

O GOLPE CONTRA A DEMOCRACIA, A AUSTERIDADE E O ATAQUE AO SUS: 2016, O ANO QUE NÃO ACABOU

Humberto Costa¹

Arthur Chioro²

Ana Paula Menezes Sóter³

Bruno Moretti⁴

Em maio de 2016, a presidenta Dilma Rousseff foi afastada pela Câmara dos Deputados, fato que deu início à última fase de um golpe que se consumou em 31 de agosto, com o impedimento definitivo pelo Senado Federal. Sem compromisso com o voto popular, Temer escancarou o projeto neoliberal e seu desapareço pelos direitos inscritos na Constituição Federal de 1988 (CF 88).

A partir de então, o Estado avança numa lógica de adaptação aos interesses de mercado, utilizando-se da crise econômica para justificar o desmonte das políticas sociais, sobretudo por meio de medidas de austeridade para solução da crise, que resultaram na redução de direitos conquistados na Constituição.

A política econômica do governo Temer estava organizada em pelo menos dois eixos: o primeiro afetava as políticas sociais e fragilizava a posição dos trabalhadores; o segundo pode ser definido pelo desmonte da

capacidade do Estado de induzir o crescimento e transformar a estrutura produtiva em favor do desenvolvimento, por exemplo, por meio do fim da política de conteúdo local nos leilões do pré-sal e a redução expressiva dos empréstimos do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES).

A primeira grande reforma, que trouxe consigo o DNA orientador do “novo projeto”, foi o regime fiscal instituído pela Emenda Constitucional n. 95 (EC 95/2016). A proposta impôs uma diminuição do tamanho e do papel do Estado, impossibilitando o funcionamento dos serviços públicos e da rede de proteção social prevista na CF 88.

Ao direcionar todas as ações para limitar o crescimento do gasto primário, o governo se recusou a enfrentar a questão fiscal também pelo lado da arrecadação, mantendo um sistema tributário produtor de desigualdades, com baixa tributação da renda e patrimônio dos mais ricos, inclusive, desalinhado em relação aos países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE).

Outra grande reforma estrutural apresentada por Temer foi a da previdência, que propôs um conjunto de mudanças draconianas nas regras do sistema, com destaque para o aumento do tempo mínimo de contribuição de 15 para 25 anos e dos 49 anos de trabalho para usufruir o benefício pleno. O aumento da carência para a aposentadoria é nocivo especialmente aos mais pobres, diante da maior precariedade de seus vínculos trabalhistas, impedindo que alcancem um número mínimo de anos para a aposentadoria. O fato mostra que a reforma da previdência, por fim aprovada no governo Bolsonaro, foi pensada apenas como um ajuste ao teto de gastos, reduzindo despesas por meio da exclusão previdenciária.

O governo aprovou em 2017 mudanças trabalhistas que reduziram diversos direitos, flexibilizando regras de terceirização, formalizando vínculos precários como os intermitentes e garantindo o protagonismo da negociação direta entre empresários e trabalhadores. Diante de uma economia estagnada, a reforma trabalhista não gerou as ocupações necessárias para reduzir a taxa de desemprego no Brasil, avançando, contudo, na precarização do mercado de trabalho.

A saúde seria uma das áreas mais afetadas pelo golpe parlamentar, conforme procuraremos demonstrar neste trabalho. Trataremos do histórico

do financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) desde a CF 88 e, após isso, da narrativa consagrada desde o golpe parlamentar de 2016, que associa a crise econômica ao excesso de gastos públicos, de modo a justificar a adoção da política de austeridade, com impactos negativos sobre os serviços públicos. Procura-se mostrar que a EC 95 impõe uma agenda de ajuste fiscal permanente e será interpretada à luz do conceito de neoliberalismo como tecnologia de governo. Em sua dimensão empírica, o trabalho mostra os efeitos das regras de gasto sobre o SUS.

Impactos do golpe na saúde dos brasileiros

A saúde como direito foi uma grande conquista da sociedade brasileira e esteve diretamente associada à construção do Estado democrático de direito brasileiro, expresso por meio da Constituição Federal de 1988.

Toda a população brasileira é beneficiária do SUS e favorecida pelos seus avanços em diversas áreas. Apesar do esforço em ampliar os recursos para a saúde, não foi possível garantir as conquistas constitucionais do ponto de vista financeiro. Embora o SUS seja universal, o gasto público segue representando menos da metade do gasto total de saúde no Brasil. As evidências internacionais sugerem que a universalização dos sistemas de saúde implica gastos públicos iguais ou superiores a 70% dos gastos totais em saúde⁵⁵.

Em 2015, União, estados e municípios aplicaram pouco mais de R\$ 3/dia por habitante (menos do que US\$ 1), segundo dados do Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde (SIOPS). Tais números demonstram que, sem prejuízo da necessidade de avançar na gestão dos recursos, garantir ao SUS fontes de financiamento compatíveis com seu caráter universal sempre foi um desafio para qualquer governo que visasse à melhoria dos serviços públicos na área.

O subfinanciamento crônico do SUS se agravou a partir do aumento de demandas advindas do envelhecimento da população, de mudanças no perfil epidemiológico brasileiro caracterizado pelo avanço das condições crônicas e das causas externas, destacando-se os acidentes de trânsito e outras formas de violência, e da pressão por incorporação tecnológica, exercida pela descoberta de novas alternativas terapêuticas e de diagnóstico.

O SUS, mesmo diante desse cenário de subfinanciamento, conseguiu garantir uma série de direitos à população, realizando, por ano, cerca de 1,4 bilhão de consultas médicas e 11,5 milhões de internações⁶. É considerado o maior sistema público de transplantes do mundo e viabilizou o acesso gratuito às vacinas recomendadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Além disso, conseguiu incorporar medicamentos de alto custo para garantir acesso gratuito a diversos tratamentos. As ações e serviços produzidos pelo SUS, combinados a avanços em diversos setores, explicam a mudança do quadro epidemiológico no Brasil, ilustrado pela queda da mortalidade infantil, o aumento da longevidade e a redução das doenças infectocontagiosas.

Todavia, a gestão Temer caminhou em direção oposta aos avanços na saúde pública. A indicação de um engenheiro e deputado federal do Partido Progressista para o comando do Ministério da Saúde (MS) – em um movimento de recomposição da base de apoio do executivo no Congresso Nacional, embora seja prática já utilizada em governos anteriores, revestiu-se de fundamental importância para a aprovação do *impeachment* de Dilma Rousseff e a sustentação do projeto neoliberal e conservador das forças políticas e empresariais que se apoderaram do governo federal por meio do golpe jurídico-parlamentar-midiático. Esse movimento reflete a utilização do órgão responsável pelo comando nacional do SUS para a produção de governabilidade, o que está na raiz de parte dos problemas enfrentados na consolidação do SUS como política de Estado.

A composição do MS com quadros sem trajetória no SUS e na reforma sanitária⁷ potencializou a utilização intensiva da máquina pública de maneira clientelista, arregimentação de apoio político e atendimento de interesses privados, indo além da paralisação ou do desmonte das políticas de saúde. Ao longo da gestão, observaram-se declarações polêmicas e outras mais graves: a defesa da revisão do tamanho do SUS; ou que o problema do SUS não era a falta de recursos e seu crônico subfinanciamento, mas a “falta de gestão”; que os direitos sociais previstos na CF 88 não cabiam no orçamento público e que deviam ser revistos.

Tais manifestações afrontaram os princípios constitucionais e trouxeram enorme preocupação diante da possibilidade concreta de produzirem um desmonte sem limites do SUS. A OMS passou a defender

que não seria sua atribuição (e nem de sua agência reguladora) fiscalizar a qualidade dos planos de saúde, papel que deveria ser desempenhado pelos próprios consumidores e seus órgãos de defesa, expressando uma visão neoliberal em que a saúde deixa de ser um direito social para se constituir em mercadoria.

A criação de planos de saúde “acessíveis” foi apresentada pelo Ministro da Saúde como proposta para a saída da crise, uma vez que estes desonerariam o Estado da necessidade de prover saúde para uma parcela da população, expandindo a oferta de “planos populares de saúde” por parte do mercado⁸. Tal proposta, embora não tenha avançado por contradições de origem, acenou aos interesses de setores do mercado que vinham propondo a oferta de rol restrito de procedimentos e a utilização, sem ressarcimento, da rede pública ou privada contratada pelo SUS para a oferta de procedimentos de maior custo.

Outra iniciativa que se configurava como grave ameaça ao SUS – e que também se articulava à lógica de sua privatização – era a Proposta de Emenda Constitucional (PEC) 451/14, de autoria do ex-deputado Eduardo Cunha, que propunha a alteração no parágrafo único do art. 7º da CF 88, obrigando todos os empregadores brasileiros a garantir serviços de assistência à saúde (suplementar) aos seus empregados, excetuados os trabalhadores domésticos. Seria um retorno deplorável à situação existente antes do SUS, quando tínhamos os chamados “indigentes”, brasileiros que não possuíam cobertura previdenciária e dependiam apenas da filantropia⁹.

A ameaça mais grave, que teve impacto devastador para o SUS e para as demais políticas públicas, foi a PEC 241/2016, de autoria do Poder Executivo sob o governo Temer, que alterava o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias para instituir o Novo Regime Fiscal, limitando os gastos públicos por até vinte anos. A PEC desconsiderava as necessidades de saúde da população, o impacto do crescimento populacional, da transição demográfica e do envelhecimento (em 2030, mais de 30% da população terá mais do que 65 anos), entre outros fatores¹⁰. A PEC foi aprovada no Congresso Nacional como EC 95, e seus efeitos são sentidos até a atualidade.

Breve histórico do financiamento do SUS

A Constituição de 1988 foi um marco na política social brasileira, rompendo com um modelo de proteção que excluía parcela significativa da população não pertencente ao mercado de trabalho formal. Em relação ao financiamento, os gastos federais de saúde se concentravam no sistema previdenciário (voltado aos trabalhadores formais), financiado por contribuições dos trabalhadores e dos empregadores sobre a folha, e os baixos gastos do Tesouro eram disputados com as outras áreas do orçamento.

O SUS é instituído, dentro da seguridade social, como dever do Estado e direito de todo cidadão. Apesar de seus incontestáveis resultados, o sistema jamais contou com uma base de financiamento adequada. Inicialmente, foi previsto que a saúde teria um percentual mínimo de gastos de 30% da seguridade social, o que nunca se verificou. O debate sobre vinculação de recursos se estendeu até a Emenda Constitucional n. 29, de 2000 (EC 29), segundo a qual estados e municípios passariam a ter gastos de saúde vinculados à sua receita, respectivamente, de 12% e 15%. A União passou a ter como piso de aplicação em saúde o valor empenhado, acrescido da variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB), ambos do exercício anterior.

A EC 29 implicou crescimento real das despesas de todos os entes, mas estados e, principalmente, municípios tiveram crescimento superior ao da União. Entre 2000 e 2018, a União reduziu sua participação nos gastos públicos de saúde, passando de 58% para 43%. Outro ponto relevante é que a EC 29 viabilizou o aumento das despesas de saúde como proporção do PIB, mas o Brasil ainda gasta pouco (4% do PIB) em relação a outros sistemas universais, como o do Reino Unido, que gasta quase 8% do PIB com seu sistema público de saúde. Além disso, o aumento dos gastos como proporção do PIB foi devido à ampliação das despesas de estados e municípios, já que a União mantém, desde 2000, o mesmo patamar de gastos de saúde, em torno de 1,6% do PIB.

Em 2015, foi promulgada a Emenda Constitucional n. 86 (EC 86), pela qual, a partir de 2016, os valores mínimos obrigatórios de aplicação em saúde pela União seriam indexados à Receita Corrente Líquida (RCL)¹¹,

iniciando em 13,2% e chegando, em cinco exercícios, ao valor de 15% da RCL. A emenda foi promulgada no contexto da crise econômica que levou à redução da arrecadação da União, de modo que os percentuais inicialmente assumidos poderiam implicar redução substantiva dos gastos federais de saúde. Além disso, também previu que o orçamento impositivo de emendas parlamentares individuais seria contabilizado no piso de saúde, reduzindo o espaço para as demais despesas do setor.

Já em 2016, foi aprovada nova regra de aplicação mínima em saúde, por meio da EC 95, que congelou despesas primárias e os valores mínimos obrigatórios de aplicação no SUS por até vinte anos.

Pode-se perceber que o SUS jamais teve uma base de financiamento sólida. Em 2018, os gastos de saúde de todos os entes representavam R\$ 3,60 *per capita*/dia, para garantir para mais de 210 milhões de pessoas o acesso à saúde, abrangendo da vacina ao transplante. Ainda assim, a vinculação de recursos à saúde foi elemento crucial para a melhoria dos indicadores sociais, como a redução da mortalidade infantil e a criação ou ampliação de Programas como o Saúde da Família, Programa Nacional de Imunizações, Mais Médicos e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

Nos últimos anos, contudo, o subfinanciamento crônico foi convertido em “desfinanciamento”, com retrocessos nas regras de gasto aplicáveis ao SUS e o esvaziamento ou o desmonte de programas/políticas das gestões anteriores, como a Atenção Básica, a Farmácia Popular e o Mais Médicos. Na próxima seção, trataremos das condições discursivas para o aprofundamento das políticas de austeridade fiscal a partir de 2017.

A narrativa do golpe parlamentar de 2016

Não há como entender o estado de coisas constituído a partir de 2016 se nos situarmos apenas no domínio econômico. Importa compreender como as questões econômicas foram inscritas numa narrativa que converteu a crise no problema do gasto público.

A este respeito, convém mencionar o teórico argentino, Ernesto Laclau, para quem, em momentos de crise, as demandas populares não atendidas pelo sistema institucional podem ser reunidas em uma cadeia de equivalências, pela qual um signo passa a dar nome aos pleitos específicos¹². As demandas não atendidas pelo Estado se tornam uma espécie de

excedente, nomeado por um significante que tende a atrair os pleitos existentes, ainda que heterogêneos. O laço de equivalência das demandas, constituindo uma vontade coletiva, não envolve algum tipo de unidade conceitual prévia, antes revelando o efeito de um nome sobre a matéria heterogênea da insatisfação popular.

Este nome não apenas expressa ou representa as demandas, mas constitui sua própria identidade. Isto é, um nome específico passa a ocupar o lugar do todo, de uma sociedade capaz de absorver o conjunto de demandas. No caso brasileiro, a crise de 2016 levou a um deslocamento hegemônico pelo qual as demandas não satisfeitas por emprego, inflação, saúde, entre outras, passaram a ser explicadas pelo excesso de atividade estatal e pela resultante corrupção. E, conforme será visto a seguir, este deslocamento se inscreve nas práticas institucionais, sob a forma de políticas de austeridade.

No caso brasileiro, dois movimentos foram cruciais para produzir esta dinâmica discursiva que leva ao “nome da crise”. De um lado, a Operação Lava-Jato¹³, com seus objetivos políticos de criminalização do sistema político e, em especial, do Partido dos Trabalhadores. De outro, a ciência econômica conservadora, construindo o argumento de que a queda do PIB e o desemprego estavam associados à ampliação dos gastos públicos e, em particular, a manobras contábeis que retiravam credibilidade do arcabouço fiscal, afugentando investidores privados. Neste caso, a construção da relação entre gasto público e desatenção às regras foi realizada por frações da burocracia fiscal, como o Tribunal de Contas da União e o Ministério Público junto ao Tribunal de Contas da União, desprezando-se a jurisprudência existente.

Em ambos os casos, importa assinalar um tema presente nas análises de Pierre Bourdieu¹⁴ sobre o Estado, mas pouco explorado na literatura brasileira: o poder estatal em conferir caráter oficial às versões, atribuindo-lhes uma linguagem formal, com ares de racionalidade burocrática e impessoalidade.

Nas duas vertentes (aparato judicial e área fiscal), este poder estatal de conferir existência oficial a pontos de vista específicos, convertendo-os em gerais, foi crucial para a legitimação do golpe parlamentar de 2016. Os processos no âmbito estatal têm peso elevado na explicação de como,

retomando Laclau, o governo petista se converteu no signo vazio da crise, que passa a atribuir sentido à diversidade de demandas (legitimamente) dirigidas ao poder público. A mídia cumpre papel central ao propagar as versões, amparada em pontos de vista do Estado. Estes, por sua vez, são sustentados por todo um aparato racional (processos, julgamentos, provas e assim por diante).

A disseminação de tais ideias consolidou a tese da existência do Estado como a razão da crise. Com isso, deu-se uma espécie de disputa pelo controle dos sentidos dos protestos iniciados em junho de 2013, que, a despeito de sua heterogeneidade, se iniciaram pela demanda por mais e melhores serviços públicos na mobilidade urbana.

É como se, em meio ao processo de luta pela hegemonia das ideias, a demanda por mais serviços públicos se convertesse em seu oposto, isto é, na tese de que o excesso de Estado é a raiz da crise econômica e social em curso, mediante homologação das burocracias penal e fiscal. Diante deste enquadramento discursivo, a chave para atender a demandas por mais empregos, renda e serviços residiria na necessidade de conter o Estado, seja por meio do aparato fiscalizatório/penal, seja por meio da adoção de políticas de austeridade. Em última instância, os problemas nacionais eram reflexos de um Estado patrimonial, responsável pelo atraso, de modo que o *impeachment* constituiria um salto civilizatório. Ele seria um novo ponto de partida, em que, movidos pelo sentimento de resgate nacional, os agentes públicos redimiriam o Estado, por meio da imposição de regras que o conteriam, sinalizando para os agentes privados que era chegado o novo tempo da impessoalidade e da segurança jurídica para os negócios.

É assim que, consumado o golpe parlamentar, o Congresso Nacional promulga a Emenda Constitucional que cria o Novo Regime Fiscal, inscrevendo na Constituição a regra que determina a redução do Estado e dos serviços públicos.

EC 95, neoliberalismo e a agenda do ajuste fiscal permanente

A EC 95 pode ser lida como a conversão em prática institucional da tese que associava a crise econômica ao excesso de gasto público. Os dados

apontam que a piora do resultado primário a partir de 2014 é explicada predominantemente pela queda da arrecadação, e não por aumento da despesa.

A “tese da ganância” como fonte da crise não encontra amparo nos números. Entre 2015 e 2016, em termos reais, enquanto a receita líquida caiu mais de 4%, a despesa teve redução de 1,1%, conforme dados do Resultado do Tesouro Nacional. No entanto, do ponto de vista de uma teoria do discurso, a questão é a produtividade da série *aumento dos gastos–crise–austeridade como solução*, criando-se a justificativa para a adoção de Novo Regime Fiscal que congelou despesas primárias por até vinte anos. Diante do “descontrole” das contas públicas, o Estado deveria “restabelecer a ordem”, indicando limites à ação estatal, com reflexos sobre juros e a confiança do mercado.

No primeiro ano (2017), o teto foi dado pelos valores pagos em 2016, corrigido em 7,2%. A partir de 2017, a cada ano o limite é atualizado pela inflação de doze meses. Deste modo, as despesas primárias não podem crescer acima do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) e, na medida em que haja crescimento real da economia, a EC 95 instituiu um teto declinante para as despesas em relação ao PIB. O teto é uma regra fiscal que induz a redução do Estado, independente do comportamento da arrecadação. Sequer o crescimento populacional é considerado para efeito de variação da despesa.

Além disso, há despesas primárias que crescem em termos reais, como o caso da previdência e de pessoal, ainda que, como proporção do PIB, elas estejam estáveis (pessoal) ou caminhando para a estabilidade (gasto do Regime Geral de Previdência Social após a Reforma da Previdência). Assim, o primeiro impacto se dá sobre despesas discricionárias, que estão em nível crítico, indicando risco de paralisia da máquina pública em 2021.

Isto é, as restrições do teto implicam a necessidade de contração fiscal, independente do ciclo econômico, criando uma espécie de agenda de ajuste permanente. Nossa interpretação é que o Novo Regime Fiscal não pode ser avaliado apenas a partir da crítica econômica usual, segundo a qual a redução dos gastos, numa economia com forte capacidade ociosa, é incapaz de garantir a retomada da atividade e reduzir o desemprego.

A quase estagnação da economia entre 2017 e 2019, mesmo após a recessão de 2015/2016, mostra os equívocos da tese da contração fiscal como motor do crescimento. O receituário da austeridade é ainda mais impróprio com o quadro atual de retração do PIB, produto de um choque originado da pandemia, mas que afetou uma economia que ainda não havia recuperado o nível de produção pré-crise.

No entanto, o teto não é apenas a inscrição no arcabouço institucional brasileiro da tese da contração fiscal expansionista, mas também um dispositivo indutivo de reformas voltadas à redução estrutural dos serviços públicos. Ou seja, aquilo que se convém denominar neoliberalismo (marcado pela defesa do papel do mercado na economia e na sociedade, em cujo núcleo se encontra a defesa da austeridade fiscal) não é apenas uma ideologia ou uma teoria econômica equivocada, mas uma racionalidade de governo em que os critérios de mercado passam a constituir o padrão de análise de toda prática estatal.

A forma geral do mercado se torna um instrumento, uma ferramenta de discriminação no debate com a administração. Em outras palavras, 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 das 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 que é virado contra ele. É uma espécie de tribunal econômico permanente em face do governo. Enquanto o século XIX havia procurado estabelecer, em face e contra a exorbitância da ação governamental, uma espécie de jurisdição administrativa que permitisse aferir a ação do poder público em termos de direito, temos aqui uma espécie de tribunal econômico que pretende aferir a ação do governo em termos estritamente de economia e de mercado¹⁵.

Para Foucault, o neoliberalismo se distinguiria do liberalismo clássico. Este último é condensado na forma do *laissez-faire*, isto é, na ideia de que o Estado deveria recuar até determinado ponto e deixar o mercado “fazer”, ou seja, assumir a tarefa e atuar no lugar do Estado. A partir daí, o Estado seria um vigia, zelando, sobretudo por meio da função regulatória, para que o mercado funcionasse bem. Já no neoliberalismo, a questão se inverte: o

mercado passa a ser uma espécie de tribunal que avalia o Estado em suas ações. O neoliberalismo envolve um mercado profundamente vigilante, na medida em que a ação governamental é filtrada à luz dos princípios econômicos privados. É assim que o mercado passará a ser o critério de aferição da ação governamental, invertendo a máxima do *laissez-faire*: a questão já não é a autolimitação do Estado para permitir a ação privada, mas a racionalidade do mercado constituir o critério de avaliação do poder público para não deixar o Estado fazer.

Os próprios governos não apenas se ajustam aos padrões de mercado, suas ações também passam a constituir instrumento para o desenvolvimento de uma subjetividade concorrencial. Para tanto, a austeridade é um instrumento potente, na medida em que reduz a cobertura de sistemas públicos de proteção social e força os indivíduos a se ajustar aos princípios de mercado, tornando-se “gestores de si mesmos”, mediante uma racionalidade que os converte em unidades empresariais.

Além disso, o próprio mercado se desenvolve na esteira do achatamento dos sistemas públicos de proteção. É o que ocorreu na Europa, com a adoção de políticas de austeridade. Por exemplo, a partir de 2012, o sistema nacional de saúde espanhol sofreu redução da cobertura de serviços públicos e gratuitos e de fármacos, além de cortes nos salários dos profissionais, fomentando o aumento da oferta privada de saúde¹⁶.

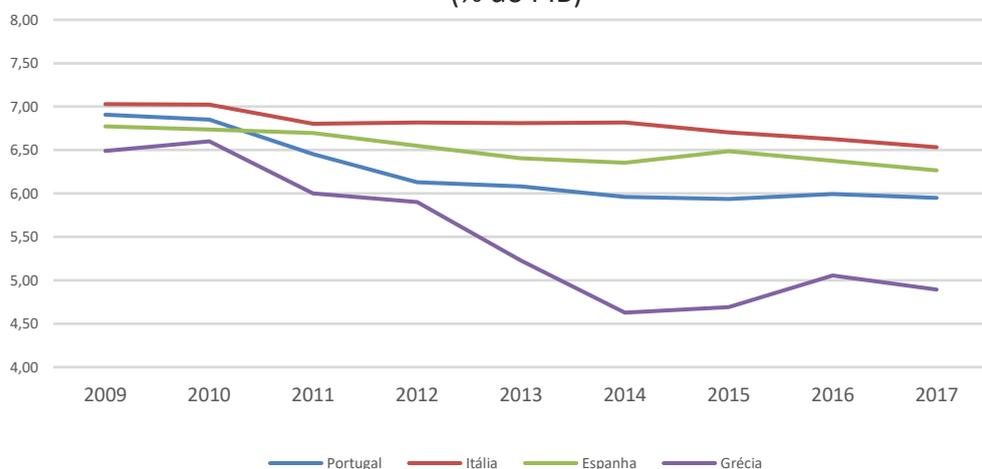
O exposto até aqui revela a insuficiência da visão de que o neoliberalismo é a defesa do Estado mínimo. Na razão de governo neoliberal, o Estado tem papel central para agir em favor do mercado, sobretudo por meio da inscrição em seu arcabouço institucional dos padrões de julgamento próprios à racionalidade concorrencial.

É produtivo examinar a EC 95 à luz do padrão vigilante e intervencionista de mercado. Neste ponto, pode-se dizer que o Brasil é uma espécie de laboratório para constituir uma política fiscal entregue aos princípios de mercado. Uma análise das regras fiscais ao longo do mundo mostra que praticamente nenhum país adotou um teto de gastos com congelamento de despesas primárias, sobretudo com engessamento na Constituição por até vinte anos.

Um exemplo interessante é o da União Europeia, que aplicou políticas de austeridade pós-crise financeira de 2008. Tais políticas tiveram efeitos

drásticos sobre os sistemas de saúde dos países mais endividados, como Itália, Espanha, Portugal e Grécia. Nestes países, verifica-se o impacto da crise econômica e do desemprego, agravados pela austeridade, sobre a situação social da população, com efeitos, por exemplo, sobre a saúde mental e o aumento de doenças infectocontagiosas e crônicas não transmissíveis¹⁷. Simultaneamente, o ajuste fiscal implicou, no período 2009-2017, redução de gastos de saúde nos países com maior endividamento, conforme gráfico a seguir.

Gastos públicos de saúde entre 2009 e 2017 -países europeus seleccionados
(% do PIB)



Elaboração própria. Fonte: WHO. Disponível em: <https://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en>

Em contrapartida, interessa notar que, a partir de 2014, houve o relaxamento das restrições fiscais na União Europeia. Para tanto, foi fundamental uma aplicação mais flexível das regras fiscais, o que não seria possível no Brasil, diante da rigidez do arcabouço vigente.

A rigidez das regras de gasto no Brasil impõe uma agenda de ajuste permanente, submetendo o regime fiscal aos critérios de avaliação de mercado. A contenção do domínio político (isto é, do debate público e democrático sobre os problemas coletivos) com vistas ao ajuste às expectativas de mercado implica uma espécie de “desdemocratização” do

Estado¹⁸, que já não é capaz de atender às demandas populares por mais e melhores serviços públicos.

No caso brasileiro, tal fato é salientado não apenas pela rigidez das regras de austeridade constitucionalizadas, mas também pela previsão de que o Novo Regime Fiscal terá vigência de até vinte anos. Desta forma, garante-se o descolamento do orçamento público em relação ao ciclo político, uma vez que os governos eleitos, independentemente de seu programa, devem se adaptar às regras fiscais, que implicam redução estrutural dos gastos como proporção do PIB.

A próxima seção traz os efeitos do Novo Regime Fiscal sobre a saúde.

A EC 95 e seus impactos sobre o SUS

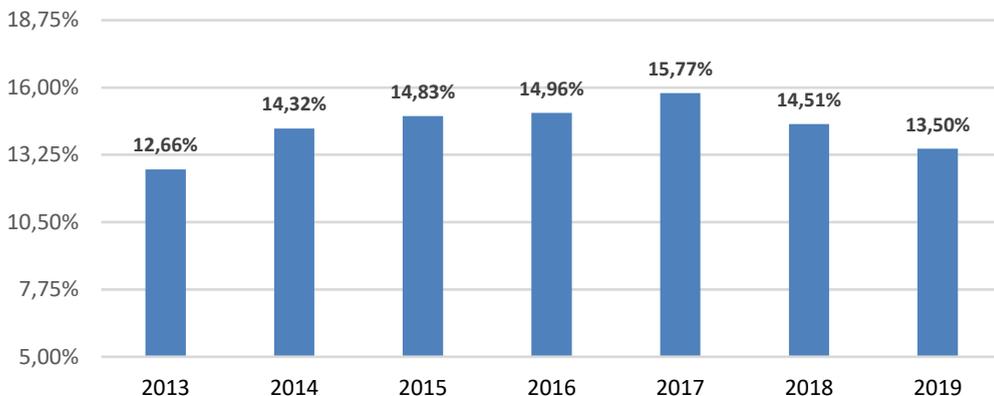
A EC 95 determinou que, a partir de 2018, os valores mínimos obrigatórios de aplicação em saúde seriam equivalentes a 15% da Receita Corrente Líquida de 2017, atualizados pelo IPCA de doze meses.

O dispositivo implica a possibilidade dos ganhos reais de arrecadação não reverterem em ampliação do orçamento de ações e serviços públicos de saúde. Em outros termos, o piso anterior, equivalente a 15% da RCL de cada exercício, poderia ser rebaixado, funcionando como um ajuste no curto prazo ao teto de gastos.

A diferença entre os valores do orçamento de saúde entre 2018 e 2020 e o piso anteriormente vigente foi de R\$ 22,5 bilhões. Este seria o valor retirado do SUS em função do congelamento do piso de aplicação em saúde nos três primeiros exercícios de vigência da regra¹⁹.

O gráfico a seguir mostra a redução dos valores federais aplicados em saúde como proporção da RCL entre 2017 e 2019.

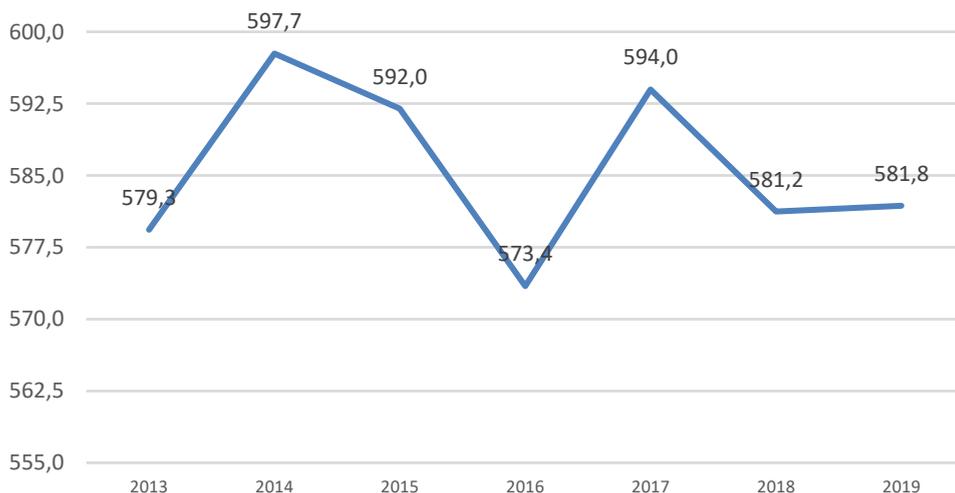
Despesas de ações e serviços públicos de saúde (% da RCL)



Elaboração própria. Não considera *royalties* e reposição de RAP. Fonte: Siop. Consulta em 27set. 2020.

Outra maneira de visualizar a redução dos gastos em saúde é por meio da análise das despesas reais *per capita* no setor, que passaram, a preços de 2019, de R\$ 597 em 2017 a R\$ 582 em 2019.

Valores federais per capita aplicados em saúde - R\$ a preços médios de 2019



Elaboração própria. Fonte: Siop (gastos em saúde), IBGE (IPCA médio).

Os dados apontam que o congelamento do piso de aplicação em saúde funcionou como instrumento de ajuste ao teto de gastos no curto prazo, na medida em que viabilizou a aplicação de recursos em saúde em montante menor do que aquele que vigoraria caso não fosse a EC 95.

No longo prazo, também é possível examinar os efeitos potenciais da EC 95 sobre o SUS. Se os recursos do setor forem executados no piso congelado da EC 95 até 2036, é possível que os gastos de saúde passem a representar algo em torno de 10% da RCL ao fim do Novo Regime Fiscal²⁰, o que configuraria uma queda de cerca de seis pontos percentuais em vinte anos.

Com o Novo Regime Fiscal, as demandas de saúde passam a se submeter estruturalmente ao teto de gastos e ao piso congelado de saúde. Neste sentido, perde-se a conexão entre alocação de recursos e demandas da população por mais serviços públicos. Avança-se, desta maneira, numa razão de governo neoliberal, em que o regime fiscal se torna ainda mais insulado, pois passa a ser determinado por uma racionalidade de mercado, convertida em categorias burocráticas isoladas do processo democrático.

A seguir, passaremos a discutir as relações entre a pandemia do novo coronavírus e o congelamento das despesas pela EC 95.

A pandemia de covid-19 e as regras de gasto

Em 2020, o orçamento inicial de ações e serviços públicos de saúde foi de R\$ 125,2 bilhões, cerca de R\$ 5 bilhões abaixo do piso anteriormente vigente, de 15% da RCL. A LOA 2020 foi aprovada pelo Congresso Nacional no limite da EC 95, de maneira que ampliações dos recursos de saúde requeriam reduções de outras despesas, já afetadas pelo teto.

Um aspecto que agrava a rigidez do quadro fiscal brasileiro é a sobreposição das regras. Conforme exposto, a combinação de teto de despesas primárias e piso de saúde congelados limita o orçamento do SUS. Além do teto, a meta de resultado primário (dada pela diferença entre receitas e despesas, excluídas as rubricas financeiras) implica contingenciamento do orçamento quando há frustração das receitas. Com um eventual contingenciamento, as despesas de saúde teriam ficado aquém do teto de gastos, agravando a perda de recursos pelo setor.

Ainda há a regra de ouro, que proíbe endividamento acima do montante das despesas de capital. Em sua concepção original, a regra busca equilíbrio do resultado corrente do governo. A justificativa da regra é que o investimento amplia o estoque de capital e favorece também futuras gerações. Todavia, 97% das despesas da saúde são correntes (os valores repassados aos entes para custeio da atenção básica e da média e alta complexidade, por exemplo) e também são fundamentais às futuras gerações, sobretudo diante do quadro de transição demográfica que o país atravessa.

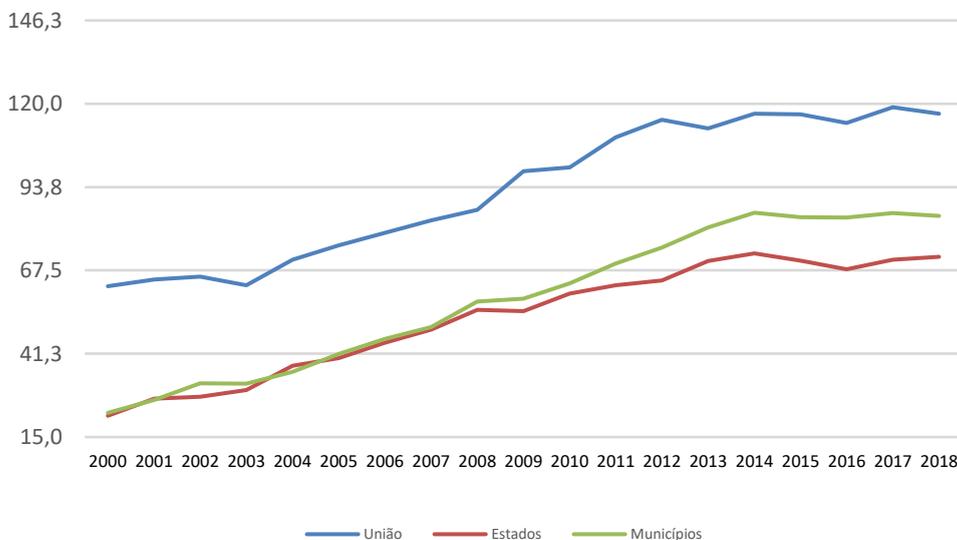
Ora, diante da baixa arrecadação em momentos de crise, manter o orçamento corrente equilibrado imporá corte de despesas, especialmente as sociais. Nos últimos anos, o Congresso Nacional tem se valido de previsão constitucional para autorizar o descumprimento da regra de ouro, sem a qual não seriam pagos, por exemplo, benefícios previdenciários e assistenciais.

O regime fiscal brasileiro induz estruturalmente a redução dos serviços públicos (teto de gastos), além de ser pró-cíclico, determinando limitação ao endividamento e bloqueio de despesas quando há frustração de receitas em função do baixo desempenho da economia.

Esta sobreposição de regras fiscais é especialmente nociva ao SUS. Entre 2000 e 2018, a União reduziu sua participação nos gastos públicos de saúde de 58% para 43%, conforme o próximo gráfico. Em contrapartida, estados e, principalmente, municípios têm ampliado sua fatia nos gastos públicos de saúde. No caso dos municípios, o comprometimento de suas receitas com gastos de saúde gira em torno de 24%, quase dez pontos acima do mínimo constitucional, conforme dados do SIOPS.

O gráfico a seguir mostra o impacto do arcabouço fiscal brasileiro sobre o SUS. Primeiro, todos os entes tiveram crescimento das despesas entre 2000 e 2014, efeito das regras da EC 29. No entanto, os entes subnacionais tiveram crescimento mais acelerado dos gastos do que a União. Ademais, a partir da recessão 2015/2016, os gastos de todos os entes pararam de crescer em termos reais, mostrando o caráter pró-cíclico do regime fiscal.

Gastos dos entes em saúde (R\$ bilhões, a preços de 2018)



Elaboração própria. Fonte: Siop e Siops (despesas) e IBGE (IPCA médio).

Os entes subnacionais não dispõem de capacidade financeira para manter suas ações em momentos de crise, em função da redução de suas receitas tributárias. Vale lembrar que, diferente do governo federal, estados e municípios não são emissores de dívida soberana. Ademais, a rigidez da lei de responsabilidade fiscal exige que os entes subnacionais ajustem a despesa frente a uma crise, já que seus limites de endividamento e de pessoal são expressos como percentuais da Receita Corrente Líquida.

Nestas circunstâncias, a redução de despesas da União agrava o quadro de financiamento da saúde. Vale lembrar que aproximadamente 60% do orçamento do Ministério da Saúde são transferidos a estados e municípios, que tendem a ser os principais afetados pelo regime fiscal restritivo. Às dificuldades de financiamento de ações de saúde por estados e municípios, soma-se a redução de despesas da União, em função da EC 95.

Diante do exposto, há uma contradição entre as necessidades crescentes de saúde e o arcabouço fiscal vigente. Este amplia as restrições ao gasto em um momento em que a rede de proteção social é ainda mais relevante, em circunstâncias de crise econômica, marcada por elevado desemprego e queda da renda. A covid-19, com seus impactos sanitários,

sociais e econômicos, salientou a disfuncionalidade das regras fiscais brasileiras e sua incapacidade de atender às demandas da população por serviços públicos.

Com a desaceleração da economia brasileira entre o fim de 2019 e o início de 2020 (anterior à pandemia), já se discutia um contingenciamento em março deste ano, o que levaria as despesas primárias para um patamar inferior ao teto. Diante deste estado de coisas e com a pandemia de covid-19, o Congresso Nacional reconheceu o estado de calamidade pública, por meio do Decreto Legislativo n. 6, de 2020, em razão do qual a meta de resultado primário foi suspensa em 2020.

Posteriormente, o Congresso aprovou a Emenda Constitucional n. 106, de 2020, que criou o regime extraordinário fiscal da União, suspendendo dispositivos da lei de responsabilidade fiscal e da lei de diretrizes orçamentárias, bem como a regra de ouro. Além disso, o estado de calamidade viabilizou a edição de créditos extraordinários, não contabilizados no teto de gastos.

Com a suspensão das regras fiscais, o orçamento de ações e serviços públicos de saúde foi acrescido em mais de R\$ 38 bilhões, passando de R\$ 125,2 bilhões para R\$ 163,6 bilhões. De maneira geral, o orçamento extraordinário da pandemia superou R\$ 600 bilhões, dos quais mais da metade se refere ao auxílio emergencial.

O dado revela que não se sustenta a tese, utilizada desde 2016, do “país quebrado”, que, seguindo a metáfora da economia doméstica, inexoravelmente precisava ajustar suas despesas à receita. O que tal argumento deixa de levar em conta é que a dívida brasileira é, em boa medida, denominada em moeda local, emitida pelo Estado, não havendo, por definição, risco de inadimplência. Ou seja, o Estado que se endivida em moeda local não sofre as restrições financeiras típicas de um agente privado, que requer moeda estatal (emitida por terceiros) para pagar dívida ou tributos. A elevação da dívida soberana pode ter efeitos redistributivos indesejáveis, mas não há que se falar em restrições fiscais, já que, em última instância, o Banco Central pode emitir, direta ou indiretamente, base monetária para financiar o Tesouro.

Nas circunstâncias atuais, os reduzidos juros básicos da economia abrem uma janela de oportunidades para o financiamento da dívida a custo reduzido, inclusive pelo fato de que os juros internacionais permanecerão

baixos. Reforçando a inadequação da tese da falta de recursos para políticas sociais, as reservas internacionais constituem um colchão de proteção para a economia brasileira em um momento de incertezas. A posição atual do câmbio amplia os ativos do setor público, pois valoriza as reservas em moeda nacional, o que, junto aos juros, contribui para uma trajetória mais suave da dívida líquida.

Diante do exposto, percebe-se que não faltam recursos para as políticas sociais, mas sobram regras de gasto com restrições autoimpostas ao funcionamento estatal. Nos termos da primeira seção, a EC 95 funciona como uma regra fiscal que volta o mercado contra o Estado, de modo que a despesa pública passa a ser expressa como uma pressão sobre o teto e, portanto, sobre a credibilidade do país, conforme avaliação dos agentes econômicos.

A pandemia colocou o debate sobre o papel do Estado no enfrentamento aos problemas econômicos e sociais na agenda pública dos países²¹. A questão é: para além do relaxamento conjuntural das regras fiscais em 2020, haverá mudanças estruturais que permitam ao Estado fortalecer os sistemas públicos de proteção social e reduzir desigualdades?

Conforme o argumento defendido no presente artigo, não se trata apenas de um debate acerca da capacidade teórica em apreender racionalmente a realidade social, transformando-a em propostas que solucionem os problemas coletivos. A questão é mais complexa e passa pela maneira como a razão de governo neoliberal se constitui em termos práticos, transformando o mercado em princípio de julgamento da ação estatal e convertendo-a num excesso “verificável” em relação ao regime fiscal.

Assim, estabelece-se uma relação de forças, com o conflito entre duas alternativas polares e uma série de posições intermediárias. De um lado, a defesa de um orçamento que dialogue com os processos democráticos e seja um meio de processar o aumento da demanda por serviços públicos. De outro, o reforço de um regime fiscal entregue a uma razão de governo dominada pela lógica de mercado, incapaz de absorver as necessidades sociais ampliadas pela pandemia.

No caso brasileiro, apesar de inúmeras discussões e posições dúbias, o governo federal propõe o segundo caminho no projeto de lei orçamentária

de 2021, com impactos sobre o SUS, que passam a ser empiricamente examinados.

A retomada do teto de gastos em 2021 e seus impactos sobre o SUS

Para 2021, o governo propôs um projeto de lei orçamentária (Projeto de Lei do Congresso Nacional nº 28, de 2020) cuja âncora fiscal é o teto de gastos. Com isso, estima-se que a despesa passará de 27,6% do PIB em 2020 para 18,8% do PIB em 2021.

A retirada de estímulos fiscais da ordem de oito pontos percentuais de PIB terá consequências para uma economia em que, em setembro de 2020, cerca de quarenta milhões de pessoas, segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios COVID 19 (Pnad COVID19), estavam desempregadas ou não procuraram trabalho, mas gostariam de trabalhar. A extinção do auxílio emergencial sem a recuperação do mercado de trabalho elevará ainda mais a pobreza e o desemprego, com aumento da procura por trabalho.

O SUS se deparará com demandas adicionais e com a redução dos recursos previstos no orçamento. A piora do cenário econômico e social é apenas mais um fator que afetará a demanda por serviços de saúde em 2021. Além da já revelada piora das condições de saúde em contexto de desemprego em diversos países, desde 2015, quatro milhões de pessoas perderam acesso à saúde suplementar no Brasil.

Com a pandemia, houve também represamento de milhões de internações, consultas e procedimentos, com risco de agravamento das condições de saúde em função, por exemplo, da postergação de diagnósticos, do adiamento de cirurgias, descontinuidade no tratamento de enfermidades crônicas ou a interrupção de exames e consultas. É possível que haja aumento de custos, dada a maior complexidade dos tratamentos em curso ou não diagnosticados de forma precoce.

Na atenção básica, o novo modelo previsto na Portaria do Ministério da Saúde n. 2.979/2019 não terá as regras de transição para 2021, implicando enorme risco de perda de recursos. As perdas devem ocorrer tanto para

municípios com elevada cobertura (média populacional por equipe inferior aos parâmetros da política) como baixa.

O Ministério da Saúde habilitou cerca de 12 mil leitos de Unidades de Terapia Intensiva (UTI) abertos pelos entes durante a pandemia. Em outubro de 2020, outros 6.222 leitos disponibilizados por estados e municípios aguardavam habilitação pelo MS. A covid-19 escancarou a desigualdade na oferta de leitos públicos no Brasil, na medida em que o SUS dispunha de menos da metade dos leitos de UTI, embora pelo menos 75% da população dependam exclusivamente da rede pública. A partir dos esforços de estados, municípios e hospitais filantrópicos contratados pelo SUS, a maioria dos leitos de UTI (53,9%) passou a ser destinada ao SUS, embora ainda insuficiente para garantir as necessidades da população. A rede privada conta agora com mais de 46% dos leitos de UTI, mas apenas 22% da população acessa planos de saúde. Sem o apoio federal, os leitos abertos durante a pandemia serão fechados, mantendo-se a relação atual de leitos no SUS muito abaixo da verificada na rede privada. A restrição da oferta de serviços de saúde afeta desigualmente as regiões de saúde do país e, especialmente, as mais vulneráveis, que não contam com recursos próprios significativos para a oferta de leitos.

Ainda no campo da média e alta complexidade, há uma quantidade expressiva de serviços abertos por estados e municípios nos últimos anos, mas que ainda não foram habilitados pelo Ministério da Saúde²² e, portanto, não contam com recursos federais.

Além disso, há demandas para apoio a laboratórios públicos em relação a parcerias para aquisição e transferência de tecnologia relacionadas à vacina da covid-19. De modo geral, o apoio para a estruturação do Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS) se mostrou ainda mais relevante durante a pandemia.

A dependência externa do país em relação a produtos estratégicos de saúde implicou restrições no acesso a equipamentos e a medicamentos de UTI, por exemplo. É fundamental ampliar a disponibilidade desses insumos, para que a rede possa atender à demanda. Além disso, num contexto de aumento da procura e câmbio depreciado, os preços se elevaram de forma drástica. Investimentos adicionais no CEIS induzem a base tecnológica e produtiva necessária à realização do direito à saúde, reduzem preços de

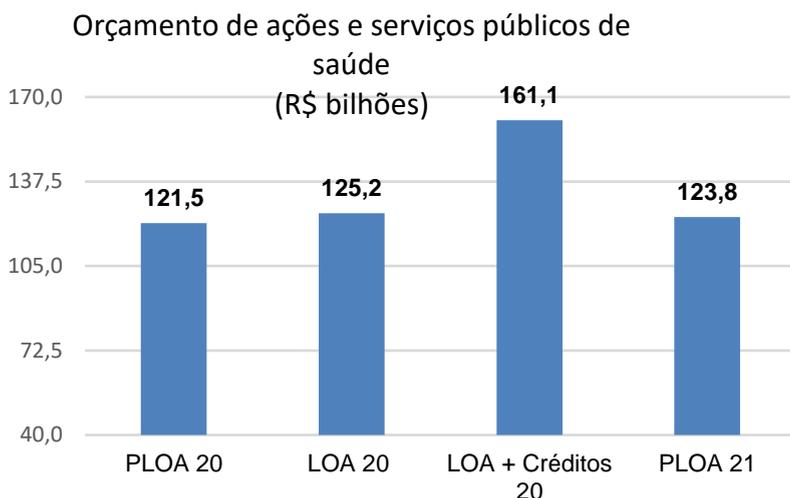
acesso, afetam positivamente a balança comercial e alteram a estrutura produtiva de um setor que representa quase 10% do PIB, podendo ser uma saída para a crise econômica.

Vale também comentar que, além da incorporação de tecnologias, as aquisições de insumos em 2021 serão impactadas pela desvalorização cambial, ampliando custos do Programa Nacional de Imunizações e da Assistência Farmacêutica.

Estes fatores se somam às pressões estruturais, com impactos significativos sobre o SUS em 2021. No entanto, a proposta orçamentária, sujeita à EC 95, trouxe recursos no piso congelado, de R\$ 123,8 bilhões, apenas atualizando pelo IPCA o mínimo de 2020.

O gráfico a seguir mostra os impactos das regras de gasto sobre o SUS. Vale perceber que, em 2020, o orçamento foi encaminhado praticamente no piso congelado da EC 95 e os recursos adicionados pelo Congresso não foram capazes sequer de atender ao piso anteriormente vigente, de 15% da RCL (considerando a RCL prevista na LOA, de R\$ 868 bilhões).

Com a suspensão das regras, foi possível adicionar R\$ 38 bilhões ao orçamento da saúde, demonstrando que a restrição efetiva ao SUS advém das regras de gasto, e não da falta de recursos. Contudo, a retomada da EC 95 como âncora fiscal determina uma perda de quase R\$ 40 bilhões, cotejando os valores autorizados em 2020 com a proposta orçamentária de 2021.



Elaboração própria. Fonte: Siop. Consulta em 21 out. 2020.

Não há como detalhar uma análise da programação orçamentária da saúde nos limites deste trabalho. Entretanto, cabe assinalar alguns aspectos que apontam para os impactos da austeridade sobre programações específicas do SUS:

a) os recursos da atenção de média e alta complexidade são de R\$ 51,6 bilhões para 2021, crescimento nominal de 2,8% em relação a 2020, o que sequer repõe a inflação de serviços de saúde e o crescimento populacional, inviabilizando a absorção das demandas adicionais relativas à manutenção de leitos e a habilitações de serviços;

b) não há recursos para transição na atenção básica, com risco real de perda de valores por diversos municípios;

c) há redução do orçamento do Mais Médicos em R\$ 400 milhões (mesmo computando os valores do Programa Médicos pelo Brasil);

d) não há recursos para apoio aos entes na aquisição e transferência de tecnologia de vacinas para covid-19; e

e) não há recursos adicionais para apoio a laboratórios públicos e estruturação do CEIS.

Por fim, cumpre lembrar que, dentro do piso congelado (R\$ 123,8 bilhões), já há recursos para emendas parlamentares impositivas da ordem de R\$ 7,3 bilhões. No caso das emendas de bancada, não há qualquer regra que determine percentual a ser aplicado em saúde.

O cenário para 2021 combina aumento das pressões por gastos de saúde e redução abrupta do financiamento federal do SUS, o que tende a agravar as condições de saúde da população. Diante das limitadas condições de financiamento de estados e municípios, a redução de recursos da União deve restringir a oferta de serviços, afetando a capacidade do SUS em processar as demandas crescentes da população.

Considerações finais: 2016, um ano que ainda não acabou

O discurso usual dos agentes de mercado é o de que o aumento recente das taxas de juros dos títulos do Tesouro Nacional, especialmente os de prazo mais longo, se deve às incertezas fiscais, diante do aumento do *deficit* primário e das dúvidas acerca da manutenção do teto de gastos.

O que reforça a ideia de que a tecnologia de governo liberal implica critérios de mercado voltados contra o Estado, de modo a não deixá-lo fazer. Não se trata tanto de argumentos liberais que visem ao convencimento sobre a melhor forma de gestão estatal, mas de dispositivos capazes de “precificar” a flexibilização fiscal, apontando para um regime de governo em que o mercado é ativo e vigilante em relação às ações de Estado.

No limite, este regime, forçando a volta ao teto de gastos, materializa a ideia de um Estado regido unilateralmente pela razão de mercado, sem interações com as demandas populares. A ideia consagrada no *impeachment* foi decisiva para o quadro atual, na medida em que associou a crise econômica ao excesso de gastos públicos.

Junto à tese da corrupção como elemento constitutivo das instituições brasileiras, a ideia da “gastança” como produtora da crise procura desautorizar a intervenção estatal como meio para atender às demandas sociais. Em contrapartida, a baixa representatividade do sistema institucional no Brasil foi decisiva para a emergência de uma extrema direita que se coloca como *outsider* ao sistema. Diferente do caso europeu, no qual a extrema direita cresce no contexto dos impactos da política neoliberal²³, no Brasil ela se fortalece em meio à estigmatização do Estado, reforçando pautas como a austeridade. Isto é, pode haver uma crise de representatividade das instituições²⁴, mas, no caso brasileiro, ela implica o reforço do neoliberalismo como prática de governo, de modo que o “*outsider*” pratica políticas seculares e sistêmicas de exclusão de parcela substantiva da população.

Desde a EC 95, avançou-se significativamente num regime fiscal apartado das demandas populares, diante da tese que associava interesse público à contenção do Estado. Os impactos sobre o SUS demonstram que este regime é incapaz de atender às necessidades de saúde da população.

Neste contexto, é fundamental a luta política e cognitiva para desconstruir a versão hegemônica, inscrita nas práticas institucionais desde o golpe de 2016, que associa teto de gastos e interesse coletivo. Estruturalmente, o Brasil precisa de novas regras fiscais (pelo lado da despesa e da receita) capazes de financiar serviços públicos e reduzir desigualdades. Para 2021, o atendimento às necessidades crescentes de saúde requer a aprovação do piso emergencial para o SUS, lastreado nos valores extraordinários, autorizados em 2020. Conforme aqui exposto, não há restrições técnicas à ampliação de despesas. As restrições são de ordem

política, diante de um regime fiscal que afasta o orçamento público das demandas populares dirigidas ao Estado.

RESUMO

O presente artigo discute os impactos da Emenda Constitucional n. 95 (EC 95) sobre o Sistema Único de Saúde. Para tanto, inicia descrevendo as implicações do golpe parlamentar de 2016 sobre as práticas estatais e a saúde pública. Depois, passa ao histórico do financiamento do SUS desde a Constituição Federal de 1988 (CF 88). Aborda, na sequência, a narrativa consagrada desde o golpe parlamentar de 2016, que associa a crise econômica ao excesso de gastos públicos, de modo a justificar a adoção da política de austeridade, com impactos negativos sobre os serviços públicos. Procura-se mostrar que a EC 95 impõe uma agenda de ajuste fiscal permanente e será interpretada à luz do conceito de neoliberalismo como tecnologia de governo. Em sua dimensão empírica, o trabalho mostra os efeitos das regras de gasto sobre o SUS.

PALAVRAS-CHAVE:

Golpe parlamentar; Sistema Único de Saúde; Emenda Constitucional n. 95; financiamento do SUS.

The coup against democracy, austerity and the attack on SUS: 2016, the year that didn't end.

ABSTRACT

This article discusses the impacts of Constitutional Amendment n. 95 (EC 95) on the Unified Health System. To this end, it begins by describing the implications of the 2016 parliamentary coup on state practices and public health. Then, it goes on to the SUS financing history since the Federal Constitution of 1988 (CF 88). Next, it addresses the consecrated narrative since the 2016 parliamentary coup, which associates the economic crisis with the excess of public

spending, in order to justify the adoption of the austerity policy, with negative impacts on public services. It seeks to show that EC 95 imposes a permanent fiscal adjustment agenda and will be interpreted in the light of the concept of neoliberalism as a technology of government. In its empirical dimension, the work shows the effects of spending rules on SUS.

KEYWORDS:

Parliamentary coup; Unified Health System; Constitutional Amendment n. 95; SUS financing.

NOTAS

¹ Médico, jornalista, Senador da República pelo estado de Pernambuco, Ministro da Saúde 2003-2005. Contato do autor: humbertocosta@uol.com.br.

² Professor do Departamento de Medicina Preventiva da Unifesp, coordenador do Napp- Saúde/PT/FPA e ex-ministro de Estado da Saúde. Contato do autor: arthur.chioro@unifesp.br.

³ Assessora parlamentar do Senado Federal, membra do Napp-Saúde/PT/FPA e doutoranda do Departamento de Medicina preventiva Preventiva da Unifesp. Contato da autora: ana_soter@icloud.com.

⁴ Assessor parlamentar do Senado Federal. Contato do autor: bmoretti1@gmail.com.

⁵ VIEIRA, Fabiola Sulpino; PIOLA, Sérgio Francisco; BENEVIDES, Rodrigo Pucci de Sá e. “Vinculação orçamentária do gasto em saúde no Brasil: resultados e argumentos a seu favor”. Rio de Janeiro: Ipea: Texto para discussão, dez. 2018, n. 2516.

⁶ *População teve acesso a 1,4 bilhão de consultas médicas pelo SUS em um ano*. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/index.php/35602-populacao-teve-acesso-a-1-4-bi-de-consultas-medicas-pelo-sus-em-um-ano>. Acesso em 26 nov. 2020.

⁷ O movimento da reforma sanitária nasceu durante a ditadura militar no início da década de 1970, articulando luta pela redemocratização e a defesa de transformações no setor da saúde para a melhoria das condições de vida da população.

⁸ *Ministro defende plano de saúde para aliviar gastos com o SUS*. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2016-07/ministro-defende-plano-de-saude-popular-para-aliviar-gastos-com-o-sus>. Acesso em 26 nov. 2020.

⁹ ALMEIDA, Eurivaldo Sampaio de; CHIORO, Arthur; ZIONI, Fabíola. “Políticas públicas e organização do sistema de saúde: antecedentes, reforma sanitária e o SUS”. In: WEASTPHAL, Márcia Faria; ALMEIDA, Eurivaldo Sampaio de. (org.). *Gestão de serviços de saúde: descentralização/municipalização do SUS*, São Paulo: Edusp, 2001, p. 21-33.

¹⁰ MENDES, Eugênio Vilaça. *As redes de atenção à saúde*. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de de Minas Gerais, 2009.

¹¹ A Receita Corrente Líquida da União, segundo a contabilidade oficial, é o somatório das receitas tributárias, de contribuições patrimoniais, industriais, agropecuárias, de serviços, transferências correntes e outras receitas também correntes, deduzidos alguns itens como os valores transferidos aos entes subnacionais por determinação constitucional ou legal.

¹² LACLAU, Ernesto. *A razão poulista*. São Paulo: Três Estrelas, 2005.

¹³ Iniciada em 2014, a Operação foi instituída oficialmente com o objetivo de combate à corrupção e lavagem de dinheiro.

¹⁴ BOURDIEU, Pierre. *Sobre o Estado*. São Paulo: Companhia das Letras, 2014.

¹⁵ FOUCAULT, Michel. *O nascimento da biopolítica*. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

¹⁶ BORGES, Fabiano Tonaco *et al.* “Políticas de austeridade fiscal: tentativa de desmantelamento do Sistema Nacional de Salud da Espanha e resistência cidadã”. *Saúde e Sociedade*, v. 27, n. 3, 2018, p. 715-728.

¹⁷ QUAGLIO, Gianluca *et al.* *Austerity and health in Europe*. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24176290/>, acesso em 26 nov. 2020

¹⁸ BROWN, Wendy. *Nas ruínas do neoliberalismo: a ascensão da política antidemocrática no Ocidente*. São Paulo: Editora Politeia, 2019.

¹⁹ MORETTI, Bruno *et al.* *Mudar a política econômica e fortalecer o SUS para evitar o caos*. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/mudar-a-politica-economica-e-fortalecer-o-sus-para-evitar-o-caos/46220/>, acesso em 26 nov. 2020.

²⁰ 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*, v. 43, n. especial, 2019, p. 58-70.

²¹ CARVALHO, Laura. *Curto-circuito: o vírus e a volta do Estado*. São Paulo: Todavia, 2020.

²² São serviços abertos por estados e municípios, mas que não contam com cofinanciamento federal, geralmente em razão da falta de disponibilidade orçamentária.

²³ MOUFFE, Chantal. *Sobre o político*. São Paulo: Martins Fontes, 2015.

²⁴ CASTELLS, Manuel. *Ruptura: a crise da democracia liberal*. Rio de Janeiro: Zahar, 2018.