



Saúde em Debate

ISSN: 0103-1104

ISSN: 2358-2898

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

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 em Debate, vol. 43, núm. 5, Esp., 2019, pp. 58-70
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S505>

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406369096006>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais informações do artigo
- Site da revista em redalyc.org

redalyc.org
UAEM

Sistema de Informação Científica Redalyc

Rede de Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal

Sem fins lucrativos acadêmica projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa
acesso aberto

O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública – austeridade versus universalidade

The future of the SUS: impacts of neoliberal reforms on public health – austerity versus universality

Ana Paula do Rego Menezes¹, Bruno Moretti², Ademar Arthur Chioro dos Reis¹

DOI: 10.1590/0103-110420195505

RESUMO O ensaio analisa os efeitos da política de austeridade sobre o Sistema Único de Saúde (SUS). Dados orçamentários e fiscais indicam que o Novo Regime Fiscal (NRF), criado pela Emenda Constitucional nº 95/2016 (EC 95), transformou o subfinanciamento crônico da saúde em desfinanciamento do SUS. Ademais, o NRF altera as relações entre as dimensões fiscal e social, uma vez que a despesa passa a ser avaliada a partir da pressão que exerce sobre o teto. Particularmente, o sistema de saúde universal se torna um excesso em relação ao limite estabelecido pela EC 95, pois os direitos sociais passam a aparecer como objeto de ajuste à fronteira fiscal, a partir da qual o gasto é tomado como irregular. Será mostrado que tais mudanças já implicam redução do orçamento disponível de saúde.

PALAVRAS-CHAVE Sistema de saúde. Direito à saúde. Austeridade. Financiamento da saúde pública.

ABSTRACT *The essay analyzes the effects of the austerity policy on the Unified Health System (SUS). Budgetary and fiscal data indicate that the New Tax Regime (NTR), created by Constitutional Amendment nº 95/2016 (CA 95), has transformed chronic underfunding into reduction of the health budget. In addition, the NTR alters the relations between the fiscal and social dimensions, since the expense is now evaluated from the pressure exerted on the cap. Particularly, the universal health care system becomes an excess in relation to the limit established by CA 95, since social rights begin to appear as an object of adjustment to the fiscal frontier, from which the expense is taken as irregular. The article shows that such changes already imply reduction of the available health budget.*

KEYWORDS *Health system. Right to health. Austerity. Public health financing.*

¹Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) – São Paulo (SP), Brasil.
ana_soter@icloud.com

²Senado Federal – Brasília (DF), Brasil.

Introdução

A garantia da saúde como direito foi uma conquista da sociedade brasileira e esteve diretamente associada à construção do Estado democrático de direito, resultado de um grande pacto social, expresso por meio da Constituição Federal de 1988. O Sistema Único de Saúde (SUS) é reconhecido como uma das políticas públicas mais inclusivas praticadas no Brasil. Antes, os brasileiros eram desigualmente divididos entre os ricos, que desembolsavam para pagar por seus próprios atendimentos de saúde, os que tinham empregos formais e acessavam os serviços de saúde oferecidos pela previdência pública, e os indigentes, aqueles que viviam à margem do mercado de trabalho formal, que não tinham a carteira assinada e peregrinavam em busca de atendimento à saúde por caridade ou por meio de alguns programas seletivos de saúde pública. Nos anos de 1980, pode-se afirmar que aproximadamente metade da população não tinha acesso aos serviços, e uma pequena fração era atendida eventualmente pela caridade das Santas Casas¹⁻³.

A partir de 1988, toda a população brasileira passou a ser beneficiária do SUS e favorecida, por exemplo, pelos seus avanços nas áreas de vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental, pelo Programa Nacional de Imunização (PNI), criado na década de 1970 e ampliado ao longo da existência do SUS, de modo a garantir acesso às vacinas do calendário preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), pela rede de urgência e emergência e pela melhoria dos indicadores de saúde que proporcionam maior bem-estar social.

A história do SUS é marcada pelo constante desafio de prover financiamento público adequado para assegurar a garantia do direito constitucional à saúde. A concepção do texto constitucional é a de que o SUS deveria ser financiado com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, além de outras fontes.

No entanto, apenas em 2000, com a Emenda Constitucional (EC) nº 29⁴, foi garantido o comprometimento das três esferas de governo com o financiamento da saúde e estabelecidas fontes estáveis, prevenindo crises ou situações de insolvência. Assim, os estados ficaram obrigados a aplicar, no mínimo, 12% de sua receita de impostos, os municípios, no mínimo, 15% da receita de impostos, e a União, o montante aplicado no ano anterior corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB). Em 2015, a EC nº 86⁵ tornou obrigatória a execução das emendas parlamentares individuais e estabeleceu 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 EC 29 marca, portanto, o início da vinculação orçamentária da saúde. Pode-se ressaltar que a norma induziu 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. Esse aumento foi consequência, principalmente, da vinculação das receitas estaduais e municipais destinadas à saúde.

Em 2000, os estados e os municípios participavam, respectivamente, com 20% e 21%, nos gastos públicos de saúde. O gasto ainda era muito concentrado na União (58%). Caso se retroceda à década de 1980, percebe-se maior concentração dos gastos de saúde em âmbito federal, com participação da União nos gastos de 75% do total⁶. Ao longo do tempo, cresceu a participação dos estados e municípios, inclusive pelo fato de que, com a EC 29, a União só tinha a obrigação de manter o gasto de saúde estável em relação ao PIB nominal. Em 2017, os estados aplicaram R\$ 68,3 bilhões (26%) em ASPS; e os municípios, R\$ 82,5 bilhões (31%). Os valores destinados pela União foram de R\$ 114,7 bilhões, representando apenas 43%.

Apesar da mobilização de gestores da saúde e do movimento social e de algumas iniciativas no parlamento visando ampliar os recursos

para a saúde, o SUS jamais contou com o volume de financiamento compatível exigido para sistemas universais e que pudesse garantir as premissas previstas na Constituição. O gasto total em saúde no Brasil se mantém em torno de 8% do PIB, sendo que mais da metade é composto por gastos privados⁷. As evidências internacionais sugerem que a universalização dos sistemas de saúde implica gastos públicos iguais ou superiores a 70% dos gastos totais no setor, estando o Brasil mais de 20 pontos percentuais abaixo desse patamar.

Neste ensaio, produzido a partir da análise de atores que estiveram implicados na gestão do SUS nas três esferas de governo ao longo dos últimos 30 anos, busca-se mostrar os efeitos de curto, médio e longo prazos da política de austeridade sobre a saúde pública. Metodologicamente, são utilizados dados orçamentários e fiscais para mostrar os efeitos imediatos e até 2036 do Novo Regime Fiscal (NRF), instituído pela EC 95⁸, sobre o SUS.

Defende-se o argumento que, em razão da EC 95, o subfinanciamento crônico é agravado pelo desfinanciamento do SUS. Antes de ingressar na dimensão empírica, argumenta-se, com base, principalmente, em Rancière⁹ e Foucault¹⁰, que o teto de gastos cria uma forma de expressão da ação do Estado (falada e visível) que consiste em dispor as políticas sociais como um excesso em relação ao limite estabelecido pelo congelamento da despesa, de maneira que os direitos sociais tenderão a aparecer como objeto de ajuste à fronteira fiscal a partir da qual o gasto será tomado como irregular.

Sob essa perspectiva, na próxima seção, discute-se a ideia de que o neoliberalismo, nos governos Temer e Bolsonaro, não é tão bem representado a partir da ideia tradicional de redução do Estado no domínio econômico para que o mercado possa agir livremente. Sob a chave aqui apresentada, ele deve ser lido como uma tecnologia de governo marcada pelo ativismo estatal em defesa de uma sociedade estruturada pelo critério da concorrência (extensível às esferas econômicas e não econômicas, como as políticas sociais) e na qual

o mercado se torna um princípio de crítica à ação de Estado. Em outros termos, o princípio já não é a autolimitação do Estado, que deve zelar para que o mercado funcione segundo as regras da concorrência, mas o oposto: é o mercado que se torna o padrão de regulação do Estado; o mercado se volta contra o Estado e fecha as práticas de governo na indução da concorrência como norma social e na crítica a toda intervenção como disfuncional ao interesse público.

Os governos Temer (2016-2018) e Bolsonaro (2019-2022) – neoliberalismo como hiperatividade do Estado a serviço do mercado

Defende-se a tese de que as ações do atual governo no Brasil, assim como o governo ilegítimo que o precedeu, têm base no neoliberalismo, compreendido como prática política que põe em ação uma racionalidade de mercado. Dessa forma, o neoliberalismo não consistiria meramente de uma radicalização do capital entregue a si mesmo, marcada pela retirada do Estado da economia, mas de um ativismo político-jurídico voltado a construir uma sociedade regida pela concorrência.

Sob esse viés, é preciso distinguir liberalismo e neoliberalismo, tomando-os, no limite, como reflexões que levam a práticas de governo opostas. No liberalismo clássico, trata-se de pedir ao governo que não intervenha, que respeite a forma do mercado e ‘deixe fazer’, demanda condensada no *laissez-faire*. No neoliberalismo, é como se a fórmula se invertesse, tornando o mercado um padrão de regulação das práticas de governo para não o deixar fazer. O mercado já não é uma instituição que limita o governo, mas um princípio virado contra o governo, que o regula, avaliando suas ações à luz de critérios estritamente econômicos.

É o próprio Estado que terá de intervir para produzir a concorrência, que não é produto de uma natureza humana, mas da governamentalidade neoliberal. A concorrência como lógica econômica só aparecerá e produzirá efeitos se construída mediante uma arte de governo ativa, à qual se pode dar o nome de neoliberalismo. Nela, o essencial não será a troca (remetendo à equivalência/igualdade), mas a concorrência/desigualdade, que pressupõe um intervencionismo jurídico-político que possa produzir as circunstâncias para a competição entre os agentes, inclusive em domínios não econômicos¹¹.

Nesse sentido, o neoliberalismo se distancia do liberalismo clássico, não devendo ser apreendido apenas em termos de redução do tamanho do Estado e limitação de políticas sociais que proveem cobertura contra riscos. Sua natureza é profundamente intervencionista, em termos da modelagem de uma sociedade inclinada a funcionar por meio da concorrência.

Foucault¹⁰ sintetiza as diferenças entre liberalismo e neoliberalismo, salientando que, no último, já não se impõe uma autolimitação do governo, mas sua regulação pelo mercado. No liberalismo clássico, pedia-se ao governo que respeitasse a forma do mercado e se ‘deixasse fazer’. Aqui, transforma-se o *laissez-faire* em não deixar o governo fazer, em nome de uma lei do mercado que permitirá aferir e avaliar cada uma de suas atividades. O *laissez-faire* se vira assim no sentido oposto, e o mercado já não é um princípio de autolimitação do governo, é um princípio virado contra ele.

Isso supõe a implementação de técnicas que permitam que o Estado e suas políticas sociais apareçam como excesso a conter, uma vez submetidas a um padrão de veridicação pelo mercado, cujo princípio é ‘não deixar o Estado fazer’. Assim, a partir de uma narrativa de que o descontrole de gastos foi responsável pela crise econômica e pelo aumento do índice de desemprego, o governo Temer adotou uma política econômica baseada na austeridade como princípio constitucional em detrimento das políticas sociais, o que deverá implicar

redução das despesas primárias em relação ao PIB e às receitas.

A primeira grande reforma de Temer foi a implementação de uma política de ajuste fiscal, com congelamento das despesas públicas por até 20 anos. Trata-se do NRF, instituído pela EC 95, que estabeleceu a limitação constitucional dos gastos públicos por até duas décadas, fato internacionalmente inédito e que trouxe consigo elementos reveladores da instauração do novo projeto neoliberal. Em sua essência, essa EC impossibilita ao Estado o cumprimento das obrigações constitucionais previstas desde 1988. A norma marca o fim do Estado garantidor de direitos, uma vez que a proposta impõe uma inversão de prioridades, impossibilitando o funcionamento dos serviços públicos e da rede de proteção social nos termos previstos na Constituição Federal.

Se o desfinanciamento de políticas sociais é resultado do teto de gastos, é antes de tudo porque ele constitui uma nova forma de apresentação sensível; isto é, ele funda uma nova relação entre o visível e sua significação, entre a palavra que expressa o público (a austeridade e o limite de gastos) e as políticas sociais como excesso a conter, incidindo sobre o financiamento de direitos.

Ao direcionar toda sua ação para limitar o gasto primário, o governo torna invisíveis alguns dos principais sorvedouros de recursos públicos nos últimos anos: as desonerações fiscais, a sonegação e o pagamento de juros. Por exemplo, desde o governo Temer, o pré-sal foi aberto às multinacionais petrolíferas, que passaram a contar com um regime de exploração que não pode ser caracterizado apenas a partir do conceito de ‘Estado Mínimo’. A rigor, o Estado neoliberal é ativo na construção de regras jurídicas que induzem o mercado, por exemplo, sob a forma de benefícios tributários, baixos índices de conteúdo local e de excedentes em óleo transferidos das empresas petrolíferas à União. Toda essa arquitetura produz maior atratividade aos leilões, ‘verificada’ sob a forma de ágios obtidos na licitação.

Entre as medidas em benefício das empresas

petrolíferas, vale destacar o regime tributário instituído, que resultou na possibilidade de dedução integral da base de cálculo do Imposto de Renda (IR) e da Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL) das importâncias aplicadas no setor. Apenas considerando os royalties, as empresas petrolíferas poderão fazer deduções que implicarão uma perda tributária superior a R\$ 1 trilhão em cerca de 30 anos. As perdas afetarão estados e municípios, pois 46% do IR são distribuídos aos entes federados via Fundos de Participação.

Ademais, o governo se recusa a debater o injusto e ineficiente sistema tributário, que pouco incide sobre a renda e o patrimônio, cobrando proporcionalmente mais de quem menos ganha. Como ilustração, vale citar a isenção de lucros e dividendos praticada pelo Brasil, que poderia acrescentar cerca de R\$ 50 bilhões às receitas públicas anualmente. Entre os países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), apenas a Estônia não tributa este tipo de renda¹².

O exposto acima não se contrapõe à ideia de que o equilíbrio fiscal seja um objetivo importante a perseguir. Todavia, a busca pela sustentabilidade fiscal não envolve necessariamente a imposição de um teto constitucional, aplicado a quase todas as despesas primárias (inclusive investimentos e políticas sociais), implicando decréscimo da despesa como proporção do PIB, mesmo que haja expansão das receitas. Esse desenho de teto, sem paralelo no resto do mundo, serve fundamentalmente à construção de restrições no curto prazo, criando o excesso de despesa como algo enunciável e visível e, portanto, o ajuste do modelo de proteção social como objeto de atenção pública no curto prazo.

O teto de gastos é o gatilho deste modelo de intervenção. Ao converter em regra de aparente racional¹³ a posição de valor que advoga pela redução das despesas sociais, ele produz a necessidade do corte estrutural, culminando na revisão dos pilares constitucionais atuais. Não é por outra razão que o teto antecedeu propostas como a da reforma da previdência social. Afinal, ele constitui a despesa como

um objeto a controlar, na medida em que seu excesso é expresso pelos riscos de superar o limite estabelecido pela EC 95. Nesses termos, a única resposta possível passa a ser o ajuste das dotações à realidade do teto, constrangendo o financiamento das políticas sociais e demandando mudanças abruptas em seus princípios, de maneira a requerer menos recursos públicos.

Aí reside a associação entre interesse público e a reforma da previdência social, que se converte em pauta urgente, diante da pressão exercida sobre o teto. Isto é, a lógica não é a sustentabilidade previdenciária, o que requereria também medidas pelo lado da arrecadação e de estímulo ao crescimento econômico. Trata-se, a rigor, de uma reforma fiscal induzida pelo teto de gastos, visando à redução do valor dos benefícios para conter a despesa, afetando, inclusive, pensionistas e aposentadorias especiais de trabalhadores expostos a agentes nocivos à saúde e de pessoas com incapacidade permanente.

Além disso, a própria restrição de acesso funciona como um mecanismo de exclusão previdenciária no caso de homens que ingressarem no sistema previdenciário após a promulgação da reforma, diante do aumento do tempo mínimo de contribuição em cinco anos. Se tal regra estivesse em vigor nos últimos anos, mais de 50% dos homens não teriam se aposentado por idade no meio urbano, diante do desemprego, da informalidade e da rotatividade no mercado de trabalho. A reforma ainda traz a previsão de desconstitucionalização dos direitos da segurança social, ilustrando a tese do ativismo estatal em favor da construção político-jurídica de um indivíduo adaptável aos imperativos econômicos, nos termos do que Wendy Brown¹⁴ denominou sujeito do sacrifício.

Além disso, há o risco de a capitalização voltar a ser discutida no Congresso Nacional, atestando que o objetivo do governo não é fazer uma reforma da previdência social que vise conferir sustentabilidade fiscal ao regime de repartição, diante do envelhecimento populacional. Mesmo porque, com o sistema de capitalização apresentado como alternativo

(e não complementar), reforma-se o sistema público de repartição para, em seguida, destruí-lo, uma vez que os novos empregos deverão ser ofertados no regime de capitalização (que, nos termos da proposta governamental originalmente apresentada, não terá contribuição obrigatória dos empregadores). Trata-se, a rigor, de uma reforma fiscal radical, sustentada pelo princípio de que cada um deve ser o gestor de sua própria proteção. O custo de transição para o sistema de contas individuais é assumido pelo Estado, na medida em que o sistema público já não contará com receitas dos atuais filiados. No Chile, por exemplo, o custo de transição da capitalização representou 130% do PIB¹⁵.

A questão, portanto, não se exaure na redução do Estado, devendo-se analisar de que maneira o neoliberalismo se converte em um tipo de intervenção estatal voltada a produzir o mercado, induzindo o sujeito da racionalidade concorrencial, o que supõe desconstituir os pilares solidários daseguridade social (saúde, previdência e assistência social) e criar os estímulos para um indivíduo fundado na racionalidade econômica concorrencial, gestor da sua própria proteção. Para tanto, o Estado deve ser ativo, de forma que o lema liberal não é tanto o *laissez-faire*. O que conta é o tipo de intervenção em favor do mercado, por exemplo, medido pelo custo fiscal de transição da repartição à capitalização, que deverá ser assumido pelo Estado.

É assim que o SUS, desde a gestão Temer, é objeto de propostas de mudança mais ou menos estruturais. Conforme já exposto, o gatilho de tais propostas é o teto de gasto, tomado aqui como uma nova forma pública de circulação da palavra e de exposição do visível, pela qual se constitui um encadeamento entre a austeridade e o ‘interesse coletivo’. Diante do congelamento de despesas, a EC 95 cria um tecido sensível em que toda expansão de despesa é experimentada como pressão exercida sobre o teto de gastos, convertendo as políticas sociais em mero objeto de controle.

Nesse sentido, os dados fiscais fundam um regime de sensorialidade, expresso por maneiras comuns de perceber as políticas sociais, que

são afetadas pela austeridade, pelo menos, em três aspectos distintos: a) redução do orçamento disponível no curto, médio e longo prazos; b) piora dos índices sociais em razão da redução orçamentária; c) associação narrativa entre a piora dos resultados e a defesa da revisão dos pressupostos das políticas sociais universais, demonstrando que não há circuitos lineares que levam da causa material a sua expressão.

A próxima seção se ocupará do primeiro aspecto citado, mostrando empiricamente os impactos da EC 95 sobre o SUS.

Do subfinanciamento crônico ao desfinanciamento do SUS

A EC 95 levará a saúde a uma crise de financiamento sem precedentes. Ainda que o País cresça e que as receitas reajam positivamente, as despesas primárias estarão (em seu conjunto) restritas ao teto de gastos. Isto é, elas se reduzirão como proporção do PIB ou das receitas.

O orçamento da saúde, no âmbito do governo federal, foi congelado por 20 anos, passando a ser reajustado apenas pela apuração da inflação, medida pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA). A EC 95 desconsiderou as necessidades de saúde da população, o impacto do crescimento populacional, a transição demográfica, a necessária expansão da rede pública, o impacto da incorporação tecnológica (crescente e cumulativa na área da saúde) e os custos associados à mudança do perfil assistencial determinado pela prevalência das doenças não transmissíveis e das causas externas e a própria inflação de saúde, superior aos demais setores da economia em âmbito internacional. Com o NRF, os gastos sociais ficam desvinculados de qualquer crescimento de receitas nos próximos 20 anos. Dessa forma, mesmo que aumente a arrecadação federal, não haveria mais investimentos nas áreas sociais.

O princípio básico da EC foi evitar que ganhos reais vindos do crescimento econômico fossem automaticamente transferidos às despesas primárias e, portanto, aos gastos em ASPS.

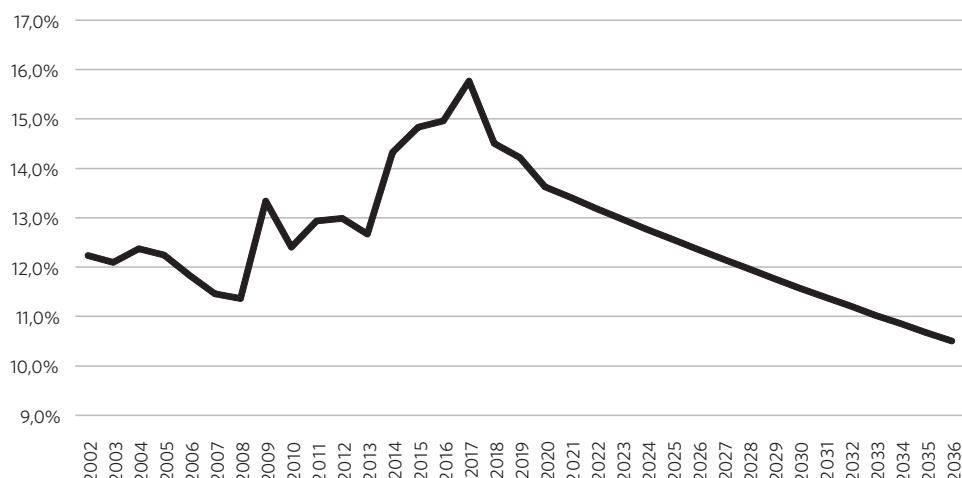
No que se refere à aplicação mínima, o problema se aprofunda quando se opta por uma base de partida deprimida pelo fraco desempenho da economia e da receita. A emenda dispôs que o valor mínimo obrigatório para ASPS, por até 20 anos, equivaleria a 15% da RCL de 2017, acrescidos da inflação, o que representava R\$ 109 bilhões, valor que sequer garantia, em termos reais, a execução de 2016, fato agravado pelo comprometimento crescente do orçamento da saúde com as emendas parlamentares impositivas¹⁶.

Entre 2003 e 2017, as despesas federais de saúde passaram de 58% para 43% das

despesas públicas totais. Significa dizer que os estados e, sobretudo, os municípios gastam proporcionalmente cada vez mais em saúde. Se mantido o congelamento, esses entes deverão ser responsáveis por 70% dos gastos públicos até 2036.

Quando se projeta como deve se comportar a despesa com ASPS em relação à RCL de cada exercício, se considerado o piso de aplicação entre 2020 e 2036, chega-se a uma estimativa de que os gastos em saúde corresponderão a cerca de 10% da RCL em 2036, último ano de vigência da EC 95.

Gráfico 1. Evolução das despesas ASPS (% da RCL)



Fonte: Elaboração própria. Siop, STN e LOA 2019.

Nota: Entre 2002 e 2018, valores efetivos. Para 2019, valores da LOA. Entre 2020 e 2036, considera o piso de aplicação de saúde, estimado a partir do IPCA de 4% e crescimento médio anual da RCL de 5,7%, igual ao verificado entre 2014 e 2019.

Conforme mostrado no gráfico 1, se o piso for utilizado como referência efetiva para a programação orçamentária de saúde, deverá haver uma queda dos gastos em ASPS superior a 5 pontos percentuais de RCL em cerca de 20 anos. Os impactos de médio e longo prazos também podem ser estimados para o SUS, comparando-se a aplicação no piso congelado da EC 95 e os valores obrigatórios, caso vigorasse a regra anterior (15% da RCL do exercício corrente). A expectativa,

elaborada pelos próprios autores, baseada no crescimento médio anual da RCL de 5,7% e do IPCA de 4%, é de perda estimada para as despesas federais em ASPS de R\$ 800 bilhões, entre 2020 e 2036, na hipótese de alocação do orçamento da saúde no piso da EC 95.

Para aqueles que consideram o cenário improvável, vale lembrar que o Projeto de Lei Orçamentária Anual de 2019 (Ploa) foi encaminhado pelo Poder Executivo com despesas

praticamente no piso, demonstrando o risco real de achatamento dos gastos de saúde, mediante a conversão do piso em teto. Os valores da Lei Orçamentária Anual (LOA) ficaram pouco acima do piso após as emendas parlamentares, mas já estão em torno do piso diante do contingenciamento anunciado.

O atual governo indica total concordância com a EC 95, que subjugou os investimentos em políticas sociais aos princípios da austeridade fiscal. O Ministro da Saúde tem defendido publicamente que o orçamento da saúde é ‘muito grande’¹⁷ e que otimizará os recursos ‘melhorando a gestão’ da pasta. Entretanto, já é possível analisar que o financiamento do SUS no primeiro ano do mandato de Jair Bolsonaro tem situação calamitosa.

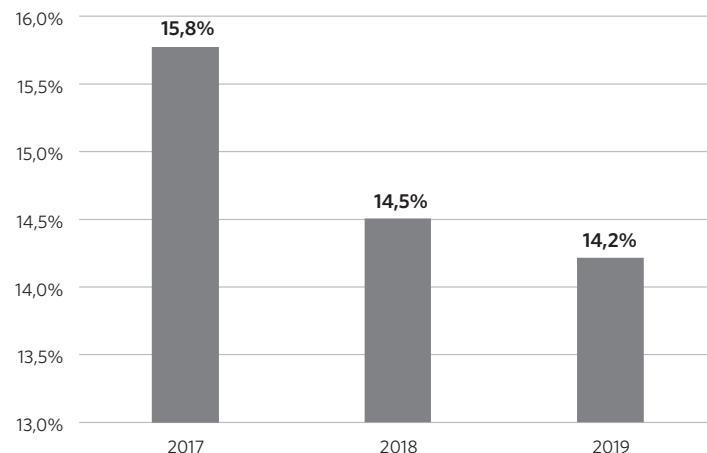
Segundo dados do Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento (Siop), consultados em maio de 2019, a LOA 2019 trazia R\$ 120,8 bilhões de despesas programadas em ASPS, expansão nominal de 2,8% em relação ao ano anterior. O crescimento sequer repõe a inflação de 2018, que foi de 3,75% (IPCA). As despesas na LOA 2019 já estão programadas próximas ao teto da EC 95, definido pelo limite de 2018, reajustado pelo IPCA de 12 meses (4,39%). Com isso, quaisquer ampliações orçamentárias em saúde devem ser compensadas com reduções

em outras áreas. Diante da redução geral das dotações, especialmente as discricionárias, sequer há espaço para a preservação real do orçamento de saúde.

Do total do orçamento para ASPS empêchando em 2018 (R\$ 117,5 bilhões), R\$ 11,7 bilhões não foram pagos, sendo R\$ 1 bilhão referente às emendas impositivas, e R\$ 10,7 bilhões, às ações programáticas. Significa dizer que o valor para pagamento com ASPS para 2019 também deverá ser comprimido para caber parcela desse adicional dos valores empenhados e não pagos em 2018, afetando ainda mais a disponibilidade financeira no presente exercício.

Se tomada a despesa com ASPS como proporção da RCL, percebe-se que, entre 2018 e 2019, ele já diminui 1,8 ponto percentual. Pelas regras da EC 95, o piso de aplicação de 2017 seria 15% da RCL, valor que deve ser atualizado pela inflação por até 20 anos. A despesa aplicada correspondeu a 15,8% da RCL no primeiro ano da EC 95, reduzindo-se para 14,5% da RCL em 2018 e para 14,2% da RCL em 2019, conforme estimativas da LOA. Percebe-se, pois, que os efeitos da EC 95 sobre o financiamento do SUS são imediatos, implicando gastos abaixo do patamar de 15% da RCL.

Gráfico 2. Despesas federais ASPS em relação a RCL (%)



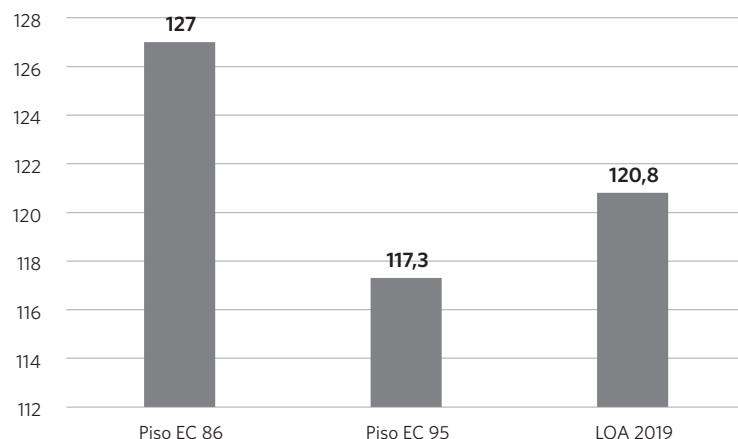
Fonte: Elaboração própria. Siop, STN e LOA.

Nota: Para 2017 e 2018, valores efetivos. Para 2019, previsão da LOA.

O congelamento do piso de ASPS foi condição necessária para que a área sofresse impacto imediato do limite imposto às despesas pela EC 95. A manutenção do mínimo obrigatório nos patamares de 2017,

que durará até 20 anos, já viabiliza a retirada de recursos do SUS no curto prazo. Convém notar que a diferença entre o piso anterior e o piso congelado da EC 95 é de quase R\$ 10 bilhões.

Gráfico 3. Comparação entre regras de aplicação em ASPS (R\$ bilhões)



Fonte: Elaboração própria. Siop, LOA 2019.

Com o congelamento do piso de aplicação em saúde, o setor já perde R\$ 8,2 bilhões em 2019, isto é, caso vigorasse o piso anterior – 15% da RCL de cada ano –, o orçamento da saúde seria, pelo menos, R\$ 8,2 bilhões maior do que o disponível. A perda estimada é resultado da diferença entre R\$ 127 bilhões, ou seja, 15% da RCL prevista para 2019 (mínimo obrigatório caso não vigorasse a EC 95), e o valor orçamentário disponível para 2019, de R\$ 118,8 bilhões (dotação da LOA, subtraindo-se os valores contingenciados na data de consulta ao Siop). Vale ressaltar que o orçamento disponível da saúde está praticamente no piso rebaixado da EC 95. Para 2020, a primeira proposta orçamentária encaminhada pelo governo Bolsonaro aprofunda o quadro aqui descrito. A dotação prevista de ASPS, de R\$ 122,1 bilhões, está quase no piso congelado da EC 95 (R\$ 121,2 bilhões). Se vigorasse o piso anterior, o orçamento de ASPS estaria mais de R\$ 10 bilhões acima do

valor proposto, indicando uma perda total para o SUS, em apenas dois anos, de quase R\$ 20 bilhões. Isto é, o piso já se tornou teto, materializando a submissão do orçamento de saúde ao princípio da austeridade.

O quadro pode se agravar com a proposta do governo de desindexar e desvincular despesas, o que afetaria o orçamento de ASPS de todos os entes federados. Um exercício simples pode ajudar a mostrar os efeitos perversos dessa proposta de desvinculação. Se, entre 2000 e 2017, o valor aplicado por todos os entes em saúde tivesse sido corrigido apenas pela inflação, sem o efeito da vinculação instituído pela EC 29/00, o valor total gasto em saúde, em 2017, teria sido de R\$ 104,6 bilhões, equivalente a apenas 39% do gasto atual, que é da ordem de R\$ 265,5 bilhões, correspondendo a um gasto público total de 1,6% do PIB. O gasto de saúde nesse período (2000-2017) seria R\$ 1,2 trilhão menor do que o observado¹⁸. Comparando-se

os dois cenários (com e sem a PEC da desvinculação), Moretti estima que, entre 2020 e 2036 (tomado como referência por ser o último exercício da EC 95), haveria uma perda superior a R\$ 2 trilhões para o SUS¹⁹.

Esse cenário configuraria a absoluta radicalização do princípio segundo o qual o sistema de proteção social deve se ajustar à lógica econômica concorrencial. Afinal, os gastos de saúde já não seriam regidos por qualquer obrigação mínima de execução e seus patamares passariam a depender de uma política econômica orientada exclusivamente pelos critérios de mercado. Eis aí a distopia neoliberal, na qual os Estados ingressam na lógica concorrencial sob a forma de políticas de austeridade voltadas a produzir confiança entre os investidores e indicadores fiscais que classificam a intervenção estatal como excesso a conter.

Além disso, os sujeitos responderiam à redução e à flexibilização dos gastos sociais buscando soluções individuais contra riscos sociais, constituindo-se em ‘empresas de si mesmos’. Por essa razão, defendemos o argumento de que o neoliberalismo não é apenas uma ideologia ou uma teoria econômica falsa, mas uma tecnologia de governo voltada a conduzir sujeitos e suas condutas por meio de uma racionalidade concorrencial, que visa ao desmonte do sistema proteção social fundado na solidariedade e, em particular, à destruição de um sistema de saúde universal que sequer chegou a constituir os instrumentos adequados de financiamento.

Considerações finais

Os impactos sobre o SUS se dão em um contexto que combina desfinanciamento da saúde e medidas que materializam no sistema posições de valor estranhas a seus pressupostos constitucionais. Os efeitos negativos sobre a saúde da população já puderam ser identificados nos primeiros cem dias do governo atual. Por exemplo, a perda de 8,5 mil médicos cubanos do Programa Mais Médicos, que atendiam a cerca

de 30 milhões de brasileiros, em 2,9 mil municípios e em aldeias indígenas, e a desistência de mais de mil médicos brasileiros que chegaram a ocupar essas vagas (cerca de 15% do total de vagas), deixando a população desassistida²⁰.

Além disso, o Ministro da Saúde anunciou a intenção de municipalização das ações de atenção básica à saúde e de saneamento básico em aldeias indígenas²¹. Deve-se considerar que, em um cenário de completa exaustão da capacidade dos entes federados em ampliar investimentos na saúde, a medida teria impactos negativos imediatos.

Um grande retrocesso na política de saúde mental é sinalizado pelo Ministério da Saúde, que defende a retomada de ampliação de leitos em hospitais psiquiátricos e passa a considerar as comunidades terapêuticas como dispositivos das redes de atenção psicossocial a serem financiadas pelos SUS. Chama a atenção a transferência da condução da Política Nacional de Álcool de Drogas do Ministério da Saúde para o Ministério da Cidadania, acompanhada da defesa da perspectiva da abstinência em detrimento da lógica de redução de danos com a priorização das internações ao invés do cuidado humanizado nas redes de atenção psicossocial.

Medidas tomadas em outras áreas também afetam a saúde da população, em particular, a flexibilização do porte de armas, a liberação irrestrita dos agrotóxicos e a criação do grupo para trabalhar em prol da redução da taxação dos cigarros.

Resta saber se, diante deste cenário que combina medidas que afetam a saúde da população e desfinanciamento do sistema, a perda de recursos será assimilável pelo SUS, com seus pressupostos constitucionais, como a universalidade e a integralidade. Conforme já exposto, essa é a função principal cumprida pelo teto de gastos. Ele cria o limite à ação de Estado como algo visível e dizível, demandando o ajuste de tudo aquilo que configure uma ameaça à fronteira a partir da qual a despesa pública será avaliada como fora de controle. Por seu turno, os ajustes em função do teto acabam por se chocar com as próprias diretrizes das

políticas sociais erigidas na Constituição de 1988, especialmente a seguridade social.

A situação poderá se agravar ainda mais se efetivada a intenção do governo, por meio do Ministério da Economia, de encaminhar ao Congresso Nacional PEC para desvincular recursos da União, estados e municípios, em nome de um ‘novo pacto federativo’. As áreas de educação e saúde seriam fortemente impactadas pela medida.

Como falar de um sistema universal ou de saúde como direito de cidadania com um SUS tão encolhido? A análise aqui produzida indica que teremos, objetivamente, caso persistam as ações de desfinanciamento, um SUS cada vez menor, precarizado, equivalente a cerca de um terço do que hoje é capaz de disponibilizar à população brasileira. São premissas que apontam para o retorno de um sistema de saúde excludente, para poucos. Não é possível prever os critérios que serão propostos para estratificação da população, muito menos a abrangência e qualidade do cuidado que será proporcionado. Pode-se vislumbrar, contudo, que a substituição da lógica de previdência social, inscrita na seguridade social, pelo regime de capitalização, a desconstrução e a precarização das políticas de assistência social, de saúde e de educação, terão efeitos nefastos e imediatos sobre a população brasileira, indicando a barbárie.

‘Novo Governo’, ‘nova política’, ‘nova previdência’, ‘novo pacto federativo’ são expressões que compõem os discursos do atual governo, em nível federal. Contudo, os projetos apresentados até agora remetem ao passado,

quando a política social não era praticada de modo a efetivar direitos, mas para manter a dependência de caridade e da lógica individual de acesso pelo mercado, mediado pelo poder aquisitivo de cada um. Pode-se dizer, concordando com o sociólogo Jessé Souza²², que para um país que descende da escravidão, o problema não é o gasto social caber no orçamento público, mas os direitos universais caberem no imaginário das elites, que representam a ‘ralé’ como ‘não-gente’, indigna de direitos. E aí, invertendo a imagem produzida pela propaganda oficial, só nos resta combater o admirável mundo velho, travestido de novo, no qual o orçamento público, livre de obrigações e vinculações sociais, serve apenas à naturalização da exclusão e para atender aos interesses do mercado.

Colaboradores

Menezes APR (0000-0002-1133-5776)* contribuiu para a concepção, o planejamento, a análise e a interpretação dos dados; revisão crítica do conteúdo; e aprovação da versão final do manuscrito. Moretti B (0000-0002-6517-0970)* contribuiu para a produção, a concepção, o planejamento, a análise e a interpretação dos dados; revisão crítica do conteúdo; e aprovação da versão final do manuscrito. Reis AAC (0000-0001-7184-2342)* contribuiu para a concepção, o planejamento, a análise e a interpretação dos dados; revisão crítica do conteúdo; e aprovação da versão final do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Santos NR. A Reforma Sanitária e o SUS: tendências e desafios após 20 anos. *Saúde debate*. 2009; 81(33):13-26.
2. Paim J, Travassos C, Almeida C, et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. 2011. *The Lancet (Série Brasil)* [internet]. 2011 [acesso em 2019 out 29]; 11-31. Disponível em: <https://www.thelancet.com/pb/assets/raw/Lancet//pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>.
3. Reis AAC, Sóter APM, Furtado LAC, et al. Tudo a temer: financiamento, relação público e privado e o futuro do SUS. *Saúde debate*. 2016; 40(esp):122-135.
4. Brasil. Constituição, 1988. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde [internet]. 29 Set 2000. [acesso em 2019 abr 25]. Disponível em: www.planalto.gov.br.
5. Brasil. Constituição, 1988. Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015. Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica [internet]. 17 Mar 2015. [acesso em 2019 abr 25]. Disponível em: www.planalto.gov.br.
6. Fundação Oswaldo Cruz. Estruturas de financiamento e gasto do sistema público de saúde. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: estrutura do financiamento e do gasto setorial [internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República; 2013. (V. 4). [acesso em 2019 abr 25]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v43n121/0103-1104-sdeb-43-121-0302.pdf>.
7. Banco Mundial. Relatório: Aspectos Fiscais da Saúde no Brasil [internet]. 2018. [acesso em 2019 abr 25]. Disponível em: https://www.who.int/health_finan-cing/documents/health-expenditure-report-2018/en/.
8. Brasil. Constituição, 1988. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências [internet]. 15 Dez 2016. [acesso em 2018 jan 30]. Disponível em: <http://www.secretariadegoverno.gov.br>.
9. Rancière JR. *O espectador emancipado*. São Paulo: Martins Fontes; 2017.
10. Foucault M. *Nascimento da biopolítica*. São Paulo: Martins Fontes; 2008.
11. Moretti B, Melo EB, Santos EAV. Razão neoliberal e o desafio da afirmação dos direitos sociais no Brasil. In: Cardoso Jr. A Constituição Golpeada: 1988-2018. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2018. p. 39-67.
12. Gobetti SWG, Orair RO. Progressividade tributária: a agenda negligenciada. Texto para Discussão [internet]. 2016. [acesso em 2019 out 29]. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=27549.
13. Bourdieu P. *Sobre o Estado*. São Paulo: Companhia das Letras; 2014.
14. Brown W. *El pueblo sin atributos: la secreta revolución del neoliberalismo*. Barcelona: Malpaso Ediciones; 2015.
15. Infomoney. O que o Chile tem a ensinar ao Brasil sobre a reforma da Previdência? [internet]. [acesso em 2019 abr 10]. Disponível em: <https://www.infomoney.com.br/mercados/noticia/7815469/o-que-o-chile-tem-a-ensinar-a-bolsonaro-e-paulo-guedes-sobre-a-reforma-da-previdencia>.
16. Moretti B, Rego APM. Orçamento e saúde pública em tempos de austeridade. In: Monteiro SAS, organizadora. *A problemática da política social*. Ponta Grossa: Atenas Editora; 2019. p. 161-173.

17. G1. Cada centavo economizado na Saúde irá para assistência da população, diz novo ministro [internet]. [acesso em 2019 abr 25]. Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2019/01/02/novo-ministro-da-saude-luiz-henrique-mandetta-assume-cargo-em-cerimonia-em-brasilia.ghtml>.
18. Moretti B, Menezes AP. Desvinculação de receitas, barbárie anunciada na saúde pública. Viomundo [internet]. 2019. [acesso 2019 abr 25]. Disponível em: <https://www.viomundo.com.br/blogdasaude/ana-paula-menezes-e-bruno-moretti-desvinculacao-de-receitas-barbarie-anunciada-na-saude-publica.html>.
19. Diário on line Brasil. Mais Médicos: 1.052 brasileiros que substituíram cubanos já deixaram o programa [internet]. [acesso em 2019 abr 25]. Disponível em: <http://www.diarioonlinebrasil.com.br/2019/04/mais-medicos-1052-brasileiros-que.html>.
20. Senado Federal. Mandetta afirma que vai reunir lideranças de etnias para discutir saúde indígena [internet]. [acesso em 2019 abr 25]. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2019/03/27/mandetta-afirma-que-vai-reunir-liderancas-de-etnias-para-discutir-saude-indigena>.
21. Moretti B. O SUS, a coca-cola e a desvinculação de receitas: como retirar R\$ 2 trilhões da saúde. Brasil Debate [internet]. 2019. [acesso 2019 abr 25]. Disponível em: <http://brasildebate.com.br/o-sus-a-coca-cola-e-a-desvinculacao-de-receitas-como-retirar-r-2-trilhoes-da-saude/>.
22. Souza J. A elite do atraso: da escravidão à Lava Jato. Rio de Janeiro: Leya; 2017.

Recebido em 23/05/2019
Aprovado em 13/10/2019
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve