.

Com o acréscimo da medida compensatória e por consequência da base de cálculo do art. 110, II do ADCT, haveria efeito de majoração acumulativa do patamar federal de gasto mínimo em saúde (a ser corrigido pela inflação de 2018 a 2036), a partir do que efetivamente deveria ter sido aplicado em 2017.

Trata-se do dever de compensação do déficit no piso em saúde, na forma do art. 25 da LC 141/2012, o que, por óbvio, seria incorporado adicionalmente à base de cálculo de 2017, para a incidência do piso congelado em saúde a partir de 2018 e até 2036, que a Emenda 95/2016 inseriu no ADCT, na forma do seu art. 110, inciso II.

Em meio à pandemia da Covid-19, cabe ao Supremo Tribunal Federal enfrentar estruturalmente o subfinanciamento federal do Sistema Único de Saúde, julgando procedente a ADI 5595. A bem da verdade, os arts. 2º e 3º da Emenda 86/2015 revelam uma faceta perversa e relativamente recente do “estado de coisas inconstitucional na política pública de saúde brasileira”², que preexistia à pandemia da Covid-19 e que será por ela agravado.

Diante da forma limitada como tem sido interpretado o dever de gasto mínimo federal em ações e serviços públicos de saúde (ASPS) previsto no art. 198 da Constituição, faz-se necessária a afirmação de precedente pela Suprema Corte brasileira que reafirme a vedação de manipulação financeira que frustre a efetividade dos direitos fundamentais, tal como feito pela ADPF 45, desde 2004.

Vedar retrocesso no piso federal em ações e serviços públicos de saúde (ASPS) é defender a higidez constitucional do próprio direito à saúde. Afinal, a sociedade precisa da garantia de que haverá financiamento juridicamente estável e fiscalmente progressivo para o SUS fazer face não só à pandemia da Covid-19 no curto prazo, mas a todas as suas atribuições constitucionais no médio e longo prazos.

No Brasil, reconhecer o problema do subfinanciamento do SUS e enfrentá-lo estruturalmente é a única solução capaz de situá-lo em seu devido patamar sistêmico. Diante da forma limitada como tem sido interpretado o dever de gasto mínimo federal em ações e serviços públicos de saúde (ASPS) previsto no art. 198 da Constituição, faz-se necessária a fixação do preceito de que o piso constitucional não é apenas uma equação matemática que vincula determinado volume de recursos a um conjunto aleatório de despesas. Há conteúdo e finalidades substantivas a serem cumpridos por meio do dever de aplicação mínima de recursos em saúde, em um arranjo federativo que prima pela redução das disparidades regionais e pelo rateio equilibrado das responsabilidades e receitas entre os entes.

Para fins do art. 196 e de toda a governança federativa do SUS, é imprescindível o rateio federativo dos recursos com o enfoque do art. 198, §3º, II (progressiva redução das disparidades regionais), o que foi parcialmente regulamentado no art. 35 da Lei 8.080/1990 e no art. 17, §1º da LC 141/2012. Daí emerge a pactuação das obrigações e responsabilidades de cada ente da federação no SUS por meio da Comissão Intergestores Tripartite e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, como primária fonte do que deveria ser o conteúdo material do piso em ações e serviços públicos de saúde, ao que se somam os planos previstos na legislação sanitária.

Como debatido ao longo do artigo, se a União pactou na CIT e gerou compromissos federativos com os entes subnacionais, ela, naturalmente, precisa cumprir tal pactuação, em consonância com as necessidades de saúde

2 Como debatido em PINTO, EG. Guerra fiscal de despesas na pactuação federativa do SUS: um ensaio sobre a instabilidade de regime jurídico do piso federal em saúde. SANTOS, A; LOPES, LT. Coletânea Direito à Saúde: dilemas do fenômeno da judicialização da saúde. Brasília: CONASS, 2018, pp. 92-107. Disponível em <http://www.conass.org.br/biblioteca/download/6880/>

da população e com o levantamento dos riscos epidemiológicos (conforme o art. 198, §3º, II da CF); ainda que, eventualmente, venha a ser formalmente excedente ao piso inscrito no art. 110 do ADCT, sob pena de lesão ao dever de gasto mínimo material e ao pacto federativo, além de ofensa à mais básica concepção de boa-fé nas relações jurídicas. O mesmo raciocínio se aplica a alguns dos Estados que não cumprem o pactuado na Comissão Intergestores Bipartite – CIB (art. 19, §1º da LC 141/2012, em conformidade com o art. 198, §3º, II da CR/88).

Eis o contexto em que se buscou elucidar algumas das causas sistêmicas da judicialização da saúde, ao invés de remediar seus sintomas. Nesse intuito é que se apresenta, como síntese final, um conjunto de sugestões que visam ao controle da fragilidade estrutural da política pública em seu arranjo federativo insatisfatoriamente pactuado e em seu financiamento cada vez mais regressivo, sob pena de severo risco de centenas de milhares de mortes de brasileiros e de colapso do SUS, agravado em face da pandemia da Covid-19.

Para enfrentar o estado de coisas inconstitucional no custeio da política pública de saúde brasileira, reputa-se necessário cumprir o seguinte rol de medidas corretivas e preventivas:

1. realização de transferências interfederativas de recursos fundo-a-fundo no âmbito do SUS pelos critérios do art. 35 da Lei 8080/1990 e do art. 17 da LC 141/2012, os quais regulamentam o art. 198, §3º, II da Constituição de 1988. Tal medida implica repasses em montante superior ao previsto no art. 110 do ADCT, inserido pela EC 95/2016, e suspensão temporária dos critérios estabelecidos pela Portaria do Ministério da Saúde nº 2.979/2019, para que sejam mantidas as transferências mensuradas em valores *per capita* e não por usuário cadastrado no sistema de informação a que a Portaria se refere;
2. cumprimento integral e imediato de todas as pactuações federativas celebradas pela Comissão Intergestores Tripartite – em favor dos Estados, DF e Municípios – que estejam pendentes de portaria de habilitação de ações e serviços públicos de saúde pelo Ministério da Saúde por falta de correspondente fonte de custeio perante o controle da execução orçamentária exercido pelo Ministério da Economia, por força de limites de empenho e/ou de pagamento impostos àquele Ministério;
3. transferência voluntária de recursos adicionais em caráter extraordinário e proporcional ao aumento de necessidades dos entes para contenção da pandemia, na forma do parágrafo único do art. 18 da LC 141/2012;
4. imposição do dever de levantamento semanal coordenado nacionalmente pela Comissão Intergestores Tripartite (a que se refere o art. 14-A da Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990) das demandas sanitárias e respectivas respostas tempestivas para resguardar sua célere execução orçamentário-financeira do total de recursos necessários por cada ente da federação. Busca-se determinação de diagnóstico coordenado

nacionalmente – de forma transparente e mediante publicação em sítio oficial – de todas as demandas de despesas a serem realizadas na governança federativa do SUS, em caráter extraordinário e adicional às dotações orçamentárias já em execução, para o enfrentamento sistêmico e suficiente da pandemia do novo coronavírus;

5. realização pelo Ministério da Saúde dos repasses interfederativos imediatos e integrais para execução das despesas diagnosticadas pela CIT como necessidades de saúde da população na forma do item anterior em cada Estado, DF e Município;

6. vedação ao Executivo Federal de que promova, como se configurasse acréscimo real de recursos para as ações e serviços públicos de saúde durante a vigência da Lei 13.979/2020, a abertura de crédito extraordinário, em favor do Ministério da Saúde, mediante mero remanejamento contábil de dotações (fontes de custeio) do próprio Ministério;

7. aplicação, durante o prazo de vigência da Lei 13.979/2020, de todos os recursos disponíveis no Fundo Social do Pré-Sal (a que se referem os arts. 47 a 60 da Lei 12.351/2010) nas ações e serviços públicos de saúde e no financiamento de atividades de ciência e tecnologia que se fizerem necessários ao enfrentamento da pandemia da Covid-19. Trata-se de apoiar os gestores do SUS e as instituições públicas de ensino superior e de pesquisa habilitadas para que possam demandar e promover produção de kits de testagem, equipamentos de proteção individual, aparelhos e insumos mínimos necessários para criação de unidades intensivas e semi-intensivas de urgência (respiradores, monitores multiparametrizados e bombas de infusão, entre outros) e de outros tipos de unidades de atendimento de saúde de diferentes tipos de complexidade;

8. imposição de dever ao Ministério da Saúde para que realize, ampla e ostensivamente, testes na população em condições de suspeita de infecção do coronavírus (Covid-19), bem como dever de levantamento, consolidação e divulgação nacional dos dados estatísticos sobre os casos confirmados, suspeitos e em investigação a que se refere o art. 6º da Lei 13.979/2020;

9. criação de central nacional de regulação unificada de leitos públicos e privados em unidades de tratamento intensivo, sob responsabilidade do Ministério da Saúde, enquanto perdurar a vigência da situação que levou à edição da Lei nº 13.979/2020;

10. levantamento da demanda total de recursos para resguardar atendimento suficiente no SUS da demanda reprimida por ações e serviços públicos de saúde que for liberada após o período crítico de contenção da pandemia em esforço planejado e suficiente de

retorno ao cotidiano operacional do sistema público de saúde brasileiro, que ordinariamente tem atuado sempre além de suas capacidades.

O elenco acima é meramente exemplificativo e visa subsidiar o debate das medidas necessárias ao enfrentamento da pandemia da Covid-19. Não obstante sua natureza contingente e circunstancial, é preciso extrair sentido estrutural dos impasses revelados durante a calamidade pública daí decorrente.

O aprendizado que tem sido dramaticamente incorporado pela sociedade brasileira é o de que não se assegura direito fundamental à saúde, sem financiamento juridicamente estável e fiscalmente progressivo.

É preciso, pois, que a sociedade brasileira se ocupe de tal impasse estrutural, o qual é um dos maiores desafios atuais à efetividade desse direito, sobretudo em face das necessidades de saúde da população que deveriam perfazer, a cada ciclo de planejamento sanitário e orçamentário, as suas metas de atendimento universal e integral, na forma do art. 196 da Constituição.

Referências

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICÍPIOS. *Subfinanciamento da Educação e da Saúde*. Disponível em [http://www.cnm.org.br/cms/biblioteca_antiga/Subfinanciamento%20da%20Educa%C3%A7%C3%A3o%20e%20da%20Sa%C3%BAde%20\(2016\).pdf](http://www.cnm.org.br/cms/biblioteca_antiga/Subfinanciamento%20da%20Educa%C3%A7%C3%A3o%20e%20da%20Sa%C3%BAde%20(2016).pdf).

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. *Resolução nº 551, de 6 de julho de 2017*. Disponível em <http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/2017/Reso551.pdf>.

CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO. *Recomendação nº 48, de 13 de dezembro de 2016*. DOU 1º/02/2017. Sugere parâmetros para a atuação do Ministério Público no controle do dever de gasto mínimo em saúde. Art. 4º, inciso XXIV. Disponível em <http://www.cnmp.mp.br/portal/component/normas/norma/4717?catid=400>.

PINTO, Élica Graziane. *Financiamento dos direitos à saúde e à educação: uma perspectiva constitucional*. Belo Horizonte: Fórum, 2015.

..... Guerra fiscal de despesas na pactuação federativa do SUS: um ensaio sobre a instabilidade de regime jurídico do piso federal em saúde. SANTOS, A; LOPES, LT. *Coletânea Direito à Saúde: dilemas do fenômeno da judicialização da saúde*. Brasília: CONASS, 2018, pp. 92-107. Disponível em <http://www.conass.org.br/biblioteca/download/6880/>.

PINTO, Elida Graziane; BAHIA, Alexandre Melo Franco de Moraes; SANTOS, Lenir. O financiamento da saúde na Constituição de 1988: um estudo em busca da efetividade do direito fundamental por meio da equalização

federativa do dever do seu custeio mínimo. *A & C Revista de Direito Administrativo e Constitucional*, Curitiba, v. 16, n. 66, 2016. Disponível em <http://www.revistaaec.com/index.php/revistaaec/article/view/366>.. DOI: <http://dx.doi.org/10.21056/aec.v16i66.366>

PINTO, Élida Graziane; SARLET, Ingo Wolfgang. Regime previsto na EC 86/2015 deve ser piso e não o teto de gasto em saúde. *Consultor Jurídico*, 24/03/2015. Disponível em [<http://www.conjur.com.br/2015-mar-24/gasto-saude-previsto-ec-862015-piso-nao-teto>].

PIOLA, Sérgio; PAIVA, Andrea Barreto de; SÁ, Edvaldo Batista de; SERVO, Luciana Mendes Santos. *Financiamento público da saúde: uma história à procura de rumo*. Brasília: IPEA, julho de 2013. Texto para Discussão nº 1846, p. 14. Disponível no endereço <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_1846.pdf>.

SANTOS, Isabela Soares. A solução para o SUS não é um *Brazilcare*. RECIIS – Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde. 2016 jul.-set.; 10(3) | [www.reciis.icict.fiocruz.br] e-ISSN 1981-6278. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/viewFile/1191/pdf1191/>

SANTOS, Lenir. *Os desafios da gestão interfederativa do SUS*. Campinas: Saberes Editora, 2013.

SARLET, Ingo Wolfgang. *A eficácia dos direitos fundamentais: uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional*. 10. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2009.

VIEIRA, Fabiola Sulpino; PIOLA, Sérgio Francisco. Texto para Discussão Ipea nº 2225 - Restos a Pagar de despesas com ações e serviços Públicos de saúde da União: impactos para o financiamento federal do Sistema Único de Saúde e para a elaboração das contas de saúde. Brasília - DF: IPEA, 2016 (Texto para discussão). Disponível em http://www.en.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_2225.pdf

FISCAL CONSTRAINTS VERSUS THE SOCIAL RIGHT OF HEALTH: AN ESSAY ABOUT THE RESOURCES NEEDED TO REALIZATION OF THE SUS

Recebido 16-fev-21 **Aceito** 30-mar-21

Resumo Considerando que o piso federal em saúde tem sido historicamente manejado como limite ontológico à implementação efetiva do arranjo constitucional do Sistema Único de Saúde – SUS, o presente artigo explora algumas implicações constitucionais do afastamento temporário da tese da restrição fiscal para que o Ministério da Saúde tentasse minimamente fazer face às necessidades de saúde da população no contexto

de enfrentamento da pandemia da Covid-19. Isso porque a calamidade pública, reconhecida pelo Decreto Legislativo nº 6, de 20 de março de 2020, evidenciou ser escolha política, ao invés de impossibilidade técnica, a decisão sobre o nível de recursos orçamentários e financeiros destinados à política pública de saúde no Brasil. A hipótese que se sustenta aqui é a de que não se pode admitir a expansão transitória do custeio das ações e serviços públicos de saúde – ASPS tenha ocorrido apenas durante o primeiro ano da pandemia da Covid-19, como uma decorrência do “Orçamento de Guerra” (Emenda 106/2020), haja vista a longa omissão naturalizada em relação ao dever de mitigar o estoque de mortes evitáveis na política pública de saúde brasileira, a pretexto de uma falseada noção de restrição fiscal. A dimensão protetiva do gasto mínimo em saúde deveria resguardar custeio suficiente para as necessidades e finalidades do SUS, até porque a noção do que seja destinação mínima (piso) não pode ser degradada conceitualmente para passar a operar como fronteira contida pelo máximo de dotação disponível (teto), sob pena de afronta ao próprio núcleo do direito social à saúde.

Palavras-chave Financiamento. Direito social à saúde. SUS. Restrições fiscais.

Abstract *Considering that the federal health floor has historically been handled as an ontological limit to the effective implementation of the constitutional arrangement of the Unified Health System - SUS, this article explores constitutional consequences for the temporary removal of the fiscal restriction so that the Ministry of Health could to try at least to face to the health needs of the population in the context of coping with the Covid-19 pandemic. This is because the public calamity, recognized by Legislative Decree No. 6, of March 20, 2020, did highlights the political choice, as opposed to technical impossibility, about of the decision on the level of budgetary and financial resources for health policy in Brazil. The hypothesis that is sustained here is that the transitory expansion of the financing of public health actions and services - ASPS could not have been allowed to occur only during the first year of the Covid-19 pandemic, as a result of the “War Budget” (Amendment 106/2020), given the long naturalized omission in relation to the duty to mitigate the stock of preventable deaths in Brazilian public health policy, a pretext of a falsified conception of fiscal restriction. The protective dimension of minimum health spending should safeguard sufficient funding for SUS needs and purposes, not least because the notion of what is a minimum destination (floor) cannot be conceptually degraded to start operating as a border contained by the maximum available point (ceiling), under penalty of affronting the very core of the social right of health.*

Keywords *Financing. Social right of health. SUS. Fiscal constraints.*

Questão fiscal e SUS: propostas para financiamento da saúde



Bruno Moretti bmoretti1@gmail.com

Analista de Planejamento e Orçamento em exercício no Senado Federal. Brasília, Brasil.

Introdução

O artigo defende o argumento da viabilidade de ampliação de gastos públicos no Brasil, especialmente para enfrentamento à pandemia e financiamento do SUS. Para tanto, inicia com o debate sobre a natureza da dívida pública brasileira, considerando que o país tem endividamento predominantemente interno, em moeda nacional, e que fatores conjunturais aumentam a capacidade de gasto do Estado brasileiro com custos reduzidos.

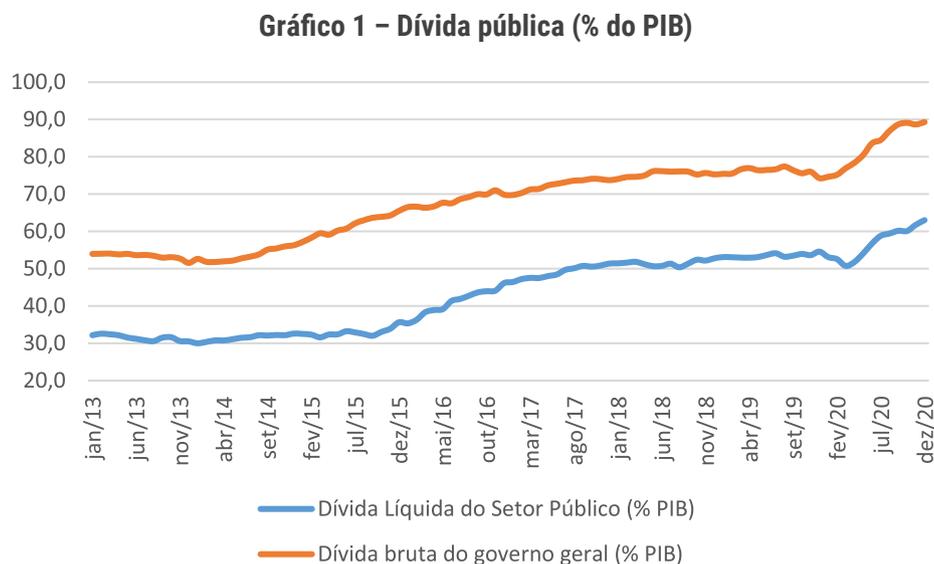
A seguir, será brevemente apresentado o arcabouço fiscal vigente, demonstrando-se o conjunto de regras sobrepostas que impõem limites arbitrários ao gasto público. Será mostrado que o regime fiscal brasileiro é acíclico – determinando redução de gastos públicos independente da arrecadação – e pró-cíclico em uma conjuntura desfavorável, já que a despesa deve ser contingenciada em caso de frustração da arrecadação em meio à desaceleração da atividade econômica. Em outros termos, há pressão estrutural para redução dos gastos federais e, na baixa do ciclo econômico, os gastos tendem a ser ainda mais reduzidos, ainda que seja ampliada a demanda por serviços públicos.

Por fim, dada a capacidade de ampliar os gastos públicos federais, o artigo propõe suspensão/revogação das regras fiscais e adoção de um arcabouço que viabilize o financiamento do SUS, tendo em vista as pressões conjunturais e estruturais por aumento de gastos no setor e as demandas por mais e melhores serviços públicos de saúde.

A dívida pública brasileira é uma restrição ao financiamento do SUS?

A dívida bruta do governo geral fechou o ano de 2020 em 89,3% do PIB, abaixo das previsões iniciais. Por exemplo, a Instituição Fiscal Independente do Senado projetou a dívida pública em 96,1% no Relatório de Acompanhamento Fiscal de junho de 2020¹.

O gráfico 1 mostra a evolução da dívida bruta do governo geral e da dívida líquida do setor público entre 2013 e 2020. A partir da desaceleração econômica em 2014, a dívida pública aumenta como percentual do PIB, refletindo o impacto da crise sobre a arrecadação e o baixo desempenho econômico. Nem mesmo a estratégia de austeridade fiscal, sobretudo com a adoção do teto de gasto, foi capaz de deter a evolução da dívida entre 2017 e 2019 (anteriormente à pandemia).



Fonte: BCB. Elaboração própria.

Retomando o comportamento da dívida em 2020, vale mencionar os principais fatores que contribuíram para um patamar observado abaixo do anteriormente previsto: a revisão pelo IBGE do PIB nominal dos últimos anos, a variação do deflator implícito do PIB acima do IPCA, a inexecução de parcela do orçamento extraordinário em 2020 e a contração real do PIB inferior à esperada, evitando queda do PIB nominal e a piora ainda mais significativa da receita.

Em relação à arrecadação, diversos analistas chamam atenção para o papel dos gastos públicos extraordinários em evitar uma queda ainda maior do PIB e da receita, diante de seus efeitos multiplicadores sobre a renda. Segundo Sanches, Cardomingo e Carvalho (2020), não fossem os efeitos multiplicadores do gasto com auxílio emergencial, o PIB brasileiro teria caído entre 8,4% e 14,8% em relação a 2019, e não algo em torno de

¹ Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/ifi/relatorio-de-acompanhamento-fiscal>.

4%, conforme a expectativa de mercado. Além disso, o estudo mostra que o auxílio amorteceu o aumento da dívida em relação ao PIB.

Ante o exposto, é possível questionar a política de austeridade fiscal, retomada em 2021, inclusive em seus efeitos fiscais. Uma estratégia de ampliação de gastos, focada no combate à pandemia e na recuperação da atividade econômica, seria mais eficaz do ponto de vista social e econômico, mas também em relação às contas do setor público, em razão de seus impactos sobre a arrecadação.

Com a retomada do teto de gasto em 2021, a despesa cairá 8% do PIB em relação a 2020. Se não houver mudanças nas regras de gasto, a contração fiscal deverá afetar a atividade econômica, inscrevendo o Brasil em um círculo vicioso de redução do PIB, queda da arrecadação e piora do resultado fiscal.

Neste contexto, discute-se a capacidade de o Brasil ampliar gastos públicos, diante do patamar de sua dívida. Os defensores da austeridade fiscal costumam alegar que a dívida bruta do governo geral é elevada na comparação internacional. No entanto, tal argumento desconsidera as especificidades institucionais brasileiras. Desde 2000, o Banco Central está proibido de emitir títulos da dívida pública. Com isso, o Tesouro emite títulos e os aloca na carteira do Banco Central para que ele administre a liquidez da economia, de modo a manter o controle da taxa de juros de curto prazo.

Quando há excesso de reservas bancárias (por exemplo, em razão da utilização de recursos da Conta Única do Tesouro), para que elas não pressionem as taxas de juros para um patamar abaixo da meta SELIC, o Banco Central vende títulos com compromisso de recompra (operações compromissadas) e, geralmente, de curtíssimo prazo, rendendo a taxa SELIC, com vistas a enxugar a liquidez. Esta operação não tem motivação eminentemente fiscal, constituindo uma ação de política monetária. Ainda assim, os títulos públicos que lastreiam operações compromissadas são contabilizados na dívida bruta do governo geral², já que o Banco Central não pode emitir títulos pela legislação brasileira. Os títulos do Tesouro Nacional, utilizados para a regulação da liquidez da economia, correspondiam a R\$ 1,24 trilhão no fim de 2020, representando 16,7% do PIB e quase 20% da dívida bruta.

Não há paralelo no resto do mundo de tamanho peso sobre a dívida das operações compromissadas, o que é refletido pelo fato de que, para um conjunto selecionado de países, a carteira de títulos públicos (que funcionam como garantia às operações compromissadas) no ativo do Banco Central é muito mais baixa que no Brasil³, relativizando a comparação com outros países no que se refere à dívida bruta.

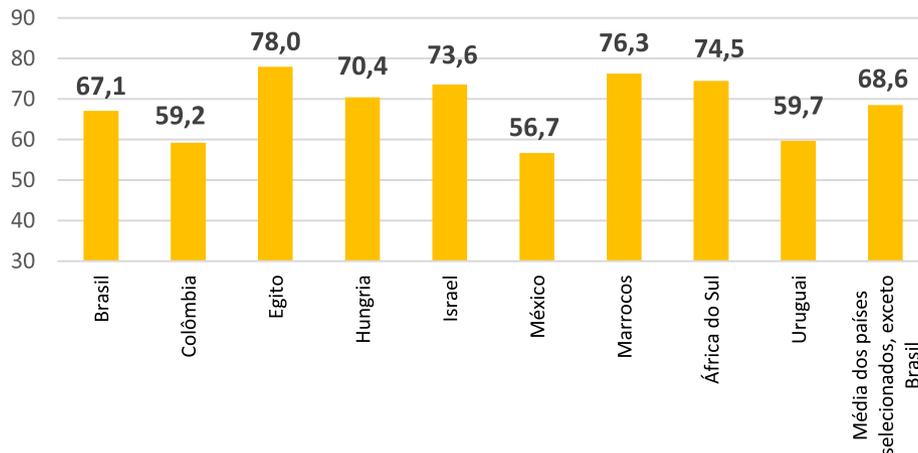
Além disso, importa assinalar que a medida mais relevante para avaliar a situação fiscal de um país é a dívida líquida, já que os ativos devem ser computados para efeito de examinar a solvência de qualquer agente. O

2 No critério do FMI, também são computados na dívida bruta do governo geral os títulos livres na carteira do Banco Central.

3 Pellegrini (2017) mostra, com dados de 2016, a diferença expressiva entre o Brasil e outros países. Enquanto o Banco Central brasileiro tinha títulos públicos no seu ativo correspondendo a 24% do PIB, o país que vinha em seguida era as Filipinas, com 3% do PIB.

gráfico 2 compara a dívida líquida do governo geral de diversos países selecionados. Percebe-se que a dívida líquida do Brasil está abaixo da média dos países considerados.

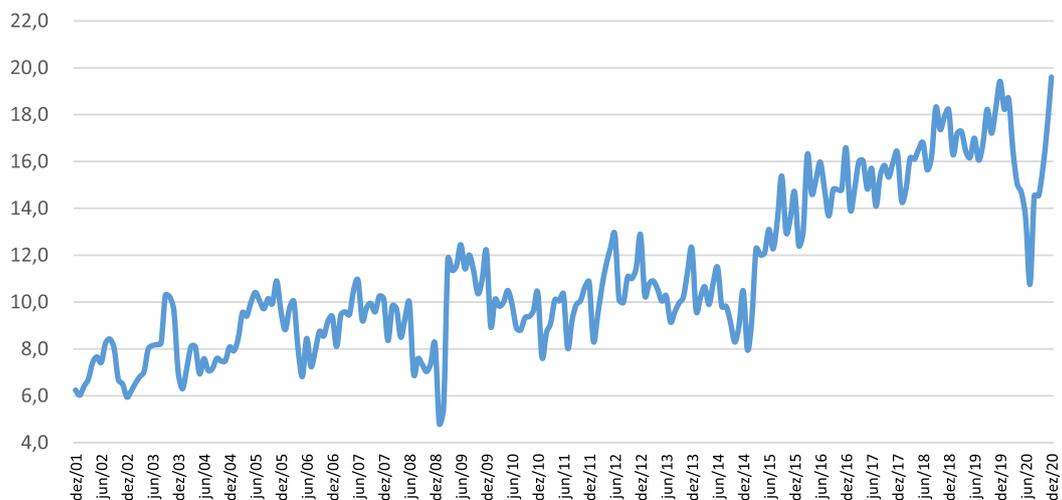
Gráfico 2 – Dívida líquida do governo geral em 2020 – países selecionados (% do PIB)



Fonte: Monitor Fiscal do FMI (Outubro de 2020) e BCB. Para o Brasil, dado observado. Para os demais países, estimativa do FMI. Elaboração própria.

Do lado do ativo, a principal rubrica do governo geral é a Conta Única do Tesouro Nacional - CUT. Conforme o gráfico 3, o saldo da CUT era de 19,6% do PIB em 2020, maior valor da série histórica.

Gráfico 3 – Saldo da Conta Única do Tesouro Nacional (% do PIB)



Fonte: BCB. Elaboração própria.

O gráfico aponta para a redução do saldo da CUT entre janeiro e julho de 2020, relacionada ao aumento de gastos públicos para enfrentamento à pandemia, inclusive com utilização dos recursos da Conta Única para financiar o auxílio emergencial. Por outro lado, os seguintes fatores implicaram ampliação do saldo da CUT a partir de agosto de 2020: a) extraordinariamente, houve repasse do lucro cambial das reservas internacionais do Banco Central para o Tesouro Nacional de R\$ 325 bilhões, ocasionado pela desvalorização do real frente ao dólar (em moeda nacional, as reservas ampliaram seu valor); b) o Tesouro captou grande volume de recursos no mercado, aproveitando as condições mais vantajosas no fim do ano, ficando com o caixa acima do limite prudencial e bem posicionado para lidar com os vencimentos da dívida nos primeiros quatro meses de 2021. Apenas em outubro, houve captação recorde da série histórica, de R\$ 173 bilhões.

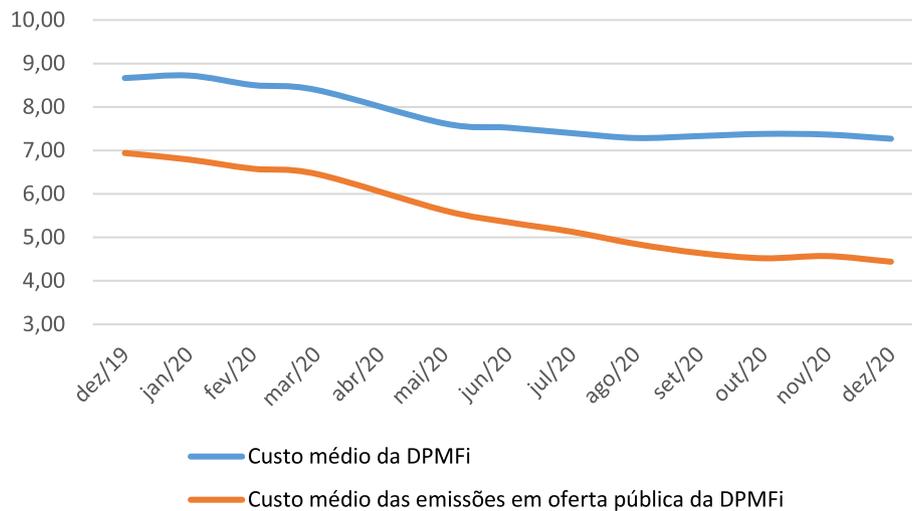
O exposto até aqui aponta que não há crise fiscal em curso no Brasil, que requeira uma contração fiscal abrupta, sobretudo diante do papel do gasto público em combater a pandemia e recuperar a economia, dada a ociosidade dos fatores de produção. Não há razoabilidade na tese do “país quebrado”, com saldo na CUT de quase 20% do PIB. Se observarmos a dívida líquida do setor público, de 63% do PIB em 2020 (gráfico 1), a conclusão não se altera. Os ativos do setor público (com destaque para as reservas internacionais⁴) contribuem para uma trajetória mais suave da dívida líquida. Como o Brasil é credor externo líquido, convém lembrar que desvalorizações cambiais reduzem a dívida líquida, atenuando a sua trajetória.

Ademais, os juros internos baixos reduzem o custo médio da dívida pública federal. Como os juros externos devem permanecer em patamares historicamente reduzidos nos países centrais (em alguns países, verificando-se juros negativos), a economia brasileira poderá manter suas taxas reduzidas sem maiores riscos de uma fuga de capitais, configurando uma oportunidade de financiar a ampliação de gastos a custos moderados. O aumento da dívida tem um custo distributivo, dado pela transferência de recursos para os agentes que escolheram comprar títulos da dívida pública com a finalidade de preservar sua riqueza. No entanto, a redução das taxas de juros dos títulos públicos reduz o custo de transferência de recursos aos proprietários de riqueza financeira.

O gráfico 4 mostra que, diante da redução da taxa básica de juros da economia, houve diminuição do custo médio acumulado de doze meses da dívida pública federal interna - DPMFi entre dezembro de 2019 e dezembro de 2020. O custo médio acumulado em 12 meses do estoque da DPMFi reduziu-se de 8,66% para 7,27% a.a. no período considerado. Trata-se do menor valor da série histórica. Duas observações se impõem: a) a dívida pública brasileira é fundamentalmente liquidada em moeda local, inexistindo restrições típicas do endividamento externo em moeda não emitida pelo país. Com a dívida emitida em moeda interna, geralmente os juros são pagos com a emissão de novos títulos, o que não ocorre com dívidas em moeda externa; b) o aumento da dívida pública e a manutenção das taxas de juros dos títulos públicos em baixos patamares são suficientes para problematizar a teoria econômica convencional, que prescreve uma relação entre aumento de déficits públicos e elevação das taxas de juros.

4 O governo geral não compreende o Banco Central. Assim, a dívida líquida do governo geral, anteriormente tratada, não considera as reservas internacionais (ativo do Banco Central).

Gráfico 4 – Custo da dívida pública mobiliária federal interna em 12 meses (%)



Fonte: STN. Elaboração própria.

Conclui-se que o Brasil é capaz de financiar a ampliação de gastos públicos para combater a pandemia e induzir a recuperação econômica em 2021. Não há na literatura evidências de que a dívida pública se torna insustentável a partir de certo nível, sobretudo tratando-se de dívida emitida em moeda nacional. Assim, os limites à ampliação do gasto público no Brasil são autoimpostos e oriundos de regras fiscais retomadas em 2021, determinando uma redução do gasto sem paralelo no resto do mundo, com prejuízos para o combate à pandemia.

Arcabouço fiscal brasileiro e seus impactos sobre os gastos públicos para enfrentamento à pandemia

O teto de gasto, instituído pela Emenda Constitucional nº 95 – EC 95/2016, é uma regra fiscal que determina congelamento das despesas primárias da União por até vinte anos (2036), limitando-as à correção pela inflação do período anterior. O Novo Regime Fiscal previu que a despesa de 2017 seria limitada aos valores executados em 2016, acrescidos de 7,2%. A partir de 2018, a despesa seria dada pelo piso do ano anterior, mais o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA de doze meses até junho do exercício que antecede o orçamento.

Ao congelar a despesa primária do governo federal, o Novo Regime Fiscal desconsidera, por exemplo, que a população brasileira segue crescendo, implicando redução do gasto per capita. Além disso, havendo crescimento real do PIB, o teto determina uma redução da despesa em relação ao tamanho da economia. Trata-se,

pois, de um teto declinante, que se reduz ao longo do tempo, impactando as despesas, especialmente as discricionárias (não obrigatórias).

O impacto contracionista é ainda maior na medida em que, mesmo após a reforma da previdência, os gastos do Regime Geral de Previdência Social tendem a se estabilizar em torno de 9% do PIB, de maneira que a redução das despesas como proporção do PIB para ajuste ao teto deve ser realizada nas demais rubricas. Isto é, o teto de gasto é uma regra que determina a redução de serviços públicos, independente do que ocorrer com a arrecadação⁵.

Ao contrário do discurso oficial à época da aprovação do Novo Regime Fiscal, os gastos federais de saúde são um instrumento de ajuste ao teto no curto prazo. A EC 95 determinou que o piso de aplicação de ações e serviços públicos de saúde - ASPS seria congelado em 15% da Receita Corrente Líquida - RCL de 2017, passando a ser atualizado apenas pelo IPCA. O piso de saúde já não seria indexado à RCL de cada exercício. Logo, toda vez que a RCL crescer acima da inflação, os valores mínimos obrigatórios de saúde podem ser reduzidos em relação à regra de piso anterior (Emenda Constitucional nº 86 – EC 86/2015). Entre 2017 e 2019, os valores aplicados em ASPS passaram de 15,8% para 13,5% da RCL (Moretti, 2020).

Mas o arcabouço fiscal brasileiro é ainda mais rígido quando se analisa o efeito da sobreposição de regras fiscais. O teto se combina a outras regras fiscais, gerando um emaranhado de restrições, que impõe limites artificiais ao gasto, sobretudo em momento de baixa do ciclo econômico. Além do teto, o governo federal deve perseguir uma meta de resultado primário, prevista na Lei de Responsabilidade Fiscal. Ela é dada pela diferença entre receitas e despesas primárias (que, grosso modo, não incluem pagamentos financeiros associados à dívida).

Havendo frustração de arrecadação e dada a meta de resultado primário, o governo é obrigado a contingenciar despesas. A meta de resultado primário é “pró-cíclica”, acentuando a crise econômica ao exigir corte de despesas no momento em que elas são ainda mais relevantes, seja para estimular a economia (por exemplo, investimentos), seja para ampliar a proteção social diante de crises (gastos sociais).

O problema maior é a combinação das duas regras (teto e meta de primário), gerando um regime fiscal disfuncional. Nos últimos anos, a despesa federal vem sendo programada no teto. Com a arrecadação abaixo do previsto, o contingenciamento de despesas para cumprimento da meta de primário faz com que os gastos fiquem aquém do teto. Isto é, a combinação teto-meta de primário cria um regime fiscal acíclico (determinando redução de serviços públicos independente da arrecadação em função do teto) e pró-cíclico apenas para fase de baixa do ciclo. As despesas podem ficar abaixo do teto de gasto, reduzindo ainda mais a capacidade de ação do Estado frente a crises e a demandas da população por serviços públicos. Por outro lado, se houver

5 Na lógica de ajuste ao teto, foi aprovada a EC 109, de 2021, que prevê o acionamento de gatilhos com contenção de gastos quando mais de 95% das despesas sujeitas ao teto forem obrigatórias. Trata-se de uma espécie de subteto dentro do teto de gastos, configurando mais uma regra em meio ao emaranhado fiscal do Brasil. A EC 109 também autoriza a utilização de R\$ 44 bilhões, fora das regras fiscais, para o auxílio emergencial em 2021. O baixo limite implicará cobertura e valor do benefício menores em relação a 2020.

excesso de arrecadação em relação às estimativas, a receita adicional tende a se converter em aumento do resultado primário.

Também há a regra de ouro, que impede endividamento além do montante das despesas de capital. A racionalidade da regra é evitar endividamento para financiar despesas correntes, com vistas a proteger futuras gerações. Em tese, o aumento do estoque de capital, via investimentos, beneficiaria futuras gerações, sobre as quais recairia o ônus da dívida contraída no presente. A regra de ouro tem diversas especificidades no Brasil que não serão objeto de discussão no presente texto⁶.

Para os nossos propósitos, é suficiente mencionar, por exemplo, que despesas correntes para aquisições de insumos, quando articuladas à transferência de tecnologia para o SUS, ampliam a densidade produtiva do complexo econômico e industrial de saúde, gerando empregos e reduzindo a dependência externa do país. O exemplo é ilustrativo de como a dicotomia entre despesas correntes e de capital não é capaz de selecionar os gastos estratégicos que podem induzir o desenvolvimento econômico e social, com mudanças na estrutura produtiva e na garantia de direitos sociais.

Enfim, o Brasil dispõe de arcabouço fiscal rígido, com superposição de regras, impedindo o financiamento às políticas públicas, especialmente o SUS. Não por outra razão, as regras fiscais foram suspensas em 2020 e as despesas, contabilizadas fora do teto de gasto, na medida em que foram autorizadas por meio de créditos extraordinários, amparados pela decretação do estado de calamidade (Decreto Legislativo nº 6, de 2020). Ademais, a suspensão das regras requereu alteração constitucional (Emenda Constitucional nº 106 – EC 106/2020), expressando como a rigidez fiscal do país atrasou o enfrentamento à COVID-19.

Para 2021, a retomada das regras fiscais impede o financiamento a gastos públicos essenciais para o combate à pandemia. O projeto de lei orçamentária anual foi encaminhado no teto de gasto, indicando, conforme já exposto, uma redução de 8% do PIB nas despesas primárias.

O fim do auxílio emergencial sem recuperação da renda do trabalho agravará o desemprego e a pobreza. Considerados os efeitos multiplicadores do auxílio sobre a renda, sua extinção terá impacto sobre o PIB e a arrecadação dos entes. O gráfico 5 mostra que, entre 2019 e 2020 (trimestre encerrado em novembro), o Brasil perdeu cerca de 9 milhões de ocupações. Além disso, segundo os dados da Pnad/IBGE, havia 32 milhões de pessoas subutilizadas em novembro de 2020, mostrando a relevância do gasto público e de políticas de estímulo à demanda para reduzir a ociosidade dos fatores de produção.

6 Segundo dados do projeto de lei orçamentária, há, para 2021, um volume de R\$ 453,7 bilhões de despesas correntes a serem financiadas por operações de crédito, além do limite da regra de ouro. Pela Constituição Federal, o Congresso Nacional pode autorizar a operação por meio de projeto de lei de crédito adicional. Enquanto não há aprovação do projeto, as despesas ficam condicionadas, havendo risco de não pagamento, por exemplo, de benefícios previdenciários e folha salarial.

Gráfico 5 - População ocupada (em milhares)*

* Trimestre concluído em novembro. IBGE/Pnadc. Elaboração própria.

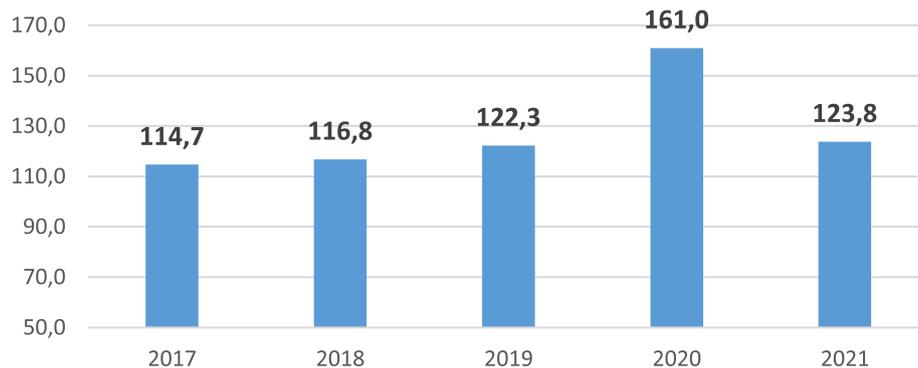
Para o SUS, a perda orçamentária estimada entre 2020 e 2021 é de R\$ 37 bilhões, conforme apresentado no gráfico 6. Outro aspecto que vale assinalar é que os valores autorizados em 2020, considerando os créditos extraordinários, foram de R\$ 183,6 bilhões. Deste total, R\$ 21,6 bilhões se referem a créditos extraordinários reabertos em 2021, conforme previsão constitucional. O valor é referente à vacinação contra a COVID-19, envolvendo os pagamentos ao Covax Facility (R\$ 1,68 bilhão) e a MP 1.1015 (R\$ 19,9 bilhões), que autorizou recursos para vacinação em dezembro de 2020. As MPs foram editadas sob o amparo do estado de calamidade, que durou até dezembro de 2020.

Deste modo, além dos valores do PLOA, há a disponibilidade de dotações orçamentárias relativas à reabertura do saldo de créditos extraordinários. No caso da MP 1.015, quase todo o valor autorizado em 2020 foi reaberto em 2021, sinalizando que a MP foi editada com a finalidade de garantir recursos para vacinação em 2021, já que, na vigência da EC 95, não haveria como absorver valores adicionais ao orçamento.

Inclusive, diante da reabertura do crédito, houve alteração da meta de resultado primário de 2021 para absorver os gastos com vacinação, que devem ocorrer no presente exercício. Do ponto de vista legal, é questionável se cabia a edição de MP para a vacinação, dado que a execução ocorrerá quase integralmente em 2021. Afinal, a alteração da meta de resultado primário para 2021, computados os gastos adicionais com vacinação, sinaliza que a despesa não é imprevisível (o que seria um dos requisitos para edição de MP). Uma vez que o PLOA 2021 não está aprovado, os gastos previstos com vacinação poderiam compor as dotações ordinárias. No entanto, é impossível absorver a despesa adicional, tendo em vista o teto de gasto.

O exposto acima não visa a questionar a garantia de recursos para vacinação, fundamental para avançar no combate à COVID-19. O ponto é que a edição da MP em 2020 com reabertura do crédito em 2021 (não contabilizado no teto) mostra que a EC 95 sequer abre espaço para a vacinação da população, demandando que os recursos fossem autorizados em 2020, durante o estado de calamidade. Neste sentido, seria mais transparente rediscutir as regras fiscais e seus impactos sobre a capacidade estatal de combater a pandemia.

**Gráfico 6 - Orçamento de ações e serviços públicos de saúde
(R\$ bilhões)***



* **Fonte:** Siop. Consulta em 15-2. Não considera recursos do royalties e reposição de RAP. Entre 2017 e 2020, empenho. Para 2021, PLOA. Elaboração própria.

O argumento anterior é ainda mais relevante, na medida em que há outras despesas relacionadas ao enfrentamento à pandemia e a seus efeitos não incluídas no PLOA 2021. Com o fim do orçamento extraordinário de 2020, a ação de Enfrentamento da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional Decorrente do Coronavírus não consta na programação de 2021, salvo a mencionada reabertura de créditos extraordinários.

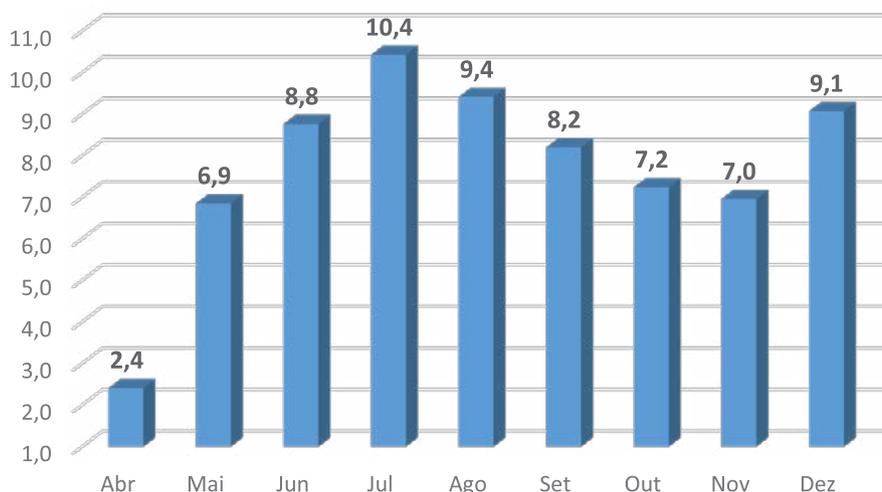
A redução da disponibilidade orçamentária se deve à retomada das regras fiscais em 2021 e inviabiliza o atendimento a uma série de demandas de saúde relacionadas à pandemia, destacando-se as seguintes:

- a) demandas represadas por procedimentos referentes a 2020;
- b) aquisição de insumos de saúde com baixa disponibilidade (por exemplo, medicamentos de UTI) e preços elevados;
- c) manutenção e ampliação dos leitos de UTI COVID-19 habilitados pelo Ministério da Saúde, que passaram de 12 mil em dezembro de 2020 para 3,2 mil em fevereiro de 2021, segundo informações do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde⁷;
- d) eventuais recursos para vacinação acima dos créditos reabertos em 2020;
- e) recursos para apoio aos laboratórios oficiais na transferência de tecnologias de saúde, valendo lembrar que a pandemia reforçou a dependência externa de insumos do Brasil, com prejuízos para a garantia do direito à saúde.

⁷ Disponível em: <https://www.conass.org.br/nota-a-imprensa-habilitacao-de-leitos-de-uti-para-covid-19/>.

Os dados oficiais mostram redução dos leitos de UTI-COVID 19 do SUS entre julho e novembro de 2020, passando de 10,4 mil para 7 mil, mesmo com o aumento do número de casos. No referido período, a cada três leitos abertos, um foi desativado. Em dezembro de 2020, os leitos voltaram a aumentar para 9 mil, ainda abaixo do número de julho.

Gráfico 7 – Leitos de UTI COVID-19 no SUS em 2020 (em milhares)



Fonte: DataSUS. Consulta em 15-2. Elaboração própria.

Com a já citada redução da habilitação dos leitos pelo Ministério da Saúde, resta a dúvida sobre a capacidade financeira dos entes em manter os leitos com recursos próprios e sem apoio federal. A propósito, este é um ponto essencial no debate sobre o financiamento do SUS. A União é o único ente capaz de emitir dívida soberana e que, por esta razão, não depende de arrecadação prévia.

Ante a conjuntura econômica, os entes subnacionais sofrem queda em sua arrecadação e não contam com a possibilidade de emitir dívida soberana. Ademais, com o fim do orçamento extraordinário, viabilizado pela suspensão das regras fiscais, não haverá transferências da União para recompor perdas arrecadatórias dos demais entes, tampouco para financiar despesas com o SUS relacionadas à pandemia.

Num cenário em que estados e municípios já respondem por quase 60% dos gastos públicos de saúde, conforme informações do Siops para o ano de 2019, o aumento da demanda combinado à redução de recursos pode levar a uma crise sanitária sem precedentes, com restrições crescentes à oferta de serviços. Neste contexto, é urgente uma agenda fiscal para mitigar os efeitos da redução de financiamento sobre o SUS.

TIA: There is Alternative

Conforme já exposto, a dívida pública brasileira é emitida em moeda local e não constitui uma restrição, diante dos fatores conjunturais internos e externos, para ampliação de gastos. Também foi visto que não procede a tese da crise fiscal, inclusive em razão do saldo recorde da Conta Única do Tesouro Nacional, em quase 20% do PIB.

Inclusive, em função das condições extraordinárias da pandemia, seria possível, mediante alteração legal, utilizar recursos do superávit financeiro dos fundos, parados na CUT, para financiar emergencialmente gastos para combate à pandemia. Dependendo dos fundos considerados, a mudança poderia financiar gastos entre R\$ 130 e R\$ 180 bilhões⁸.

O uso dos recursos da CUT para financiar o gasto injeta liquidez na economia, aumentando as reservas bancárias. O aumento de reservas tenderia a reduzir a taxa de juros, mantendo-a abaixo da meta estipulada pelo Comitê de Política Monetária. Para evitar que isto ocorra, o Banco Central enxuga a liquidez excessiva utilizando, conforme descrito anteriormente, títulos do Tesouro em sua carteira. Ou seja, de todo modo, a utilização dos recursos dos fundos envolve aumento de dívida⁹.

Ainda assim, há nítidas vantagens na proposta: a) com a crise, tende a se ampliar a demanda da população por moeda, de modo que parcela do aumento da liquidez seja absorvida sob a forma de papel moeda em poder do público e não vire reserva bancária (reduzindo a necessidade das operações compromissadas e se convertendo numa espécie de dívida de custo zero, já que a moeda é um passivo estatal que não rende juros); b) as operações compromissadas têm baixo custo, tendo em vista o patamar atual da SELIC; c) o governo pretende extinguir fundos e utilizar seu superávit financeiro para pagar dívida. Além do evidente prejuízo às políticas públicas que perderão recursos vinculados, o resgate de títulos, pelas razões já expostas, exigirá operações compromissadas, de modo que apenas será alterada a composição da dívida (e não seu patamar), mudando-se a alocação do portfólio dos detentores de riqueza financeira, sem qualquer impacto positivo sobre a renda das famílias que mais demandam apoio estatal.

A União não requer receita prévia para realização de gasto, tendo em vista sua capacidade de emitir dívida soberana, sobretudo nas condições anteriormente referidas. Além disso, pressupostas as devidas alterações legais (incluindo a suspensão das regras fiscais), seria possível construir um mix entre captação de recursos junto ao mercado e utilização dos recursos da CUT (ampliando operações compromissadas) para financiar as ações emergenciais e oferecer maiores possibilidades de gestão de dívida pelo Tesouro. Deste modo, a única restrição à ampliação dos gastos são os limites autoimpostos pelas regras fiscais.

8 Na EC 109, foi aprovada a utilização do superávit financeiro de fundos para amortizar dívida pública. Assim, o recurso não servirá como fonte para ações que mitiguem os efeitos da pandemia e, dada a possível troca de título por moeda, o excesso de liquidez daí decorrente tende a ser enxugado pelo Banco Central por meio de operações compromissadas (operações de venda de títulos de curto prazo, geralmente remunerados à Selic, pela autoridade monetária com compromisso de recompra). Desta forma, a dívida bruta do governo geral permaneceria no mesmo patamar.

9 Para evitar este efeito indevido sobre a contabilidade da dívida bruta do governo geral, recente projeto de lei aprovado pelo Senado Federal prevê que o Banco Central poderá utilizar depósitos remunerados como instrumento de regulação da liquidez da economia. Os depósitos já são utilizados, por exemplo, pelo FED – banco central americano.

Para fazer frente às demandas emergenciais de saúde, tendo em vista o aumento do número de casos de COVID-19, o orçamento ASPS deveria contar com os recursos empenhados em 2020, corrigidos, no mínimo, pelo IPCA do exercício passado (4,52%). Vale lembrar que a inflação acelerou no segundo semestre de 2020 e o IPCA que reajusta o teto (de doze meses, acumulado até junho de 2020) não captou a maior parte da elevação de preços. Por esta razão, seria importante atualizar o orçamento de saúde pela inflação fechada do ano, sobretudo considerando o aumento dos preços de insumos de saúde e seu impacto sobre o orçamento de estados e municípios.

Adotada a referida fórmula para definir o piso emergencial do SUS em 2021 (despesas empenhadas e atualizadas pelo IPCA, ambos referentes a 2020), o orçamento ASPS seria, no mínimo, de R\$ 168,3 bilhões (mantidos os recursos para vacinação fora do piso). O piso seria próximo ao valor defendido em petição pública pelo Conselho Nacional de Saúde¹⁰. O orçamento adicional poderia ser alocado em aquisições centralizadas pelo Ministério da Saúde (tendo em vista a economia de escala num contexto de preços elevados para os produtos de saúde) e em transferências aos entes, considerando a distribuição dos casos de COVID-19 e as necessidades de estruturação da rede em termos de leitos, profissionais, equipamentos de proteção individual, medicamentos de UTI, entre outros.

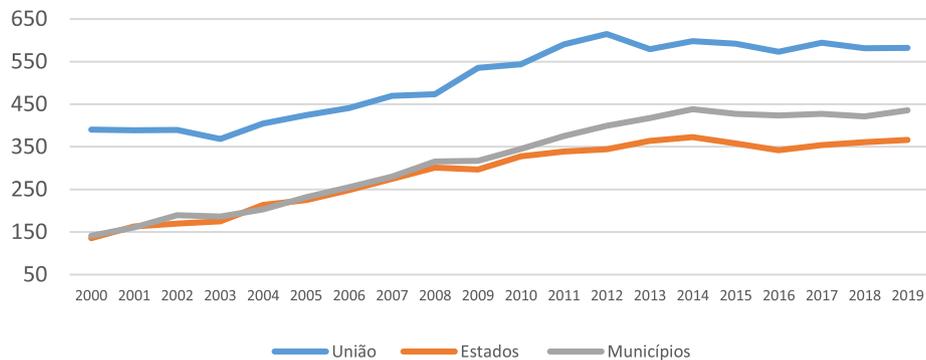
Do ponto de vista estrutural, as mudanças nas regras de gasto do SUS, a partir de 2022, poderiam caminhar no sentido de mitigar os impactos negativos do ciclo econômico sobre o SUS, mas principalmente de revogar o teto de gastos (e, portanto, a redução acíclica da despesa em relação ao tamanho da economia) e o congelamento do piso de aplicação de saúde.

O gráfico 8 mostra que, entre 2000 e 2014, seguindo a regra da Emenda Constitucional nº 29 – EC 29/2000, todos os entes tiveram crescimento real do gasto per capita de saúde, embora municípios tenham crescido de forma mais acelerada. Para a União, os gastos eram indexados ao PIB e, para estados e municípios, a regra – ainda vigente – vincula o gasto a um percentual da arrecadação de impostos (12% para estados e 15% para municípios).

No período 2014-2016, todos os entes sofreram redução dos gastos de saúde, ilustrando o caráter pró-cíclico das regras fiscais (sobretudo a Lei de Responsabilidade Fiscal), tendo em vista que a recessão de 2015/2016 afetou a arrecadação. Mesmo diante da fraca recuperação no período 2017-2019, estados e municípios foram capazes de ampliar em termos reais seus gastos de saúde. Por outro lado, a União sofreu nova redução dos gastos, já sob a vigência do Novo Regime Fiscal, que, conforme exposto, implica redução de gastos independente da arrecadação.

10 Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1297-peticao-publica-voce-vai-deixar-o-sus-perder-mais-r-35-bilhoes-em-2021>.

Gráfico 8 - Evolução dos valores aplicados per capita de ações e serviços públicos de saúde (a R\$ de 2019*)



* **Considera IPCA médio. Fonte:** Siop, Siops e IBGE. Elaboração própria.

Mantidas as regras atuais, a tendência é ampliar ainda mais a participação dos entes subnacionais nos gastos públicos de saúde. No entanto, tendo em vista as limitações financeiras de estados e municípios, há grande risco de redução dos gastos per capita do setor, com restrições à oferta de serviços, agravadas pelos fatores conjunturais e estruturais que pressionam o sistema (especialmente, vazios assistenciais, inflação de saúde, transição demográfica e epidemiológica, incorporação tecnológica e desestruturação do complexo econômico e industrial de saúde).

O gráfico 9 mostra a redução real dos valores per capita no orçamento federal ASPS em 2021, caso o orçamento de saúde permaneça no piso congelado. Entre 2017 (ano imediatamente anterior ao congelamento do piso) e 2021, os valores federais per capita de saúde já acumulam 10% de queda, já descontada a inflação.

Gráfico 9 - Valores federais per capita aplicados em ações e



* **Entre 2013 e 2019, empenho. Para 2020, LOA inicial. Para 2021, PLOA. Considera IPCA médio. Fonte:** Siop (despesas), IBGE (IPCA médio, estimativas da população e projeções da população). Elaboração própria.

A EC 95 implicou a desindexação das despesas de saúde, já que seus valores mínimos obrigatórios não estão vinculados ao comportamento da RCL, sendo apenas atualizados pela inflação. Por outro lado, a retomada da vinculação do gasto de saúde a variáveis econômicas, nas circunstâncias atuais, limitaria o SUS ao comportamento da receita ou do PIB. Por exemplo, em 2021, caso fosse retomada a regra da EC 86 (15% da RCL), o mínimo obrigatório de saúde seria inferior ao piso congelado da EC 95.

Uma nova regra de indexação dos valores federais aplicados em saúde deveria ser menos dependente do ciclo econômico. A vinculação ao PIB e à receita teve papel fundamental para assegurar o crescimento do gasto de saúde no Brasil entre 2000 e 2014, conforme apresentado no gráfico 8. Todavia, é possível aperfeiçoar o arcabouço fiscal e suas implicações para o SUS, na linha de regras de gasto modernas adotadas por diversos países (Gobetti, 2014).

Afinal, diante de uma crise econômica e de seus impactos sociais, o gasto em saúde como proporção do PIB e da receita não deveria ser reduzido. Ao contrário, considerados seu papel na proteção social da população e os efeitos multiplicadores, os gastos federais de saúde deveriam subir em meio a uma conjuntura econômica desfavorável, inclusive para apoio a estados e municípios, que têm maiores restrições financeiras.

Uma opção, a ser aprofundada em estudos posteriores, seria a previsão de uma meta de gasto per capita como parâmetro para definir um piso de saúde para a União. O piso seria construído de modo a considerar as necessidades de saúde da população, incorporando ao cálculo as pressões estruturais sobre o SUS, bem como o subfinanciamento crônico do setor. A regra inverteria a tônica atual, em que o orçamento é programado de cima para baixo, de modo que os valores previstos para saúde se tornam um reflexo da lógica econômica que orienta a política fiscal.

Adotada uma regra como a proposta, o arcabouço fiscal poderia ser mais amigável ao financiamento do SUS, inclusive permitindo sua estabilização em momentos de crise econômica. O novo piso poderia estar associado à maior tributação de renda e patrimônio, o que reduziria a desigualdade do ponto de vista do sistema tributário e do gasto social. Desta forma, a arrecadação adicional seria canalizada para o SUS e, em momentos de crise, a adoção de um piso de aplicação em termos per capita implicaria a ampliação da dívida pública com vistas à manutenção dos gastos de saúde.

Conclusão

A situação fiscal do Brasil não enseja um ajuste no curto prazo e a dívida pública, diante de suas características, não aponta para qualquer risco de insolvência. No entanto, mantidas as atuais regras fiscais, a contração dos gastos em 2021 terá forte impacto sobre a pobreza, o PIB e a arrecadação, tendo em vista, especialmente, o corte em despesas com relevantes efeitos multiplicadores sobre a renda.

A janela de oportunidade para ampliação do gasto público, aberta pelos baixos juros internos e externos, pressupõe a retirada de limites artificiais, impostos, particularmente, pelo teto de gasto, lei de responsabilidade fiscal e regra de ouro. Suspensas as referidas regras, os gastos públicos adicionais devem ser canalizados para o combate à pandemia e a seus efeitos, especialmente o auxílio emergencial e o SUS, num contexto de elevado desemprego e aumento dos casos de COVID.

Por esta razão, argumentou-se em favor de um piso emergencial para os gastos federais de saúde, calculado pelos valores empenhados em 2020, atualizados pelo IPCA (também de 2020). Desta forma, em 2021, o orçamento federal de ASPS giraria em torno de R\$ 168 bilhões (sem contabilizar os recursos de vacinação), R\$ 7 bilhões a mais do que o empenhado em 2020, viabilizando gastos diretos da União e transferências aos entes para financiar a manutenção e expansão de leitos de UTI COVID, aquisição de insumos de saúde, como equipamentos de proteção individual e medicamento de UTI, processos de transferência de tecnologia, contratação de profissionais de saúde, entre outros.

Estruturalmente, propôs-se, em linha com a experiência internacional, novas regras de gasto federais aplicáveis ao SUS, que descongelem as despesas do setor e sejam menos dependentes do ciclo econômico. Deste modo, o orçamento refletiria as necessidades de saúde da população, considerando a natureza universal do SUS e as pressões conjunturais e estruturais por aumento de gastos no setor. Parcela desses valores poderia ser financiada por meio de uma reforma tributária progressiva, de maneira que a carga tributária no Brasil fosse mais concentrada na renda e no patrimônio dos mais ricos, contribuindo para a redução de desigualdades.

Referências

GOBETTI, S.W. Regras fiscais no Brasil e na Europa: um estudo comparativo e propositivo. Texto para discussão do Ipea n. 2.018. Rio de Janeiro: Ipea, 2014.

MORETTI, B. Os impactos da Emenda Constitucional 95 sobre o SUS em 2021. Revista Brasileira de Planejamento e Orçamento. 2020, vol.10, n.2, pp.27-40. Disponível em: <https://www.assecor.org.br/rbpo/vol-10-numero-2-2020/>. Acesso em: 01 fev. 2021.

PELLEGRINI, J.A. As operações compromissadas do Banco Central. Estudo Especial da IFI/Senado Federal n. 3. Brasília: IFI, 2017.

SANCHES, M.; CARDOMINGO, M.; CARVALHO, L. Quão mais fundo poderia ter sido esse poço? Analisando o efeito estabilizador do Auxílio Emergencial em 2020. Nota de Política Econômica do MADE/USP n. 7. São Paulo: USP, 2021.

FISCAL ISSUE AND SUS: PROPOSALS FOR HEALTH FINANCING

Recebido 17-fev-21 **Aceito** 19-mar-21

Resumo O artigo defende o argumento da viabilidade de ampliação de gastos públicos no Brasil, especialmente para enfrentamento à pandemia e financiamento do SUS. Para tanto, inicia com o debate sobre a natureza da dívida pública brasileira, considerando que o país tem endividamento predominantemente interno, em moeda nacional, e que fatores conjunturais aumentam a capacidade de gasto do Estado brasileiro com custos reduzidos.

A seguir, apresenta o arcabouço fiscal vigente, demonstrando-se que o conjunto de regras sobrepostas impõem limites arbitrários ao gasto público. Posteriormente, o artigo propõe suspensão/revogação das regras fiscais atuais e adoção de um arcabouço que viabilize o financiamento do SUS, tendo em vista as pressões conjunturais e estruturais por aumento de gastos no setor e as demandas por mais e melhores serviços públicos de saúde.

Palavras-chave Sistema Único de Saúde; pandemia; dívida pública; regras fiscais.

Abstract *The article defends the argument of the feasibility of expanding public spending in Brazil, especially to face the pandemic and SUS financing. To this end, it begins with the debate on the nature of the Brazilian public debt, considering that the country has predominantly domestic indebtedness, in national currency, and that conjunctural factors increase the spending capacity of the Brazilian State with reduced costs. Next, it presents the current fiscal framework, showing that the set of overlapping rules impose arbitrary limits on public spending. Subsequently, the article proposes suspension /revocation of the current fiscal rules and adoption of a framework that makes SUS financing feasible, in view of the conjunctural and structural pressures for increased spending in the sector and the demands for more and better public health services.*

Key words *Unified Health System; pandemic; public debt; fiscal rules.*

Austeridade fiscal, subsídios na saúde e conflito distributivo

Carlos Octávio Ocké-Reis carlos.kalifa@gmail.com

Economista, doutor em saúde coletiva (IMS/UERJ) e Pós-doutor pela Yale School of Management. Rio de Janeiro, Brasil.

Introdução

No contexto do 'desfinanciamento' do SUS, o gasto tributário em saúde parece indesejável no campo das políticas públicas da ótica da justiça distributiva.

Tal incentivo governamental representa um imposto não recolhido ou um gasto público potencial não aplicado diretamente nas políticas de saúde (Ocké-Reis e Fernandes, 2018).

Dada a restrição orçamentária originada pela política de austeridade fiscal, considerando sua magnitude e sua iniquidade, ao beneficiar os estratos superiores de renda, cabe às autoridades governamentais refletirem como esse problema poderia ser enfrentado, posto que os mecanismos privados de financiamento tendem a afetar o orçamento público aplicado na saúde (Tuohy, Flood e Satbile, 2004).

Além do mais, dependendo dos objetivos pressupostos nas propostas para reduzir os subsídios fiscais na saúde, o público-alvo beneficiado é completamente distinto.

Caso se queira destinar seu montante para a atenção primária do SUS, os beneficiários serão em boa medida os usuários dos serviços públicos de saúde. Em sentido diverso, caso se queira calibrar as alíquotas do Imposto de Renda da Pessoa Física (IRPF), os beneficiários serão os contribuintes ou potenciais contribuintes deste imposto mais bem situados na distribuição de renda. E, finalmente, considerando o conjunto das desonerações fiscais do governo federal, caso se elimine a renúncia fiscal para melhorar o resultado primário das contas públicas, os beneficiários serão difusos, embora o governo possa ser criticado por favorecer o setor rentista.

Dessa forma, dada sua trajetória crescente, os subsídios oferecidos às famílias e empregadores – que acabam patrocinando o setor privado de saúde – são tão expressivos, que, uma vez alocados para outros fins, poderiam servir de base para criar programas sociais ou para impulsionar programas já existentes.

Trata-se, portanto, de um incentivo governamental que poderia se materializar em recursos aplicados no SUS, contribuindo para superar certas iniquidades do sistema de saúde brasileiro, em paralelo a outras iniciativas no campo das políticas públicas.

Depois dessa breve introdução, na próxima seção, apontaremos alguns aspectos da política de austeridade fiscal durante a pandemia da covid-19, que delimitam a seu modo a própria reflexão sobre os subsídios da saúde. Na terceira, abordaremos o impacto de tais subsídios sobre o financiamento das políticas de saúde e na quarta serão debatidos os dilemas da intervenção estatal, no marco de uma conjuntura caracterizada por um agravamento do conflito distributivo. Nesse quadro, nas considerações finais, indicaremos que, apesar da renúncia da arrecadação gerar situação de injustiça distributiva, mudanças nos subsídios em favor da equidade deveriam respeitar determinadas pré-condições no campo das políticas públicas.

Austeridade Fiscal

Em meio à crise sanitária, economistas brasileiros de todos os matizes deveriam examinar como a política econômica pode sobredeterminar as causas de morbimortalidade de uma sociedade.

David Stuckler e Sanjay Basu deram uma contribuição importante no passado recente. Em seu livro, publicado em 2013, intitulado *The body economic. Why austerity kills*, os autores criticaram os efeitos as políticas de austeridade fiscal sobre as condições de vida e saúde das populações.

Nós gastamos tão somente 3,8% do PIB com a rede pública de saúde, enquanto o sistema inglês aplica 7,9% (Funcia, 2019). De modo que, ano passado, para enfrentar o novo coronavírus, o governo federal aprovou o decreto de calamidade pública e a Emenda Constitucional n.º 106, flexibilizando o regime fiscal, financiando os gastos em saúde por meio de endividamento e do uso de recursos desvinculados da conta única do tesouro.

No entanto, no lugar de aplicar novamente este ano o decreto de calamidade pública e o orçamento de guerra – que permitiram a flexibilização das regras fiscais em 2020 – o governo não só obedeceu, mas dobrou a aposta no abecê ultraliberal, endurecendo a política de austeridade fiscal com consequências desastrosas sobre as condições de vida e saúde dos brasileiros.

Nessa linha, a Emenda Constitucional 109, recém-aprovada pelo Congresso Nacional, criou, para a União, um subteto dentro do teto de gasto. Além disso, penalizou estados e municípios, prevendo o acionamento de gatilhos que arrocham salários dos servidores públicos e despesas obrigatórias necessárias ao combate

à pandemia. Por fim, a EC 109 desvinculou o superávit financeiro de fundos sociais, canalizando-o para a amortização da dívida.

Ao invés de mitigar os efeitos da crise sobre a pobreza e a desigualdade, injetando recursos na economia, o governo federal vem interditando as ações de prefeitos e governadores, jogando as classes populares e a pequena burguesia contra o isolamento social, as quais, dependentes da dinâmica do mercado de trabalho, estão cada vez mais vulneráveis à contaminação da Covid-19 e de suas variantes.

Durante a atual crise econômica e sanitária, esse ultrafiscalismo provocará tanto uma redução dos serviços públicos (teto de gasto implicará diminuição das despesas independente do aumento da arrecadação), quanto uma política fiscal pró-cíclica (as despesas cairão com a desaceleração da economia, tendo em vista a frustração de arrecadação) (Moretti, 2020).

No caso dos entes subnacionais, a adoção de gatilhos, relacionados à relação despesa versus receita, aprofundará o caráter pró-cíclico do regime fiscal, exigindo cortes de gasto quando há frustração de arrecadação, bem como impedindo o estímulo a demanda agregada para conter os efeitos da desaceleração da atividade econômica.

Temos sérias dúvidas se essa é a melhor alternativa para sair da crise: a economia brasileira seguirá acorrentada à bola de ferro da austeridade, reforçando as projeções negativas para a economia esse ano.

Dentro de certos limites, a narrativa escandalosa em torno da falência do estado brasileiro é ilusória (Dweck, Rossi e Mello, 2020). Na verdade, não falta dinheiro, mas sobram regras de gasto, que autoimpõem limites à atuação do Estado: os créditos extraordinários destinados ao combate da pandemia foram financiados por meio da conta única do tesouro (que, em parte, converte-se em endividamento, tendo em vista o aumento de liquidez gerado) e do endividamento em 2020.

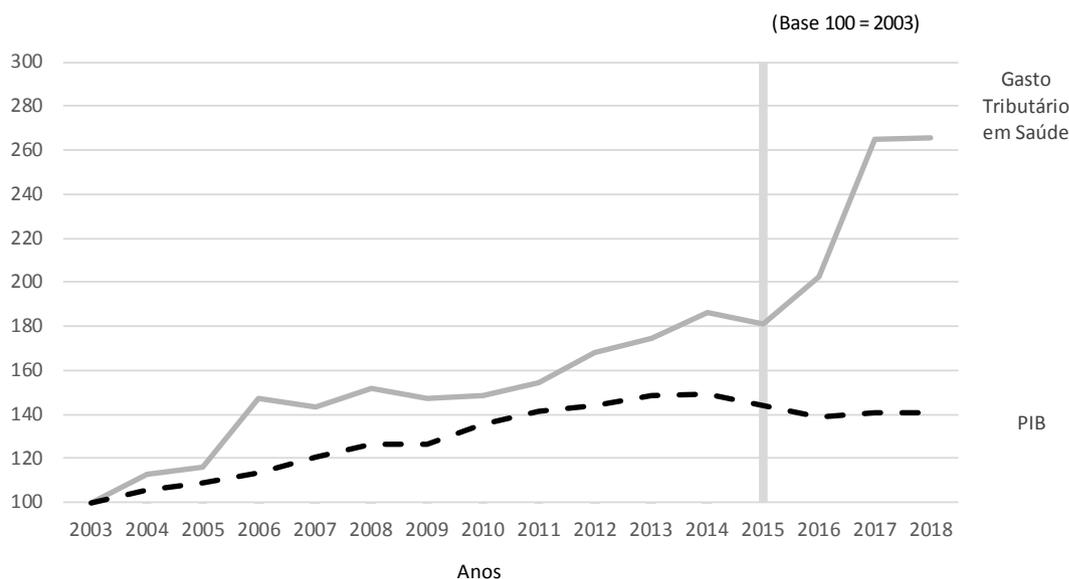
Na contramão do mundo, que vem aplicando políticas fiscais expansionistas, quer se impor mais cortes sobre gastos que têm um forte efeito multiplicador e redistributivo. Afinal de contas, fazer um ajuste fiscal pelo lado da despesa aprofundará o déficit, prejudicando ainda mais a capacidade do Estado ampliar os investimentos públicos e os gastos sociais.

Subsídios na Saúde

Apesar da manutenção dessa política de austeridade fiscal, uma vez que a Emenda Constitucional – EC 95 não restringiu o crescimento real do gasto indireto (tampouco das despesas financeiras), o gasto tributário em saúde subiu como proporção do Produto Interno Bruto (PIB) depois da sua adoção (Gráfico 1).

GRÁFICO 1

Crescimento Real: Gasto Tributário em Saúde¹ e PIB² - 2003-18



Fontes: RFB e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Elaboração do autor.

Nota:¹ Corrigido pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA/IBGE) médio de 2018.

Nota:² Deflator implícito (IpeaData).

Ora, uma vez que os gastos tributários não têm o limite de um teto, embora contabilizados no cálculo do resultado do primário, qual seria a finalidade dos subsídios na área da saúde, sabendo-se das restrições orçamentárias e financeiras para o desenvolvimento do SUS?

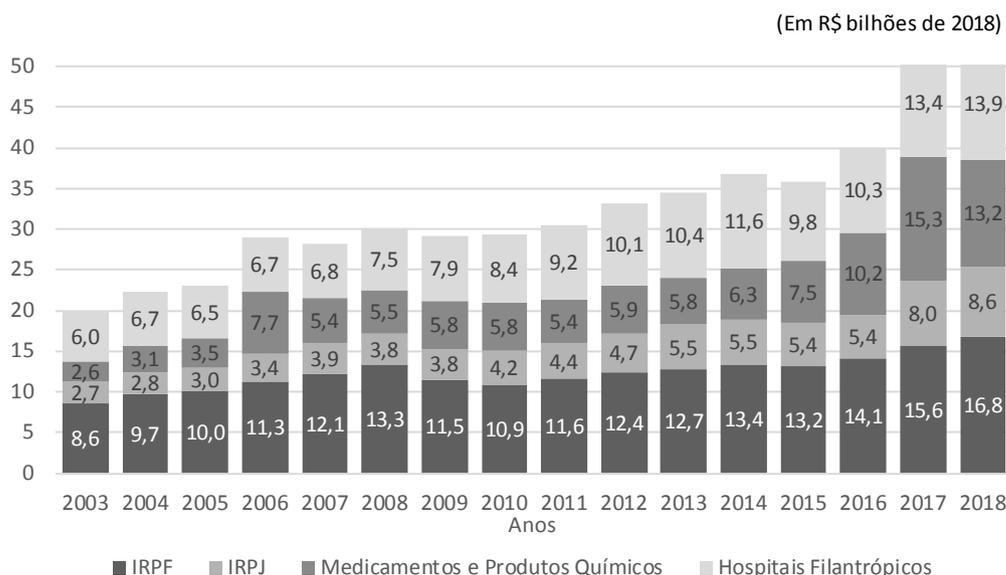
Em geral, em termos normativos, eles poderiam atender os seguintes objetivos, de forma combinada ou não: patrocinar o consumo de planos de saúde; fortalecer a regulação dos preços do mercado de planos; reduzir a fila e o tempo de espera nos serviços especializados do setor público; diminuir a carga tributária dos contribuintes que enfrentam gastos catastróficos em saúde; reduzir os gastos com bens e serviços privados de saúde da força de trabalho inserida no polo dinâmico da economia; e promover benefícios fiscais para certos grupos populacionais.¹ No entanto, quais são as suas consequências mais visíveis no caso brasileiro?

(i) dado que o gasto público em saúde é baixo e boa parte dos problemas de gestão decorre exatamente dos problemas de financiamento do SUS (Ocké-Reis, 2008-2009), a renúncia subtrai recursos significativos do sistema, que poderiam incrementar seu acesso e melhorar sua qualidade (Gráfico 2). À guisa de ilustração, esse subsídio se dá em detrimento de recursos que poderiam dobrar o orçamento da Estratégia de Saúde da Família ou qualificar os serviços especializados (consultas médicas, cirurgias eletivas e exames de média complexidade tecnológica) – fundamentais para consolidar a proposta de universalização

1 Em seu artigo seminal, Pauly (1986) aborda algumas dessas dimensões.

e integralidade da cobertura das ações e serviços prestados pelo SUS. Além do mais, tais subsídios não desafogam absolutamente os serviços médico-hospitalares do SUS, posto que os usuários de planos de saúde utilizam seus serviços (vacinação, vigilância em saúde, urgência e emergência, banco de sangue, transplante, hemodiálise, medicamentos de alto custo e serviços de alta complexidade tecnológica em particular na área cardiológica e oncológica). Dessa maneira, paradoxalmente, o SUS acaba socializando parte dos custos das operadoras – a exemplo do contencioso em torno do ressarcimento (Ocké-Reis, 2018; Sá, 2018; Santos, 2011);

GRÁFICO 2

Gasto tributário em saúde,¹ segundo fontes - 2003-18

Fonte: RFB.

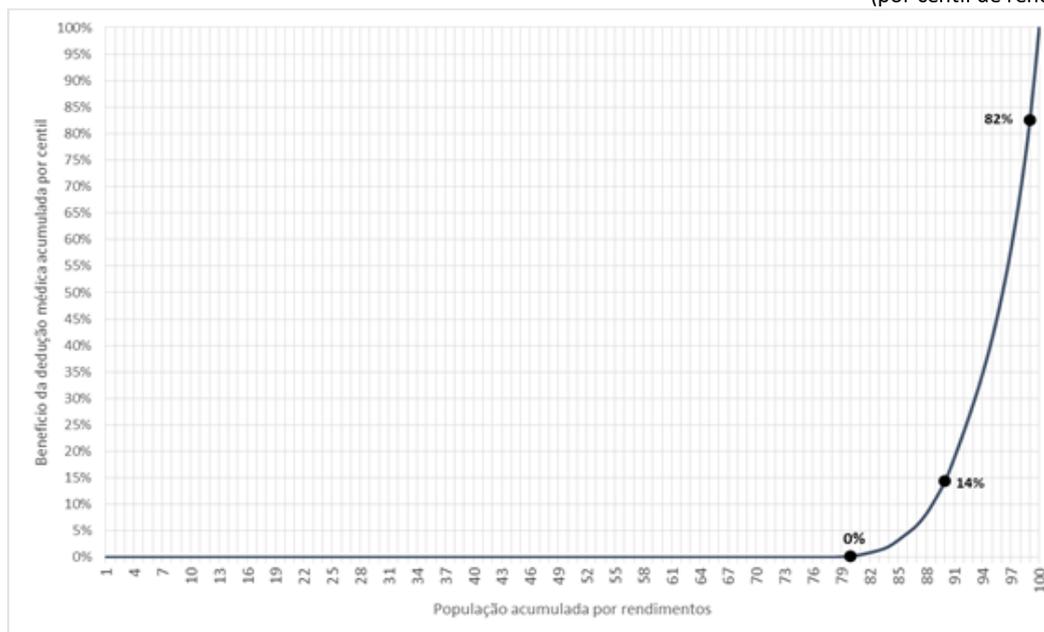
Elaboração do autor.

Nota:¹ Corrigido pelo IPCA médio de 2018.

(ii) a renúncia amplia a iniquidade do sistema de saúde, uma vez que piora a distribuição do gasto público per capita para os estratos inferiores e intermediários de renda: os 40% mais pobres se apropriam de cerca da metade dos gastos com internações hospitalares e de 45% das despesas com procedimentos ambulatoriais frente a uma participação da ordem de 10% para os 20% mais ricos. Na composição do total das despesas, cabe a metade mais pobre pouco mais de 55% frente a uma participação de 1/5 para os 30% mais ricos (Silveira, 2013). Dito de outra forma, conforme demonstrado no Gráfico 3, da ótica das despesas médicas isentas no IRPF, os subsídios beneficiam os estratos superiores de renda, dado que 1% dos indivíduos mais bem posicionados na pirâmide da distribuição se apropria de 18% do total (ME, 2020).

GRÁFICO 3

Distribuição dos contribuintes do IRPF, gasto tributário das despesas médico-hospitalares - 2016
(por centil de renda)

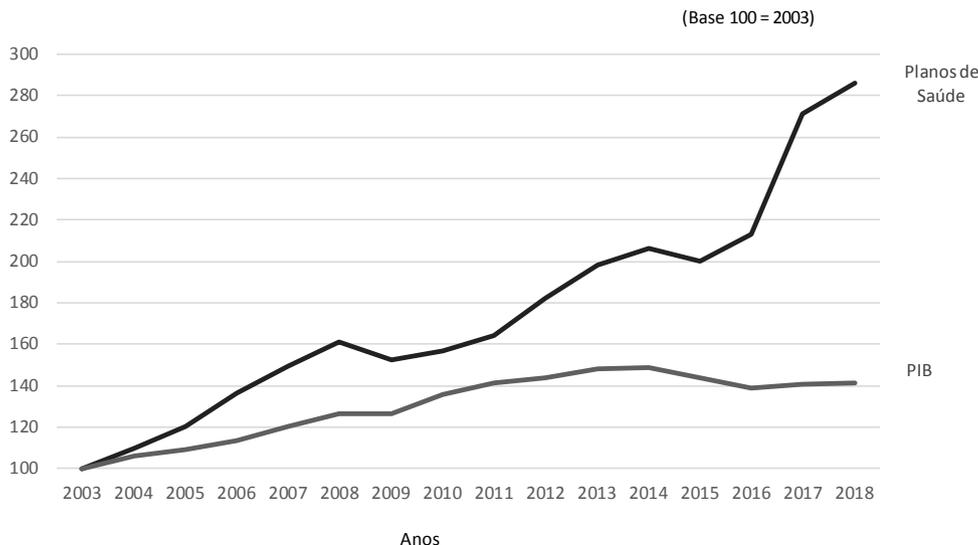


Fontes: RFB e PNAD Contínua.

Elaboração: Secretaria Especial da Fazenda/ME.

(iii) no tocante à regulação de planos de saúde, como observado no Gráfico 4, o subsídio associado ao consumo de planos de saúde poderia calibrar a política de reajustes de preços dos planos individuais praticada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Entretanto, constata-se que a taxa de inflação acumulada dos planos foi superior à taxa média de inflação da economia e do próprio setor saúde nos últimos vinte anos (Ocké-Reis, Fiuza e Coimbra, 2020), evidenciado que o Estado não atuou no sentido de promover o bem-estar social, por meio da regulamentação substantiva dos preços, liberando o orçamento das famílias para o consumo de massa de bens duráveis e não-duráveis. Ademais, nada garante que a nova metodologia para o cálculo do reajuste anual dos planos de saúde individuais e familiares mudará esse cenário (Fiuza, Marinho e Ocké-Reis, 2020). Esse cenário tende a se agravar se notarmos que os indicadores econômico-financeiros desse mercado apresentaram um desempenho satisfatório no período recente (Martins, Ocké-Reis e Drach, 2021), reforçando a ideia de que, do ponto de vista das operadoras de planos de saúde, esse subsídio tornou-se injustificável.

GRÁFICO 4

Crescimento Real: Gasto Tributário com Planos de Saúde^{1,2} e PIB³ - 2003-18

Fontes: RFB e IBGE. Elaboração do autor.

Nota¹: Corrigido pelo IPCA médio de 2018.Nota²: O gasto tributário com planos de saúde foi obtido somando a rubrica 'planos de saúde' do IRPF e a rubrica 'assistência médica, odontologia e farmacêutica a empregados' do IRPJ.Nota³: Deflator implícito (IpeaData).

Em suma, tendo em mente esses impactos provocados pela renúncia, o poder executivo não pode renunciar seu papel de regular o gasto tributário em saúde, cujo desenho dependerá do projeto institucional do governo para o setor, bem como do seu poder de barganha para superar os conflitos distributivos na arena setorial (Piola *et al.*, 2010) e para resistir à sua captura pelo mercado de planos de saúde (Vilarinho, 2010).

Conflito Distributivo

Considerando as relações contraditórias entre o sistema público e o 'subsistema' privado de saúde, parece aceitável que o Estado atenuie o conflito distributivo decorrente dos impactos desse subsídio.

Vale dizer, esse tipo de incentivo governamental não é novidade nas relações econômicas estabelecidas entre o Estado e o mercado de serviços de saúde, e, portanto, seria natural esperar que o gasto tributário fosse ao menos justificado nas diretrizes do Ministério da Saúde.

Contudo, para além da concentração de renda provocada pela política de austeridade fiscal, o ponto a ser destacado repousa na seguinte constatação: dado que os atores institucionais e sociais envolvidos nesse processo têm uma expectativa difusa em relação a determinadas alterações nos subsídios, esse conflito não encoraja a adoção de medidas governamentais no curto prazo, por diversas razões:

(i) no plano teórico, a renúncia não é vista como peça-chave para a reprodução do sistema de saúde duplicado e paralelo. Afinal de contas, não se trata de desoneração fiscal qualquer; pelo contrário, essa foi historicamente essencial para o nascimento e a dinâmica do mercado de planos de saúde (Ocké-Reis, Andreazzi e Silveira, 2006);

(ii) no plano econômico, os efeitos da recessão do período entre 2015 e 2016, que expulsou mais de 3 milhões de usuários de planos de saúde (Ocké-Reis, Fiuza e Coimbra, 2019), continuaram pressionando o SUS no período seguinte, em especial depois do surgimento da covid-19 em 2020. Desse modo, se reconhecemos que o fim dos subsídios aumentaria a carga tributária dos estratos intermediários e superiores de renda, sem a contrapartida de um SUS plenamente universal e integral (Ocké-Reis e Marmor, 2010), dada a gravidade da crise econômica e sanitária, uma alternativa mais razoável seria mudar a composição da carga tributária global, desonerando as classes populares e médias, penalizadas por uma carga que incide sobre o trabalho e sobre a produção, à medida que não se tributa a alta renda, a herança e o patrimônio, de acordo com os princípios da progressividade (Silveira, Passos e Guedes, 2018);

(iii) no plano político, contrariar determinados interesses enraizados na relação Estado/sociedade pode gerar realinhamentos imprevisíveis no ciclo político-eleitoral. No primeiro momento, a legitimidade de redução, eliminação ou focalização do subsídio poderia ser contestada pelas 'classes médias', que tem certa influência na opinião pública; pelos trabalhadores do setor público, privado e das empresas de economia mista, que perderiam todo ou parte do subsídio; pelas operadoras de planos de saúde, por clínicas e hospitais privados e pelos profissionais de saúde, que perderiam também parte da sua receita, uma vez que o gasto tributário funciona como patrocínio para o consumo de bens e serviços privados (Ocké-Reis, 2018);

(iv) no plano institucional, não se pode deixar de registrar que os poderes executivo, legislativo e judiciário – isto é, o núcleo do poder decisório do Estado brasileiro – é coberto por planos privados de saúde ou por formas híbridas como os planos de autogestão, e contam com benefícios da renúncia de arrecadação fiscal. Além disso, seus membros recebem incentivos da União, sob a forma de salário indireto, para o consumo de bens e serviços privados de saúde (Ocké-Reis, 2000).

Em que pese o realismo desse cenário, para reverter ou mitigar o efeito regressivo desse subsídio, em sentido genérico, uma alternativa seria aumentar os recursos financeiros e melhorar a qualidade do SUS, bem como ampliar a capacidade regulatória do Estado sobre os planos de saúde.

Considerações Finais

Apesar da austeridade fiscal, o montante de recursos alocados nos subsídios poderia contribuir para superar certas iniquidades do sistema de saúde brasileiro, que estão sendo agravadas durante a pandemia da covid-19.

Para implantar essa mudança, seria necessário convencer a sociedade acerca das vantagens da sua eliminação, redução ou focalização, desde que tais recursos fossem aplicados na atenção primária e na média complexidade do SUS. Em particular, a conversão de gasto público indireto em direto na área teria mais sentido clínico e epidemiológico, se contribuísse mesmo para negar e superar o atual modelo de atenção assistencial, fustigando as iniquidades do sistema de saúde brasileiro.

Uma mediação seria copiar a área da educação e criar um teto para o abatimento dos gastos com saúde no imposto a pagar das famílias e empregadores. Esse teto, em tese, poderia ser medida fiscal e socialmente responsável no longo prazo, desde que se respeitassem forçosamente determinadas pré-condições no campo das políticas públicas:

- (i) ampliação dos recursos destinados ao SUS – que hoje se encontra ‘desfinanciado’ – a partir do espaço fiscal aberto com a redução do abatimento. Vale dizer, essa operação supõe mudar o regime fiscal vigente, já que o aumento de arrecadação não reverte em ampliação de gasto, dado o teto estabelecido pela EC 95;
- (ii) considerando a magnitude da renúncia associada aos gastos com planos de saúde, regular preço, cobertura e qualidade dos planos empresariais de saúde, que são a maioria do mercado, objetivando garantir o bem-estar e reduzir os gastos das famílias e dos empregadores em geral com bens e serviços privados de saúde;
- (iii) além do abatimento das despesas médicas do IRPF, uma vez que a renúncia se aplica de igual modo ao empregador, quando paga planos de saúde a seus empregados enquanto salário indireto, reduzir esse subsídio não pode ser descartado. Tais despesas operacionais podem ser abatidas do lucro tributável e sua mitigação deve ter um impacto positivo sobre a arrecadação (a renúncia fiscal da saúde associada ao Imposto de Renda da Pessoa Jurídica atingiu R\$ 8,3 bilhões em 2018);
- (iv) diminuir deduções concentradas na cauda superior da distribuição de renda, visando desonerar o peso da redução do abatimento das despesas médico-hospitalares sobre as ‘classes médias’.

Conforme destacam Remler, Brown e Glied (2005), o Estado não pode fechar os olhos em face da tendência de custos e preços crescentes na assistência médica, entretanto, na atual conjuntura histórica, considerando-se as adversidades do ciclo político-eleitoral (Ocké-Reis, 2020), existe grau de indeterminação quanto à disposição

da atual coalizão governamental em alocar os subsídios fiscais para o SUS, visando a melhoria do seu acesso e da sua qualidade.

Referências

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 109**, de 15 de março de 2021. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc109.htm>. Acesso em: 2 abr. 2021.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 106**, de 7 de maio de 2020. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc106.htm>. Acesso em: 2 abr. 2021.

BRASIL. **Decreto Legislativo nº 6**, de 20 de março de 2020. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Portaria/DLG6-2020.htm>. Acesso em: 2 abr. 2021.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 95**, de 15 de dezembro de 2016. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm>. Acesso em: 1 abr. 2021.

DWECK, E.; ROSSI, P.; MELLO, G. Sobre o diagnóstico falacioso da situação fiscal brasileira. In: DWECK E.; ROSSI, P.; OLIVEIRA, A. L. (Orgs.). **Economia pós-pandemia: desmontando os mitos da austeridade fiscal e construindo um novo paradigma econômico**. São Paulo: Autonomia Literária, 2020. p.172-182.

FIUZA, E. P. S.; MARINHO, A.; OCKÉ-REIS, C. O. **A nova metodologia de reajuste dos planos de saúde medirá os custos, os preços e a eficiência das operadoras?** Rio de Janeiro: Ipea, 2020. (Nota Técnica n.º 90.)

FUNCIA, F. R. Subfinanciamento e orçamento federal do SUS: referências preliminares para a alocação adicional de recursos. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 24, n.º 12, p. 4405-4414, 2019.

MARTINS, N. M.; OCKÉ-REIS, C. O.; DRACH, D. C. **Financeirização dos planos de saúde: o caso das operadoras líderes no Brasil (2007-2019)**. Rio de Janeiro: Instituto de Economia (UFRJ), 2021. (Texto para Discussão n.º 001.)

ME – MINISTÉRIO DA ECONOMIA (Secretaria Especial da Fazenda). **Deduções do Imposto de Renda de Pessoa Física (IRPF) de despesas médicas**. Brasília: Boletim Mensal sobre os Subsídios da União (Secap), 2019. (Edição 9.)

MORETTI, B. Os impactos da Emenda Constitucional 95 sobre o SUS em 2021. **Revista Brasileira de Planejamento e Orçamento**, vol. 10, n.º 2, p. 27-40, 2020.

MORETTI, B.; FUNCIA, F. R.; OCKÉ-REIS, C. O. Teto dos gastos e o “desfinanciamento” do SUS. **Le Monde Diplomatique Brasil**, 2020. Disponível em: <<https://diplomatie.org.br/o-teto-dos-gastos-e-o-desfinanciamento-do-sus/>>. Acesso em: 17 set. 2020.

OCKÉ-REIS, C.O. Democracia brasileira sob fogo cruzado. Revista Rosa, 2020. Disponível em: < <https://revistarosa.com/1/democracia-brasileira-sob-fogo-cruzado>>. Acesso em: 2 abr. 2021.

----- . Sustentabilidade do SUS e renúncia de arrecadação fiscal em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 23, n.º 6, p. 2035-2042, 2018.

----- . Os problemas de gestão do SUS decorrem também da crise crônica de financiamento? **Trabalho, Educação e Saúde**, vol. 6, n.º 3, p. 613-622, 2008-2009.

----- . O Estado e os planos de saúde no Brasil. **Revista do Serviço Público**, vol. 51, n.º 1, p. 124-147, 2000.

OCKÉ-REIS, C. O.; FIUZA, E. P. S.; COIMBRA, P. H. H. **Inflação dos planos de saúde – 2000/2018**. Rio de Janeiro: Ipea, 2019. (Nota Técnica n.º 54.)

OCKÉ-REIS, C. O.; FERNANDES, A. M. P. **Descrição do Gasto Tributário em Saúde - 2003 a 2015**. Rio de Janeiro: Ipea, 2018. (Nota Técnica n.º 48.)

OCKÉ-REIS, C.O.; MARMOR, T.R. The Brazilian national health system: an unfulfilled promise? **International Journal of Health Planning and Management**, vol. 25, n.º 4, p. 318-29, 2010.

OCKÉ-REIS, C.O.; ANDREAZZI, M.F.S.; SILVEIRA, F.G. O Mercado de planos de saúde no Brasil: uma criação do Estado? **Revista de Economia Contemporânea**, vol. 10, n.º 1, p. 157-185, 2006.

PAULY, M. Taxation, health insurance, and market failure in the medical economy. **Journal of economic literature**, vol. 24, n.º 2, p.629-75, 1986.

PIOLA, S. F.; BARROS, M. E. D.; SERVO, L. M. S.; NOGUEIRA, R. P.; SÁ, E. B.; PAIVA, A. B. Gasto tributário e conflito distributivo na saúde. In: CASTRO, J.A.; SANTOS, C. H.; RIBEIRO, J. A. C. (Orgs). **Tributação e equidade no Brasil: um registro da reflexão do Ipea no biênio 2008-2009** . Brasília: Ipea; 2010. p. 351-374.

REMLER, D.; BROWN, L.; GLIED, S. Market versus state in health care and health insurance: false dichotomy. In: NELSON, R. R. (ed.). **The limits of market organization**. New York: Russell Sage Foundation, 2005. p. 213-230.

SÁ, E. B. de. **O público e o privado no sistema de saúde: uma apreciação do projeto de Plano de Saúde Acessível**. Brasília: Ipea, 2018. (Nota Técnica n.º 47.)

SANTOS, I. S. Evidência sobre o mix público-privado em países com cobertura duplicada: agravamento das iniquidades e da segmentação em sistemas nacionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 16, n.º 6, p. 2743-2752, 2011.

SILVEIRA, F. G. Equidade fiscal: impactos distributivos da tributação e do gasto social. In: **Prêmio Tesouro Nacional**, 17. Brasília, Distrito Federal. Anais. Brasília: Tesouro Nacional, 2013.

SILVEIRA, F. G.; FERNANDES, R. C.; PASSOS, L. **Benefícios fiscais do imposto sobre a renda da pessoa física e seus impactos redistributivos**. Rio de Janeiro: Ipea, 2019. (Nota Técnica n.º 57.)

STUCKLER, D.; BASU, S. **The body economic: why austerity kills**. UK: Penguin, 2013.

TUOHY C. H.; FLOOD, C. M.; STABILE, M. How does private finance affect public health care systems? Marshaling the evidence from OECD nations. **Journal of Health Politics, Policy and Law**, vol. 29, n.º 3, p. 359-396, 2004.

VILARINHO, P. F. A percepção da captura política da saúde suplementar no Brasil. **Cad. EBAPE.BR**, vol. 8, n.º 4, p. 694-709, 2010.

FISCAL AUSTERITY, HEALTH SUBSIDIES AND DISTRIBUTIVE CONFLICT

Recebido 03-abr-21 **Aceito** 12-abr-21

Resumo No contexto do ‘desfinanciamento’ do SUS, o gasto tributário em saúde parece indesejável no campo das políticas públicas da ótica da justiça distributiva. Ao beneficiar os estratos superiores de renda, cabe às autoridades governamentais refletirem como esse problema poderia ser enfrentado. Apesar dos efeitos contracionistas da política de austeridade fiscal, trata-se de um subsídio que, caso seu montante fosse destinado ao SUS, poderia contribuir para superar certas iniquidades do sistema de saúde brasileiro, em paralelo a outras iniciativas no campo das políticas públicas.

Palavras-chave economia da saúde; equidade; financiamento em saúde; alocação de recursos em saúde; gastos tributários em saúde

Abstract *Considering the de-financing of the Brazilian Unified Health System, the health-related tax expenditure seems to be undesirable under the distributive justice approach. As this subsidy favors the upper income level, the government must consider the means to solve this problem. Despite the budgetary constraint caused by the fiscal austerity, once these resources are allocated to SUS, they can contribute to overcoming some inequities in the Brazilian health system in parallel with other initiatives in the field of public policy.*

Keywords *health economics; equity; health care financing; allocation of health resources; health-related tax expenditure.*



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-crise/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.*

Como pagar pela construção de um Brasil autônomo e soberano: o caso do complexo econômico industrial da saúde



Gustavo Souto de Noronha noronha.gustavo@gmail.com
Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária. Rio de Janeiro, Brasil.

Daniel Negreiros Conceição danielnconceicao@gmail.com
Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano e Regional da Universidade
Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Brasil.

Introdução

O ano de 2020 foi marcado pela pandemia da Covid-19, a maior crise sanitária que a humanidade enfrentou desde a gripe espanhola. Inevitavelmente foram interrompidos fluxos comerciais internacionais e as medidas de confinamento para contenção do vírus paralisaram economias no mundo todo. Felizmente, em quase todos os países o dinheiro para que os governos centrais dessem resposta à crise apareceu, contrariando radicalmente o principal argumento em defesa da austeridade de que os governos haviam esgotado (ou corriam o risco de esgotar) suas fontes de financiamento. Transferências diretas de renda generosas tornaram-se regra em boa parte das nações. Em vários países foi dado socorro sem precedentes a famílias e empresas, com os governos assumindo aluguéis, custos de energia, e até folhas de pagamentos. A intervenção estatal substancial na economia se mostrou indispensável como resposta ao desafio civilizatório imposto pela pandemia à humanidade.

Entre os desafios colocados pelo surgimento do novo coronavírus o mais notório foi o desenvolvimento de vacinas em tempo recorde, muitas delas utilizando-se de técnicas consolidadas, outras exigindo desenvolvimento de conhecimentos e técnicas na fronteira da biotecnologia. Ambas as vacinas desenvolvidas no Brasil – uma de forma mais tradicional (Butantan-Sinovac) e outra com transferência de tecnologia (Oxford-AstraZeneca-Fiocruz)

– só foram possíveis com parcerias com empresas estrangeiras. Outrossim, o Brasil ainda enfrentou no início da crise dificuldade com o suprimento de máscaras N95 e respiradores para atendimento dos casos mais graves. Em janeiro de 2021 faltou oxigênio na cidade de Manaus.

Este quadro mostra a importância da construção de um Complexo Econômico Industrial da Saúde (CEIS) capaz de responder não apenas ao surgimento de novas doenças como o Sars-Cov2, mas que tenha a ambição de promover a autonomia estratégica do país na área da saúde. Neste curto ensaio procuraremos apontar os caminhos, possibilidades e restrições para construção deste projeto. Na próxima seção trabalharemos com a conexão entre o CEIS e a autonomia estratégica em saúde. Como entendemos que não é possível desenhar um programa deste porte sem uma efetiva política industrial puxada pelo investimento estatal, é preciso refletir sobre a natureza dos limites sobre os gastos do Estado. Para tanto, resgataremos a tese das Finanças Funcionais (Lerner, 1943) em economia e apontaremos os constrangimentos econômicos que devem ser levados em conta numa agenda fiscal funcional: a restrição externa e outros fatores potencialmente inflacionários. As possibilidades para a criação do CEIS diante das restrições da economia real serão tratadas em seguida para que na conclusão seja possível apontar uma agenda propositiva mínima.

O CEIS e a autonomia estratégica em saúde

Entendemos o CEIS como um sistema que integra setores industriais com os serviços de saúde e, portanto, tem impacto estrutural em toda a economia nacional. O CEIS deve ser percebido como fundamental para a construção da autonomia estratégica em saúde do Brasil. Além de importante peso no produto interno bruto (PIB), intensivo em tecnologias de ponta e conexão transversal com outros setores (como a indústria militar, particularmente quando se pensa a biotecnologia e a nanotecnologia), o provimento de bens e serviços de saúde, cuja demanda cresce inexoravelmente com o desenvolvimento socioeconômico e o consequente aumento da expectativa de vida da população, reforça o seu caráter essencial para a estruturação da economia e da sociedade. Estados influentes no sistema internacional (inclusive as potências emergentes como Índia e China) todos reconhecem o caráter estratégico da indústria da saúde (Padula, Noronha e Mitidieri, 2016). A pandemia da Covid-19 reforçou esse processo em países como Rússia, Índia e China, que fizeram do setor saúde um vetor chave para as suas recuperações econômicas desde o início da pandemia (De Bolle, 2021).

A emergência internacional de saúde pública provocada pelo novo coronavírus reforçou a percepção de que é necessário que o país

seja capaz (em tempo hábil) de mobilizar recursos para a produção de medicamentos antes importados; não dependa de fontes restritas de importação – seja(m) país(es) ou empresa(s); diversifique o máximo possível as fontes de importações (em termos de países e empresas, ou coalizões destes, considerando a propriedade do capital das empresas); diversifique as rotas comerciais de abastecimento e fontes de financiamento. (Padula *et al.*, 2016, p. 182)

Outro ponto importante é que, num sistema monetário internacional onde as moedas nacionais possuem diferentes níveis de aceitabilidade e a maior parte das transações comerciais ocorre em dólares estadunidenses, nações técnica e materialmente mais dependentes podem ser adversamente afetadas por mudanças bruscas nos rumos da economia dos EUA. Neste sentido, é importante construir parcerias alternativas, inclusive estabelecendo relações comerciais e financeiras denominadas em outras moedas que não o dólar, com os parceiros comerciais mais relevantes (União Europeia, demais países do BRICS e América do Sul), de modo a diluir o efeito adverso de variações mais bruscas na oferta de qualquer dada moeda estrangeira.

Uma agenda de segurança sanitária também procura

identificar a propriedade do capital das empresas que atuam no Brasil no âmbito do CEIS, especialmente as que participam de projetos produtivos (como as parcerias para o Desenvolvimento Produtivo, PDPs) com possibilidades de transferência tecnológica, assim como das empresas que fazem comércio com o Brasil (independentemente de sua localização territorial). Processos de concentração global da propriedade das empresas (por meio de fusões e aquisições) e da inovação tecnológica (patentes), com consequente processo de desnacionalização da indústria nacional, tendem a gerar vulnerabilidades econômicas e políticas, tornando vulneráveis a segurança em saúde e, de forma mais ampla, a segurança nacional. (Padula, *et al.*, 2016, p. 182)

A estruturação de um CEIS no Brasil também deve ser compreendida a partir da perspectiva de Veblen (2001) uma vez que as grandes empresas internacionais da indústria de saúde buscam lucros extraordinários a partir de posições privilegiadas. Neste sentido, eventualmente podem ocorrer situações em que inovações deixem de ser difundidas ou tenham seu uso retardado no que poderia ser classificado como uma sabotagem tecnológica no lugar da inovação. Na mesma linha, as firmas na fronteira do progresso técnico eventualmente impõem altos custos à utilização de novas tecnologias antes de sua difusão, o que pode impactar diretamente o cumprimento do preceito constitucional brasileiro de que a saúde é um direito de todos e dever do Estado.

Nesse sentido, a formulação de políticas públicas para a saúde deve fortalecer a capacidade do Estado brasileiro de produzir internamente aqueles bens e serviços de saúde que possibilitem o atendimento das necessidades da população, assegurando o acesso universal tanto em situações de normalidade, em crises sanitárias como a emergência internacional provocada pelo novo coronavírus, ou até mesmo numa guerra. Dito de outra forma, por “sua importância econômica, tecnológica, social, política e militar, o CEIS é uma indústria de caráter estratégico” cuja estruturação precisa estar concatenada a um projeto de país e não pode ser dependente do mercado ou da “vontade de potências externas e de organizações internacionais” (Padula *et al.*, 2016, p. 184). A vulnerabilidade esgarçada pela Covid-19, simbolizada de maneira terrível pela falta de oxigênio na cidade de Manaus em Janeiro de 2021, mostra a importância de uma indústria em saúde que tenha capacidade de responder a necessidades básicas diante de uma emergência de saúde pública.

Um dos principais mecanismos de estruturação e expansão do CEIS no Brasil é a política de Parceria para o Desenvolvimento Produtivo na Saúde (PDP), implementada pelo Ministério da Saúde desde 2008, em que busca utilizar o poder de compra do Estado para reduzir a dependência tecnológica do país (Gadelha e Temporão, 2018). Até 2019 havia ocorrido seis rodadas para seleção de projetos¹ (Costa *et al.*, 2019), não tendo ocorrida nenhuma nova rodada desde então. Em 2019, o Ministério da Saúde também suspendeu diversas PDPs que impactou na produção de 19 medicamentos (Moura, 2019).

O Estado brasileiro já é capaz de financiar a construção do CEIS

A moeda estatal (a base monetária que carregamos nos bolsos como papel-moeda e que dá lastro à moeda bancária) é a dívida do Banco Central do Brasil (Bacen) exclusivamente aceita como meio de pagamentos em todos os mercados da economia brasileira. Todos os demais participantes da economia lidam com a moeda estatal como um item escasso das suas carteiras de ativos. Isto significa que o Bacen, e somente ele, é capaz de criar meios de pagamentos *ex nihilo* para a execução de qualquer pagamento em qualquer mercado da economia nacional, bastando para tal adicionar valores a um item do seu passivo (normalmente, a conta de reservas bancárias de uma instituição financeira).

Como o saldo disponível na Conta Única do Tesouro (CUT) é reduzido quando o Tesouro realiza um pagamento e é incrementado quando o Tesouro recebe pagamentos (por exemplo, impostos) ou quando toma empréstimos (vende títulos públicos), e como no Brasil existe a proibição constitucional de que o Bacen financie o Tesouro (Art. 164 da Constituição Federal), defensores da austeridade alegam temer que o Tesouro eventualmente não consiga repor o saldo da CUT através da venda de títulos ao setor privado caso pratique déficits fiscais persistentes, sem que precise aumentar muito os juros ou que a economia chegue à situação insustentável de dominância fiscal².

Este temor é completamente infundado. Primeiramente, é importante apontar que a proibição constitucional ao financiamento do Tesouro pelo Bacen é uma restrição legal desnecessariamente autoimposta pelos legisladores constituintes e não representa um impedimento de natureza operacional. Mesmo assim, na prática é impossível que o Bacen não ofereça financiamento indireto ao Tesouro sem que abandone o seu compromisso com a manutenção da taxa de juros referencial da economia na sua meta (como também é contraditoriamente previsto no segundo parágrafo do mesmo Art. 164 da Constituição), supostamente em nome da manutenção da inflação no seu valor ideal. De fato, é assim que o governo se mantém abastecido de créditos contra o Bacen para gastar sem risco de explosão dos juros incidentes sobre a sua dívida, mesmo quando realiza gastos

1 Duas no governo Lula, 2009 e 2010; três no governo Dilma, 2011, 2013 e 2015; e uma no governo Temer, 2017.

2 Na dominância fiscal o endividamento público se tornaria insustentavelmente elevado e um aumento nos juros, ao invés de reduzir pressões inflacionárias, inclusive por induzir a valorização cambial, acabaria sendo inflacionário. Ao invés de tornar as dívidas públicas mais atraentes, juros mais altos afugentariam ainda mais os investidores do país, irremediavelmente preocupados com a situação fiscal supostamente insustentável do governo. Isso encarceraria a moeda estrangeira e todos os preços afetados pelo câmbio.

superiores aos impostos arrecadados: o financiamento complementar ao Tesouro já vem do próprio Banco Central. (Conceição, 2020)

Podemos nos referir, sem qualquer medo de errar, a cada pagamento estatal como uma operação criadora de moeda. A afirmação pode parecer estranha ao leitor acostumado com o entendimento usual sobre moeda e finanças públicas, mas é semanticamente inquestionável. Afinal, o estoque de moeda de uma economia é dado pelo estoque de papel-moeda em poder do público somado ao estoque de depósitos bancários. Cada pagamento pelo Tesouro adiciona moeda estatal às reservas de algum banco comercial (criação de base monetária) que, em contrapartida, aumenta o saldo da conta bancária do recebedor do pagamento (criação de moeda). Por simetria, o recebimento de impostos é uma operação destruidora de moeda.

A injeção de reservas pelo pagamento estatal adiciona nas carteiras dos bancos uma quantidade excedente de reservas que não rendem juros, e que eles gostariam de aplicar em alternativas rentáveis. Se imaginarmos cada pagamento a partir de uma situação em que os atores financeiros estão exatamente satisfeitos com as composições de suas carteiras, haverá excesso de reservas para o conjunto de agentes financeiros como um todo, e a aplicação em títulos públicos sobre os quais incide uma taxa de juros invariável graças à intervenção do Bacen será uma alternativa excepcionalmente mais atraente que as demais aplicações.

É assim que a base monetária criada pelo gasto público deficitário se transforma em dívida do Tesouro. Inicialmente o gasto deficitário se configura em aumento das reservas dos bancos. Só em seguida a porção excedente destas reservas (maior que os encaixes operacionalmente necessários, ou legalmente compulsórios) é convertida em títulos públicos rentáveis. Para os bancos (ou para o agente privado que decide adquirir títulos públicos na plataforma online), a operação é análoga à transferência de valores de uma conta corrente para uma conta de poupança. Isto é, a compra de títulos públicos representa uma mera recomposição da riqueza financeira criada pelo gasto público deficitário. Não é uma operação de financiamento ao Tesouro. Não faz sentido, portanto, que nos preocupemos com uma eventual rejeição da dívida remunerada do Tesouro pelos agentes privados sem que antes eles rejeitem a própria moeda estatal – da mesma forma que não faz qualquer sentido que alguém se recuse a aplicar saldos inutilizados da sua conta corrente em uma conta de poupança oferecida por um mesmo banco por temer sua insolvência, mas que não saque todo o dinheiro da conta corrente.

Este fato se torna ainda mais óbvio quando notamos que as aplicações de reservas em títulos públicos subsequentes à criação de moeda estatal normalmente sequer adicionam créditos ao saldo da CUT, pois são títulos negociados secundariamente. A injeção de reservas ocasionada por um pagamento estatal tende a pressionar para baixo os juros observados no mercado de dívidas públicas, uma vez que irriga de liquidez as carteiras de agentes privados que passam a procurar aplicações rentáveis para seus excedentes de moeda estatal. No entanto, há um tipo de título público cuja oferta precisa ser incrementada pelo Bacen sempre que há um aumento na sua demanda. É justamente o título emitido pelo Tesouro sobre o qual incide a taxa de juros referencial da economia (a Selic), cuja meta é escolhida pela autoridade monetária em nome da estabilidade dos preços da economia. Cada pagamento estatal só não resulta na redução da taxa Selic porque o Bacen oferece títulos remunerados pela taxa Selic em quantidade suficiente para que os agentes apliquem seus estoques

excedentes de moeda estatal sem que precisem convencer vendedores reticentes desses títulos a vendê-los com a oferta de valores maiores (i.e. sem que precisem aceitar juros menores).

Resta saber como o Tesouro consegue repor o saldo na CUT usado para realizar seus gastos deficitários sem que isso pressione a taxa de juros. Novamente, precisamos nos lembrar do compromisso do Bacen de manter estável a taxa básica de juros. Da mesma forma que a injeção de reservas por cada pagamento estatal pressiona negativamente os juros, forçando que o Bacen ofereça títulos em quantidade suficiente para satisfazer a demanda adicional dos agentes privados, a oferta de títulos públicos pelo Tesouro no mercado primário pressiona para cima os juros referenciais. Se os títulos públicos vendidos pelo Tesouro forem remunerados pela taxa Selic, o Bacen será obrigado a comprar no mercado secundário a quantidade necessária para que os títulos oferecidos primariamente pelo Tesouro não levem a taxa referencial acima da sua meta.

Como uma fração da riqueza financeira introduzida nas carteiras não governamentais costuma se manter na forma de base monetária – seja porque os bancos emissores da moeda bancária precisam manter encaixes de reservas operacionalmente necessários e/ou legalmente compulsórios, ou porque o público transforma parte da moeda bancária em moeda estatal –, o valor dos títulos vendidos pelo Bacen nas operações de enxugamento da liquidez criada pelo gasto público tende a ser menor que o valor das compras de títulos necessárias para manter na meta o juro referencial quando o Tesouro vende seus títulos públicos primariamente. Esta diferença é justamente o financiamento indireto dado pelo Bacen ao Tesouro brasileiro, necessariamente igual ao aumento da base monetária da economia, não porque esta seja uma das formas possíveis de financiar o gasto do Tesouro, mas porque todo gasto feito pelo Tesouro representa na sua origem um aumento da base monetária (e do estoque de moeda) que pode, subsequentemente, ser convertida em dívidas do Tesouro ou ser destruída pela cobrança de impostos.

Se não falta dinheiro, qual deve ser o limite para o gasto público?

Demonstramos acima que não há limite operacional para o valor dos gastos que o governo central brasileiro pode realizar. Diferentemente de usuários da moeda como famílias, empresas e governos subnacionais, o Tesouro cria a moeda com que realiza seus pagamentos e já conta com o financiamento indireto do Bacen para reabastecer sua conta única sem que a venda de novos títulos públicos precise elevar os juros incidentes sobre suas dívidas. Esta não é uma afirmação normativa. Não estamos defendendo que o governo passe a emitir moeda para financiar seus resultados deficitários. Já é assim que as coisas funcionam.

Embora não exista restrição financeira verdadeira para um governo monetariamente soberano como o brasileiro, o emaranhado de normas fiscais impostas ao governo brasileiro de fato impede que o Tesouro ajuste funcionalmente o tamanho dos seus gastos e sua política tributária às necessidades e potencialidades da economia brasileira. Este fato tornou-se cristalinamente óbvio quando bastou ao governo brasileiro que suspendesse as restrições legais sobre o seu gasto deficitário para que as fontes de financiamento ao gasto estatal, que o governo alegava estarem esgotadas, fossem revitalizadas e permitissem que o governo praticasse o maior

déficit primário da sua história para combater a pandemia e evitar que as suas consequências econômicas fossem ainda mais devastadoras.

A agenda fiscal funcional (Lerner, 1947) defendida neste artigo é aquela em que o governo gasta e tributa com olhos nas consequências econômicas da sua política fiscal, sem se preocupar com as alterações ao seu balanço patrimonial que a política fiscal venha a produzir. Simplesmente, uma agenda fiscal funcional busca o melhor resultado econômico possível, no curto, médio e longo prazo, mesmo que isso signifique “desequilíbrio” fiscal e endividamento estatal crescente.

O erro mais comum cometido pelos críticos das finanças funcionais é imaginar que ela represente a defesa de gastos ilimitados pelo governo. A verdade é o exato oposto. Defensores das finanças funcionais afirmam corretamente que não é necessário buscar o equilíbrio orçamentário ou o controle da dívida pública porque não há risco de esgotamento de fontes de financiamento ao emissor da moeda, mas, principalmente, porque a busca de um orçamento equilibrado acaba concorrendo com o enfrentamento competente das verdadeiras restrições ao desenvolvimento de uma economia monetária. Um governo emissor da moeda doméstica sempre pode criar mais moeda para resolver problemas que resultam da falta de demanda ou de fontes de financiamento para o custeio de alguma política pública materialmente viável. Já problemas associados à escassez de artigos que o governo não pode criar, como recursos produtivos indisponíveis ou moedas estrangeiras, exigem soluções menos óbvias.

É por isso que proponentes de uma agenda macroeconômica funcional devem estar sempre atentos aos dois limites econômicos que se impõem a uma economia em expansão: o limite inflacionário absoluto e a restrição externa. O primeiro limite se impõe no ponto em que ocorre o esgotamento das possibilidades produtivas de uma economia. Se estivermos falando das possibilidades produtivas para a economia como um todo, temos neste ponto o verdadeiro limite inflacionário da economia em que incrementos na demanda agregada não têm como ser acompanhados por aumentos no emprego e no produto real e passam a ocasionar apenas o aumento do nível de preços.

A mesma dinâmica inflacionária pode ser imaginada para explicar o aumento de preços em um ou mais mercados onde haja algum gargalo de oferta. Chamamos de inflação de demanda a situação em que o aumento na demanda é responsável pela pressão inflacionária e inflação de oferta (ou de custos) a situação em que a pressão inflacionária vem da retração da oferta, mas o mecanismo básico é o mesmo. Quando há demanda demais por alguma coisa, a tendência é que o preço dessa coisa aumente.

O problema de choques inflacionários muito violentos é que quanto maior o choque, maior a chance de ser desencadeada uma dinâmica inflacionária inconvenientemente inercial. Basicamente, como cada choque inflacionário afeta de maneira diferente as rendas reais de diferentes grupos econômicos, aumentando as rendas reais de uns e diminuindo as de outros, é natural que os grupos distributivamente desfavorecidos pelo choque inflacionário busquem repor suas perdas inflacionárias pelo reajuste dos preços de que dependem suas rendas. Se o choque inflacionário for desfavorável aos trabalhadores, é natural que tentem repor suas

perdas exigindo os reajustes de seus salários. Tais reajustes, por sua vez, afetam negativamente os lucros dos capitalistas que tentam reverter suas perdas através do reajuste dos preços de bens e serviços, ocasionando nova rodada de perdas aos trabalhadores. Esta dinâmica inflacionária inercial se torna tão mais persistente e potencialmente explosiva com a adoção generalizada de mecanismos de correção monetária, especialmente nos sistemas financeiro e bancário.

Para evitar a ocasião de choques inflacionários muito violentos, o gestor macroeconômico adepto das finanças funcionais deve estar sempre preocupado com as potenciais consequências inflacionárias de cada intervenção econômica. Não é o aumento do estoque de moeda ou da dívida pública em si que pode ter efeito inflacionário, mas as variações na oferta e demanda de/por bens e serviços. Numa economia que tenha atingido o pleno emprego certamente não é mais possível que o Estado adicione à demanda agregada sem que isso seja inflacionário, a não ser que consiga ao mesmo tempo expandir a fronteira de oportunidades produtivas da economia. É neste sentido que o investimento público, como na construção do CEIS, pode ter efeito desinflacionário, ao reduzir custos produtivos e expandir capacidades.

Finalmente, é necessário tratar de um gargalo de oferta particularmente inconveniente para a expansão de economias periféricas tecnológica ou materialmente dependentes, como a brasileira. Como o Brasil não possui uma indústria de bens de capital tecnologicamente sofisticados, a expansão do produto brasileiro acaba exigindo a importação de mais máquinas, equipamentos e tecnologias. Este efeito, combinado ao consumo crescente de artigos importados que acompanha a expansão da renda em países tecnicamente mais atrasados (novamente o caso brasileiro), faz com que uma importante restrição inflacionária à expansão econômica seja a capacidade de importar da economia. Neste sentido, a oferta de moedas estrangeiras aos importadores brasileiros pode ser entendida objetivamente como um limite de natureza material, uma vez que representa o acesso restrito a mercadorias indisponíveis domesticamente.

Novamente, um programa funcional de investimentos públicos, como a construção do CEIS, poderia reduzir a restrição cambial à expansão da economia brasileira, na medida em que aliviasse sua dependência de itens importados. De qualquer forma, a existência de uma restrição cambial não deve ser motivo para que se abra mão de uma agenda funcional expansionista promotora do pleno emprego. Afinal, num regime cambial flutuante como o brasileiro a consequência de um aumento na demanda por dólares que provavelmente acompanharia a expansão do produto/renda domésticos para além da oferta de dólares no mercado de divisas seria a desvalorização cambial e o seu efeito inflacionário. Mesmo que esta desvalorização não tivesse efeito positivo sobre a balança comercial, é difícil imaginar que a pressão inflacionária resultante da propensão a importar seria tão violenta a ponto de desencadear processos inflacionários incontroláveis e deletérios. Muito mais preocupantes são as inversões bruscas de fluxos de capitais que podem ter consequências cambiais e inflacionárias muito mais violentas em períodos muito mais curtos. Nestes casos, é a gestão monetária competente e a regulação financeira que servem de ferramentas mais eficazes para reduzir o risco de tais choques.

Conclusão: O CEIS e as possibilidades econômicas para o Brasil do futuro

Se os limites inevitáveis a uma expansão do gasto público não estão nos constrangimentos legais arbitrários, mas em problemas econômicos reais como o esgotamento das oportunidades produtivas e a restrição externa, é preciso identificar como a construção do CEIS se relaciona com essas limitações. Em última instância, procuramos entender não apenas se é possível construir um sistema de indústrias na área da saúde, como também se o CEIS contribuiria para a busca do pleno emprego e do desenvolvimento.

Investimentos em alta tecnologia e que aumentem a produtividade geral da economia tendem a resultar num maior PIB potencial e, conseqüentemente, num espaço maior para que a expansão do gasto público não seja inflacionária. Uma política industrial que priorize o CEIS tem a capacidade de dar resposta a esse duplo desafio, por um lado expandindo a fronteira tecnológica e por outro melhorando as condições de saúde da população.

A restrição externa sempre foi tida como o principal impedimento ao desenvolvimento autônomo brasileiro no século XX, quando o país experimentou severas crises de balanço de pagamentos. Padula *et al.* (2016) mostraram que existe uma concentração de poder de mercado e produção da indústria de saúde em poucos países, mesmo com mercados internos modestos, como a Suíça e a Bélgica. Trata-se de um setor com forte conteúdo tecnológico, na fronteira do conhecimento da biotecnologia, nanotecnologia, químico-farmacêutico, etc. Assim, a crescente demanda brasileira por produtos biotecnológicos, quase sempre indisponíveis nacionalmente, contribui para o crescimento do déficit da balança comercial e a persistência da nossa dependência externa. A construção de um CEIS brasileiro não apenas reduziria o déficit comercial do setor, mas contribuiria para a redução da dependência tecnológica brasileira através de um processo de *catching up* como feito na China e, principalmente, na Índia (Padula *et al.*, 2016).

Neste sentido, a estruturação do CEIS torna-se imprescindível para minimizar a vulnerabilidade externa brasileira, num cenário de gastos crescentes combinado com um poder concentrado em poucas empresas de poucos países. Uma matriz insumo-produto do setor da saúde dependente demais de importações e de firmas de capital estrangeiro representa uma fragilidade que pode comprometer não apenas a satisfação de demandas sociais e setoriais, como também a execução de um projeto nacional de desenvolvimento. A aposta na construção de um CEIS deve, portanto, ser um dos pilares de uma política industrial brasileira que contemple não apenas a formação de uma regulação favorável ao desenvolvimento da indústria como também faça uso do poder de compra do Estado para induzir o fortalecimento de setores estratégicos para a economia nacional com, por exemplo, a retomada das PDPs.

Lembremos, finalmente, que o Brasil goza de algumas vantagens econômicas substanciais, tanto naturais quanto construídas, para o desenvolvimento do CEIS. Possuímos uma enorme biodiversidade que potencializa nossa capacidade de desenvolvimento biotecnológico, além de centros de excelência em pesquisa em saúde como a Fundação Oswaldo Cruz e o Instituto Butantã, que se destacaram no desenvolvimento de vacinas contra o Sars-Cov2, e importantes redes de pesquisas nas principais universidades brasileiras, inclusive com capacidade de absorção de tecnologias estrangeiras.

Por fim, um grande desafio que o Brasil precisará superar para que seja capaz de construir o seu CEIS é a deterioração de suas relações internacionais desde 2019 em razão de uma política externa baseada numa cooperação quase unilateral com os EUA. Sem retomar sua relevância no Brics e seu papel de fomentador da integração da América do Sul, via Unasul e Mercosul, coordenando uma estratégia comum de desenvolvimentos setoriais com esses parceiros, a constituição do CEIS pode sofrer reveses incontornáveis.

Referências

CONCEIÇÃO, Daniel Negreiros. Gasto público e criação de dinheiro como dois lados da mesma moeda (soberana). Em BERCOVICI, Gilberto *et al.* Utopias para reconstruir o Brasil. São Paulo: Quartier Latin. 2020.

COSTA, N. R.; LAGO, R. F.; SOUSA, A. C. A.; RAUPP, A. C.; JATOBÁ, A.. Complexo Econômico-Industrial da Saúde e a produção local de medicamentos: estudo de caso sobre sustentabilidade organizacional. In: **Saúde em debate**, v. 43, n. spe7, p. 8-21, 2019. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019001200008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 22 mar. 2021.

DALTO, Fabiano A. S.; GERIONI, Enzo M.; OZZIMOLO, Júlia A.; DECCACHE, David; CONCEIÇÃO, Daniel N.. Teoria monetária moderna. Editora Nova Civilização. Edição do Kindle, 2020.

DE BOLLE, M. Índia, Rússia e China reinventaram a economia com foco na saúde pública para a covid-19. Brasil pode fazer o mesmo. **El País**. 08 fev. 2021. Disponível em <<https://brasil.elpais.com/opiniao/2021-02-08/india-russia-e-china-reinventaram-a-economia-com-foco-na-saude-publica-para-a-covid-19-brasil-pode-fazer-o-mesmo.html>>. Acesso em 08 fev. 2021.

GADELHA, C. A. G.; TEMPORAO, J. G.. Desenvolvimento, Inovação e Saúde: a perspectiva teórica e política do Complexo Econômico-Industrial da Saúde. In: **Ciência e saúde coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1891-1902, jun. 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601891&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 22 mar. 2021.

IBGE, Coordenação de Contas Nacionais. **Conta-satélite de saúde: Brasil: 2010-2015**. Rio de Janeiro: IBGE, 2017. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). **OECD Health Statistics**. 2021. Disponível em <<http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>>. Acesso em 10 fev. 2021.

LERNER, Abba P. Functional Finance and the Federal Debt. *Social Research*, vol. 10, no. 1: pp. 38-51, fevereiro 1943.

MOURA, T. Ministério da Saúde suspende 19 medicamentos gratuitos do SUS. In: **Correio Braziliense**. 16 jul. 2019. Disponível em <<https://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/ciencia-e-saude/2019/07/16/>>

[interna_ciencia_saude,771353/ministerio-da-saude-suspende-19-medicamentos-gratuitos-do-sus.shtml](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000100013)>. Acesso em 22 mar. 2021..

NORONHA, J. C.; NORONHA, G. S.; COSTA, A. M. A revolta contra os pobres: saúde é para poucos. **Saúde em Debate**, v. 41, p. 13-19, 2017. Disponível em <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000100013> & HYPERLINK "https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000100013"pid=S0103-11042017000100013">. Acesso em 10 fev. 2021

PADULA, R.; NORONHA, G. S.; MITIDIARI, T. L. Complexo Econômico-Industrial da Saúde, Segurança e Autonomia Estratégica: a inserção do Brasil no mundo. In: Gadelha, C. A. G.; Gadelha, P.; Noronha, J. C.; Pereira, T. R. (Org.). **Brasil Saúde Amanhã: complexo econômico-industrial da saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2016, p. 173-227.

VEBLEN, T. **The Engineers and the Price System**. Kitchener: Batoche Books, 2001. Disponível em: <<https://socialsciences.mcmaster.ca/~econ/ugcm/3ll3/veblen/Engineers.pdf>>. Acesso em 08 fev. 2021.

HOW TO PAY FOR THE CONSTRUCTION OF A SOVEREIGN AND SELF-SUFFICIENT BRAZIL: THE CASE OF THE MEDICAL-INDUSTRIAL COMPLEX

Recebido 15-fev-21 **Aceito** 23-mar-21

Resumo Entre os desafios colocados pela crise da Covid-19, o mais notório foi o desenvolvimento de vacinas, muitas delas utilizando-se de técnicas consolidadas, outras exigindo desenvolvimento de conhecimentos e técnicas na fronteira da biotecnologia. No Brasil a fabricação de vacinas só foi possível graças a parcerias com empresas estrangeiras detentoras de tecnologias indisponíveis nacionalmente. Além disso, o Brasil enfrentou dificuldades no suprimento de máscaras N95, respiradores e oxigênio para o atendimento dos casos mais graves. Este quadro mostra a importância da construção de um Complexo Econômico Industrial da Saúde (CEIS) capaz de responder não apenas ao surgimento de novas doenças como o Sars-Cov2, mas que promova a autonomia estratégica do país na área da saúde. Neste artigo, utilizamos a tese das finanças funcionais para demonstrar que não existe restrição de financiamento em reais para a construção do CEIS brasileiro, embora outras restrições ainda precisem ser levadas em conta.

Palavras-chave complexo industrial da saúde, finanças funcionais, Covid-19.

Abstract *Perhaps the most pressing challenge posed by the Covid-19 global pandemic was the development of vaccines, some based on established technologies, while others required for new knowledge and techniques to be developed, and for the very frontier of biotechnology to be pushed. In Brazil the production of vaccines was only possible because of partnerships with foreign companies who owned techniques that were domestically unavailable. N95 masks, respirators, and even oxygen were also insufficiently available to Brazilians throughout the worst phases of the pandemic. These facts suggest that the construction of a Brazilian medical-industrial complex is crucial not only for the country to deal with new diseases (like Sars-Cov2), but in order for the country to become as close as possible to strategically self-sufficient regarding the medical needs of its population. In this article we have used Abba Lerner's theory of functional finance to challenge the conventional view that the Brazilian State is fiscally constrained in its ability to spend reais for the construction of a national medical-industrial complex. While shortage of domestic currency is not a true constraint, other constraints must be taken into account.*

Key words *medical-industrial complex, functional finance, Covid-19.*
