

**Desafios para o Sistema Único de Saúde (SUS)  
no contexto nacional e global de transformações sociais,  
econômicas e tecnológicas - CEIS 4.0**

**FINANÇAS PÚBLICAS PARA O DESENVOLVIMENTO  
PRODUTIVO: DESAFIOS ESTRUTURANTES PARA  
O COMPLEXO ECONÔMICO-INDUSTRIAL DA SAÚDE  
NO BRASIL**

**EQUIPE DE PESQUISA**

Coordenação: Esther Dweck

Equipe: Bruno Moretti e Maria Fernanda Godoy Cardoso de Melo

**Centro de Estudos Estratégicos da  
Fiocruz Antônio Ivo de Carvalho**

**Coordenador do CEE**

Carlos Augusto Grabois Gadelha

**Projeto Integrado CEE**

Complexo Econômico-Industrial da Saúde e  
Prospecção em CT&IS

**Subprojeto**

Desafios do SUS no contexto nacional e global de  
transformações sociais, econômicas e  
tecnológicas – Projeto CEIS 4.0

**Coordenador Geral**

Carlos Augusto Grabois Gadelha

**Coordenadores Adjuntos**

José Cassiolato

Denis Gimenez

Equipe Executiva

Marco Aurélio Nascimento

Karla Bernardo Mattoso Montenegro

Felipe Kamia

Gabriela Maretto

Juliana Moreira

Leandro Safatle

**Colaboradores**

Anna Durão (Divulgação e Comunicação),

Bernardo Cesário Bahia (Pesquisa), Glaucy Silva

(Gestão Administrativa), Elisabeth Lissovsky

(Revisão Português) e Nilmon Filho (Projeto Gráfico)

**Relatório de pesquisa – CEIS 4.0**

***Finanças Públicas para o desenvolvimento  
produtivo: desafios estruturantes para o CEIS  
no Brasil***

**Pesquisadores**

Esther Dweck

Bruno Moretti

Maria Fernanda G. Cardoso de Melo

Citar como:

DWECK, E.; MORETTI, B.; MELO, M.F.G.C de. Finanças Públicas para o desenvolvimento produtivo: desafios estruturantes para o CEIS no Brasil. In: GADELHA, C. A. G. (Coord.). Projeto Desafios para o Sistema Único de Saúde no contexto nacional e global de transformações sociais, econômicas e tecnológicas (CEIS 4.0). Relatório de Pesquisa. Rio de Janeiro: CEE/Fiocruz, 2021.

Todos os direitos reservados ao Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz Antonio Ivo de Carvalho (CEE). Reprodução autorizada desde que citada a fonte.

Esta obra foi elaborada no âmbito do projeto “Desafios do SUS no contexto nacional e global de transformações sociais, econômicas e tecnológicas – CEIS 4.0”. As opiniões expressas refletem a visão dos autores, não representando a visão institucional sobre o tema

## Sumário

<b>1. Introdução</b>	<b>6</b>
<b>2. Finanças públicas e papel do Estado</b>	<b>11</b>
2.1. Pós Segunda Guerra Mundial (1945 – 1970)	11
2.2. Neoliberalismo (1970 – 1990)	16
2.3. Pós-crise financeira global e crise desencadeada pela pandemia da Covid-19 (pós-2008)	21
<b>3. O planejamento, financiamento e orçamento do SUS</b>	<b>25</b>
3.1. Arcabouço fiscal brasileiro	25
3.1.1. Superposição de regras fiscais	26
3.1.2. Vinculações constitucionais e garantias de direitos	29
3.2. Impactos sobre o financiamento do SUS	33
3.3. Política fiscal, sistema tributário e desigualdade	38
3.3.1. O gasto tributário com saúde	44
3.4. Regras e classificações orçamentárias e o financiamento do SUS	47
3.5. Estrutura e financiamento do CEIS brasileiro nas dimensões públicas e privadas	51
3.6. Comparação internacional	55
3.6.1. Regras fiscais	55
3.6.2. Gastos com saúde	58
<b>4. A questão federativa</b>	<b>63</b>
4.1. Federalismo fiscal brasileiro	64
4.2. Federalismo da saúde	69
4.2.1. Impactos das regras fiscais	71
4.2.2. Participação da União e dos entes subnacionais no financiamento	74
4.2.3. Os desafios da descentralização de competências e regionalização em saúde	80

4.2.4. Mecanismos de repasse da União, questão federativa e reflexos das relações público e privada .....	84
<b>5. Poder de compra do Estado e indução do CEIS .....</b>	<b>95</b>
5.1. O papel do Estado na promoção da atividade científica e tecnológica .....	96
5.2. Regras de aquisição, papel do controle e transferências de tecnologia .....	100
5.3. Compras públicas e fragilidades do CEIS .....	104
<b>6. A matriz de identificação dos problemas e propostas preliminares para debate .....</b>	<b>107</b>
6.1. O planejamento, financiamento e orçamento do SUS .....	108
6.2. Questão federativa .....	110
6.3. Poder de compra do Estado e indução do CEIS .....	112
6.4. Piso constitucional para ações e serviços públicos de saúde .....	112
<b>7. Referências bibliográficas: .....</b>	<b>113</b>

## Índice de Gráficos e Tabelas

Figura 1 - CEIS e seus subsistemas .....	52
Gráfico 1 - Despesas federais em ações e serviços públicos de saúde (2000 a 2021) (R\$ bilhões, a preços de 2019, e % da RCL) .....	34
Gráfico 2 - Despesas federais em ações e serviços públicos de saúde (2000 a 2021) (% do PIB) ....	35
Gráfico 3 - Orçamento de ações e serviços públicos de saúde 2020 e 2021 (R\$ bilhões) .....	36
Gráfico 4 - Orçamento federal <i>per capita</i> de ações e serviços públicos de saúde (R\$, a preços de 2019) ..	37
Gráfico 5 - Gasto público com saúde <i>per capita</i> PPP* (a preços constantes de 2017), em países selecionados (2004, 2010, 2014 e 2017) .....	60
Gráfico 6 - Gasto público com saúde como proporção do PIB (%) em países selecionados (2004, 2010, 2014 e 2017) .....	61
Gráfico 7 - Participação do gasto público e privado com saúde no gasto total com saúde (%) em	

2010, em países selecionados .....	62
Gráfico 8 - Participação do gasto público e privado com saúde no gasto total com saúde (%) em 2017, em países selecionados. ....	63
Gráfico 9 - Participação dos entes no financiamento do SUS (%) .....	75
Gráfico 10 - Participação dos entes no gasto público de saúde (%) .....	76
Gráfico 11 - Despesas <i>per capita</i> em saúde por ente federado (R\$ bilhões a preços de 2019) .....	79
Tabela 1 - Decomposição do índice de Gini da renda final por benefícios e tributos .....	41
Tabela 2 Subsistemas do CEIS e principais rubricas do orçamento federal de saúde .....	53
Tabela 3 - Orçamento ASPS e subsistemas CEIS (R\$) .....	54
Tabela 4 - Gasto público com saúde <i>per capita</i> PPP* (a preços constantes de 2017) em países selecionados (variação 2010-2017 e 2014-2017) .....	59
Tabela 5 - Gastos públicos em ações e serviços públicos de saúde (R\$ bilhões - a preços de 2019) ...	77
Tabela 6 - Participação federativa no financiamento e despesa em saúde .....	78

## 1. Introdução

Historicamente, a temática de finanças públicas está intrinsecamente ligada à discussão sobre o papel do Estado, o que desencadeou, ao longo do tempo, mudanças no arcabouço institucional da política fiscal, tanto do ponto de vista teórico quanto aplicado. O tema faz parte da origem da Economia Política Clássica, com a publicação, ainda em 1662, do *Tratado sobre impostos e contribuições*, por William Petty. Entre outras coisas, a obra apresentava um manual de políticas para aumentar as receitas reais, por meio de diversas propostas de reforma tributária. Da publicação original, em 1662, até a Grande Depressão de 1929, o mundo assistiu à ascensão e à crise da primeira potência econômica industrial, ao surgimento de novas potências industriais e a um vultoso aumento da desigualdade intra e interpaíses.

O debate em torno do papel do Estado na condução do desenvolvimento das forças produtivas foi central em todo esse período, mas foi depois da Segunda Guerra Mundial (2ª GM), a partir das análises de experiências históricas e em reação aos horrores da guerra que se consolidou uma visão da atuação do Estado que combinava diversos elementos. Para esse trabalho, importa ressaltar três grandes temas sobre o papel do Estado: a) o desenvolvimento produtivo e tecnológico; b) a garantia do pleno emprego e atenuação das flutuações econômicas, inclusive a reversão de crises; e c) a provisão de serviços públicos e a redistribuição de renda e da riqueza em direção a maior justiça social. De certa forma, os temas que serão abordados nesse trabalho terão como base teórica e empírica estudos nessas três grandes áreas de atuação do Estado.

Não se trata meramente da análise das tradicionais funções do governo – alocativa, estabilizadora e distributiva – mas de uma interpretação que se consolidou no pós-2ª GM que combinava as visões da nova disciplina de Economia do Desenvolvimento com a Macroeconomia Keynesiana e o Estado de bem-estar social (Fiori, 1997). É no contexto desse último elemento que se insere a importância de um sistema de saúde universal como o preconizado por Richard Titmuss para a Grã-Bretanha. Ainda que essas bases teóricas tenham sido criticadas e atualizadas ao longo das últimas sete décadas, é fato que estamos, hoje, novamente diante dos desafios apontados por William Beveridge no seu relatório (Beveridge, 1942) que marcou a constituição dos sistemas de bem-estar social: a miséria, a enfermidade, o analfabetismo, a questão sanitária e o desemprego. Para enfrentar esses desafios, é preciso ter em vista que, no Brasil, temos um agravante estrutural

decorrente de desigualdades históricas.

Nessas últimas sete décadas, o Brasil passou de um país agrário exportador para um país industrializado e urbano, porém com um aumento do abismo social. A crise de 1930 trouxe profundas implicações sobre o Brasil, a partir das quais se construiu uma nova base jurídico-administrativa pela qual o Estado passou a coordenar a industrialização e a diversificação produtiva e social do País.

Na medida em que o Estado ampliou seu domínio de atuação, surgiram os pleitos por uma administração pública com maior grau de profissionalização. É neste contexto que o País avança na institucionalização do planejamento, na formulação de planos, diagnósticos econômicos, regionais e setoriais e na criação de instituições que viabilizaram a ampliação da capacidade de coordenação e execução do Estado no contexto do projeto nacional-desenvolvimentista (Draibe, 1985; Furtado, 2007 [1959]).

Esse processo de rápido crescimento e mudança estrutural ocorrido no Brasil entre as décadas de 1930 e 1980 foi interrompido com a crise da dívida do início da década de 1980. Iniciam-se aí dois movimentos antagônicos. Por um lado, com a crise da dívida e o aumento inflacionário, a agenda econômica do País passou a ser dominada pela temática da estabilidade macroeconômica. Em linha com um processo mundial em curso, há um desmonte das estruturas de planejamento e intervenção estatal, acompanhado de uma agenda de liberalização econômica. Por outro lado, em 1988, é promulgada a Constituição Cidadã, que incorpora aos instrumentos existentes de desenvolvimento a concepção de um Estado de bem-estar social (Aureliano; Draibe, 1989; Draibe, 1993), tendo como um dos elementos centrais um Sistema Universal de Saúde (SUS) cujas bases de sustentação ainda precisariam ser criadas. Esses movimentos antagônicos marcaram a implantação do SUS, que ocorreu em meio às idas e vindas em torno da questão do planejamento e da coordenação estatal do desenvolvimento.

A construção do Estado de bem-estar social, assim como um Sistema Único de Saúde, com acesso universal, é algo raro entre os países em desenvolvimento. O caso brasileiro é marcado por um desequilíbrio entre o lado tributário e o lado das transferências e da provisão de serviços públicos. Como destacam Silveira e Passos (2017), o sistema tributário possui um forte efeito concentrador de renda e a baixa progressividade distributiva da arrecadação direta é mais do que compensada pelo forte efeito regressivo da arrecadação indireta, que representa quase 50% da

arrecadação tributária brasileira. Conforme demonstrado pelos autores, no Brasil, todo o efeito distributivo da atuação do Estado ocorre pelo lado das despesas públicas, em particular, pelas transferências de renda da seguridade social, tanto previdenciárias quanto assistenciais, e pelos serviços públicos gratuitos como saúde e educação. Estudo da Cepal também encontra resultados similares, estimando o elevado impacto das aposentadorias e pensões e dos gastos públicos de educação e saúde sobre o Coeficiente de Gini no Brasil (Cepal, 2015).

Nesse sentido, o SUS ocupa um papel central na redução das múltiplas faces das desigualdades brasileiras:

(...)a desigualdade de renda, a concentração de riqueza e uma enorme desigualdade no acesso e na qualidade de serviços sociais básicos, no desenvolvimento regional e um grande abismo nos indicadores quando analisados com cortes de gênero e raça (Dweck, Silveira, Rossi, 2018, p. 32).

Portanto, são imensos e complexos os desafios que precisam ser enfrentados pelo Estado brasileiro e pelo SUS, em particular, diante das transformações globais em curso sob a perspectiva do desenvolvimento e saúde. Esses desafios requerem a identificação, sistematização do conhecimento e reflexão no sentido de pensar em políticas públicas vinculadas a um planejamento estratégico de como equacioná-los levando em conta a necessária expansão dos serviços universais.

Entre as transformações internas e globais com impactos crescentes na área de saúde, introduzindo novos e complexos desafios, destacam-se as relacionadas às mudanças demográficas e epidemiológicas, à globalização e financeirização, à 4ª Revolução Tecnológica, ao aprofundamento das assimetrias econômicas e tecnológicas e às mudanças climáticas e no mundo do trabalho.

Há uma mudança significativa do perfil demográfico e epidemiológico no Brasil. Para além do envelhecimento da população brasileira, Souza et al. (2018) apontam uma mudança no perfil sanitário do País, com queda acentuada na mortalidade por doenças transmissíveis, da morbimortalidade

materno-infantil<sup>1</sup> e causas estáveis de morte, entre 1990 e 2015, o que aumentou a expectativa de vida da população. Entretanto, temos um padrão de morbimortalidade em que coexistem problemas decorrentes diretamente da pobreza que se somam a um quadro de predomínio de doenças crônicas degenerativas, agravado ainda por eventos provocados por causas externas.

Como apontam Noronha et al (2018), essas mudanças trazem novos desafios para o modelo de cuidados de atenção à saúde, num contexto em que doenças agudas, que podiam ser curadas, são substituídas por outras que requerem cuidados continuados e permanentes. A estimativa dos autores é de que apenas a mudança no perfil demográfico, mantidas as opções tecnológicas vigentes, implicaria, em 20 anos, um aumento dos gastos com atenção à saúde de 38%.

Outro desafio refere-se às mudanças advindas das mudanças tecnológicas envolvendo o uso científico da inteligência artificial, as bases de dados (*big data/big science*), as novas formas de organização de vida nas cidades que permitem a emergência de cidades inteligentes, num contexto de exclusão urbana e a conectividade entre coisas e pessoas e incorporação tecnológica. A dissolução das fronteiras entre setores e campos do conhecimento causadas por essas transformações traz a radicalização do caráter sistêmico da saúde, reforçando a interdependência produtiva e tecnológica. Assim, juntamente ao movimento de internacionalização e concentração do capital, os esforços para construção de capacidades produtivas e tecnológicas locais são imensos, reforçando as assimetrias econômicas e de poder (Lobo, 2018).

Esse contexto reforça ainda mais as vulnerabilidades decorrentes da ausência de um CEIS completo. Gadelha e Temporão (2018) analisaram o déficit da balança comercial do CEIS da saúde ao longo de 1996 e 2016, mostrando sua crescente dependência em relação às assimetrias globais. Nesse sentido, justo num momento de construção e ampliação do acesso universal, o déficit comercial evidenciava um bloqueio estrutural ao desenvolvimento, mostrando a vulnerabilidade do sistema de saúde. A vulnerabilidade estrutural do CEIS reflete, assim, a enorme fragilidade da capacidade produtiva e tecnológica local, seja na oferta de produtos essenciais, seja na capacidade de fazer acordos de transferência de tecnologia, por exemplo. Desse modo, é preciso importar para

---

1 Como destacam Rasella et al. (2018) o estudo sugere que uma redução da cobertura dos programas de redução da pobreza e de atenção básica à saúde podem resultar em um aumento da mortalidade infantil, principalmente nos municípios mais pobres, revertendo tendências anteriores de redução da desigualdade nos resultados relacionados à saúde infantil.

atender desde às necessidades imediatas, mas também para suprir os elos faltantes da cadeia produtiva e tecnológica.

Diante desses desafios, buscaremos explorar os aspectos estruturais do arcabouço institucional fiscal brasileiro e do arranjo federativo sobre o financiamento e políticas de incentivo dos principais subsistemas do CEIS, que afetam a sustentabilidade do SUS e a possibilidade da promoção de uma agenda de desenvolvimento a partir da consolidação do CEIS brasileiro que articule as dimensões políticas, sociais e econômicas. O tema deste Relatório Final do Estudo insere-se, assim, no conjunto de estudos do Eixo 2, do Projeto “Desafios para o Sistema Único de Saúde (SUS) no contexto nacional e global de transformações sociais, econômicas e tecnológicas CEIS 4.0”, que discute a “dinâmica sistêmica do CEIS no contexto da 4ª Revolução Tecnológica” no “subitem “VI – O papel do Estado no desenvolvimento em saúde”. Portanto, esse Relatório Final de estudo que apresentamos visa contribuir para o objetivo maior deste subitem, que é o de discutir o papel do Estado no processo de desenvolvimento em saúde sob o contexto da 4ª Revolução Tecnológica e as recentes transformações sociais, econômicas e ambientais.

O Relatório está estruturado em 6 seções, sendo a primeira essa Introdução. A seção 2 discute as mudanças na visão sobre o papel do Estado e os reflexos sobre a condução das finanças públicas, mais especificamente, a política fiscal, subdividida em três períodos: pós-Segunda Guerra Mundial, o período de 1970-1990 de consolidação do neoliberalismo e no período pós-crise financeira global e crise desencadeada pela pandemia da Covid-19. A seção 3 aborda o planejamento, financiamento e orçamento do SUS e está dividida em subseções que discutem o arcabouço fiscal brasileiro, os impactos das regras fiscais sobre o financiamento do SUS, os efeitos da política fiscal e do sistema tributário sobre a desigualdade, as regras de classificações orçamentárias e o financiamento do SUS, a estrutura do financiamento do sistema do CEIS brasileiro nas dimensões públicas e privadas e, ao final, faz uma comparação internacional relativa às regras fiscais e às despesas com saúde. A quarta seção discorre sobre a questão federativa e aborda o federalismo fiscal brasileiro, o federalismo da saúde, onde se discutem os impactos das regras fiscais, a evolução da participação da União e dos entes subnacionais no financiamento da saúde, os desafios da descentralização de competências e regionalização em saúde, os mecanismos de repasse da União e a questão federativa e os reflexos das relações público e privada, discutindo as mudanças recentes nas transferências da atenção básica e os repasses para a média e alta complexidade e a

indução de capacidade. A quinta seção discute o poder de compra do Estado e indução do CEIS e o papel do Estado na promoção da atividade científica e tecnológica, discute as regras de aquisição, o papel do controle e transferências de tecnologia e as fragilidades do CEIS. Por fim, apresentamos na seção 6 uma matriz de identificação dos problemas e propostas de solução que está dividida em quatro grandes temas: o planejamento, financiamento e orçamento do SUS, a questão federativa, o poder de compra do estado e indução do CEIS e, por fim, novas regras para piso constitucional para saúde pública.

## **2. Finanças públicas e papel do Estado**

A temática de finanças públicas está intrinsecamente ligada à discussão sobre o papel do Estado e sobre como diferentes visões sobre o papel do Estado ao longo do tempo determinam diretamente a condução da política fiscal. Desde o final da Segunda Guerra Mundial, houve um movimento pendular em relação ao papel do Estado, desencadeando, ao longo do tempo, mudanças no arcabouço institucional da política fiscal, tanto do ponto de vista teórico quanto aplicado. Nesse estudo, destacamos três períodos importantes, os dois primeiros são diametralmente opostos, enquanto o terceiro período, que se estende até hoje, parece ainda indefinido. A situação atual está em aberto, no entanto, a pandemia parece ter desencadeado uma nova discussão sobre o papel do Estado, reforçando argumentos que reapareceram desde a crise de 2008. Ainda assim, ao contrário do período do pós-Segunda Guerra e da virada das décadas de 1970/1980, não há ainda uma inflexão definitiva e há sinais de uma difícil reversão das décadas de desmontes anteriores.

### **2.1. Pós-Segunda Guerra Mundial (1945 – 1970)**

No pós-Segunda Guerra consolidou-se um esforço intelectual sobre a atuação do Estado que combinava as visões da nova disciplina de Economia do Desenvolvimento com a Macroeconomia Keynesiana e o Estado de bem-estar social (Fiori, 1997).

O campo da teoria econômica denominado de Economia do Desenvolvimento surgiu, segundo algumas opiniões, nos anos 1940, a partir do artigo de Rosenstein-Rodan publicado na revista *Eco-*

*nomie Journal* em 1943.<sup>2</sup> O modelo do Big Push apresentado naquele artigo, como mostrou Krugman (1993), permitia o aparecimento de economias externas com implicações de bem-estar, ideia que esteve presente na maioria dos estudos sobre desenvolvimento econômico deste período, em que as conclusões implicavam suposições claramente não-neoclássicas.

... vários estudos da economia do desenvolvimento escritos durante os anos 50 continuam, mais ou menos explicitamente e mais ou menos conscientemente, uma teoria em que complementaridade estratégica representava um papel essencial no desenvolvimento, economias externas surgem de uma relação circular em que a decisão de investir na produção em grande escala dependia do tamanho do mercado, e em que o tamanho do mercado dependia da decisão de investir (Krugman, 1993. p. 25).

No pós-guerra, com a chamada revolução keynesiana em franca oposição ao instrumental marginalista – equilíbrio, agentes racionais, sistema capitalista estável – havia espaço para estudar questões importantes, como diferenças entre os países e formas de reduzi-las. Como observou Fiori (1998), essas teorias foram rapidamente incorporadas pelos órgãos internacionais, servindo de base para formulação de políticas voltadas para o desenvolvimento econômico.

Assim como podia haver políticas anticíclicas, poderia haver políticas com objetivos não apenas de curto prazo. Isto de certa maneira viabilizou ou legitimou a preocupação e a vontade política que se generalizava, no mundo inteiro, depois da Segunda Guerra Mundial, com o desenvolvimento visto desde então como um processo possível de ser introduzido ou acelerado politicamente, e portanto diferente, na teoria econômica, da idéia do simples crescimento (Fiori, 1998, p.173).

Economistas e cientistas sociais dos países em desenvolvimento (por exemplo, Prebisch e Furtado), apoiados por outros pesquisadores fora do *mainstream*, elaboraram uma teoria de desenvol-

---

2 Neste período ocorreu uma intensa formalização do debate sobre desenvolvimento econômico. A discussão das questões relacionadas ao desenvolvimento dos países, obviamente, é muito anterior a esta data, tendo começado, segundo alguns autores, a partir dos estudos de List sobre o atraso da Alemanha frente à Inglaterra, estudos essenciais ao grande salto iniciado por Bismarck, na Alemanha, no século passado.

vimento propriamente dita. Pontos em comum das diversas contribuições da economia do desenvolvimento (1940-1960): i) desenvolvimento econômico deve ser analisado dentro de um contexto histórico; ii) os países subdesenvolvidos apresentavam um certo número de características econômicas comuns que os distinguiam dos demais; iii) a busca de uma teoria do desenvolvimento propriamente dita, alternativa à teoria neoclássica.

Havia uma proposição “teórica”, quase consensual, da necessidade de um grande esforço consciente, concentrado e dirigido para superar o “*low level equilibrium trap*”, implícita nas metáforas dos principais autores – “*big push*”, “*take-off*”, “*spurt*”, “limiar crítico”, “encadeamentos”. E grande parte desse esforço centrava-se no processo de mudança estrutural obtido por meio de políticas de industrialização.

Em paralelo a essas importantes contribuições, que reforçavam o papel do Estado no desenvolvimento das forças produtivas, nesse período também se consolidou a visão sobre o papel do Estado na administração da demanda agregada e, conseqüentemente, da flutuação econômica e da determinação do nível de produto e emprego.

Conforme destaca Musgrave (1985), até a década de 1930, a “economia fiscal”, com poucas exceções, tratava dos efeitos da política orçamentária sobre usos alternativos de recursos e distribuição de renda, sendo a análise conduzida em um contexto de uma economia de pleno emprego. Com a “revolução keynesiana” da década de 1930, a demanda agregada tornou-se um fator importante na determinação do nível de emprego e a política orçamentária ganhou um novo e estratégico papel: a) função de estabilização foi adicionada aos aspectos mais tradicionais da política orçamentária; b) política fiscal mudou-se para o centro da macroeconomia. Grande parte da literatura das décadas de 1930 a 1950 foi direcionada à exploração dessa nova dimensão.

No livro *The economics of full employment* (Burchardt, 1944), discutia-se o amplo consenso de que a atividade econômica determinada exclusivamente pelo setor privado estaria sujeita a flutuações periódicas. Para evitar tal instabilidade, o Estado deveria assumir a responsabilidade pelo controle do volume de empregos realizando obras públicas, subsidiando o consumo de massa, e redistribuindo a renda.

Em “Três caminhos para o pleno emprego”, Kalecki (1980) conclui que o gasto do governo deveria ser tal que criasse pleno emprego em combinação com o nível de investimento privado. A distribuição

entre investimento público e subsídio ao consumo deveria ser definida por prioridades sociais. O dispêndio do governo poderia ser por meio de gasto deficitário ou financiado por um aumento do imposto de renda. No entanto, se for financiado por impostos o volume total de dispêndio deve ser maior, pois tende a reduzir o efeito multiplicador sobre o consumo dos contribuintes do imposto de renda. O volume do imposto de renda deveria ser levado tão longe quanto possível politicamente, pois afetava diretamente a distribuição de renda. Finalmente, o investimento privado deve ser empurrado até o nível para expandir a capacidade produtiva no nível de pleno emprego, não podendo ser superior a isso, pois geraria excesso de capacidade e redução da lucratividade do setor privado.

Uma das importantes contribuições desse período são os “Memorandos ao Tesouro”, escritos por Keynes, entre 1942 e 1945, e seus diálogos para elaboração do que posteriormente ficou conhecido como *Relatório Beveridge*. Em grande parte, há uma importante conexão entre a visão de Keynes da necessidade de evitar as flutuações econômicas severas e a proposta de uma ampliação do tamanho do Estado por meio de um amplo programa de proteção social. Como discute Dwyer (2012), a política anticíclica envolveria que as despesas públicas fossem direcionadas à manutenção do pleno emprego, evitando as flutuações do ciclo de negócios. No entanto, seria muito difícil compensar flutuações bruscas, uma vez que ocorressem, e o ideal seria evitar flutuações por meio de um programa estável de longo prazo, que seria representado por um grande governo, atuando em diversas áreas, em especial, na seguridade social.

Em condições políticas, econômicas e sociais peculiares, podemos afirmar que a consolidação do *welfare state* se iniciou, em grande medida, com o *Relatório Beveridge*, de 1942, a criação da seguridade social e, um pouco mais adiante, com a Declaração Universal dos Direitos Humanos (ONU, 1948), marcando a fase de ouro do *welfare state* e sua expansão em ritmo e espectro, em um contexto de forte crescimento econômico, pleno emprego, solidariedade social, proteção social pública e democracia, a chamada “Era de Ouro” do capitalismo mundial.

É importante lembrar que a Inglaterra das primeiras décadas do século XX era um território intelectual importante para a convergência das demandas do capitalismo e da democracia. O esforço de guerra unificou os conservadores e trabalhistas, a elite e os trabalhadores, que sofreram as consequências da guerra, trazendo coesão social e isso, de certa maneira, contribuiu para que as barreiras do pensamento que negava o Estado regulador e interventor fossem superadas. O

planejamento estatal, a estatização de setores estratégicos e o financiamento e a provisão estatal de serviços de saúde, por exemplo, eram aceitos. (Belluzzo, Mazzucchelli, 2004; Judt, 2007, Mazzucchelli, 2009, 2014)

O Plano Beveridge (1942), que inicia o *welfare state*, propôs um enfrentamento da sociedade aos “cinco gigantes”: a miséria, a enfermidade, o analfabetismo, a questão sanitária/saneamento e o desemprego. O plano tem como base a ideia do pleno emprego e sua implementação coloca em funcionamento a ideia de Keynes da política fiscal como instrumento de política ativa.<sup>3</sup>

O Plano Beveridge (1942) propôs um sistema de seguridade social, financiado por contribuições iguais, do trabalhador, do empregador e do Estado, juntamente com uma assistência pública complementar (rede de segurança). Subjacente a este sistema estariam também o sistema nacional de saúde (universal) e o compromisso com políticas de busca do pleno emprego. Essa configuração significou uma ampliação da atuação do Estado (intervenção, regulação) e dos direitos dos cidadãos, a universalização dos direitos a todos os cidadãos, sem distinção de renda, mas com critérios de elegibilidade que não estariam subordinados ao nível de renda. A ideia de conceder “rendas” que pudessem cobrir as necessidades de vida eram entendidas como um direito próprio, sem que fosse necessário “provar” sua necessidade e que os indivíduos pudessem dispor livremente.

É importante sublinhar que a concepção de Beveridge “alarga” a ideia existente de um “mínimum nacional” e aumenta seu valor, organiza um sistema dentro do Estado (direitos próprios). Antes existiam benefícios até diversos, mas estavam fragmentados, desarticulados administrativamente e os valores eram pequenos diante das necessidades. Além disso, era limitado aos trabalhadores com contrato. Beveridge propõe a unificação e o aumento dos benefícios que já existiam e, mais do que isso, amplia esses benefícios para todos os cidadãos.

Em relação ao financiamento, o seguro social receberia as contribuições dos empregados, dos empregadores e do Tesouro Nacional (seguindo o princípio contributivo). As contribuições dos empregados e empregadores seriam comprovadas mediante a anexação de selos nos documentos pessoais de cada contribuinte. Outra fonte de receita para o financiamento do programa seria o

---

3 Aliás, Beveridge e Keynes foram contemporâneos, ambos professores, trabalharam no governo e tiveram uma atuação política.

imposto industrial que incidiria sobre as indústrias classificadas como de risco superior ao normal. Essa contribuição deveria ser suficiente para custear dois terços dos gastos adicionais de incapacidade. A contribuição estatal por sua vez seria responsável tanto por contribuir para o caixa do seguro social quanto por arcar com todas as despesas relativas aos subsídios para a infância e pela assistência nacional (Beveridge, 1942).

O Estado de bem-estar ajudou a reconstrução dos países no imediato pós-guerra e também se beneficiou dele. O período foi caracterizado por taxas de crescimento elevadas (entre 7 a 10% ao ano), quase pleno emprego e baixa inflação, frutos das políticas keynesianas que viabilizaram financeiramente forte expansão dos benefícios e serviços sociais públicos, especialmente educação, saúde e aposentadorias, que representaram cerca de 80% dos recursos sociais públicos dispendidos no período entre 1960-1975 (Kerstenetzky, 2012, p. 18-19).

A literatura aponta que essa fase universalista dos Estados de bem-estar social, no período, que vai de 1945 a 1970, caracteriza-se por um forte crescimento do orçamento social e generalizou, por meio do arranjo montado, o Estado de bem-estar para além dos pobres e das clientelas do seguro social, que foram conseguidas no período anterior aos Anos Dourados. A classe média foi contemplada e tornou-se consumidora dos serviços universais e, ao mesmo tempo, também foi beneficiada pelas oportunidades de emprego profissional no setor público abertas por esse desenvolvimento. O Estado de bem-estar tornou-se o maior empregador em vários países, também foi responsável por uma queda das desigualdades econômicas e sociais e das taxas de pobreza em todos os países centrais, segundo Kuznets (1955 *apud* Kerstenetzky, 2012). Do ponto de vista estrutural, a expansão do emprego e a subida da carga tributária significam que o controle imposto ao gasto e a determinação da renda teriam que passar pelo Estado para o bem-estar se concretizar e isso foi possível pois houve regulação dos mercados e “subordinação da economia à política”, a marca registrada do período (Belluzzo, Mazzucchelli, 2004).

## **2.2. Neoliberalismo (1970 - 1990)**

O período que se inicia a partir de 1970 marca uma mudança profunda no arranjo dos Estados de bem-estar social em decorrência das transformações advindas dos dois choques do petróleo da

década de 1970, das mudanças nas relações de troca internacionais e do fim do sistema de Bretton Woods de taxas de câmbio fixas, trazendo um contexto de redução da atividade econômica, elevado aumento das taxas de desemprego, desequilíbrios nas finanças públicas e aumento dos déficits e dívidas públicas, com crise de financiamento (Kerstenetzky, 2012).

A economia do desenvolvimento foi totalmente marginalizada e o foco da análise do crescimento econômico mudou. Os analistas passaram a se preocupar com as causas da diminuição significativa do crescimento após a era de ouro do capitalismo. Nesse mesmo período a escola novo-clássica liderou uma revolução antikeynesiana visando recuperar as duas décadas anteriores em que a economia ortodoxa perdeu espaço. Os artigos de Barro (1974) sobre o que depois foi chamado de “equivalência ricardiana” e, principalmente, de Sargent e Wallace (1981), sobre dominância fiscal, marcaram uma mudança relevante no debate sobre política fiscal. A questão da sustentabilidade da dívida e a credibilidade da política econômica se sobrepuseram à importância dos impactos distributivo, anticíclico e de manutenção do pleno emprego. Como destaca Lopreato (2006), duas mudanças, uma teórica e outra da conjuntura internacional, observadas nos anos 1970, contribuíram para explicar essa inflexão: a) domínio das expectativas racionais; b) liberalização financeira. A partir dessas contribuições o espaço da política fiscal foi reordenado, com uma forte defesa do processo de consolidação fiscal e negando a visão de Keynes e keynesianos, mesmo os da síntese neoclássica, de uso da política fiscal. Houve uma convergência existente no campo teórico do *mainstream* sobre o papel reservado à política fiscal, com a vigência de regras fiscais rígidas, sem espaços para discricionariedade voltada para a sustentabilidade da dívida.

O caminho da credibilidade e da reputação da política macroeconômica só estará consolidado quando houver a crença no comprometimento com a manutenção das regras, independentemente da ocorrência de turbulências financeiras e de alternância no poder político (Lopreato, 2006, p. 7, grifo nosso).

Essa visão se consolidou no chamado Novo Consenso Macroeconômico, uma nova síntese da teoria macroeconômica convencional, tal como a “síntese neoclássica” dos anos de 1950. Como destacam De Paula e Saraiva (2015), no Novo Consenso a política monetária torna-se o principal instrumento de política econômica, enquanto as demais políticas, tais como fiscal, cambial e finan-

ceira, ficam subordinadas aos objetivos de estabilização do produto e principalmente da inflação. Taylor (2000) reafirma essa visão de que frente a uma política monetária mais transparente e sistemática, o mais importante é que a política fiscal seja clara e sistemática, ou seja, sujeita a regras rígidas, sem qualquer espaço para discricionariedade.

Apesar dessa forte inflexão, os efeitos das transformações que se seguiram sobre o *welfare state* foram complexos. A literatura sobre o *welfare state* afirma que essa nova configuração não significou o fim do *welfare state*. Muitos autores afirmam que há uma crise do Estado de bem-estar social, ao passo que outros apontam para mudanças profundas, mas não creem em crise, como é o caso de Kerstenetzky (2012).

Kerstenetzky (2012) mostra, por exemplo, que o gasto social seguiu uma trajetória ascendente, a despeito da crise econômica. O gasto social foi sustentado, em parte, à custa de uma redução em outras áreas do gasto público, que se retraíram nos anos 1980 e 1990.

A autora argumenta que não se pode falar em crise do Estado do bem-estar, pois há expansão e trajetória ascendente do gasto social, a despeito da crise econômica. O que houve foi mudança em decorrência das várias reformas dos anos 1980 e 1990. Segundo a autora, houve mudança qualitativa, percebida pela diminuição relativa da função de seguridade social e do aumento relativo dos serviços sociais, especialmente os relacionados à conciliação da vida familiar com o trabalho, por um lado, e, por outro, pelo avanço de políticas sociais privadas, que tensionou a demarcação inicial do que seria um “Estado de bem-estar”.

Kerstenetzky (2012) mostra que o gasto social dos países da OCDE cresceu ao longo do período entre 1980 e 2007 e a um ritmo maior do que o do crescimento médio do produto, o que também sustenta Castles (2004, *apud* Kerstenetzky, 2012), que, em um estudo com 22 países, conseguiu realizar uma decomposição do gasto social e constatou uma expansão contínua do gasto social e a redução na dispersão entre os países em todos os indicadores quantitativos considerados, o que revela uma “convergência para cima”.

A análise capta ainda uma inflexão no ritmo de crescimento no período 1980-1998, aspecto observado também por outros autores (Pierson, 1998), que corresponderia ao alcance de certa maturidade e estabilidade. As taxas médias escondem, porém, o *catching-up* e, finalmente, liderança dos países escandinavos, que se estabelece justamente a partir dos anos 1980 e se encontra

consolidada ao final dos anos 1990 (Castles, 2004). A análise mostra também uma estagnação do gasto público na OCDE (crescimento médio positivo de 0,7%) entre 1980 e 1998 – na verdade, uma redução de sua participação em um produto que em alguns anos decresceu, revelando a crescente prioridade concedida ao bem-estar.

Diante da evidência, portanto, de que não houve crise no Estado de bem-estar social, há, entretanto, que se considerar importantes mudanças decorridas do processo explicado anteriormente. Essas mudanças indicam que o *welfare state* tradicional, centrado na seguridade, estaria se adaptando para responder aos novos riscos sociais.

Algumas das análises mostram que os *welfare states* fizeram uma adaptação funcional a mudanças no ambiente econômico, social e político (desindustrialização, globalização, novas estruturas de classe e composição das famílias, mudanças demográficas e novas relações de gênero, além de mudanças de regime político, democratização, reformas constitucionais e novos níveis de mobilização política), trazendo consigo novos riscos sociais e, conseqüentemente, novas oportunidades de desenvolvimento do *welfare state*. Os *welfare states* se adaptariam aos novos riscos, trazidos com profundas mudanças, sem destruir sua institucionalidade e estrutura, mas modificando as já existentes e criando novas.

Outra vertente de interpretação discorre sobre alterações que teriam ocorrido na estrutura interna dos programas da seguridade social em resposta ao aumento da demanda com reestruturação com significativa perda de titularidade e menos como adaptações funcionais. Nesse sentido, estaria acontecendo uma remercantilização, privatização e, também, uma perda de efetividade que estaria levando a um aumento na desigualdade e pobreza (Kerstenetzky, 2012).

A literatura aponta “novas respostas” dadas pelos *welfare states* a esse novo arranjo da sociedade que foram intensificar aspectos de individualização do risco social e, também, de avanço do papel do Estado em áreas de atuação tradicionalmente feitas pelas famílias (Kerstenetzky, 2012). A essas novas respostas, Kerstenetzky (2013, *apud* Melo, 2017) chama de princípio de “ativação” e identifica diferentes tipos de ativação: a) uma “ativação” liberal, baseada no princípio do *workfare*, no qual a experiência norte-americana dos anos 1990 se insere; b) uma ativação “bismarckiana tardia”, marcada pelas tentativas de redução da oferta de trabalho para combater o desemprego, ou do aumento das contribuições da previdência para resolver o problema financeiro da previdên-

cia, ou de programas de reinserção no mercado de trabalho para trabalhadores que estão fora das áreas de proteção social tradicionais; e c) uma “ativação” de inspiração escandinava, marcada por políticas ativas de mercado de trabalho inseridas em uma estratégia de investimento social com preocupação no emprego público, políticas de conciliação da família com o trabalho e educação.

Essas novas respostas e experiências têm apontado para um novo paradigma de *welfare state*, que seria o do investimento social, marcando uma nova fase de “evolução” do *welfare state* (Van, Stralen, 2017; Kerstenetzky, 2012). A estratégia do investimento social, formulada por Esping-Andersen (1999) e Anthony Giddens (1998), propõe a abordagem do investimento social como uma política ativa de preparação e promoção dos riscos sociais, levando em consideração o “curso de vida do indivíduo” e seus diferentes riscos ao longo desse percurso.

A perspectiva do investimento social mantém a seguridade social como centro da política social e busca ampliar a participação dos indivíduos, homens e mulheres, por meio de políticas ativas voltadas especialmente para educação (desde a infância, ao longo de toda a vida ativa do indivíduo), para a conciliação da vida familiar com o trabalho (os serviços de creches, cuidados externos, transferências monetárias diversas, como licenças parentais) e para o trabalho (políticas de qualificação, benefícios monetário para trabalhadores, emprego protegido para grupos especiais, seguro desemprego com valores altos e de curta duração).

Nessa perspectiva, a igualdade é vista como condição fundamental e como resultado esperado. Tem-se a expectativa, com as políticas ativas na educação, na família e no trabalho, que as oportunidades de realização e as chances de vida se equalizem mais e, dessa maneira, haja efeitos positivos como desdobramentos e resultados desse investimento social integrado e monitorado que seriam inovação, maior produtividade, maior crescimento econômico e receitas públicas e menores desigualdades.

Kerstenestky (2012) chega a algumas conclusões interessantes em relação às recentes transformações e respostas dadas pelos países europeus: a) a participação relativa estatal se retraiu no aspecto da provisão e se dilatou na dimensão de regulação e financiamento, especialmente tributário, no que diz respeito aos gastos tradicionais da seguridade social e saúde (Kerstenetzky, 2012, p. 84); e b) as novas fontes de bem-estar foram “desprivatizadas” ou “desfamiliarizadas” com a oferta pública de serviços de cuidados e programas de ativação. Houve modificação na governança e intro-

dução de princípios de mercado na gestão pública e de princípios de gestão pública na provisão de serviços privados, e esses mix público-privados foram individualmente compatíveis com diminuição na desigualdade da distribuição de renda. (Kerstenetzky, 2012, p. 85).

Em relação ao potencial de redistribuição do Estado de bem-estar social, Goudswaard e Caminada (2010, *apud* Kerstenetzky, 2012, p. 85), a partir de um estudo com dados da OCDE sobre 25 países, constatam que as políticas sociais privadas têm relação negativa enquanto as sociais públicas têm correlação positiva no que toca à redistribuição, e a provável causa seria que os programas privados não possuem medidas de solidariedade em matérias de benefícios que são típicas de programas públicos.

Já em relação ao gasto, o estudo aponta que o gasto privado vem aumentando desde 1985 e, em alguns países, ele cresceu mais do que o gasto público. Em meados de 2000, os gastos privados representavam cerca de 15% dos gastos totais. São gastos voluntários e se valem de deduções fiscais. As deduções fiscais, em geral, têm impacto regressivo, apesar de poderem ser, também, redistributivos. Apesar do aumento do gasto privado e de ele não passar dos 15% dos gastos totais em meados de 2000, há variação entre os países. Para o mesmo período, o gasto privado na Suécia e Dinamarca era de 9%, nos Estados Unidos de 40% e no Canadá, Coreia, Países Baixos, Suíça e Reino Unido, acima de 25% (Kerstenetzky, 2012, p. 86).

### **2.3. Pós-crise financeira global e crise desencadeada pela pandemia da Covid-19 (pós-2008)**

A crise financeira global (GFC) levou tanto a uma crise na teoria macroeconômica no *mainstream* quanto a um questionamento das políticas econômicas implementadas antes e depois da crise. Vários economistas tradicionais tomaram conhecimento de alguns pontos importantes que os economistas heterodoxos vinham alertando há tempo. Em termos de teoria econômica, um grande número de conferências e artigos questionaram o “novo consenso” em macroeconomia e suas implicações para as políticas. Desde então, muito foi dito, mas poucas mudanças foram implementadas. Muitos estudiosos reconheceram que a necessidade de mudança era tão grande quanto na década de 1930, após a Grande Depressão, e como na década de 1970, durante o período de estagflação. Ambos os períodos levaram a uma mudança de paradigma na macroeconomia, embora, ambos, dentro da economia *mainstream*.

A GFC, que não foi prevista nem mesmo explicada pela teoria macroeconômica *mainstream*, levou alguns de seus autores a reconhecer alguns aspectos importantes que o economista heterodoxo costumava enfatizar. Em particular, agora está aumentando a ênfase nas fricções financeiras, nos limites das expectativas racionais, na necessidade de incluir agentes heterogêneos e de conceber microfundamentos mais adequados.

Em termos de implicações de política, alguns economistas, inclusive do FMI, aumentaram suas críticas à principal orientação de política proveniente da macroeconomia dominante. Muitos estudos diferentes apontaram que: (1) a liberalização da conta de capital e a consolidação fiscal não levaram a um aumento do crescimento, mas aumentaram a desigualdade; (2) o aumento da desigualdade pode estar afetando o nível e a sustentabilidade do crescimento; e (3) a política fiscal implementada geralmente teve efeitos distributivos significativos, aumentando a desigualdade, reduzindo a parcela da renda dos salários e aumentando o desemprego de longo prazo.

Portanto, conforme apontado por Krugman (2018), o principal debate após a crise estava relacionado ao papel da política fiscal. Até a GFC, prevalecia a visão de um papel restrito do Estado e do uso da política fiscal apenas para garantir a sustentabilidade da dívida pública. Mesmo aqueles que defendiam a necessidade de intervenção no controle das flutuações de curto prazo atribuíam à política monetária esse papel central.

No entanto, há uma literatura crescente apontando para as divergências teóricas e empíricas que marcam uma mudança em direção a um novo paradigma de política fiscal, incluindo sistema tributário, estrutura de gastos públicos e regras fiscais, enfatizando seus impactos no crescimento econômico, distribuição de renda e desigualdade.

Conforme apontado por Lavoie e Seccareccia (2017), embora muitos países, principalmente na Europa, tenham revertido a visão keynesiana inicial e adotado medidas de austeridade fortes após a crise, é importante notar que o debate sobre política fiscal não retrocedeu ao período pré-crise – da doutrina da “austeridade expansionista”. Um número crescente de autores destacou os efeitos dessas políticas de austeridade sobre as atividades econômicas.

Mais especificamente, vários países que implementaram grandes consolidações fiscais, logo após a crise, enfrentaram um aumento da desigualdade social e um ambiente econômico deprimido, que impôs ajustes fiscais ainda maiores, pois os efeitos da histerese criaram consolidações

fiscais autodestrutivas. Esses resultados levaram ao surgimento de um “Novo Fiscalismo” – “esta nova forma não é compatível com a teoria tradicional das finanças sólidas nem com a visão de Lerner das finanças funcionais” (Lavoie, Seccareccia, 2017, p. 291-292).

Do ponto de vista estritamente das regras fiscais, um levantamento do FMI<sup>4</sup> apontou que diante desses problemas, após a crise de 2008, houve mudanças nas regras fiscais adotadas por diversos países em direção a maior flexibilidade e maior discricionariedade, principalmente em momentos de contração econômica, com a inclusão de importantes cláusulas de escape.

No entanto, embora pareça que existam disputas importantes tanto sobre a teoria quanto sobre a política em todo o mundo, é importante notar que isso não se reflete nas políticas de fato de alguns países em desenvolvimento. Pelo menos desde a crise dos países em desenvolvimento no final dos anos 1990, as críticas à globalização e às políticas neoliberais que surgiram apontam essas políticas como a principal causa dessa crise. Conforme enfatizado por Stiglitz, no início dos anos 2000, havia apoios políticos e acadêmicos para endossar mudanças na arquitetura financeira global. No entanto, desde então, o mundo foi para o GFC e a arquitetura financeira global ainda não mudou.

Durante o *boom* das *commodities* e o período de excesso de liquidez global, alguns latino-americanos, especialmente o Brasil, vivenciaram uma espécie de situação diferente com um espaço de política crescente, que foi usado para obter uma redução sem precedentes da desigualdade. Muitos autores reconheceram o papel desempenhado pela política fiscal na obtenção de um crescimento econômico mais inclusivo. No entanto, como o cenário internacional foi revertido após a crise, também houve uma mudança em algumas políticas econômicas. No Brasil, ocorreram mudanças no incipiente Estado de bem-estar, indicando não apenas a extinção do pacto social anterior, mas também a imposição de restrições mais profundas a potenciais políticas anticíclicas. As mudanças institucionais da política fiscal no Brasil, no período de 2016-2019, afetaram a capacidade da política fiscal de induzir o crescimento econômico e reduzir a desigualdade de renda.

A pandemia da Covid-19 recolocou de vez no debate público o papel do Estado na sociedade e na economia. A atuação crescente do Estado se deu em razão dos efeitos econômicos da pandemia, expressando-se em políticas monetárias não convencionais e na expansão dos gastos pú-

---

4 Caselli et al. (2018)

blicos, financiada, em boa medida, por ampliação do endividamento, verificada em todo o mundo. Segundo o FMI, a dívida bruta dos países do G20 deve fechar 2020 em mais de 130% do PIB, com crescimento superior a vinte pontos percentuais em relação a 2011.

Todavia, o debate não se esgota numa agenda emergencial de flexibilização fiscal, envolvendo papéis diversos desempenhados pelo Estado, mais ou menos estruturais, que, acompanhando Carvalho (2020), podem ser assim listados: estabilizador, investidor, protetor, prestador de serviços e empreendedor. Para tratar adequadamente a questão, é preciso problematizar a oposição entre mercado e Estado, assim como, para traçar um paralelo histórico, a saída da Grande Depressão demandou a emergência de novas ideias, particularmente a adoção de medidas com papel de destaque para a ação estatal.

Há enorme complementaridade entre investimentos públicos e privados, de forma a viabilizar projetos que induzam transformações de longo prazo na economia, do ponto de vista de sua estrutura produtiva, da sustentabilidade ambiental e da inclusão social. Em especial, há diversas áreas em que o setor privado não é capaz de tomar risco, dependendo da interação com o Estado para promover inovações e abrir novas oportunidades (Mazzucato, 2014), envolvendo instrumentos como o crédito, o poder de compra do Estado e os estímulos à inovação, inclusive sob a forma de aportes de recursos orçamentários em instituições públicas para apoio a atividades que envolvem maior incerteza e estejam em estágio inicial (Gadelha, 2020).

O setor de saúde está no cerne desta discussão. A pandemia reforçou a importância dos sistemas públicos de saúde, não apenas em sua dimensão de direito, mas também de sua base produtiva e tecnológica. No caso brasileiro, a elevada dependência externa do CEIS se manifestou dramaticamente sob a forma de desabastecimento de produtos estratégicos, como medicamentos de UTI e equipamentos, frente ao aumento da demanda, do *lockdown* de países produtores e da desvalorização do real frente ao dólar.

Mais uma vez, as respostas emergenciais não podem interditar a agenda estrutural, apontando para o papel do Estado em induzir a estruturação do CEIS. Vale lembrar que o setor saúde equivale a quase 10% do PIB, representando uma saída relevante para a crise, além de um instrumento essencial à realização do direito à saúde. Para além da questão conjuntural, o desenvolvimento do CEIS é indutor de transformações estruturais na economia, reduzindo a dependência externa no contexto de

assimetrias globais (Gadelha, Temporão, 2018, p. 20) e gerando valor agregado, com impactos positivos sobre o mercado de trabalho e a renda. Assim, é fundamental rediscutir os instrumentos públicos para fomentar o setor, como o crédito, as compras governamentais, as parcerias entre setor público e privado para transferência de tecnologia e os investimentos nos laboratórios públicos do SUS.

Para tanto, do ponto de vista do gasto público, são requeridas novas regras de gasto e orçamentárias. Conforme exposto, as restrições fiscais atuais aos gastos públicos voltados ao CEIS têm efeitos sociais (em termos de disponibilidade de insumos), mas também econômicos, impactando negativamente a base produtiva e tecnológica de saúde. Portanto, justifica-se alterar as regras orçamentárias aplicáveis aos gastos do CEIS, que são, em boa medida, primários e correntes, sujeitando-se às restrições da meta de resultado primário, da regra de ouro e do teto de gasto.

O que tais regras não levam em conta é que as restrições fiscais autoimpostas de forma indiscriminada restringem a possibilidade de um regime fiscal capaz de estimular a economia, mas sobretudo de promover mudanças no padrão produtivo do CEIS, no contexto da revolução tecnológica em curso, com consequências econômicas e sociais relevantes.

Ademais, as restrições fiscais afetam o padrão de relação Estado-mercado, induzindo a mercantilização dos sistemas de saúde, o que se dá mediante diversas modalidades, tanto em relação ao financiamento (por exemplo, por meio de seguros privados e copagamento por parte dos usuários) como à oferta de serviços (remuneração por procedimentos, novos modelos de gestão e pagamento por desempenho). Este processo tem impactos significativos sobre o bem-estar da população, na medida em que os sistemas se tornam mais inclinados a princípios de mercado, com riscos de ampliação da iniquidade no acesso.<sup>5</sup>

### **3. O planejamento, financiamento e orçamento do SUS**

#### **3.1. Arcabouço fiscal brasileiro**

A Constituição Federal, a Constituição Cidadã, é um marco fundamental para a sistematização de um modelo de Estado de bem-estar social no Brasil, com a determinação de que a educação, a

---

<sup>5</sup> Para maiores detalhes sobre a mercantilização nos sistemas de saúde alemão, francês e inglês, ver Ferreira e Mendes (2018).

saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, passassem a ser direitos básicos dos cidadãos. A Constituição também definiu que, sempre que possível, os impostos seriam graduados segundo a capacidade econômica do contribuinte (Fagnani, 2005). Entretanto, nesse mesmo texto, foram definidos regramentos importantes sobre a condução da capacidade de financiamento do Estado, não apenas por meio de impostos e contribuições, mas também por endividamento público. Desde o início da formatação do Estado de bem-estar no Brasil, houve movimentos contraditórios. Assim, desde a promulgação da Constituição Federal, a implantação dos direitos sociais conviveu com a construção de um arcabouço fiscal definido a partir de determinações teóricas baseadas na visão de regras fiscais rígidas e com baixa discricionariedade, típicas do período histórico descrito acima, das décadas de 1980/1990.

### 3.1.1. Superposição de regras fiscais

Duas regras vigentes até hoje foram aprovadas no texto constitucional original: a chamada “Regra de Ouro”, que define que o Estado só pode emitir dívida até o limite das despesas de capital; e, como ponto final do processo de separação entre Tesouro Nacional e Banco Central – autoridades fiscal e monetária, respectivamente –, houve a proibição da aquisição direta de títulos emitidos pelo Tesouro pelo Banco Central. A primeira regra, muitas vezes associada a uma interpretação parcial das ideias de John M. Keynes, da separação entre orçamento corrente e de capital, tem como premissa que só o orçamento de capital poderia ser deficitário. Já a segunda decorre de uma tentativa de limitar a atuação do Estado dificultando o chamado financiamento monetário.

Ao longo da segunda metade da década de 1990, após a estabilização monetária do Plano Real, inicia-se uma nova onda de mudanças no arcabouço institucional das finanças públicas brasileiras. O processo de renegociação das dívidas de entes subnacionais, que será discutido mais detalhadamente na parte 4, culmina com a aprovação da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF ou Lcp 101/2000), que consolida uma mudança no pacto federativo brasileiro, com enxugamento e redução da capacidade de atuação do Estado, principalmente no âmbito subnacional, e a postergação de acesso a direitos constitucionais pela não regulamentação de diversos elementos incluídos na Constituição (Dweck, Rossi, 2018; Lopreato, 2002 e 2013). Conforme discutem Barcelos e Calmon

(2014), a LRF foi elaborada em simultâneo à reforma administrativa do governo FHC e tinha como um dos objetivos centrais o foco no ajuste fiscal estrutural. Houve uma clara reorientação para o “equilíbrio fiscal” baseado em instrumentos legais, como regras rígidas de despesa com pessoal, limite de endividamento, metas de resultados fiscais e privatização de instituições de fomento, como bancos públicos estaduais. O cumprimento dessas regras passou a ser garantido com a imposição de severos mecanismos de punições e sanções frente aos descumprimentos, principalmente nos âmbitos estadual e municipal, redefinindo o federalismo fiscal brasileiro.

Conforme discutido na seção 2.3, com a crise financeira de 2008/2009, alguns questionamentos sobre a condução da política fiscal geraram certa fissura no consenso macroeconômico mundial anterior. Conforme ressaltado por Krugman (2018), apesar da crise de 2008/2009 não ter levado a uma forte mudança de paradigma, como a crise de 1929 e a estagflação dos anos 1970, houve um forte embate no âmbito da política fiscal, em especial, com o questionamento ao papel meramente coadjuvante que esta tinha assumido desde a década de 1990. A função estabilizadora da política fiscal, que tinha sido abandonada em favor de uma visão estrita de sustentabilidade da dívida, voltou a ser evocada por diversos economistas.<sup>6</sup> De outro lado, havia aqueles que propunham que ajustes fiscais seriam expansionistas.<sup>7</sup> A vitória inicial do segundo grupo levou a uma forte reversão das políticas de estímulo fiscal adotadas durante a fase aguda da crise financeira e, já em 2010, diversos países desenvolvidos passaram a adotar medidas de forte contração fiscal. Desde então, o debate entre as duas visões se acirrou, com diversos estudos empíricos<sup>8</sup> relacionando as medidas de contração fiscal adotadas associando à lenta recuperação econômica mundial, ao aumento da desigualdade e à piora dos indicadores fiscais. Após a crise de 2008, houve mudanças nas regras fiscais adotadas por diversos países em direção à maior flexibilidade e maior discricionariedade, principalmente em momentos de contração econômica.

---

6 Ver por exemplo a literatura sobre multiplicadores fiscais como Auerbach e Gorodnichenko (2012), Blanchard e Leigh (2013) e de efeitos permanentes de expansões fiscais, como em Girardi, Meloni e Stirati (2018)

7 Para uma releitura mais recente ver os trabalhos recentes dos autores da teoria da Austeridade Expansionista, como Alesina et al. (2017) e Alesina, Favero e Giavazzi (2018)

8 Fair, R. C. (2018), Kose et al. (2013), DeLong et al. (2012); Fatás e Summers (2016); Lopes e Amaral (2017) Bastagli et al. (2012); Ostry et al. (2014)

No Brasil, na contramão do que ocorria no resto do mundo, principalmente nos países desenvolvidos, em 2016, foi aprovada uma nova regra fiscal, ainda mais rígida do que as anteriores. Como apontado por Dweck (2020), a LRF, mesmo com sua regra pró-cíclica de resultado primário, jamais determinou o tamanho do Estado Brasileiro. Portanto, mesmo com a sua aprovação foi possível regulamentar importantes direitos sociais trazidos pela Constituição. Do ponto de vista macroeconômico, o que a LRF impunha era uma regra de “orçamento equilibrado”, compatível com o Teorema de Haavelmo.<sup>9</sup> No entanto, ao final de 2016, foi promulgada a emenda constitucional (EC) do “teto de gastos”, EC 95/2016, que impõe a redução gradativa da atuação do Estado.<sup>10</sup> Ao limitar a correção das despesas primárias federais à inflação passada, a capacidade de atuação do Estado não irá acompanhar a evolução da atividade econômica nem o crescimento populacional. Além disso, essa regra, ao contrário das duas outras principais – Regra de Ouro e LRF –, trazia poucas cláusulas de escape, para situações muito atípicas,<sup>11</sup> como por exemplo, relacionadas à edição de créditos extraordinários.

A EC 95/2016 foi aprovada no Brasil em meio a uma forte crise econômica e à obtenção de resultados fiscais negativos com déficits primários crescentes e ampliação dos indicadores de endividamento público (dívida sobre PIB) que fortaleciam o discurso de descontrole fiscal. A metáfora com orçamento doméstico – “não se pode gastar mais do que se arrecada” – foi muito fortalecida e ouvia-se recorrentemente que o País “estava quebrado” e que era preciso reduzir ou reverter diversas políticas sociais.

De forma a permitir a contração de gastos no âmbito federal, mesmo em áreas protegidas constitucionalmente, como saúde e educação, a EC 95/2016 alterou também, durante o período de sua vigência (20 anos), as obrigações mínimas federais para essas áreas. Desde 2018, o piso federal deixou de estar vinculado diretamente à arrecadação ou a variação nominal do PIB (regra vigente

9 Multiplicador do Orçamento Equilibrado.

10 Rossi e Dweck (2016), Rossi, Dweck e Oliveira (2018), e outras referências.

11 As despesas executadas por meio de crédito extraordinário não estão sujeitas ao limite imposto pelo teto de gastos. No entanto, pela Constituição, os créditos extraordinários só são admitidos para atender a despesas imprevisíveis e urgentes, como as decorrentes de guerra, comoção interna ou calamidade pública.

para saúde até 2015) e passou a ser corrigido apenas pela inflação anterior. Com essa mudança, a realidade de subfinanciamento da saúde converteu-se em desfinanciamento nos anos de 2018, 2019 e 2020 (Moretti et al., 2020).

A superposição das regras fiscais brasileiras define artificialmente um limite à capacidade de atuação do Estado. Conforme reforçaram Palludeto e Deos (2020), o limite à atuação do Estado, por meio do orçamento público, em um País que emite sua própria moeda e cuja dívida é majoritariamente denominada em moeda local, como o Brasil, não é dado pela capacidade de arrecadação do Estado, mas pela existência de recursos produtivos ociosos e pela própria capacidade do Estado de mobilizar e dinamizar a oferta de tais recursos e coordenar ações.

Os autores resgatam argumentos muito utilizados pela Teoria Monetária Moderna baseado nas discussões do período pós-Segunda Guerra Mundial, quando a principal preocupação econômica era como gerar empregos em direção ao que se tornou o grande objetivo à época: garantir o pleno emprego. Como foi visto na seção 2.1, a década de 1940 foi marcada pelo quase consenso na visão de que a política fiscal deveria ser voltada à garantia da estabilidade econômica de forma a evitar fortes flutuações cíclicas. Portanto, tal política não deveria ser pautada por regras voltadas exclusivamente à obtenção de determinados indicadores fiscais arbitrários e sim a resultados de geração de emprego, utilização da capacidade produtiva e crescimento econômico.

### **3.1.2. Vinculações constitucionais e garantias de direitos**

Em paralelo à determinação de regras fiscais, no Brasil, a partir da década de 1980 houve transformações relevantes nos planos político, econômico e social. Politicamente, foi o período da redemocratização, com impactos sobre a capacidade da sociedade civil demandar políticas públicas do Estado. Em relação à economia, o período é caracterizado pelo esgotamento do modelo de desenvolvimento que vigorou desde 1930 e pelas restrições externas crescentes a partir da crise da dívida de 1980. O Brasil passou a conviver com a baixa atividade econômica, hiperinflação e o aumento do endividamento.

Mesmo nesse contexto econômico adverso, a Constituição de 1988 trouxe uma inflexão na política social brasileira. Há uma redução de sua dimensão corporativa (nos termos do modelo bismarkiano) e a introdução de elementos universalistas e de proteção social independentemente de contribuição prévia. Especialmente, a seguridade social passa a ser organizada pelas áreas

de previdência social, assistência social e saúde. A previdência incorpora trabalhadores rurais e a assistência social é voltada a quem dela necessitar, tendo entre seus objetivos a garantia de um salário mínimo de benefício mensal às pessoas com deficiência e idosos em situação de extrema pobreza. O Sistema Único de Saúde foi concebido como direito universal e dever do Estado, ainda que tal definição não tenha sido acompanhada de fontes de financiamento estáveis para a saúde.

A Constituição também procurou assegurar fontes estáveis de recursos para as políticas sociais, em especial para a educação, receita líquida de impostos, e para a seguridade social, as contribuições sociais. Essas medidas visavam reverter o “histórico do País em dar-lhes um tratamento secundário e do capital e das classes mais ricas de se apoderarem de maiores fatias do orçamento” (De Oliveira, 2018, p. 169). Desde o início houve forte contestação dessas vinculações, com as famosas afirmações de que “a Constituição não caberia no orçamento”. Em pouco tempo, essas vinculações começaram a ser questionadas e desmontadas.

A implementação do novo modelo de políticas sociais esbarrou nas diretrizes de política econômica do governo Collor, contrárias à ampliação da proteção social. Tal ofensiva se deu, por exemplo, sob a forma de tentativa de desvinculação dos benefícios previdenciários em relação ao salário mínimo. No período posterior, com o impeachment de Collor, iniciou-se a implementação propriamente dita das previsões constitucionais relativas às políticas sociais (Castro, Cardoso Jr., 2005, p. 267).

Por outro lado, a década de 1990 marca a adesão do governo federal à agenda econômica neoliberal, crítica das vinculações de receitas a gastos sociais, em busca de maior flexibilidade orçamentária com vistas a promover o “equilíbrio fiscal”, conforme expresso já na aprovação do Fundo Social de Emergência (primeiro experimento constitucional de desvinculação de recursos, em 1994). No ano de 2000, foi aprovada a Emenda Constitucional n. 27, que criou a Desvinculação de Receitas da União (DRU), em substituição ao Fundo de Estabilização Fiscal (FEF), tornando a estratégia de desvinculação permanente e estendendo o prazo de desvinculação de 20% das receitas da União até 8 de setembro de 2016, quando foi promulgada a EC 93/2016, que elevou a desvinculação para 30% das receitas obtidas com taxas, contribuições sociais e intervenção sobre o domínio econômico (CIDE) até 2023. Não há como detalhar todos os desdobramentos da questão, mas, conforme explicado no item 3.1.1, a agenda social trazida pela Constituição foi implementada em uma conjuntura que os objetivos macroeconômicos criavam restrições às políticas sociais, es-

pecialmente as decorrentes da baixa atividade econômica e das políticas fiscais restritivas.

De todo modo, tais contradições e a implementação incompleta das determinações constitucionais acerca do sistema de proteção social não impediram avanços em termos de ampliação das despesas sociais e de vinculações de recursos em áreas como educação e saúde. Por exemplo, os benefícios previdenciários passaram de 3,3% do PIB, em 1986, para 8,1% do PIB, em 2016 (Pires, Borges, 2019), registrando-se aumento de cobertura e dos valores médios dos benefícios.

Kerstenetzky (2012, p. 214) mostra que, entre 1988 e 2009, quatro fatores interagiram para explicar subperíodos de contração/expansão do gasto social: a) determinações da Constituição de 1988; b) ajuste fiscal; c) crescimento econômico; e d) as estratégias para lidar com as restrições, especialmente a atividade legislativa.

O SUS reflete bem esta trajetória marcada por avanços e obstáculos. O ano de 1993 é crítico em relação ao seu financiamento, tendo em vista que recursos previdenciários, oriundos das contribuições de empregados e empregadores sobre a folha de salários, deixaram de ser repassados à saúde, razão pela qual o Ministério da Saúde teve que recorrer a empréstimos do Fundo de Amparo ao Trabalhador. Também não se cumpriu a previsão constitucional de um percentual mínimo de recursos da seguridade social aplicado em saúde. A questão da vinculação de recursos ao SUS só foi aprovada com a Emenda Constitucional nº 29, de 2000, pela qual estados e municípios passaram a aplicar valores mínimos indexados à receita, enquanto, para a União, estabeleceu-se como piso o valor empenhado no exercício anterior, mais a variação nominal do PIB.

O resultado de tal regra (EC 29/2000) foi o crescimento do gasto de estados e municípios como proporção do PIB, sendo que a União, sob o critério referido, manteve o gasto estável em torno de 1,6% do PIB (embora com crescimento real das despesas).<sup>12</sup> Na prática, ampliou-se substantivamente a participação dos entes subnacionais no gasto público de saúde, reduzindo-se em consequência a parcela da União, ainda que ela detenha maior capacidade de financiar gastos públicos. O crescimento das despesas no período viabilizou a expansão da cobertura das ações de saúde.

Por outro lado, os desequilíbrios federativos ajudam a explicar a razão pela qual o Brasil ainda

---

<sup>12</sup> Conforme veremos adiante, no Gráfico 1.

apresenta gasto público de saúde baixo na comparação internacional,<sup>13</sup> sobretudo em relação a sistemas universais, o que tende a se agravar com o congelamento do piso de aplicação pela EC 95.

Há, portanto, um paradoxo nas regras fiscais brasileiras: de um lado, desde 2000, com a EC 29, a regra de aplicação mínima em saúde implica a necessidade de os entes subnacionais ampliarem seus gastos no setor. De outro, as regras fiscais são fortemente pró-cíclicas, exigindo cortes em momentos de baixa no ciclo econômico. A situação se agrava diante da ausência de regras que impliquem aumento do gasto da União compatível com um sistema universal de saúde, o que se agravou com a EC 95.

É nesse contexto do arcabouço institucional fiscal brasileiro, marcado por regras fiscais rígidas e sobrepostas e por um federalismo fiscal que impõe limitações à ação dos entes subnacionais, que se insere uma das vulnerabilidades da conquista do SUS e do Orçamento da Seguridade Social (OSS): o financiamento. Desde sua origem as indefinições sobre o critério de partilha dos recursos do OSS para cada uma das áreas da seguridade social, a indefinição dos montantes e fluxos de receitas e dos critérios e fluxos de repasse aos estados e municípios geraram problemas importantes para a implementação do projeto de universalização que fora aprovado (Dain, 2001 e 2007; Mendes, Marques, 2009; Piola et al., 2013).

Os problemas de financiamento, derivados das regras fiscais, se agravaram diante da aprovação de emendas parlamentares impositivas individuais, desde 2014 (primeiro na lei de diretrizes orçamentárias, depois por meio de Emenda Constitucional nº 86). Metade do valor das emendas é aplicada em saúde, mas não em acréscimo ao orçamento do setor, de modo que o parlamento consome parcela dos recursos da saúde por meio de emendas, reduzindo ainda mais o espaço para programar os recursos alocados conforme as necessidades de saúde e as instâncias de pactuação do SUS (como a Comissão Intergestores Tripartite). Em 2019, foi aprovada a Emenda Constitucional nº 100, que tornou obrigatórias as emendas impositivas de bancada. Não há valores mínimos a alocar em saúde, mas as emendas de bancada destinadas ao setor são contabilizadas no mínimo obrigatório. Para se ter uma dimensão da questão, no projeto de lei orçamentária de 2021, os recursos de saúde estão no piso congelado da EC 95 (R\$ 123,8 bilhões), sendo que R\$ 7,3 bilhões estão vinculados a emendas impositivas.

---

13 Uma análise mais detalhada sobre a comparação internacional do gasto público com saúde será feita mais adiante no item 3.6.2.

### 3.2. Impactos sobre o financiamento do SUS

Como vimos, o SUS jamais contou com uma base estável de financiamento. A previsão constitucional de um sistema público de saúde universal, integral e descentralizado rompeu com o modelo anterior, que excluía parcela significativa da população não pertencente ao mercado de trabalho formal (Barros, Piola, 2016). No entanto, apesar dos incontestáveis resultados do sistema público de saúde, expressos em indicadores como a redução da mortalidade infantil, as bases e diretrizes constitucionais do SUS não encontraram correspondência em um arranjo de financiamento adequado.

Os gráficos a seguir trazem os valores federais aplicados em ações e serviços públicos de saúde em termos reais, como percentual da RCL e do PIB. Vale comentar que, entre 2000 e 2019, utilizamos valores aplicados. Para 2020, os dados expressam as dotações aprovadas na LOA, tendo em vista que nos interessam os efeitos do arcabouço fiscal sobre o SUS. Os recursos extraordinários, associados ao estado de calamidade pública, devem ser analisados separadamente, pois apenas foram viabilizados mediante suspensão das regras fiscais de resultado primário e regra de ouro e foram executados por meio de créditos extraordinários que não são limitados pelo teto de gastos. Para 2021, os valores são os do PLOA.

Ao longo de toda a série, os gastos federais ficaram em torno de 1,6% do PIB. Entre 2000 e 2015, tal fato se deve à regra estabelecida pela EC 29, que previu piso para União indexado à variação nominal do PIB do ano anterior. Em geral, neste período, a União alocou recursos em saúde no mínimo estabelecido.

O período 2004-2013 teve crescimento nominal médio anual do PIB de 12%. A RCL teve desempenho similar, com crescimento médio anual de 11%. Logo, os valores federais aplicados em saúde, embora tenham crescido em termos nominais e reais, também se mantiveram praticamente estáveis como proporção da RCL entre 2004 e 2013.

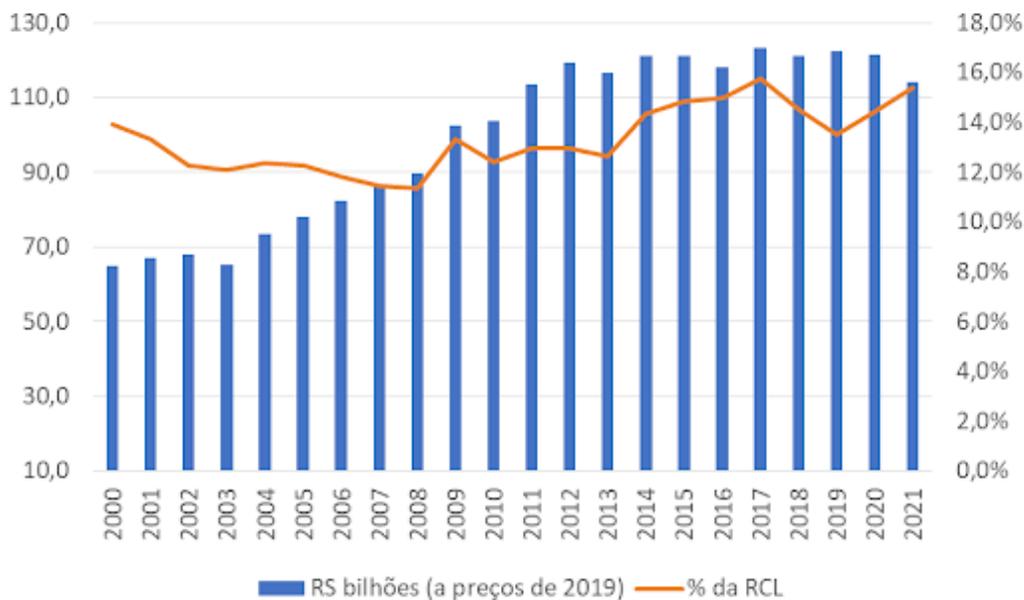
Por outro lado, a crise econômica impactou a RCL, que teve queda nominal em 2014. No período 2014-2017, o aumento dos valores aplicados em saúde como proporção da RCL (de 14,3% para 15,8%) reflete mais o comportamento da receita (afetado pela crise) do que o aumento do gasto, que se manteve estável em relação ao PIB, ainda que tenha havido retração da economia em 2015/2016.

Em 2016 e 2017, com a EC 86, o piso de saúde passou a ser indexado à RCL, com um escalonamento que iniciava em 13,2% da RCL em 2016 e, em cinco anos, atingiria 15% da RCL. A observância

do mínimo em 2016 (13,2% da RCL) teria levado a uma perda bilionária para o orçamento de saúde.

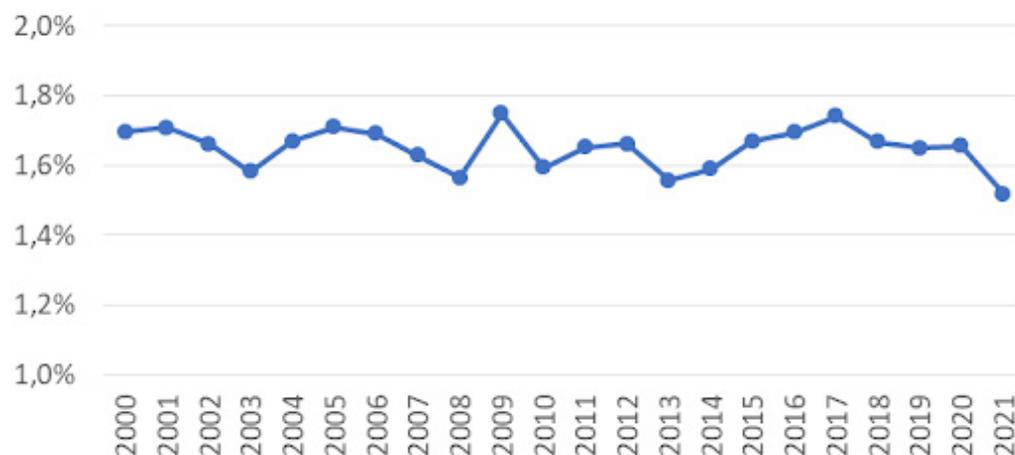
Conclui-se que a indexação do mínimo de saúde ao PIB foi relevante para o crescimento real do gasto federal de saúde, embora os valores tenham se mantido estáveis como proporção do PIB desde os anos 2000. A partir da crise iniciada em 2014, percebe-se redução da inflexão da curva de crescimento dos gastos, tanto em razão da menor variação do PIB (que corrigiu os gastos federais até 2015) como pelo regime fiscal pró-cíclico (fundamentalmente o resultado primário), que restringe os gastos em momentos de baixo crescimento econômico. A vinculação dos gastos ao ciclo econômico também se mostrou problemática com a regra da RCL, já que seu baixo desempenho afeta o mínimo de saúde justamente quando a rede de proteção social é ainda mais relevante, diante da ampliação do desemprego e queda da renda.

**Gráfico 1 Despesas federais em ações e serviços públicos de saúde (2000 a 2021) (R\$ bilhões, a preços de 2019, e % da RCL)**



Fonte: Siop (gastos de saúde), STN (RCL 2000 a 2019), Relatório LOA (RCL 2020) e Mensagem PLOA (RCL 2021), e IBGE (IPCA médio). Entre 2000 e 2019, empenho. Para 2020, LOA inicial. Para 2021, PLOA.

**Gráfico 2 Despesas federais em ações e serviços públicos de saúde (2000 a 2021) (% do PIB)**



Fonte: Siop (orçamento de saúde), IBGE (PIB 2000 a 2019), PLOA 21 (PIB 2020 e 2021). Entre 2000 e 2019, empenho. Para 2020, LOA inicial. Para 2021, PLOA. Consulta em: 22 nov. 2020.

A EC 95 voltou a alterar o piso de saúde, prevendo que ele seria de 15% da RCL em 2017 e, a partir de 2018, ficaria congelado nos valores de 2017,<sup>14</sup> atualizado apenas pelo IPCA de doze meses. Se a pró-ciclicidade das regras fiscais traz problemas para o financiamento do SUS, o congelamento do piso tem efeitos ainda mais restritivos, possibilitando que sequer eventuais ganhos de arrecadação sejam transferidos à saúde.

Entre 2018 e 2020 (considerando valores empenhados em 2018 e 2019 e a previsão da LOA em 2020), os valores aplicados em saúde ficaram R\$ 22,5 bilhões abaixo do que seria o mínimo obrigatório, caso valesse o piso de 15% da RCL do exercício. Os recursos de saúde ficaram estáveis em relação ao PIB entre 2017 e 2019 e voltaram a cair como proporção da receita, passando de 15,8% para 13,5% da RCL. Desta maneira, o piso congelado de saúde constituiu no curto prazo um instrumento de ajuste ao teto de gasto. Também houve redução real dos valores, comparando-se o período 2017-2021.

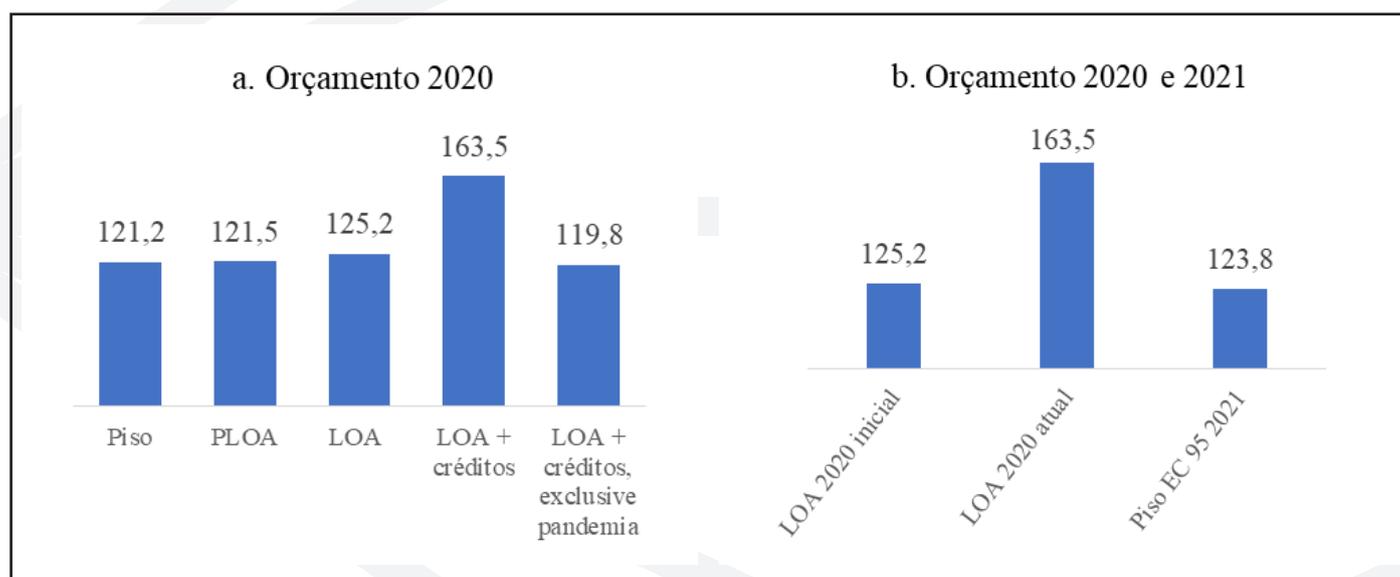
Considerados os valores previstos originalmente na LOA 2020, o orçamento de saúde ainda não

14 Na medida em que a EC 95, promulgada em 2016, revogou o escalonamento do piso que constava da EC 86 e manteve o dispositivo que previa o mínimo de 15% da RCL, o ministro Ricardo Lewandowski concedeu liminar determinando que este seria o piso de 2016. Neste ano, a União aplicou 14,96% da RCL em saúde, mas o TCU considerou que não havia irregularidade na execução.

atingiria 15% da RCL. No entanto, com a pandemia, houve a suspensão das regras fiscais e a não contabilização dos valores executados por crédito extraordinários no teto, viabilizando crescimento dos recursos extra para área, que alcançaram R\$ 163,5 bilhões.

No entanto, se fizermos uma análise do orçamento de ASPS para o ano de 2020, exceto as despesas extraordinárias associadas diretamente à pandemia, é possível perceber (Gráfico 3a) uma perda em relação ao ano de 2019. Quando excluimos do valor autorizado para 2020 os gastos com a pandemia, o volume disponível para as demais ações de ASPS é de apenas R\$ 119,8 bilhões, R\$ 5,0 bilhões a menos do que o autorizado na LOA e quase R\$ 2,5 bilhões a menos quando comparado ao valor empenhado em 2019, R\$ 122,2 bilhões.

**Gráfico 3 Orçamento de ações e serviços públicos de saúde 2020 e 2021 (R\$ bilhões)**



Fonte: Siop. Consulta em: 22 nov. 2020.

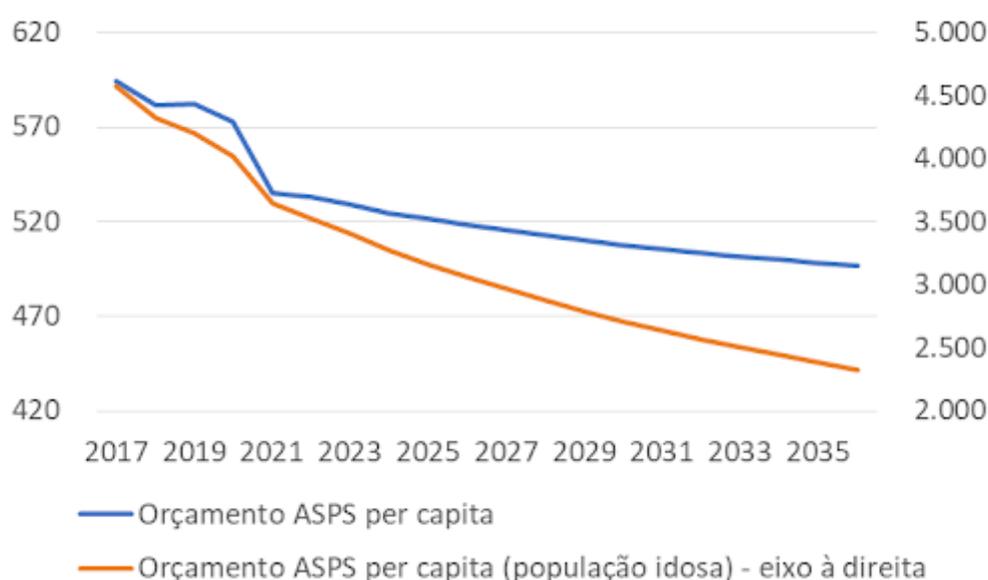
Por outro lado, com a proposta de retomada do teto em 2021, o projeto de lei orçamentária foi encaminhado no piso congelado, com previsão de R\$ 123,8 bilhões (já incluindo emendas impositivas), valor menor do que o autorizado inicialmente na LOA 2020 (Gráfico 3b). Ademais, há uma perda de quase R\$ 40 bilhões em relação à dotação autorizada para 2020 com os créditos extraordinários, manifestando o efeito da EC 95 sobre o SUS. A retomada da EC 95 terá impactos profundos sobre o SUS em 2021, diante de elevado patamar de casos de Covid-19, necessidade de

incorporar tecnologia, desemprego crescente e as demandas represadas no atendimento à saúde.

Convém lembrar que, diante da crise econômica em curso e de seu impacto sobre a arrecadação, a previsão do PLOA de RCL para 2021 está R\$ 100 bilhões abaixo do valor observado da RCL em 2019. Assim, nos termos da proposta orçamentária, os recursos para saúde corresponderiam a 15,4% da RCL em 2021 e atenderiam ao piso anterior, da EC 86. Esse resultado demonstra os problemas de uma regra associada à arrecadação, pois está totalmente sujeita às flutuações do ciclo econômico e tendem a ter forte queda em momentos de contração econômica.

Os dados revelam os impactos da EC 95 sobre o SUS no curto prazo. Ademais, até 2036, se os recursos de saúde forem programados no piso da EC 95, é possível que os gastos do setor passem a representar cerca de 10% da RCL. Em termos *per capita*, estimamos, a preços de 2019, uma redução nos valores federais *per capita* de saúde de R\$ 594 (2017) para R\$ 497 (2036), caso os recursos se mantenham no piso congelado da EC 95. Isto é, uma queda de 16% acima da inflação. Se considerarmos a população idosa, a redução é ainda mais expressiva no período, de 50%. A redução seria ainda maior se fosse considerada a inflação do setor de saúde, usualmente superior à média do IPCA.

**Gráfico 4 Orçamento federal per capita de ações e serviços públicos de saúde (R\$, a preços de 2019)**



Fonte: Siop (despesas realizadas, LOA e PLOA), IBGE (IPCA médio) e BCB (expectativas de mercado para o IPCA). \* Valores ASPS: entre 2017 e 2019, empenho; para 2020, LOA inicial; para 2021; PLOA; entre 2022 e 2036, piso corrigido por IPCA de 3,5%. Correção para preços de 2019: entre 2017 e novembro de 2020, IPCA médio; entre dezembro de 2020 e dezembro de 2021, expectativa de mercado para o IPCA; Entre 2022 e 2036, considera IPCA de 3,5%. Consulta em 22 nov. 2020.

Para alterar este quadro de redução do financiamento da saúde, sobretudo em meio a desafios crescentes, especialmente no CEIS, é fundamental discutir novas regras de gasto e vinculação de recursos ao SUS. O exposto na presente seção demonstra os limites de regras que implicam maior sensibilidade do gasto de saúde às flutuações da economia. Nesses termos, é relevante também evitar regras ligadas ao comportamento do PIB e da arrecadação e avaliar novas alternativas, menos sujeitas ao ciclo econômico, como despesas indexadas à alteração da estrutura demográfica, crescimento de gastos *per capita*, redução de vazios assistenciais, entre outros, capazes de alinhar o regime fiscal às necessidades de saúde do País.

### 3.3. Política fiscal, sistema tributário e desigualdade

A política fiscal pode ser analisada por diversos aspectos. Para além do intenso debate macroeconômico quanto ao impacto da política fiscal sobre atividade econômica e seu potencial de geração de emprego, há um elemento menos controverso em termos de efeito, mas com um amplo debate sobre mensuração: o impacto distributivo. Há um grande consenso de que a política fiscal, ao arrecadar tributos, prover serviços públicos, transferir renda, ofertar títulos públicos e transferir juros, altera a distribuição de renda e de patrimônio de qualquer sociedade. Entretanto, a forma de mensuração dos impactos distributivos da política fiscal é mais controversa.

Conforme discutido por Dweck, Silveira e Rossi (2018), estudos recentes (Banco Mundial, 2017; Ministério da Fazenda, 2017) apontaram evidências de que a política fiscal brasileira teria um impacto concentrador de renda. Entretanto, conforme discutido pelos autores, esses estudos apresentam uma metodologia inadequada para avaliação do impacto distributivo da política fiscal. No caso do relatório do Banco Mundial, há uma coletânea de textos na plataforma social<sup>15</sup> que apontam os erros do relatório. Já no caso do estudo apresentado pelo Ministério da Fazenda, “Efeito

---

15 <http://plataformapoliticasocial.com.br/> Para alguns exemplos ver: <http://plataformapoliticasocial.com.br/as-falacias-do-relatorio-sobre-sustentabilidade-fiscal-e-distribuicao-de-renda/>; [http://plataformapoliticasocial.com.br/os-interesses-que-sustentam-as-teses-pelo-fim-da-gratuidade-no-ensino-superior-publico-no-brasil/?w3tc\\_note=flush\\_all](http://plataformapoliticasocial.com.br/os-interesses-que-sustentam-as-teses-pelo-fim-da-gratuidade-no-ensino-superior-publico-no-brasil/?w3tc_note=flush_all); <http://plataformapoliticasocial.com.br/os-interesses-que-sustentam-as-teses-pelo-fim-da-gratuidade-no-ensino-superior-publico-no-brasil-parte-2/>; <http://plataformapoliticasocial.com.br/quem-se-beneficia-com-o-fies-como-politica-de-acesso-dos-estudantes-pobres-a-universidade-publica/>; <http://plataformapoliticasocial.com.br/o-metodo-cientifico-e-o-banco-mundial/>

redistributivo da política fiscal no Brasil”,<sup>16</sup> a análise é toda apresentada em termos de quintos de renda. A metodologia é semelhante à apresentada em IPEA (2011), mas utiliza dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) e não da Pesquisa de Orçamento Familiar (POF). Ao longo de todo o estudo, procura-se demonstrar que o quinto mais alto recebe, proporcionalmente, mais do que os demais. Uma das conclusões do estudo é: “Cabe notar que a parcela (...) [dos rendimentos de aposentadoria e pensão] apropriada pelos 20% dos domicílios mais ricos é 55%, o que mostra que os gastos com previdência e pensões no Brasil reproduz a elevada desigualdade observada na distribuição da renda” (Ministério da Fazenda, 2017, p. 6). O que o estudo não mostra é a renda média, muito menos a inicial, do último quinto. Pelos dados da PNAD (2016), é possível observar que 93,1% da população brasileira está em domicílios com rendimento mensal familiar *per capita* de até 5 salários mínimos (aproximadamente o teto do RGPS), sendo apenas 5,6% entre 3 a 5 salários mínimos.

Mais recentemente, Fraga (2019) retomou essa argumentação afirmando que o Estado brasileiro é “oneroso, ineficiente e gerador de desigualdade”. Conforme demonstram Silveira e Vianna (2020), a análise de Fraga traz um diagnóstico equivocado, baseado em argumentos falaciosos e contraria ampla literatura empírica apresentada vastamente pelos autores. Para contrapor aos argumentos apresentados por Fraga, Silveira e Vianna (2020, p. 352) descrevem “uma série de falhas e lacunas pontuais do artigo de Fraga, entre as quais: bibliografia restrita, uso exclusivo de fatos estilizados, viés na apresentação dos dados nas comparações internacionais”.

Em contraposição, o estudo de Silveira e Passos (2017) avalia com detalhes os impactos da política fiscal sobre a desigualdade. Em grande medida os autores procuram estimar como a capacidade e a forma de arrecadar e de gastar pelo setor público impactam a distribuição da renda no Brasil, tanto em termos diretos, na determinação da renda disponível, quanto em termos indiretos, na tributação indireta sobre bens e serviços e na oferta de serviços gratuitos à população, especialmente saúde e educação, que funcionam como a redistribuição material de renda por meio de acesso a serviços.

Na Tabela 1, é possível observar a decomposição do índice de Gini e a contribuição marginal de

---

16 [http://seae.fazenda.gov.br/destaques/redistributiva/efeito\\_redistributivo\\_12\\_2017.pdf](http://seae.fazenda.gov.br/destaques/redistributiva/efeito_redistributivo_12_2017.pdf)

cada benefício e tributo que compõem os diferentes estágios da renda. A renda monetária inicial é separada em dois estágios: i) a soma de recebimentos de caráter privado (salários, aluguéis, juros, dividendos etc.); e ii) a decorrente de transferências governamentais, como previdência e assistência. Na Tabela 1, são apresentados sete tipos de transferências governamentais. Para cada tipo é apresentada a sua razão de concentração (índice de Gini da renda final); sempre que essa razão for inferior à média da renda final (0,5054), há uma contribuição para reduzir a desigualdade. No caso do Bolsa Família e do BPC, o grau de concentração chega a ser negativo, mas quase todos os demais benefícios também contribuem para a queda da desigualdade (contribuição marginal negativa), exceto RPPS e bolsas de estudos. No caso das bolsas de estudos, cabe destacar que esse dado é de 2009, período do início das medidas de maior inclusão nas universidades federais, que aumentaram os auxílios a estudantes oriundos das camadas mais baixas de renda.

No estágio de renda seguinte, a renda monetária disponível, mostra a renda inicial descontada dos tributos diretos. Os impostos diretos representam 10,9% da renda a qual incidem, renda inicial, e apresentam um caráter progressivo, que é indicado por um índice de concentração superior à média. No caso dos impostos, como são descontados da renda, quanto maior o seu grau de concentração, maior será o seu efeito redistributivo, o que é confirmado por uma contribuição marginal negativa dos tributos diretos. As colunas referentes à contribuição marginal referem-se à renda em que incide o tributo ou benefício (inicial) e sobre a renda final (final). O imposto de renda é o que tem o maior efeito redistributivo, tanto na renda inicial quanto na final, enquanto o IPTU é o único levemente regressivo, mais próximo de neutro.

Já os tributos indiretos, como se poderia esperar, são altamente regressivos, sendo o maior impacto do ICMS, seguido pelo PIS-Cofins e IPI. Nota-se que a contribuição para aumentar a desigualdade ocorre tanto na renda em que incidem (renda disponível) quanto na renda final. O efeito marginal dos tributos indiretos mais do que compensa o ganho dos impostos diretos, tornando o sistema tributário, como um todo, regressivo.

Finalmente, o último estágio analisado pelos autores refere-se aos benefícios não monetários, associados à oferta de saúde e educação públicas. Como pode ser visto, essa provisão de serviços públicos à população possui o maior impacto redistribuidor de renda, tornando o efeito final do setor público progressivo. No caso da saúde, assim como Bolsa Família e BPC, o grau de concentração

chega a ser negativo, mas, ponderando-se pelo peso de cada um, a contribuição marginal de educação e saúde são muito próximas.

**Tabela 1 Decomposição do índice de Gini da renda final por benefícios e tributos**

	Valor médio R\$ jan 2009	% da renda final	Índice de Gini renda final	Contribuição marginal	
				Inicial	Final
Renda monetária original	596,49	90,5	0,5832	0,0110	0,0704
Benefícios totais	136,55	20,7	0,5123	-0,0110	0,0014
RGPS	85,50	13,0	0,4416	-0,0141	-0,0083
RPPS	39,78	6,0	0,8122	0,0127	0,0185
Auxílios	2,14	0,3	0,2242	-0,0011	-0,0009
Bolsa de estudo	1,06	0,2	0,7535	0,0002	0,0004
Bolsa Família	3,82	0,6	-0,3899	-0,0056	-0,0052
Seguro desemprego	1,73	0,3	0,2593	-0,0007	-0,0006
BPC	2,52	0,4	-0,1404	-0,0024	-0,0025
Renda monetária inicial	733,04	111,2	0,57	0,0124	0,0719
Tributos diretos	71,89	-10,9	0,6632	-0,0124	-0,0172
Contribuições previdenciárias	23,89	-3,6	0,6075	-0,0019	-0,0037
Imposto de renda	16,16	-2,5	0,8738	-0,0076	-0,0090
IPTU	8,96	-1,4	0,4847	0,0005	0,0003
IPVA	5,85	-0,9	0,5639	-0,0005	-0,0005
Outros diretos	17,03	-2,6	0,6694	-0,0029	-0,0042
Renda disponível (desc. tributos diretos)	661,15	100,3	0,5599	-0,0492	0,0547
Tributos indiretos	113,28	-17,2	0,3607	0,0492	0,0249
ICMS	59,74	-9,1	0,3573	0,0263	0,0134
IPI	13,75	-2,1	0,3453	0,0063	0,0033
PIS-Cofins	34,42	-5,2	0,3577	0,0152	0,0077
CIDE-Combustíveis	3,35	-0,5	0,4447	0,0009	0,0003
ISS	2,01	-0,3	0,4767	0,0004	0,0001
Renda pós tributação (desc. trib. indiretos)	547,87	83,1	0,6011		0,0795
Benefícios não-monetários	111,37	16,9	0,0344		-0,0796
Educação	63,49	9,6	0,0824		-0,0407
Saúde	47,88	7,3	-0,0293		-0,0388
Renda final	659,24	100,0	0,5054		

Fonte: Elaboração própria a partir de Silveira, Passos (2017, p. 493-495).

No caso da saúde, há um fator pró-cíclico, peculiar do sistema de saúde brasileiro, que nos faz

pensar no importante papel que o Sistema Único de Saúde tem e exerce – e poderia ser mais aproveitado – no combate à desigualdade brasileira. No entanto, como apontado por Melo (2017), devido à natureza e peculiaridade das relações público e privadas no financiamento de nosso sistema de saúde, o potencial distributivo do gasto público com saúde tem sido abafado, seja para recompensar o efeito regressivo do sistema tributário, seja pela inibição causada pelo subfinanciamento e pela falta de investimento na área da saúde pública, seja ainda pelo caráter altamente regressivo da renúncia fiscal da saúde, como veremos na subseção 3.3.1.

Mas, como vimos, a intervenção pública no Brasil possuiu um caráter progressivo, o que foi ressaltado em Relatório da Cepal (Cepal, 2015), que apresenta a comparação entre países da América Latina (AL), com a média de países da OCDE e da União Europeia (EU). Essa comparação aponta para dois resultados importantes: i) o Brasil é o país da AL que mais redistribui renda a partir da atuação do Estado; ii) a maior diferença entre o Brasil e países da OCDE e UE é decorrente do sistema tributário fortemente progressivo nesses países e não do gasto público.

Esse último resultado aponta para um debate recente sobre o papel do sistema tributário na redução de desigualdades. Nos anos 2000, estudos empíricos têm ressaltado o aumento da desigualdade intrapaíses, inclusive na Europa e EUA (Silveira, Vianna, 2020). Autores como Branko Milanovki, Emmanuel Saez, Gabriel Zucman e Thomas Piketty têm questionado o consenso ortodoxo de que a intervenção do Estado com objetivo redistributivo seria restrita ao gasto público, mediante políticas sociais compensatórias, preferencialmente “focalizadas” (Silveira, Vianna, 2020). Esses autores passaram a questionar resultados apresentados por Mirlees (1971) e Atkinson e Stiglitz (1976) sobre sistema tributário ótimo, que apontavam um *trade-off* inevitável entre eficiência e equidade e que o sistema tributário ideal deveria ser neutro do ponto de vista distributivo, preferencialmente, sem taxar o capital (Silveira, Vianna, 2020; Gobetti, Orair, 2016).

Esses trabalhos da década de 1970, que se tornaram dominantes nas décadas de 1980 e 1990, levaram a uma reforma tributária no Brasil nos anos 1990, cujo objetivo era justamente desonerar o capital. Como observa Gobetti (2019, p. 762):

o modelo brasileiro de tributação da renda, caracterizado pela isenção de lucros ao nível das pessoas físicas e por uma progressividade de baixo grau dos rendimentos do trabalho, foi concebido na década de 90 sob influência de propostas inovadoras e radicais – como o

flat tax e as deduções relativas ao rendimento normal do capital próprio – formuladas por acadêmicos e policy makers dos Estados Unidos e da Europa.

Entretanto, a partir dos trabalhos empíricos mencionados acima e de revisões teóricas (Diamond, Banks, 2010; Piketty, Saez, 2012) e das consequências distributivas da crise de 2008/2009, organismos multilaterais, como o Fundo Monetário Internacional (FMI), têm promovido uma revisão de seus posicionamentos (Dabla-Norris et al., 2015 e Aiyar; Ebeke, 2019, *apud* Silveira, Vianna, 2020). Há evidências robustas que contradizem o *trade-off* entre equidade e eficiência e, com isso, crescem propostas para a adoção de políticas tributárias progressivas como forma de reduzir a desigualdade. Gobetti e Orair, (2016), Fernandes, Diniz e Silveira (2019), Medeiros e Souza (2013), Orair e Gobetti (2018), Silveira, Passos e Guedes (2018), Gobbetti (2019) analisam mudanças tributárias com objetivos distributivos no Brasil. Mesmo Fraga (2019) reforça os impactos negativos da regressividade da tributação no Brasil.

Antes de analisar as propostas recentes de reforma tributária, cabe destacar uma outra característica do sistema tributário brasileiro, também reforçada na década de 1990, e que coloca em risco o financiamento da seguridade social. De forma a compensar a reforma tributária que desonerou o capital, a descentralização de impostos para estados e municípios imposta pela Constituição, as necessidades de geração de superávit primário e o baixo dinamismo econômico que afetava as fontes tradicionais de arrecadação, as contribuições sociais, que possuem vinculação direta com o financiamento da seguridade, foram muito ampliadas no âmbito federal. Como observa Dain (2001), desde então, discute-se o retrocesso tributário, decorrente da tributação em cascata em contraposição ao que deveriam ser impostos de valor adicionado. No entanto, Dain (2001) já alertava para os riscos de reformas tributárias que visassem corrigir tais distorções diante da natureza ambígua dessas fontes (se tributos ou contribuições):

A rejeição à cumulatividade e à superposição das contribuições sociais sobre faturamento e movimentação financeira liga o financiamento da Seguridade ao que há de pior no sistema tributário, tornando tais fontes objeto de críticas do mundo profissional e empresarial, bem como de contestações jurídicas (Dain, 2001, p. 124).

Em 2007, foi derrubada uma dessas fontes, a CPMF, retirando um volume significativo de recursos das áreas sociais. Mais recentemente, as propostas de reforma tributária em debate hoje no Brasil com maior apoio no Congresso Nacional (PEC 45/2019 e PEC 110/2019) concentram-se justamente na simplificação da tributação indireta, sem abordar o caráter regressivo do sistema tributário brasileiro. Da mesma forma, o texto enviado pelo executivo, em 2020, Projeto de Lei nº 3.887/2020, é ainda mais restrito e concentra-se apenas na unificação e simplificação de dois tributos Federais Programa de Integração Social e de Formação do Patrimônio do Servidor Público (PIS/Pasep) e ao Financiamento da Seguridade Social (Cofins).

Diante das evidências apontadas acima, uma reforma tributária progressiva, muito além da simplificação dos tributos/contribuições indiretas, seria um dos pilares centrais de garantir a sustentação dos gastos públicos e reforçar os efeitos distributivos. Nesse sentido, as propostas hoje em tramitação, ainda que tenham o mérito de simplificar a tributação indireta e aproximá-la da forma de arrecadação indireta da maioria dos países, ainda apresentam dois grandes riscos: i) desvincular os recursos da área de seguridade social, o que poderia ser compensado por uma nova vinculação de fontes mais progressivas; ii) concentrar o esforço político na aprovação de uma medida incompleta, pois deixa de fora o maior problema do sistema tributário brasileiro – a alta regressividade.

### **3.3.1. O gasto tributário com saúde**

A discussão sobre o gasto tributário com saúde é transversal a vários aspectos da política fiscal, do sistema tributário, da desigualdade e também das relações público e privadas na saúde. Por isso, nessa subseção queremos apontar brevemente essas interrelações, expondo alguns dados e discussões.

No que concerne à área da saúde, a política de desoneração fiscal afeta indiretamente o gasto com as ações e serviços públicos com saúde (ASPS), pois mostra que há possibilidade de aumentar o espaço fiscal da União e há perda de capacidade do governo em cumprir seus compromissos com o SUS.

Há, contudo, outro tipo de desoneração, que é a desoneração tributária na saúde, que favorece o setor privado de saúde por meio da renúncia fiscal e contribui para o baixo nível de gasto público em saúde e, também, para a desigualdade de renda e social. Melo (2017) argumenta que há um significativo estímulo fiscal por parte do Estado brasileiro que beneficia direta ou indiretamente o segmento privado de planos e seguros de saúde no Brasil, usado por um segmento de renda alta,

que representa cerca de 25% da população brasileira, apresentando um caráter regressivo.

Os estudos que mostram o volume desse gasto indireto e seus efeitos sobre o setor saúde são relativamente recentes, embora as questões ligadas a essa relação público-privada apareçam na literatura principalmente a partir da constituição do SUS. Isso decorre da dificuldade para se medir o volume do gasto indireto, pois os dados são de difícil acesso ou mesmo não existem. Os estudos recentes sobre estimativas desses gastos têm dado nova perspectiva sobre a importância dessa questão (Ocké-Reis, 2013; Dain et al., 2015) ao desnudarem a falta de regulação diante de um contexto de subfinanciamento público da saúde e avanço do setor privado com concorrência ao sistema público.

O estudo de Dain et al. (2015 *apud* Melo, 2017), relaciona os dados da renúncia fiscal do setor de saúde suplementar à dimensão da desigualdade. O setor de saúde suplementar, ou subsistema de saúde privado, é formado por empresas operadoras de planos de saúde privados que são parte do setor de seguros, como os seguros pessoais e capitalização e previdência. O setor de seguros teve faturamento de R\$ 326 bilhões, em 2014, crescimento de 4,82% em relação a 2013 e um crescimento acumulado de 39% entre 2009 e 2014 (Dain et al., 2015 *apud* Melo, 2017).

O faturamento do setor de saúde suplementar representou 39% da receita com seguro no Brasil; a receita, em 2014, foi de R\$ 127 bilhões; e o crescimento, de 7,83% em relação a 2013. Dentre as modalidades da saúde suplementar,<sup>17</sup> destacam-se, em termos de participação da receita do setor como um todo, em 2014, as cooperativas médicas (35%), a medicina de grupo (28%) e a seguradora especializada em saúde (22%). Em 2014, a receita da medicina de grupo foi de R\$ 44 bilhões e das cooperativas médicas, de R\$ 35,7 bilhões. O setor de saúde suplementar arrecadou aos cofres públicos federais R\$ 10 bilhões em impostos e contribuições, em 2014, que representa 1,8% da arrecadação total do setor de serviços, também em 2014 (Dain et al., 2015 *apud* Melo, 2017).

De acordo com o estudo de Dain et al. (2015 *apud* Melo, 2017), há trajetória de crescimento do gasto tributário com saúde desde 2006 e, em 2014, o governo federal dispendeu, via gasto

---

<sup>17</sup> As modalidades do setor de saúde suplementar são: autogestão, filantropia, seguradora especializada em saúde, cooperativa médica, medicina de grupo e odontologia (Dain et al, 2015).

tributário, R\$ 22 bilhões<sup>18</sup> apenas com saúde. Considerando que em 2014 ainda não havia a EC 95 e que houvesse por parte do governo a decisão de que esse gasto deveria ser redirecionado totalmente ao SUS, esse valor (R\$ 22 bilhões), corresponderia à época 24% de recursos a mais para o orçamento da saúde em 2014. Contudo, esse é apenas um exercício de dimensionamento da importância do valor do gasto tributário. A verdade é que não há nenhuma determinação ou garantia de que caso o benefício da dedução do IRPF não mais exista a receita oriunda do gasto tributário seja direcionada ao SUS. E, além do mais, com a EC 95/2016, um eventual remanejamento não aumentaria o teto.

As despesas médicas do IRPF, que são a maior rubrica dentre as modalidades de renúncia, representaram 46,8% do total de gastos tributários em saúde, em 2014. As despesas com assistência médica, odontológica e farmacêutica fornecidas aos funcionários das empresas (IRPJ) representaram 19% do total dos gastos tributários em saúde, em 2014, as com medicamentos, 16,6%, e as das entidades sem fins lucrativos, 14%. Em termos correntes, o valor do gasto tributário em saúde, conforme já mencionado, foi de R\$ 22 bilhões, e o gasto tributário com despesas médicas foi de R\$ 10,5 bilhões, em 2014. De acordo com a estimativa dos autores, o gasto tributário exclusivamente dos planos de saúde foi de R\$ 7,19 bilhões (do total dos R\$ 10,5 bilhões) (Dain et al., 2015 *apud* Melo, 2017).

Um estudo de 2019, feito pela Secretaria de Avaliação, Planejamento, Energia e Loteria do Ministério da Economia (Secap, 2019), corrobora o argumento de Dain et al. (2015) de que a trajetória do gasto tributário com saúde é crescente e expressiva. O estudo mostra, ainda, que os gastos tributários com saúde apresentaram um crescimento superior aos gastos diretos da União na função saúde, dado que a participação relativa do gasto tributário com saúde nos gastos federais em saúde pública apresenta uma tendência de crescimento desde 2010, atingindo, em 2017, o maior nível da série (2007 a 2017). Em 2010, a participação relativa do gasto tributário na função saúde no gasto federal em saúde pública era de 24,5%, em 2014, atinge 35% e, em 2017, vai para 40%.

Desse modo, a análise apresentada sobre a saúde suplementar e o gasto tributário com saúde mostrou que despesas médicas são a principal modalidade do gasto tributário e, dentro dela, que

---

<sup>18</sup> Dados deflacionados para o ano de 2014 (IPCA).

os planos de saúde representam a parte mais expressiva. Além disso, a trajetória do gasto tributário com saúde é crescente e, sobretudo, iníqua. Essa situação se agrava diante do subfinanciamento e desfinanciamento que atinge o SUS. Há, portanto, um amplo espaço existente que precisa ser urgentemente objeto de regulação na área da saúde.

### 3.4. Regras e classificações orçamentárias e o financiamento do SUS

As restrições das regras fiscais são aplicadas à programação orçamentária por meio das classificações de despesas. A meta de resultado da Lei de Responsabilidade Fiscal e o teto de gastos decorrente da EC 95/2016 referem-se exclusivamente às despesas primárias. O resultado primário é perseguido com base em uma meta estabelecida na Lei de Diretrizes Orçamentárias. Dada a meta, estima-se a receita e fixa-se um valor para despesas, reavaliando-se os números a cada bimestre. Diante de frustração de receitas e/ou ampliação de gastos obrigatórios, o ajuste é efetuado nas despesas discricionárias.

Vale observar o orçamento da saúde de 2019 (último exercício fechado). Dos R\$ 124,1 bilhões empenhados, 97% são despesas primárias. Destas, 77% são obrigatórias (R\$ 94,2 bilhões). Excluindo-se as despesas associadas a emendas impositivas (contingenciáveis até o percentual das demais discricionárias, mas de execução obrigatória), eram R\$ 21,6 bilhões em diversas ações. No entanto, onze rubricas concentravam R\$ 18,2 bilhões, sendo as principais: incremento temporário para custeio da atenção básica e da média e alta complexidade, Mais Médicos, Farmácia Popular, Atenção aos Pacientes Portadores de Doenças Hematológicas e saúde indígena.

Percebe-se que eventuais contingenciamentos no SUS se aplicam a despesas essenciais do ponto de vista da saúde, embora discricionárias. Ademais, o cumprimento da meta de resultado primário também afeta as despesas obrigatórias, diante dos limites estabelecidos na elaboração do orçamento (a ampliação de despesas obrigatórias achataria ainda mais o espaço de discricionárias). Por exemplo, a principal rubrica do Ministério da Saúde é o custeio da média e alta complexidade, que executou R\$ 46,8 bilhões em 2017<sup>19</sup> (pré-congelamento do piso). Em 2021, a dotação proposta para a ação é de R\$ 51,6 bilhões, que sequer repõe a inflação acumulada de saúde e

---

19 Inclui as despesas com o custeio do Samu.

o crescimento da população entre 2018 e 2020 (Moretti, Ocké-Reis, Funcia, 2020). Na prática, o baixo crescimento dos valores de média e alta complexidade penaliza os entes subnacionais, que arcam com boa parte da majoração dos custos na ponta e abrem serviços sem a habilitação do Ministério da Saúde. A consequência é que estados e municípios ampliam proporcionalmente seus gastos de saúde em relação à União, conforme será visto no item 4.2.2.

Em relação à EC 95/2016, não há despesas ordinárias de saúde fora do teto de gastos. Portanto, toda decisão de ampliação das despesas de saúde implica pressão sobre o teto. Aqui convém destacar um aspecto relativo à alocação dos recursos públicos. Os defensores do Novo Regime Fiscal afirmavam que as restrições do teto forçariam uma alocação de recursos mais adequada, ampliando-se a qualidade do gasto. Contudo, conforme já exposto, o congelamento do piso de aplicação de saúde resultou, entre 2018 e 2020, em redução das despesas do setor como proporção da RCL no período.

Ademais, diante do aumento extraordinário de arrecadação (por exemplo, com o leilão dos excedentes da cessão onerosa em 2019), não é possível ampliar despesas na área de saúde. Isso porque não há cláusula de escape na regra para permitir aumento de gasto mediante ampliação extraordinária de receitas, conforme ocorre, por exemplo, na União Europeia (Cordes et al., 2015). Isto é, no caso brasileiro, a classificação do que se submete ou não ao teto define *ex ante* as possibilidades de alocação de recursos extraordinários, e não a maior ou menor demanda por determinado investimento. As despesas não contabilizadas no teto são a capitalização de empresas estatais não dependentes, transferências constitucionais de repartição de receitas e do Fundeb, despesas eventuais com eleições e despesas executadas por meio de créditos extraordinários.

Como o teto se refere apenas a despesas primárias, ele não implica restrições a gastos tributários, que, no âmbito da União, representam cerca de 4% do PIB. Sendo assim, gastos tributários de saúde, ainda que favoreçam estratos superiores de renda (Ocké-Reis, 2018), como no caso das deduções do imposto de renda, não são limitados pelo teto. A redução de renúncias regressivas poderia constituir um canal de redistribuição de recursos, financiando o sistema público de saúde, que atende a mais de 200 milhões de pessoas. No entanto, o teto de gastos não contempla esta possibilidade, pois está estruturado apenas para constituir um limite (sem cláusulas de escape de receita) às despesas primárias, independente de seus efeitos redistributivos. O exemplo ilustra que

a rigidez das classificações orçamentárias define a aplicação diferenciada de restrições aos gastos diretos ou indiretos (sujeitos ou não ao teto), desconsiderando seus impactos econômicos e sociais.

Ainda sobre a questão da arrecadação, importa observar que despesas de saúde financiadas por receitas oriundas do ressarcimento das operadoras de planos de saúde ao SUS (nos termos da Lei nº 9.656, de 1998) e por *royalties* do petróleo (liminar proferida no âmbito da ADI nº 5.595/DF) não devem ser computadas no cálculo das aplicações mínimas de saúde. Em particular, neste último caso, trata-se de receita não recorrente, oriunda da exploração dos campos do pré-sal, que deveria reverter em ampliação do financiamento de políticas públicas capazes de induzir o desenvolvimento econômico e social do País. Contudo, não há, conforme exposto, cláusulas de escape no teto de gasto capazes de converter receitas do pré-sal em ampliação de despesas primárias (que, quase sem exceções, estarão sujeitas ao teto). Sendo assim, tais gastos não são computados no piso de saúde, mas ocupam espaço no limite da EC 95. Em outros termos, dada a despesa programada no teto, parcela dos recursos oriunda do pré-sal não será convertida em despesas (transformando-se em superávit financeiro apurado em balanço) e a parte orçada em saúde demandará redução de gastos de outros setores, esterilizando o impacto positivo do pré-sal sobre o financiamento das políticas públicas.

A rigor, o limite estabelecido pela EC 95 por até vinte anos é declinante em relação ao PIB (diante de seu crescimento real). Além disso, como algumas despesas seguem crescendo em termos reais (inclusive, de forma vegetativa), há necessidade de redução de outras despesas. Neste contexto, as classificações orçamentárias do Novo Regime Fiscal implicam pressões por mudanças na dinâmica de elaboração do orçamento, pelo menos em dois aspectos: a) desvinculação de receitas, aproximando-se da lógica do “orçamento base zero”, sem quaisquer obrigações legais de aplicação, criando-se a possibilidade de um ajuste das despesas ao teto (tramitam no Senado PECs que desvinculam recursos e extinguem um conjunto de fundos públicos); b) ênfase em despesas limitadas ao exercício, que não afetarão o teto de forma contínua. Por exemplo, na saúde, as rubricas com maior crescimento nos últimos anos são os incrementos temporários ao teto de média e alta complexidade e ao piso de atenção básica. Em boa medida, os recursos são alocados pelos parlamentares, limitando-se a um exercício e não se integrando de forma permanente aos valores repassados pelo Ministério da Saúde aos entes subnacionais.

Os dois aspectos reforçam o desalinhamento entre classificações orçamentárias e necessidades de saúde. Estas demandam, em boa medida, despesas correntes e permanentes, capazes de criar capacidade instalada no território para constituir uma rede articulada e hierarquizada na qual se integrem ações e serviços de saúde. Nesse sentido, a vinculação de recursos<sup>20</sup> e a lógica incremental são fundamentais ao SUS, que requer ampliação dos valores repassados pela União de forma permanente não apenas para atender às pressões estruturais por serviços de saúde, mas também aos vazios assistenciais distribuídos desigualmente nas regiões. Por exemplo, o baixo crescimento ou estagnação real dos recursos do teto de média e alta complexidade restringe a ampliação dos serviços pelos entes subnacionais (sobretudo para os que têm menor capacidade financeira), ou leva a um quadro, verificado nos últimos anos, em que os serviços são abertos pelos entes, mas não habilitados pelo Ministério da Saúde, agravando desequilíbrios federativos.

Por fim, considerando os dados de 2019, 97% das despesas de saúde são correntes e, portanto, sujeitas às restrições da regra de ouro. Conforme já exposto, os limites ao endividamento para financiar despesas correntes, ainda que sob a racionalidade de proteção das gerações futuras, podem restringir gastos fundamentais para promover alterações na estrutura econômica e social do País, como o caso do CEIS. Ademais, a segregação entre gastos de capital e correntes faz pouco sentido em políticas sociais. Geralmente, os investimentos levam à ampliação de serviços, criando-se a demanda por recursos correntes para financiá-los. Por exemplo, a ampliação dos investimentos em unidades básicas de saúde e unidades de prontos de atendimento, como resultado do Programa de Aceleração do Crescimento, implicou maior demanda por recursos de custeio, residindo neste ponto uma das razões para a dificuldade de entrada em funcionamento de uma série de obras que foram finalizadas.

A proposição de um arcabouço fiscal mais aderente ao financiamento do SUS deve ser complementada com novas regras de classificação de despesas. O essencial é que as restrições do regime fiscal se apliquem diferencialmente aos gastos, que devem ser classificados em função dos seus efeitos potenciais.

---

20 Para uma análise do papel da vinculação de recursos para a melhoria de indicadores sociais (como a mortalidade infantil) e a criação/expansão da cobertura de programas, como o Programa Nacional de Imunizações, o Saúde da Família e o Samu, ver Vieira, Piola e Benevides (2019).

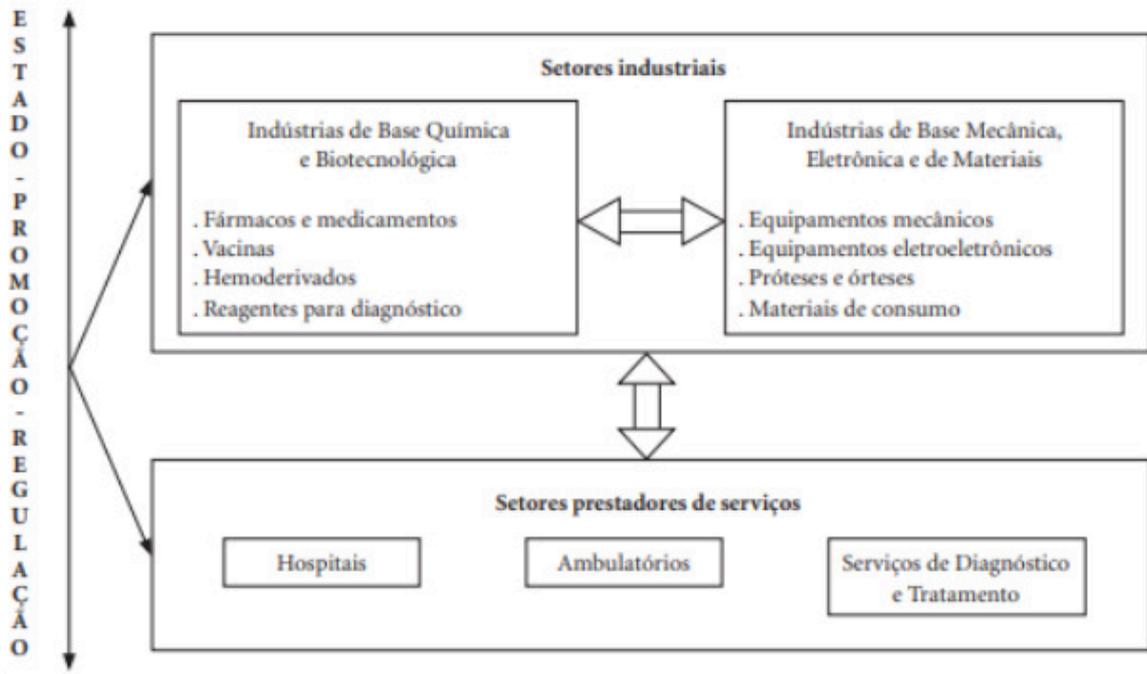
No caso do CEIS, gastos capazes de induzir maior densidade produtiva do País no setor saúde e fomentar transferência de tecnologias no âmbito do SUS constituem instrumentos de garantia do direito à saúde, assim como geram empregos, renda e ganhos para a balança comercial. Ademais, em circunstâncias de crise como as atuais, a elevada incerteza impacta a taxa de câmbio, ampliando o custo de produtos estratégicos de saúde importados. Neste caso, a rigidez do regime fiscal atenta contra o próprio princípio de controle de gastos, apontando para o fato de que as regras de gasto devem ser flexíveis, aplicando-se às despesas de forma diferenciada.

Para tanto, é relevante rever a classificação oficial de despesas, criando regras que preservem gastos de elevado efeito multiplicador e redistributivo. Especificamente, rubricas associadas a mudanças estruturais, econômicas e sociais devem ter menor sensibilidade ao ciclo econômico, levando à estabilidade do financiamento de um novo padrão de desenvolvimento, o que, inclusive, é requisito para maior segurança jurídica de parcerias entre setor público e privado.

### **3.5. Estrutura e financiamento do CEIS brasileiro nas dimensões públicas e privadas**

Seguindo a morfologia de Gadelha e Temporão (2018), o CEIS pode ser descrito simplificada e como um sistema produtivo e de inovação, no qual estão presentes subsistemas e segmentos produtivos, incluindo setores industriais e prestadores de serviços.

**Figura 1 CEIS e seus subsistemas**



**Figura 1. Complexo Econômico-Industrial da Saúde: Morfologia.**

Fonte: Gadelha e Temporão (2018, p. 1.895)

Nesta perspectiva, é vital compreender como o orçamento público pode configurar um poderoso instrumento de dinamização dos subsistemas do CEIS, de modo a avançar em propostas de organização orçamentária não apenas pautadas pela contabilidade fiscal, focada nos impactos imediatos do gasto sobre as contas públicas. É necessário classificar os gastos públicos também pelos seus efeitos econômicos e sociais, atribuindo-lhes limites diferenciados, notavelmente em relação à capacidade de induzir transformações sobre a estrutura produtiva de saúde.

A figura acima deve ser examinada sob o pressuposto das interações dinâmicas entre os subsistemas do CEIS. Ainda assim, é possível, de forma simplificada e embrionária, estabelecer uma classificação das despesas de ações e serviços públicos de saúde a partir dos subsistemas do CEIS.

Antes de mostrar os resultados, importa assinalar alguns aspectos metodológicos. Cerca de 2/3 do orçamento federal de ASPS é transferido a entes subnacionais. Nesse sentido, a destinação final do gasto é definida apenas a partir do momento em que as despesas federais são transferidas aos fundos de saúde locais e executadas pelos entes subnacionais.

Ainda assim, é possível estabelecer uma classificação do orçamento federal à luz dos subsistemas do CEIS a partir do “objeto preponderante” das rubricas, definido conforme a descrição de cada ação e seus detalhamentos (planos orçamentários). Tal visão capta a principal finalidade imediata de cada ação/plano orçamentário, devendo-se, mediante o desenvolvimento de metodologias mais sofisticadas, atentar para as interações entre subsistemas. Por exemplo, transferências federais regulares para cofinanciamento de serviços de média e alta complexidade são classificadas no subsistema “setores prestadores de serviços”, no entanto, tais valores podem ser utilizados, por exemplo, para aquisição de materiais de consumo, estimulando indústrias do subsistema “indústrias de base mecânica, eletrônica e de materiais”.

Ainda que sem captar estas inter-relações, a tabela abaixo apresenta as principais rubricas do orçamento federal de ações e serviços públicos de saúde, considerando seus efeitos imediatos sobre os subsistemas do CEIS, tendo em vista seu objeto preponderante.

**Tabela 2 - Subsistemas do CEIS e principais rubricas do orçamento federal de saúde**

Subsistemas CEIS	Ações
Indústrias de base química e biotecnológica	Aquisições centralizadas do Programa Nacional de Imunizações, da Assistência Farmacêutica e de insumos para pacientes portadores de doenças hematológicas; transferência a entes para aquisição de insumos no âmbito da assistência farmacêutica; Farmácia Popular.
Indústria de base mecânica, eletrônica e de materiais	Estruturação das redes de atenção básica e especializada; serviços de informática (aquisições centralizadas e transferência aos entes).
Serviços	Repasses aos entes para financiamento de serviços de atenção básica e de média e alta complexidade e de vigilância sanitária; Programas Mais Médicos e Médicos pelo Brasil.

Fonte: Elaboração própria.

A tabela a seguir traz a classificação dos valores do orçamento federal de ASPS pelos subsistemas do CEIS, conforme as regras anteriormente citadas, para os anos de 2017 e 2020.

**Tabela 3 Orçamento ASPS e subsistemas CEIS (R\$)**

Subsistemas CEIS	LOA 2017	LOA 2020
Indústrias de base química e biotecnológica	19.923.856.487	20.457.069.586
Indústria de base mecânica, eletrônica e de materiais	5.049.294.776	3.198.033.888
Serviços	79.973.819.489	87.161.754.691
<b>Total Subsistemas</b>	<b>104.946.970.752</b>	<b>110.816.858.165</b>
Ações ASPS não classificadas nos subsistemas CEIS ou vinculadas à pandemia*	12.948.830.604	54.270.941.943

Fonte: Siop. \* Ações não diretamente vinculadas a cada subsistema ou vinculadas ao enfrentamento da pandemia (2020), não consideradas diante de seu caráter extraordinário.

Os resultados mostram que a maior parte dos recursos federais de ASPS é aplicada em serviços, em boa medida, transferidos aos entes. Na “ponta”, tais recursos se convertem em financiamento direto de serviços intensivos em pessoal, o que, ademais, implica demanda para os setores industriais. O que já é suficiente para questionar as segmentações orçamentárias entre gastos correntes e de capital.

Ademais, os recursos associados à indústria de base química e biotecnológica são fundamentalmente derivados das aquisições de insumos centralizadas no Ministério da Saúde. Percebe-se o baixo crescimento em termos nominais de tais recursos, manifestando o impacto das políticas de austeridade, reduzindo a capacidade estatal de utilizar o poder de compra para a absorção de tecnologia no âmbito do CEIS.

As rubricas vinculadas à indústria de base mecânica, eletrônica e de materiais se referem, sobretudo, a despesas de investimento voltadas à estruturação de unidades de saúde, tanto de atenção básica como especializada, e serviços de informática. Interessante notar que, descontados os recursos extraordinários associados à pandemia da Covid-19, houve redução das rubricas vinculadas a este subsistema entre 2017 (R\$ 5,05 bilhões) e 2020 (R\$ 3,2 bilhões), manifestando os efeitos do ajuste fiscal, reduzindo, particularmente, os investimentos públicos no SUS.

Conforme exposto, a classificação orçamentária aqui adotada, sob o ponto de vista da relação gasto público-CEIS, requer maior aprofundamento, particularmente em relação a como as diferentes rubricas induzem interações virtuosas entre os subsistemas. De todo modo, é possível concluir preliminarmente que: a) a maior parte dos recursos federais ASPS financia serviços, que, todavia, ampliam a demanda voltada a diferentes setores industriais, manifestando a impropriedade da dicotomia

*despesas correntes x capital*; b) a estagnação dos gastos federais voltados à aquisição centralizada de produtos estratégicos de saúde limita a capacidade de utilização do poder de compra do Estado para estruturação do CEIS, em particular, para absorção de tecnologia das indústrias de base química e biotecnológica; c) a redução dos investimentos no âmbito do orçamento ASPS limita a capacidade de indução das indústrias de base mecânica, eletrônica e de materiais. Por fim, vale assinalar que os impactos das regras fiscais sobre investimentos também têm implicações para serviços, já que a acumulação de capital no setor de saúde tende a estimular a ampliação de serviços assistenciais, mais uma vez, reforçando a necessária interação entre grupos de natureza de despesa.

### 3.6. Comparação internacional

#### 3.6.1. Regras fiscais

O Brasil está atrasado em relação aos países que adotaram regras de gasto modernas, mais flexíveis e ajustáveis ao ciclo econômico. Como já visto, no caso brasileiro, as regras – com destaque para a meta de resultado primário, regra de ouro e teto de gasto – são sobrepostas e contribuem para ampliar a volatilidade da economia. A Lei de Responsabilidade Fiscal tem forte viés pró-cíclico. Dada a meta de resultado primário, exige-se contingenciamento nas despesas quando há frustração de arrecadação, afetando as despesas discricionárias, em especial, os investimentos públicos.

Além disso, a regra de ouro, que limita operações de crédito ao montante da despesa de capital, dificulta financiamento por dívida de despesas correntes (como transferência de renda para população e a maior parte das transferências do SUS). Em momentos de queda da arrecadação, o Congresso pode autorizar despesas acima do limite constitucional, mas isso gera uma barganha política, como pôde ser visto na execução dos orçamentos de 2019 e 2020.

O teto de gasto, por sua vez, exige redução nas despesas públicas como proporção do PIB por até vinte anos, diante do crescimento real da economia. Isto é, trata-se de uma regra indutiva da redução do Estado, independente do ciclo econômico e da arrecadação. Como há crescimento real de algumas despesas, a regra afeta, em particular, os gastos discricionários, principalmente investimentos.

O próprio Fundo Monetário Internacional, depois dos impactos negativos da retomada da austeridade em 2010, passou a recomendar regras de gasto que possam estabilizar a economia (Eyraud

et al., 2018). A propriedade da estabilização econômica é fundamental às regras fiscais e envolve a operação de estabilizadores automáticos e de políticas anticíclicas. No entanto, as regras brasileiras, conforme já apresentado, ampliam a volatilidade econômica, impactando negativamente despesas capazes de produzir efeitos conjunturais e estruturais positivos sobre a economia e a sociedade. Tais regras pioram, inclusive, a relação dívida/PIB, afetando o comportamento do denominador.

Uma maneira de mitigar o viés pró-cíclico das regras de gasto é adotar o resultado primário estrutural, que expurga flutuações cíclicas da economia, bem como despesas e receitas não recorrentes. Por esta abordagem, a queda da arrecadação oriunda do hiato de produto (diferença entre o PIB efetivo e o PIB potencial) não é computada nos resultados fiscais, já que reflete apenas o efeito do ciclo econômico sobre as finanças públicas. Por exemplo, o Chile, desde os anos 2000, utiliza resultados primários estruturais. Em 2006, o governo Bachelet transformou a regra de resultados primários estruturais em lei (Marcel, 2013).

Na União Europeia, embora haja limites ao déficit nominal (3% do PIB) e à dívida pública (60% do PIB), estabelecidos desde o Tratado de Maastricht, o indicador fiscal mais relevante é o resultado estrutural, monitorado por meio dos objetivos de médio prazo, que são adaptados ao ciclo econômico e observam o custo do envelhecimento populacional (que têm efeitos, principalmente, sobre os sistemas de saúde). A instauração de procedimentos de correção de déficits excessivos se dá apenas para corrigir desequilíbrios estruturais.

Entre 2010 e 2013, a União Europeia aplicou políticas de austeridade que afetaram o financiamento de serviços públicos de saúde em países como Itália, Espanha e Grécia (Quaglio et al., 2013). No entanto, a partir de 2014, houve o relaxamento das restrições fiscais, favorecendo a retomada da atividade econômica. Para tanto, foi fundamental uma aplicação mais flexível das regras fiscais do Pacto de Estabilidade e Crescimento (European Commission, 2015).<sup>21</sup>

Ademais, os ajustes tendem a ter maior equilíbrio entre aumento de receita e redução das despesas (Pires, 2018). No Brasil, sobretudo após a introdução do teto de gastos, o ajuste fiscal tem sido realizado fundamentalmente pelo lado da despesa, prejudicando a provisão dos serviços públicos.

---

21 Para maiores detalhes sobre as possibilidades de avanço na União Europeia em direção a um arcabouço fiscal mais amigável ao crescimento e ao bem-estar, ver Truger (2020).

Vários países também adotam regras de gasto, já que governos têm maior controle sobre a despesa. Em estudo do FMI, Cordes et al. (2015) identificaram diversos países com regras de controle de gasto, quase todos permitindo crescimento real da despesa (à exceção do Japão). A Espanha, por exemplo, mesmo diante de uma crise fiscal, adotou como limite de gasto o crescimento médio do PIB de dez anos, excluindo gastos como o seguro-desemprego. Ademais, o ajuste fiscal na Espanha foi uma combinação de redução de despesas e crescimento de receitas, embora tenha havido ênfase na redução de despesas (Pires, 2016).

A União Europeia adota regra fiscal segundo a qual o gasto público não pode crescer mais rápido do que o crescimento do PIB potencial de médio prazo, a não ser que haja receitas para o seu financiamento. Ou seja, a regra impõe um limite às despesas, ao mesmo tempo em que o indexa às condições estruturais da economia (PIB potencial). Trata-se de um desenho mais adequado do que o atual quadro das regras fiscais brasileiras, já que: reduz a pró-ciclicidade (posto que o indicador não está indexado ao PIB efetivo); não induz a redução estrutural do Estado (não se trata de um teto que prevê a redução da despesa como proporção do PIB); contém cláusula de escape que torna a meta de gasto mais flexível (teto pode ser superado a depender da arrecadação).

Em relação à regra de ouro, convém lembrar que sua racionalidade é limitar o endividamento aos investimentos, pois o aumento do estoque de capital favorecerá também as futuras gerações. No caso brasileiro, há uma série de peculiaridades no desenho da regra, que inclui o cômputo de diversas receitas financeiras nas despesas de capital para além de investimentos (como a correção monetária da dívida), o que a afasta de sua concepção original (Couri et al., 2018). Sem entrar em maiores detalhes, cumpre observar que, idealmente, a regra de ouro supõe que o resultado corrente do governo (dado pela diferença entre o resultado nominal, que inclui a conta de juros, e os investimentos) deveria estar em equilíbrio, forçando um ajuste fiscal ainda mais duro quando há baixa arrecadação em função de crises econômicas. Diante de tais dificuldades, países como a Inglaterra e a Alemanha abandonaram a regra de ouro após a crise financeira de 2008 (Pires, 2019). Importante ressaltar, que a concepção original de Keynes, normalmente citado como o criador da lógica da regra de ouro, jamais defendeu que o orçamento corrente deveria estar sempre em equilíbrio. Ao contrário, a lógica de orçamento corrente equilibrado deveria valer em situação de pleno emprego, e, portanto, quando a arrecadação estivesse em seu máximo. Outra peculiaridade é que Keynes chegou a sugerir a inclusão de parte da seguridade social nas despesas de capital. Dessa foram, incluía dentro das

despesas de capital um dos principais componentes do orçamento corrente.

Na classificação padrão, entre as despesas correntes, há diversos gastos cruciais à construção de condições para o desenvolvimento econômico e social de longo prazo, por exemplo, gastos com C&T e compras públicas, que induzem a transferência de tecnologia no âmbito do CEIS, bem como todo o gasto corrente que viabiliza investimentos, como na área de saúde e educação. É preciso, pois, problematizar a validade da regra de ouro como dispositivo capaz de proteger futuras gerações.

Percebe-se que o Brasil dispõe de regras fiscais rígidas, com pouca margem para ajuste ao ciclo econômico e às necessidades do desenvolvimento. Tais regras são sobrepostas e implicam o aumento da volatilidade econômica, mas também a redução dos serviços públicos. Conforme demonstrado, já há impactos da política de austeridade sobre as despesas de saúde, afetando especialmente o financiamento do CEIS.

### 3.6.2. Gastos com saúde

Os dados dos gastos com saúde do Brasil e de outros países com e sem sistemas universais e de diferentes grupos de PIB *per capita* e nível de desenvolvimento ilustram bem como o Brasil possui um baixo nível de gasto, ainda mais considerando que temos um sistema público e universal de saúde. A comparação permite, também, observar os efeitos da política de austeridade sobre as despesas de saúde, a partir do que foi mencionado no item anterior, ou seja, que houve diferenças nos graus de flexibilidade e discricionariedade na resposta dos países em momentos de contração econômica, com a inclusão de importantes cláusulas de escape e que tiveram efeitos sobre os gastos de saúde.

Na Europa, países como Grécia, Itália, Portugal e Espanha, que adotaram regras de austeridade mais rígidas, apresentaram uma variação percentual do gasto público com saúde *per capita* negativa (Prante et al, 2020, p. 149).

Considerando os dados da Tabela 4 e do Gráfico 5, a Grécia apresentou uma variação negativa de 36% no gasto público com saúde *per capita* entre 2010 e 2017, enquanto Portugal e Itália tiveram variação negativa de 10,7% e Itália de 9,3%. No caso da Grécia, mesmo diante de uma queda considerável, o gasto público com saúde *per capita* iniciou uma recuperação a partir de 2014, justamente no ano em que houve relaxamento das restrições fiscais no País, favorecendo a retomada

da atividade econômica. Mesmo assim, a variação negativa apresentada pela Grécia, que a tornou um caso notório em decorrência dos graves efeitos da política de austeridade europeia, aproximou-a do patamar de gasto público com saúde *per capita* (\$1.396, em 2017) de países da América Latina, como Argentina (\$1.398), Chile (\$1.334) e Uruguai (\$1.396). Diferentemente, países como Inglaterra, Alemanha e França mostraram variação positiva do gasto público com saúde *per capita*, entre 2010 e 2017, bem como um patamar de gasto muito superior. O gasto público com saúde *per capita*, em 2017, na Alemanha, foi de \$4.997, na França foi de \$4.178 e na Inglaterra de \$3.419.

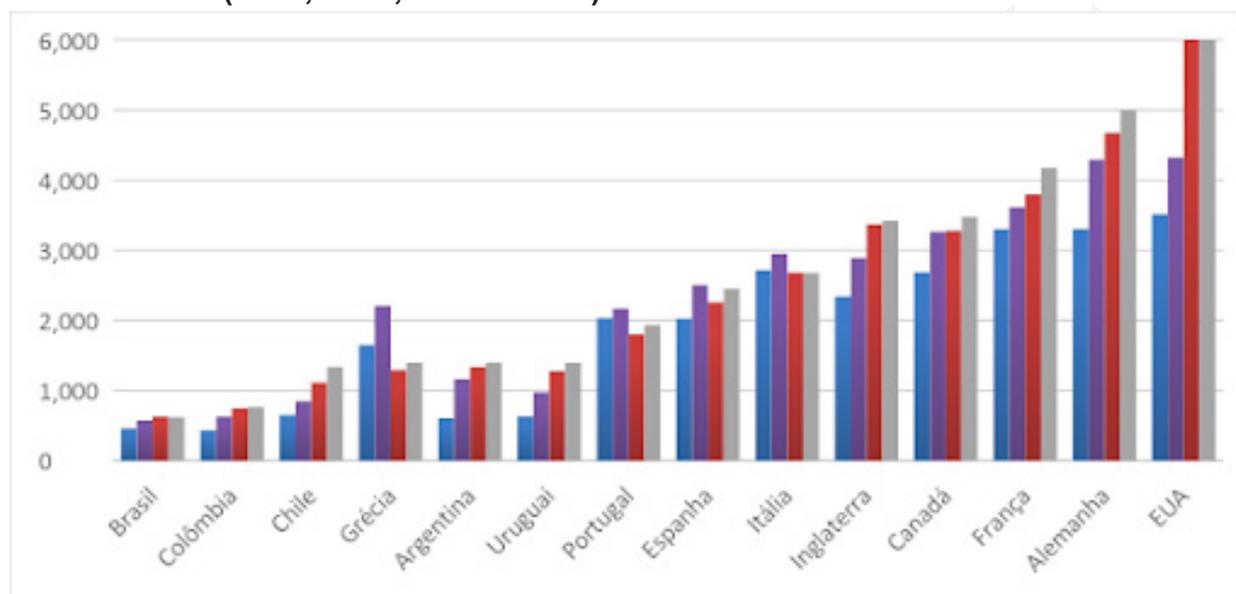
Já o Brasil, por sua vez, apresentou, em 2017, um gasto público com saúde *per capita* de \$617, menor até do que o da Colômbia (\$764). É importante frisar que tanto a Argentina como o Chile, países que não têm sistema universal de saúde, possuem um gasto público *per capita* pelo menos duas vezes maior que o do Brasil. O Brasil experimentou uma variação positiva do gasto público com saúde *per capita* de 7,9% entre 2010 e 2014. Entre 2014 e 2017, no entanto, houve variação negativa de 1,6%. A tendência para 2018, 2019 e 2020 é que haja queda do gasto público federal com saúde *per capita* devido à EC 95, o que será visto na seção seguinte.

**Tabela 4 Gasto público com saúde per capita PPP\* (a preços constantes de 2017) em países selecionados (variação 2010-2017 e 2014-2017).**

País	Variação % 2010 a 2017	Variação % 2014 a 2017
<b>Brasil</b>	7,9	-1,6
<b>Colômbia</b>	22,1	2,7
<b>Chile</b>	57,8	20,1
<b>Grécia</b>	-36,6	8,2
<b>Argentina</b>	20,3	4,9
<b>Uruguai</b>	44,0	9,2
<b>Portugal</b>	-10,7	7,6
<b>Espanha</b>	-2,0	8,6
<b>Itália</b>	-9,3	-0,2
<b>Inglaterra</b>	18,2	1,5
<b>Canadá</b>	6,6	6,0
<b>França</b>	15,8	10,1
<b>Alemanha</b>	16,5	7,0
<b>EUA</b>	100,3	9,0

Fonte: Elaboração própria a partir de Global Health Expenditure Database/National Health Accounts/ WHO, 2020. Disponível em: <https://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en> . Consulta em: 22 nov. 2020.

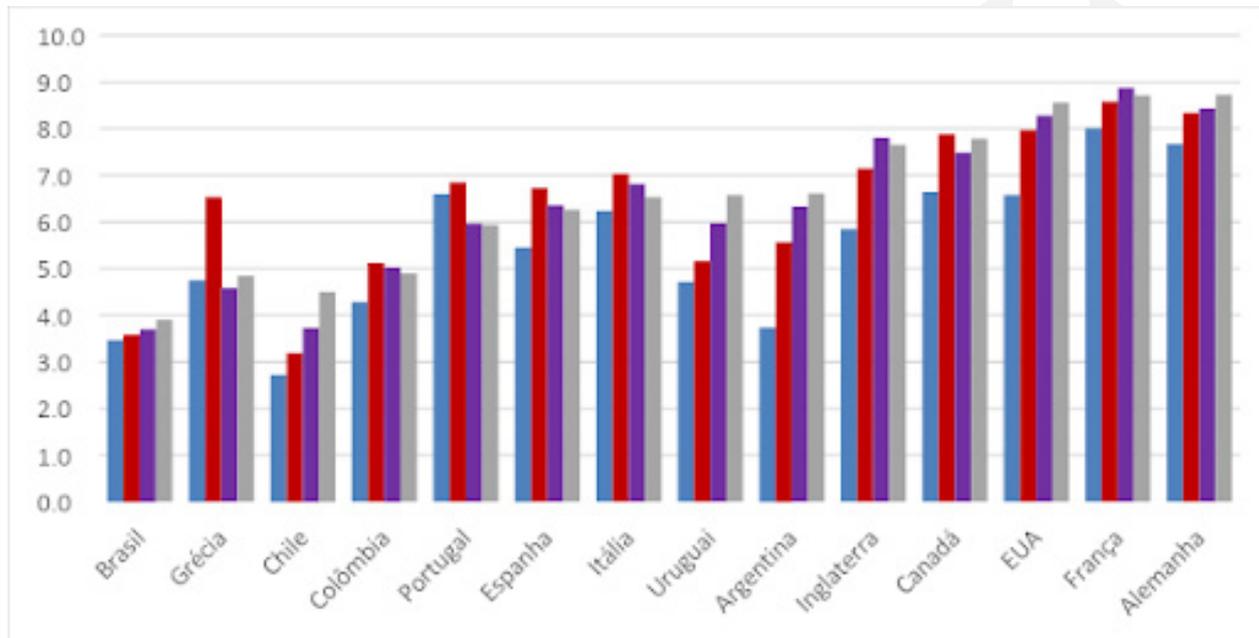
**Gráfico 5 Gasto público com saúde per capita PPP\* (a preços constantes de 2017) em países selecionados (2004, 2010, 2014 e 2017).**



Fonte: Elaboração própria a partir de Global Health Expenditure Database/National Health Accounts/ WHO, 2020. Disponível em: <https://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en>. Consulta em: 22 nov. 2020. \*PPP é a paridade do poder de compra (purchasing power parity – PPP), uma taxa de conversão que busca tirar os efeitos das diferenças de níveis de preços entre os países através de uma equalização do poder de compra de diferentes moedas.

Se olharmos o gasto público com saúde como proporção do PIB (Gráfico 6) constatamos que o Brasil, em 2017, é o país que apresentou o menor patamar, (3,9% do PIB) se comparado tanto a países europeus como Inglaterra (7,7), França e Alemanha (8,7), que possuem sistemas universais de saúde maduros, como se comparado a países que sofreram mais com as políticas de austeridade europeias, conforme mencionado acima, tais como Grécia (4,8), Portugal (5,9), Espanha (6,3) e Itália (6,5). É até mesmo menor do que o de países latino-americanos como Colômbia (4,9), Chile (4,5), Uruguai (6,6) e Argentina (6,6). Considerando que em 2015 inicia-se um período de crise econômica no Brasil, vemos uma variação positiva bem tímida do gasto com saúde como proporção do PIB, em 2017, refletindo o que já foi discutido acima sobre o subfinanciamento crônico do SUS, o desfinanciamento a partir da EC 95 e o caráter pró-cíclico do gasto com saúde.

**Gráfico 6 Gasto público com saúde como proporção do PIB (%) em países selecionados (2004, 2010, 2014 e 2017).**



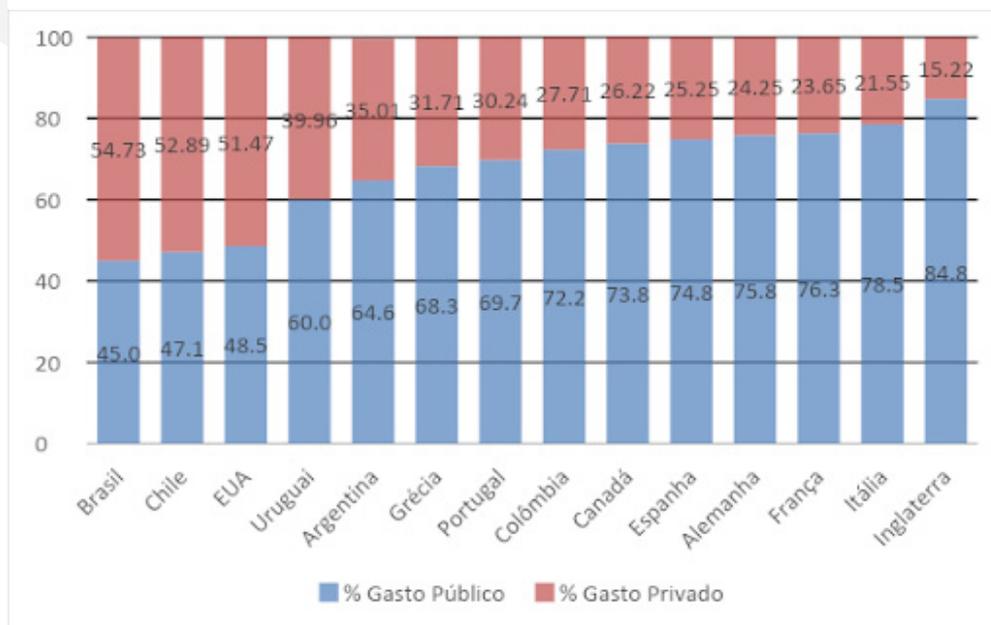
Fonte: Elaboração própria a partir de The Global Health Observatory/WHO, 2020. Link: [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/domestic-general-government-health-expenditure-\(gghe-d\)-as-percentage-of-gross-domestic-product-\(gdp\)-\(-\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/domestic-general-government-health-expenditure-(gghe-d)-as-percentage-of-gross-domestic-product-(gdp)-(-)). Consulta em: 25 out. de 2020.

Por fim, ao analisarmos a participação do gasto público com saúde no total do gasto com saúde (Gráfico 7), vemos que o gasto público com saúde no Brasil, em 2017, representou 42% do gasto com saúde total. Todos os países selecionados possuem maior participação do gasto público com saúde no gasto total com saúde, seja o Chile (50%), como a Argentina (72%), a Grécia (60%), Portugal (66%), Espanha (71%), Inglaterra (79%), França (77%) e Alemanha (78%). Desse modo, fica evidente que a participação do gasto público com saúde no total do gasto com saúde no Brasil, quando comparada a dos países mencionados acima, está muito abaixo do nível de gasto público daqueles países que possuem sistemas universais de saúde e também abaixo de países latino-americanos cujos sistemas de saúde são híbridos, como a Argentina e Chile. Até os EUA, único país desenvolvido que não possui sistema universal de saúde, conta com maior participação do gasto público no total do gasto com saúde do que o Brasil. Nesse sentido, é fundamental para o Brasil expandir o gasto público com saúde.

Podemos também olhar a evolução da participação do gasto público com saúde no total do gasto com saúde, entre 2010 e 2017 (Gráficos 7 e 8) e fazer dois destaques. O primeiro é que, no caso do

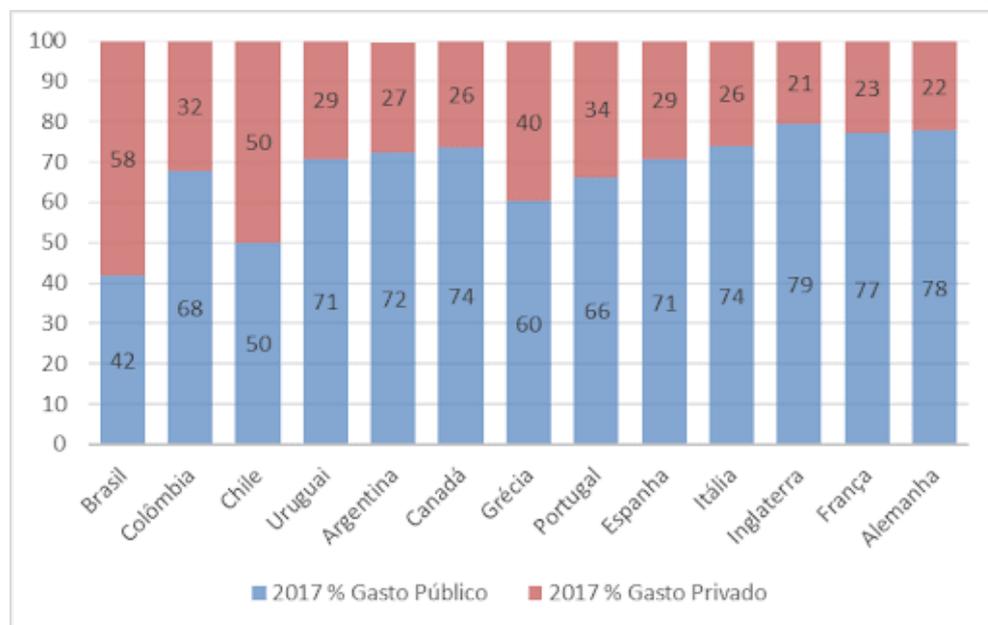
Brasil, que conta com o SUS, a participação do gasto público com saúde no gasto total com saúde cai de 45% para 42%, mostrando que há um avanço do gasto privado com saúde em detrimento do gasto público em termos de participação. Segundo, revela-se uma face do processo de mercantilização dos sistemas universais de saúde que muitos países têm enfrentado a partir da década de 1990 e, mais intensamente, a partir dos anos 2000 (Melo, 2017). O caso da Inglaterra é mais evidente: em termos de participação do gasto público no PIB (Gráfico 6) há um aumento entre 2010 (7,2) e 2017 (7,7), contudo, ao analisar a participação do gasto público com saúde no gasto total com saúde, percebemos uma queda expressiva entre 2010 (85%) e 2017 (79%). Essa queda pode ser indicativa do crescimento de modalidades de transferências e parcerias com o setor privado, que vão absorvendo recursos públicos e, dessa maneira, ocorre uma transferência de fundos públicos para que o setor privado execute parcela dos serviços de saúde prestados no NHS, por exemplo. Esse processo é reflexo do processo de financeirização crescente. Ademais, ele pode ocorrer com forte e clara regulação do Estado para preservar a universalização ou não (Melo, 2017).

**Gráfico 7 Participação do gasto público e privado com saúde no gasto total com saúde (%) em 2010, em países selecionados.**



Fonte: Elaboração própria a partir de World Development Indicators, 2020. Link: <https://databank.worldbank.org/source/world-development-indicators#advancedDownloadOptions>. Consulta em: 25 out. 2020.

**Gráfico 8 Participação do gasto público e privado com saúde no gasto total com saúde (%) em 2017, em países selecionados.**



Fonte: Elaboração própria a partir de World Development Indicators, 2020. Link: <https://databank.worldbank.org/source/world-development-indicators#advancedDownloadOptions>. Consulta em: 25 out. 2020.

Diante do exposto, faz-se necessária uma agenda estrutural de reformas nas regras de gasto, alinhando o Brasil ao resto do mundo, que vem adotando regras flexíveis com propriedades como a estabilização econômica. Ademais, é fundamental a revisão das classificações orçamentárias, de modo que um novo arcabouço fiscal seja capaz de diferenciar despesas pelos seus impactos potenciais, mediante a aplicação de taxas de crescimento diferenciadas a elas. Neste contexto, as regras fiscais viabilizariam a indução do CEIS, contribuindo para mudanças estruturais que a um só tempo ampliariam a base produtiva e tecnológica no setor como favoreceriam a realização do direito à saúde, inclusive, reduzindo custos de aquisição. Além disso, é necessária uma expansão do gasto público com saúde de modo a avançarmos na universalização da saúde, no Brasil.

#### 4. A questão federativa

O Brasil é um Estado federativo caracterizado por expressivas desigualdades estruturais, onde a capacidade fiscal e administrativa das unidades locais de governo influencia muito o processo de descentralização (Arretche, 1999). Em especial, as mudanças no federalismo fiscal brasileiro des-

de a década de 1990 afetaram a capacidade dos entes subnacionais de lidar com os desafios da implantação dos princípios e diretrizes do SUS, válidos para todo o território nacional. Conforme destaca Lima, (2008, p. 234):

existe uma contradição intrínseca entre as imensas desigualdades socioeconômicas e territoriais que configuram a federação brasileira e o modelo pretendido na saúde, que coloca desafios para a adoção de mecanismos que compensem as diferenças nas condições materiais e financeiras das esferas subnacionais, através de um conjunto de relações fiscais e orçamentárias entre os governos.

Não há dúvidas que a capacidade de financiamento desses governos afeta diretamente a oferta de serviços de saúde e as políticas de contenção de gastos acabam gerando constrangimentos e desequilíbrios federativos, dificultando a redução das desigualdades nas condições de financiamento em saúde dos estados e municípios brasileiros (Lima, 2008). Essa situação, que já era estruturalmente grave, foi exacerbada com a emenda do teto de gastos.

#### **4.1. Federalismo fiscal brasileiro**

A importância dos estados e municípios na oferta direta de serviços contrasta com os limites existentes à ação dos entes subnacionais. Na estrutura federativa brasileira, o governo central possui instrumentos importantes, típicos de Estados nacionais que emitem dívida soberana, que o permite ampliar suas despesas independentemente da sua capacidade efetiva de arrecadação. O governo federal é o emissor da moeda nacional e de títulos de dívida pública de ampla aceitação. No entanto, o mesmo não é possível para unidades subnacionais.

Conforme discutido em Dweck et al. (2020), os entes subnacionais não emitem sua “própria” moeda e nem têm uma dívida pública que é lastro de todo mercado interbancário e que tem como principal ator no mercado secundário o Banco Central. Portanto, a sua capacidade de atuação está diretamente relacionada às suas receitas tributárias, próprias e de transferências intergovernamentais, contando com um arsenal praticamente nulo de instrumentos anticíclicos. Frente à queda de receitas, o federalismo fiscal brasileiro impõe às unidades subnacionais uma única alternativa: o

cutte de despesas – o que afeta a capacidade de prestação de serviços públicos à população, com impactos locais e regionais.

Desde sua origem, o federalismo brasileiro possui uma característica muito distinta da pensada originalmente pelos “federalistas”. A Proclamação da República, que sucedeu o Regime Imperial, resolveu converter um Estado unitário, altamente centralizador, em um Estado federado, como, supostamente, os Estados Unidos da América. No entanto, tratava-se de um movimento inverso ao dos EUA. No Brasil, coube à União abrir mão de parte de suas competências e poderes para repassá-los aos Estados-membros, caracterizando um federalismo centrífugo. Não por acaso, toda a questão fiscal gira em torno da União e há uma desigual distribuição de competências legislativas, administrativas e receitas no federalismo brasileiro (Oliveira, Rossignoli, 2019).

As reformas tributárias que expandiram a capacidade de atuação do Estado ao longo do Século XX, nos governos Vargas, Juscelino e Militar, tiveram um caráter concentrador, só parcialmente revertido em 1988, com a ampliação da repartição de receitas. Ainda assim, outros movimentos reduziram a repartição efetiva da arrecadação, seja a ampliação do peso das contribuições sociais, no final dos anos 1990, ou mesmo a Desvinculação de Receita da União (DRU), que afetou, parcialmente, transferências obrigatórias da União.

Os problemas da configuração do federalismo fiscal brasileiro se acirram nos momentos de crise, quando há uma contração da atividade econômica e, conseqüentemente, da arrecadação. Conforme destacam Oliveira e Rossignoli (2019), desde o final de 2016, cerca de 150 municípios e três estados brasileiros decretaram estado de calamidade financeira e foram forçados a renegociar suas dívidas com a União. Historicamente, o processo de renegociação de dívidas gerou maior concentração e redução de autonomia dos entes subnacionais, em particular, dos estados.

As dívidas dos entes subnacionais tiveram sucessivos refinanciamentos desde a década de 1980, culminando na renegociação da segunda metade da década de 1990. A Resolução nº 162/ 1995 do CMN criou o Programa de Apoio à Reestruturação e ao Ajuste Fiscal de Estados, que incluía medidas com objetivo de alcançar o equilíbrio orçamentário sustentável, mas condicionava a obtenção dos refinanciamentos a compromissos de ajuste fiscal e financeiro a serem mantidos pelos estados durante a vigência do programa (Lopreato, 2004). A Resolução 162 evoluiu para a Lei nº 9.496/1997, pela qual houve a assunção e o refinanciamento de diversas dívidas financeiras de responsabilidade

de estados e do Distrito Federal pela União. Apesar da redução do saldo devedor e do alongamento do prazo, as condições financeiras do contrato, que à época pareciam benéficas, se mostraram muito negativas posteriormente. Os juros reais variaram de 6% a 9% ao ano, acrescidos do IGP-DI, e para garantir a menor taxa os entes deveriam pagar antecipadamente parte da dívida refinanciada, com recursos originados na venda de ativos, empresas e bancos controlados pelos estados. As parcelas dos serviços da dívida eram calculadas pela Tabela Price, o que reduz a amortização, e tinham um limite de comprometimento máximo da Receita Líquida Real (RLR) de 11,5% a 15% (Lopreato, 2004).

Conforme discute Lopreato (2004), a renegociação das dívidas da década de 1990 criou mecanismos legais e infralegais para garantir o pagamento do serviço da dívida. Os governos estaduais foram obrigados a cumprir metas rígidas relativas a: (i) resultados primários; (ii) despesas com funcionalismo; (iii) investimentos/RLR; (iv) dívida financeira/RLR; (v) arrecadação de receitas próprias; e (vi) desestatização e reforma administrativa.

A corrosão do poder estadual consagrou outro modelo federativo. A descentralização das políticas públicas ganhou destaque, ao mesmo tempo em que as unidades executoras perderam autonomia e ficaram subordinadas à definição de regras e de formas de aplicação de recursos emanadas do centro (Lopreato, 2020, p. 29).

Até a LRF, governos estaduais controlavam bancos públicos de porte relevante que ampliavam sua capacidade de atuação, possuíam empresas estatais com expressiva participação em atividades econômicas estratégicas e tinham maior capacidade de coordenação das atividades em seu território. Essas mudanças acentuaram uma característica importante do federalismo fiscal brasileiro, de relação direta entre União e municípios.

Conforme destaca Souza (2019), o Brasil é um País de triplo federalismo, com os municípios como parte integrante da federação, algo semelhante à Índia, México, África do Sul e algumas comunidades belgas. E, com exceção dos Estados Unidos, Canadá, Austrália e Suíça, em outras federações, os municípios também têm algum direito de legislar sobre questões locais e alguma autonomia financeira (Souza, 2019). No entanto, o que mais chama a atenção no federalismo brasileiro é a excessiva municipalização, por meio da qual os municípios, e não os estados, se tornaram os principais parceiros do governo federal na implementação de políticas sociais (Souza, 2019).

Essa característica gerou, em algumas situações, uma descentralização excessiva, como na área de saúde, na qual municípios isolados não são capazes de prestar serviços públicos na escala necessária. Como será discutido adiante, na saúde, em substituição ou complementação da municipalização dos serviços, há um movimento de centralização por meio da formação de consórcios de entes subnacionais e processos de regionalização na prestação do serviço.

Ainda assim, o federalismo brasileiro tem as características de um arranjo tripartite, em uma constante tensão entre cooperação e competição. Franzese (2010) discute as diferenças básicas entre o *federalismo competitivo*, mais próximo do modelo norte-americano, e *cooperativo*, mais próximo do modelo alemão. Na “lógica competitiva, prevalecem os valores da autonomia e diversidade, sendo mais difícil a consolidação de padrões nacionais de cidadania” (Franzese, 2010, p. 64). Já no federalismo cooperativo, que “privilegia a equidade ao longo do território, a cooperação foi a estratégia utilizada pelas federações para atingir padrões uniformes de proteção social” (Franzese, 2010, p. 64-65).

Ainda assim, como destaca Cajueiro (2019, p. 118 e 119):

o federalismo cooperativo é resultante do equilíbrio entre: centralização e descentralização; cooperação e competição; autonomia, interdependência e interesse comum. Quando se alcança um cenário em que no federalismo está presente a coordenação federativa, está instaurado o federalismo cooperativo. De tal forma que a coordenação federativa significa a coordenação intergovernamental, vinculada aos mecanismos de negociação e pactuação intergovernamental, assim como aos mecanismos de indução.

A partir da Constituição de 1988, instrumentos legais e infralegais reforçaram elementos cooperativos na gestão e prestação de serviços entre os entes federados. Entretanto, essa tendência já apresentava tensões e obstáculos, que foram reforçados na gestão recente da crise sanitária decorrente do novo coronavírus. Alguns dos obstáculos à cooperação, que aparecem na área da saúde, mas não apenas, são: (i) a competição por recursos, incentivos e prerrogativas na provisão e no acesso aos serviços; e (ii) guerras fiscais decorrentes da tributação na origem bem como de definições no âmbito federal de desonerações que afetam todos os entes da federação; (iii) judicialização da repartição de recursos de *royalties*; (iv) disputa “por profissionais e blindagem ou de-

sincentivo de acesso de cidadãos aos serviços do SUS nos maiores centros urbanos”; (v) além da disputa por recursos públicos por parte do setor privado, tanto em termos de desonerações e isenções fiscais como diretamente na prestação de serviço público, como o caso das santas casas e outros leitos privados do SUS, bem como, no caso da educação, na aprovação na Câmara Federal da regulamentação do Fundeb em dezembro de 2020, abrindo espaço para entidades filantrópicas e religiosas receberem recursos do fundo de promoção da educação básica pública.

Entretanto, como ficou claro mais recentemente, podemos incorporar um terceiro potencial obstáculo que é a condução dos governantes das instâncias superiores, em especial, do governo federal. Nesse arranjo cooperativo, o governo federal tem, em grande parte, a função de formular as políticas públicas, ainda que mediado por instâncias de governança tripartites, enquanto os governos subnacionais concentram a competência de implementação. Como será discutido a seguir, na área da saúde, o governo federal utilizou-se de instrumentos infralegais combinados à repartição de recursos como mecanismo de indução à cooperação e à participação dos entes subnacionais na pactuação da prestação dos serviços. Nesse sentido, grande parte da lógica cooperativa está centrada em atos do poder executivo de caráter infralegal, que podem ser revertidos por decisão unilateral do governo federal, contribuindo para um possível retrocesso. A ausência de coordenação centralizada no enfrentamento da pandemia, bem como a revisão de portarias importantes no âmbito do SUS, apontam para os riscos associados à condução do governo central. Esses riscos são ampliados diante da fragilidade dos colegiados de gestão compartilhada – Comissão Intergestores Tripartite, Conselho Nacional de Saúde, Comissão Intergestores Bipartite e os diversos colegiados regionais –, que não podem exercer função coercitiva de forma a garantir pactos firmados e não possuem incentivos financeiros capaz de induzir determinadas regras (Rirbeiro, Moreira, 2016)

O pacto federativo brasileiro precisa ser revisto, em particular, é preciso repensar como garantir um modelo realmente cooperativo, tanto em termos de cooperação técnica quanto financeira, entendendo as particularidades e desigualdades de cada região e de cada localidade, garantindo receitas suficientes para fazer frente às suas necessidades e evitando que a União imponha condições recessivas em momentos de renegociações de dívidas e que garanta a capacidade de recuperação econômica e de desenvolvimento aos entes subnacionais.

Entretanto, a proposta enviada recentemente pelo Poder Executivo, expressa na proposta de

emenda constitucional do pacto federativo (PEC 188/2019), bem com o chamado “Plano Mansueto” (PLP 149/2019) de renegociação das dívidas subnacionais com a União, sinalizam na direção oposta. A PEC 188, que tem como mote desobrigar o governo federal com os entes subnacionais, incluía propostas de redução da solidariedade fiscal entre as diferentes esferas. Em particular, pela proposta original ficariam proibidas operações de crédito entre entes da federação e, a partir de 2026, a União seria proibida de socorrer entes em dificuldades fiscal-financeiras. A combinação de tais medidas seria o fim do pacto federativo, ao importar a lógica da União Europeia – união monetária sem solidariedade fiscal. Já o “Plano Mansueto” trazia como uma das condições para adesão ao plano a aprovação de, no mínimo, três medidas que tem como base a contração do Estado. Entre as oito medidas listadas, constavam: a) a autorização para privatização de empresas de setores específicos e a utilização dos recursos para o pagamento dos passivos; b) a revisão do regime jurídico único dos servidores; c) a instituição de regras para limitar o crescimento anual das despesas correntes aos moldes da EC 95/2016; e d) a concessão na área de saneamento.

#### 4.2. Federalismo da saúde

Na saúde, assim como em outras áreas, desde a promulgação da Constituição um conjunto significativo de atribuições de gestão foram aos poucos sendo transferidas para os níveis estadual e municipal de governo (Affonso, Silva, 1995, Arretche, 1999 e Lucchese, 2003). Pré-Constituição, conforme discute Arretche (2000), a política de saúde no Brasil era de um sistema “centralizado, dual e seletivo”. Isto porque só tinham a garantia dos serviços os trabalhadores formais, via a rede do Inamps ou de serviços contratados pelo Instituto junto à iniciativa privada, e estava concentrada no governo central (Arretche, 2000; 2005). Havia alguns serviços de natureza de atenção básica e preventiva, como vacinação e vigilância sanitária, e uma rede de atendimento hospitalar reduzida, disponíveis aos não segurados pela previdência, de natureza não-contributiva.

A construção de um sistema único e descentralizado na área de saúde, como previsto na Constituição, foi um desafio para a estrutura federativa brasileira. Diante da enorme desigualdade regional, sempre houve uma tensão entre uniformidade e diversidade na construção da estrutura do SUS. As diretrizes nacionais dependiam da adesão voluntária dos estados e municípios, dado que a aprovação da Lei 8.080/90 não implicaria uma descentralização automática (Franzese, 2010).

Como destaca Arretche (2003), a transferência de recursos, regulamentadas pelas diversas Normas Operacionais Básicas (NOBs) do Ministério da Saúde, foi utilizada para promover a adesão de estados e municípios ao sistema nacional. Foi somente com a NOB/96, implementada em 1998, que 99,6% dos municípios brasileiros aderiram ao sistema, divididos em duas modalidades de gestão: gestão plena da atenção básica e gestão plena do sistema municipal (Franzese, 2010).

Essa ampla adesão também pode ser explicada pela criação do Piso de Atenção Básica (PAB), em dezembro de 1997, que é composto por: i) uma parte fixa, com repasse automático de recursos, fundo a fundo, calculado pelo número de habitantes, para todos os municípios que fazem parte do SUS; ii) uma parte variável mediante à adesão dos municípios a determinados programas nacionais.<sup>22</sup> Como destaca Abrucio (2005, p. 53), “[a] combinação de repasse de recursos com o cumprimento de metas preestabelecidas ou a adoção de programas formulados para todo o território nacional” teve papel central na coordenação do sistema, aumentando a prioridade à atenção básica e atenuando um processo gerador de desigualdade, pelo qual os municípios com maior capacidade instalada recebiam, em geral, mais recursos. Isso não significa obviamente que não permaneçam importantes vazios assistenciais no território brasileiro e que a área da saúde não seja marcada ainda por fortes desigualdades.

Outro fator central no processo de conformação do federalismo da saúde foi a aprovação da Emenda Constitucional 29 de 2000, já destacada anteriormente, na seção 3, tornando os estados e municípios também responsáveis pelo financiamento da rede de atendimento em saúde. Como será discutido abaixo, a União tem uma redução na sua participação no financiamento direto, passando de 58,5%, em 2000, para próximo a 45%, no final da década e houve redução da participação posterior, ainda que em ritmo mais lento. Além disso, modelo é um sistema compartilhado de financiamento, grande parte dos recursos da União e dos estados são na prática transferências intergovernamentais realizadas diretamente, fundo a fundo, aos municípios, que fazem a gestão efetiva dos mesmos. Para os municípios médios, os recursos de transferências do SUS são uma das principais fontes de receita. Cabe ressaltar que, apesar de os governos subnacionais – principalmente os municipais – tornarem-se gestores de uma vasta rede de atendimento, o Ministério da saúde ainda é o formulador, definindo as normativas e as principais regras de financiamento, com objetivo de garantir unidade ao

---

22 Saúde da Família/Agentes Comunitários de Saúde, Saúde Bucal, Assistência Financeira Básica, Combate às Carências Nutricionais, Combate a Endemias e Vigilância Sanitária

sistema (ainda que o faça em diálogo no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite).

#### 4.2.1. Impactos das regras fiscais

O processo de descentralização das políticas públicas ocorreu em paralelo a mudanças nas regras fiscais. Como destacado por diversos autores, ao mesmo tempo em que se expandia a presença de estados e municípios, regras fiscais reduziam a autonomia fiscal dos entes subnacionais, em um processo que gerou efeitos contraditórios. As regras de controle e redução do endividamento de estados e municípios (especialmente as capitais e grandes municípios) geraram uma tutela política e financeira por parte do governo central, com a fragilidade financeira de programas sociais (Bercovici, 2002). Em particular, nessa seção iremos destacar os principais impactos da renegociação da dívida dos anos 1990 e da Lei de Responsabilidade Fiscal – LRF (Lei Complementar n. 101, de 4 de maio de 2000). Também comentaremos alguns impactos relevantes da EC 95/2016, da renegociação de dívida dos anos 2016/2017 e da proposta de emenda constitucional do pacto federativo, apresentada em novembro de 2019 (PEC 188 de 2019).

Como discutido anteriormente, dentro do contexto de reforma do Estado, foi aprovada no Brasil, no ano 2000, a LRF, seguida pela Lei de Crimes Fiscais, que impuseram regras de execução fiscal idênticas, com mecanismos punitivos que garantiram o cumprimento estrito das determinações, a todos os entes da federação, independentemente de suas diferenciadas competências e capacidades de financiamento. Conforme destaca Affonso (2000, p. 148, grifo nosso):

“Em tese o disciplinamento da execução fiscal de forma negociada entre os diferentes níveis de governo constituiria um imperativo do ordenamento federativo do país. Contudo, é importante lembrar que uma federação não visa, necessariamente, à auto-sustentação financeira absoluta de todos os seus entes federados; as transferências e trocas das mais diversas naturezas são a essência do Estado federal. O que se deve procurar minorar são, decerto, as heterogeneidades socioeconômicas através de um processo de desenvolvimento econômico e social. Esta tentativa, como vimos, foi durante muito tempo alicerçada, do ponto de vista da soldagem federativa, em uma série de mecanismos que iam muito além da política estritamente fiscal. A sua desestruturação tem, dentre outras conseqüências, a de “sobrecarregar” o prevacente sistema de transferências fiscais como mecanismo de soldagem federativa”.

A LRF, ao limitar a atuação de todas as esferas de governo à obtenção de determinados resultados fiscais, com imposição de metas de superávit primário, teto de dívida e limite de contratação de pessoal, impôs restrições fiscais que interferem na autonomia federativa, afetando a capacidade de arcar com as atribuições e necessidades assumidas no pacto federativo vigente (Serralha, 2018). A LRF foi combinada à renegociação prévia das dívidas estaduais e das capitais e grandes cidades, na qual entes subnacionais tornaram-se devedores da União e passaram a ter condicionalidades explícitas referentes a recebimento de transferência e obrigatoriedade de pagamento dos serviços das dívidas.

Mesmo com o pagamento permanente dos compromissos financeiros, não houve uma redução significativa do endividamento da maioria das cidades e estados, mas isso ocorreu, em grande medida,

não por falta de pagamentos mensais, mas por consequências das políticas macroeconômicas do governo brasileiro, as altas taxas de juros, a sobrevalorização do câmbio e do conjunto de cláusulas que corrigem o estoque da dívida, perpetuando-as em um quadro de desenquadramento fiscal (Serralha, 2018, p. 94).

Essa situação impôs, aos entes federativos endividados, um comprometimento permanente de parte de suas receitas com o pagamento de juros, afetando sua capacidade de financiar outras políticas.

Para áreas intensivas em despesa com pessoal, como o caso da saúde, educação e segurança pública, outro regramento da LRF também merece ser destacado, que são as regras e limites para o gasto de pessoal. Esse é mais um exemplo dos problemas de classificação orçamentária, de analisar o gasto pela “natureza da despesa” e não pela sua funcionalidade ou mesmo eficácia. Como forma de limitar o comprometimento do orçamento com o pagamento de pessoal, estipulou-se um teto de 60% para estados e municípios, sendo as cláusulas punitivas acionadas quando se atinge um limite inferior prudencial. Essa regra, aprovada em 2000, ignorava a descentralização de diversas áreas que demandariam a ampliação das despesas com mão de obra. A solução encontrada por diversos entes foi a terceirização dos serviços, para garantir o cumprimento da regra, que se descumprida poderia levar até a prisão do gestor responsável. Isso gerou a contratação de Organizações Sociais da Saúde (OSSs) ou Organizações Civis de Interesse Público (OSCIPs).

Esse “cenário (...) adicionou mais ingrediente aos desafios urbanos, a dificuldade da gestão dos contratos das ações locais, transferidas para o mercado operacionalizar” (Serralha, 2018, p. 95). Serralha (2018) destaca o desequilíbrio entre a fiscalização estrita das metas do resultado primário e nominal e a ausência de critérios de eficiência ou eficácia na gestão da terceirização impulsionada pela regra de teto de gasto com pessoal. A LRF não impôs maiores limites ou restrições a contratações de entidades privadas para prestação de serviços públicos, apenas dispondo que os valores dos contratos de terceirização que substituam servidores serão classificados como despesas de pessoal. Além disso, a gestão e fiscalização dos contratos, em muitos setores, apresentou fragilidades, com a possibilidade de um realinhamento de preços durante a execução dos serviços, sem um limite específico imposto pela lei.

Além disso, o contexto de subfinanciamento, decorrente de imposições fiscais, é agravado por outras medidas, como as determinações judiciais que obrigam os entes da federação a prestarem determinados serviços e ofertarem certos insumos não planejados, com recursos já insuficientes. No entanto, apesar de existirem medidas judiciais que exigem a oferta de tratamentos não incorporados na rede pública, parte da judicialização é decorrente da própria incapacidade de garantir a oferta do serviço a toda a população em função do subfinanciamento (por exemplo, em relação à insuficiência de leitos).

As limitações impostas pela regra fiscal afetam a capacidade de atendimento da população não apenas pelo histórico subfinanciamento, mas por estarem muito sujeitas às flutuações econômicas. Em primeiro lugar, a própria regra de aplicação de recursos mínimos a partir de percentuais da arrecadação está sujeita à flutuação da receita, que tende a ser maior do que o PIB. Em segundo lugar, o comprometimento de parte da arrecadação com o pagamento da dívida amplia o peso dessas despesas durante a fase negativa do ciclo, comprometendo a capacidade de executar as demais despesas. E finalmente, cabe ressaltar o efeito da terceirização e da contratação de serviços de terceiros que, por não contarem com estabilidade, podem ser reduzidos em momentos de queda de arrecadação e baixo espaço fiscal dentro de regras fiscais tão restritas. Em relação a esse último ponto, há uma tensão, pois diante dos limites de pessoal indexados à receita, poderia haver também uma indução às contratações de entidades privadas para prestação de serviços.

Mais recentemente, em paralelo à aprovação do teto de gastos (EC 95/2016), houve uma nova

rodada de renegociação de dívida dos entes federados aprovada em 2017, afetando novamente a estrutura do federalismo fiscal brasileiro, já radicalmente alterada pela aprovação da LRF. Essas mudanças vão de encontro às diretrizes constitucionais de descentralização da estrutura organizacional do Sistema de Proteção Social Brasileiro.

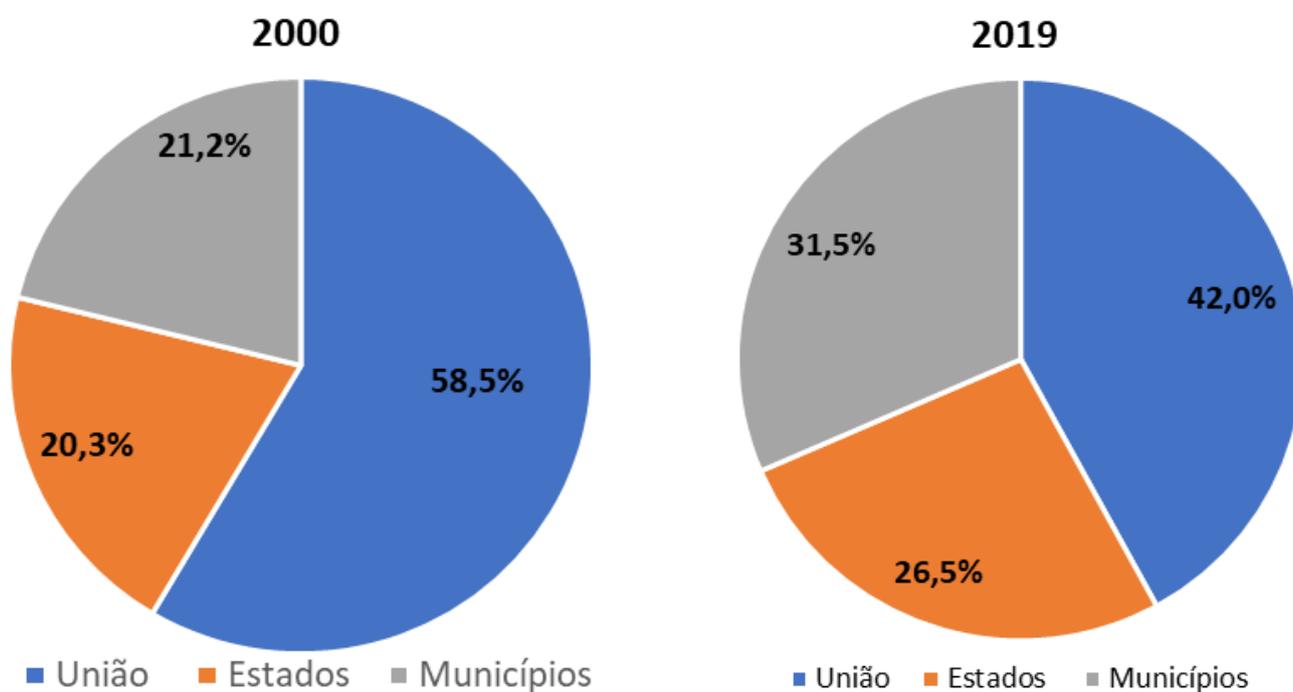
Ademais, cabe destacar a pressão para que serviços terceirizados passassem a contar dentro do limite de despesas de pessoal. De fato, esse sempre foi um tema polêmico, pois a LRF, no artigo 18 define que “os valores dos contratos de terceirização de mão de obra que se referem à substituição de servidores e empregados públicos serão contabilizados como outras despesas de pessoal” (art. 18, § 1º). De acordo com essa norma, se servidores terceirizados são contratados em substituição a servidores, o gasto entraria no limite. No entanto, identificar quando ocorre a substituição não é trivial e essa determinação sempre foi falha.

Ainda assim, cabe destacar o contrassenso desse normativo, pois toda a lógica de um limite à contratação da despesa de pessoal está centrada na tentativa de evitar o aumento de despesas permanentes, como o caso da contratação de servidores estáveis. Sendo assim, quando definido o limite, conforme discutido acima, houve de fato uma tendência à terceirização, precarizando a prestação do serviço. A obrigação de que essa terceirização passe a contar dentro do limite com o gasto de pessoal irá prejudicar ainda mais áreas intensivas em pessoal, como o caso da saúde e educação.

#### **4.2.2. Participação da União e dos entes subnacionais no financiamento**

Entre 2000 e 2018, o crescimento mais acelerado dos gastos de saúde de estados e, principalmente, municípios, implicou queda relativa dos gastos de saúde da União em relação ao gasto público total do setor em mais de quinze pontos percentuais, conforme gráficos a seguir.

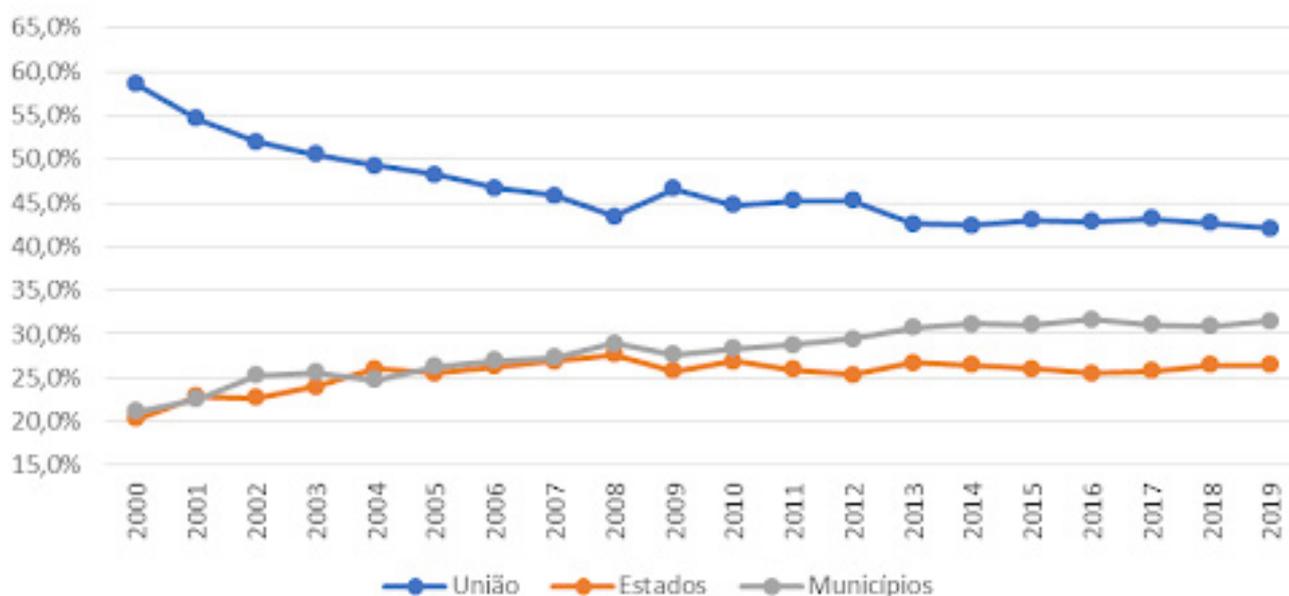
**Gráfico 9 Participação dos entes no financiamento do SUS (%)**



Fonte: Siop e Siops.

O Gráfico 10, a seguir, mostra a evolução da participação dos gastos de saúde por entes entre 2000 e 2019. Pode-se perceber que a queda da participação da União é acentuada entre 2000 e 2008. Em 2009, os gastos federais aumentam um pouco sua participação e caem novamente até estacionar em 42%. Por outro lado, os municípios ampliaram o gasto de saúde mais de dez pontos percentuais entre 2000 e 2019.

**Gráfico 10 Participação dos entes no gasto público de saúde (%)**



Fonte: Siop e Siops.

A EC 29 teve profundos efeitos na composição do gasto de saúde, resultando em maior participação de estados e municípios. Inclusive, a regra implicou crescimento do gasto de saúde como proporção do PIB, passando de 2,9%, em 2000, para 4% em 2019. Conforme já observado anteriormente, o gasto da União ficou estável como proporção do PIB no período considerado, de maneira que toda a ampliação teve origem nos entes subnacionais. O fato aponta para um desequilíbrio federativo no âmbito do SUS, na medida em que os entes com menor capacidade financeira (municípios) têm o maior crescimento dos gastos.

Diante de fatores conjunturais e estruturais que afetam o SUS, os entes subnacionais, que são os responsáveis pela gestão de suas redes de saúde, veem-se pressionados a ampliar seus gastos no setor, sobretudo em função do crescimento em ritmo mais lento dos gastos da União.

A tabela a seguir mostra a evolução real do gasto em saúde por ente entre 2000 e 2019. Enquanto o gasto da União teve crescimento médio anual real de 3,4% no período, os estados cresceram 6,7% e os municípios, 7,4%. Outro aspecto que chama atenção é que, entre 2014 e 2018, o gasto de saúde teve queda em termos reais de 0,5%. Os dados apontam novamente

para o caráter pró-cíclico do arcabouço fiscal brasileiro, impactando o financiamento do SUS em momentos de crise econômica.

**Tabela 5 Gastos públicos em ações e serviços públicos de saúde (R\$ bilhões - a preços de 2019)**

Ano	União	Estados	Municípios	Total
2000	64,9	22,5	23,5	110,9
2001	67,0	28,1	27,7	122,8
2002	68,0	29,7	33,1	130,8
2003	65,2	30,9	33,0	129,1
2004	73,6	38,8	36,9	149,3
2005	78,2	41,4	42,7	162,2
2006	82,3	46,4	47,6	176,3
2007	86,3	50,6	51,5	188,5
2008	89,8	57,1	59,9	206,8
2009	102,5	56,7	60,7	219,9
2010	103,7	62,4	65,8	231,9
2011	113,5	65,2	72,2	250,9
2012	119,2	66,8	77,5	263,5
2013	116,5	73,1	84,0	273,6
2014	121,2	75,6	88,9	285,6
2015	121,0	73,2	87,4	281,6
2016	118,2	70,4	87,3	275,9
2017	123,3	73,6	88,8	285,7
2018	121,2	75,3	87,8	284,3
2019	122,3	77,0	91,6	290,8

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

A composição acima não reflete o ente da federação, que efetivamente realiza a despesa, nem o quanto a repartição obrigatória de receitas intergovernamentais pesa nos gastos estaduais e municipais. Em recente texto para discussão, Silveira et al (2020) elaboram um fluxograma inspirado nos trabalhos da série Health System in Transition (HiT), utilizando e adaptando para o caso brasileiro um dos componentes do “modelo para autores” apresentado por Rechel et al. (2019). O objetivo dos autores é “identificar a origem (fonte) dos recursos destinados ao consumo de bens e serviços de saúde e como ele é realizado, ou seja, por meio de quem se ‘oferta’ ou disponibiliza os bens e serviços de saúde” (Silveira et al., 2020, p. 15) avançando num esforço para sanar

uma lacuna importante na vasta e excelente bibliografia sobre os mecanismos de financiamento da saúde, no Brasil. No estudo, Silveira et al (2020) destacam essas outras composições e comparam os três resultados:

**Tabela 6 Participação federativa no financiamento e despesa em saúde**

	<b>União</b>	<b>Estados</b>	<b>Municípios</b>
Gastos públicos de saúde nos respectivos orçamentos	43%	26%	31%
Fontes de financiamento dos gastos em saúde (realocando FPE e FPM e as cota-partes do ICMS e IPVA)	56%	33%	11%
Realização efetiva das despesas em saúde	16%	33%	51%

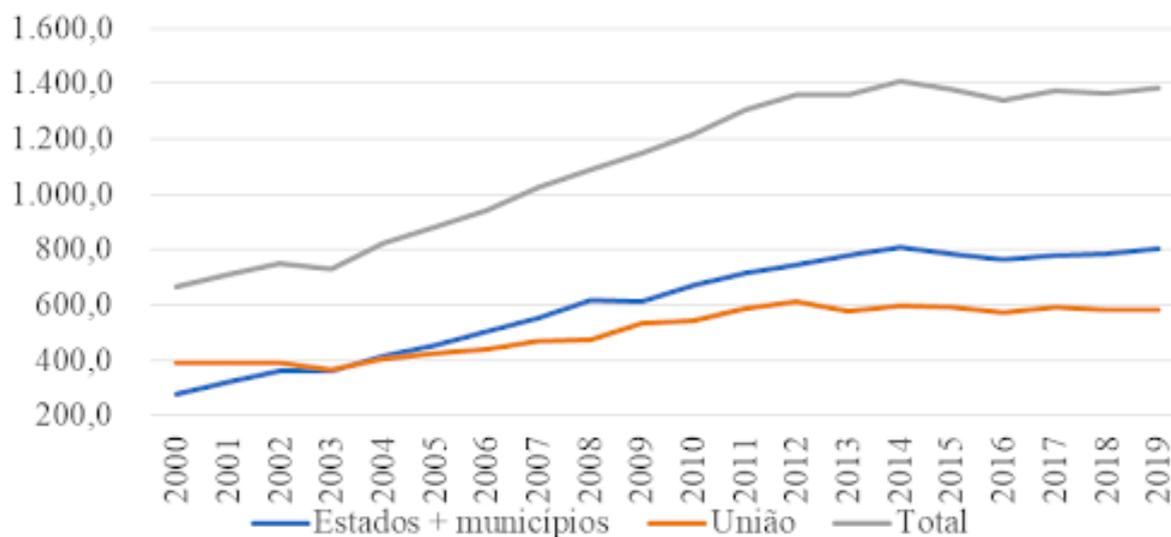
Fonte: elaboração própria a partir de Silveira et al. (2020).

A Tabela 6 reflete o peso da arrecadação federal no financiamento da saúde, que chega a 56%, seguida pelos estados, 33%, e uma contribuição muito menor por parte dos municípios, com 11%. Esses percentuais refletem a centralização da arrecadação, o que é recorrente em regimes federativos, pois há ganhos operacionais nessa centralização. Por outro lado, a estatística do ente que realiza a despesa demonstra o grau de descentralização na prestação de serviços, dado que os municípios chegam a representar 51% dos gastos efetivos com saúde. Essas três formas de analisar as despesas e o financiamento da saúde apontam para a relevância das transferências federais, sejam as transferências por repartição de receita, que são captadas apenas na segunda forma apresentada, mas também por meio de transferências diretas da área da saúde, que são captadas pela diferença entre a primeira estatística, em que a União representa 43% dos gastos com saúde, para o seu peso de apenas 16% na realização efetiva do gasto. Em outras palavras, grande parte da despesa da União refere-se à transferência para os demais entes da federação, responsáveis diretos pela prestação de saúde.

Outra maneira de visualizar o peso dos entes nos gastos de saúde (considerando os gastos nos respectivos orçamentos) é analisar a evolução real da despesa *per capita*. O gráfico a seguir aponta para os seguintes resultados: a) maior elevação dos gastos se deu no período de crescimento econômico (até 2014) e definição da regra de mínimo obrigatório (EC 29), com maior intensidade para entes subnacionais; b) queda dos gastos entre 2014 e 2016 (recessão); c) pequena recupe-

ração dos gastos totais entre 2017 e 2019, mas com movimentos opostos: crescimento dos entes subnacionais e queda da União (Novo Regime Fiscal).

**Gráfico 11 Despesas *per capita* em saúde por ente federado (R\$ bilhões a preços de 2019)**



Fonte: Siop e Siops (Despesas ASPS), IBGE (estimativas da população e IPCA médio). Consulta em: 18 nov. 2020.

Nos médio e longo prazos, o cenário mais provável é o aumento da participação dos entes subnacionais nos gastos públicos de saúde. No entanto, isso não significa necessariamente uma ampliação dos recursos para área de saúde. Ainda que isso ocorra, diante dos limites do federalismo fiscal e da baixa capacidade de os entes subnacionais ampliarem despesas, os gastos totais de saúde deverão ser comprometidos em razão da redução estrutural da despesa primária federal induzida pelo Novo Regime Fiscal. Isso porque, com o congelamento do piso de aplicação de saúde pela EC 95, é possível que as despesas de saúde da União não cresçam acima da inflação até 2036, quando finda o Novo Regime Fiscal. Como pode ser visto, diante da redução do mínimo constitucional federal com ASPS, haverá uma redução das transferências diretas para os demais entes, comprometendo a capacidade de garantir a prestação do serviço. Além disso, medidas de desoneração de impostos no âmbito federal e uma reforma tributária que altere a arrecadação do ICMS também afetarão outras fontes de recursos utilizados por estados e municípios para financiar

a saúde. Se somarmos a esse quadro a baixa capacidade de estados e municípios aumentarem suas arrecadações próprias, há fortes indícios de um cenário cada vez mais negativo para o financiamento público de saúde, com restrições à oferta de serviços que comprometerão os pilares constitucionais do SUS, como a universalidade e a integralidade.

Diante do exposto, conclui-se que: a) é fundamental rever os desequilíbrios federativos no âmbito do SUS, impulsionados pelo arcabouço fiscal vigente; b) com a EC 95, a tendência de queda da participação da União nas despesas de saúde deve se intensificar, ampliando-se os gargalos no financiamento, tendo em vista a ausência de instrumentos para estados e municípios ampliarem ainda mais sua participação no financiamento do SUS; c) o SUS requer regras de gasto que reduzam o impacto das flutuações econômicas sobre o sistema e que, particularmente, revejam o congelamento das despesas de saúde pela EC 95, diante do subfinanciamento crônico e das pressões conjunturais e estruturais por mais gastos, especialmente relacionadas ao CEIS.

#### **4.2.3. Os desafios da descentralização de competências e regionalização em saúde**

Viana e Iozzi (2019) apontam dois ciclos de organização do Sistema Único de Saúde (SUS) que aconteceram em contextos políticos, econômicos e sociais diferentes. O primeiro ciclo, inaugurado com a Constituição Federal de 1988 e que se estende pela década de 1990, coloca a implementação dos princípios e diretrizes do SUS e do período democrático num contexto de avanço de políticas neoliberais no mundo e na América Latina, cujas ações de organização se dão no sentido da descentralização dos serviços, de profissionais e de algumas funções de regulação e administrativas voltadas para os municípios brasileiros. Já o segundo ciclo, que apresenta um contexto de hibridez com continuidade de ordenamentos neoliberais na economia no século XXI, coloca uma nova forma de organização voltada para a regionalização.

Em ambos os ciclos houve construção do SUS em organicidade com a estrutura federativa brasileira conformando o que a literatura chama de um modelo de federalismo cooperativo (Cajueiro, 2019). Viana aponta que o federalismo não atrapalhou o SUS, mas foi construído junto com ele (O futuro, 2020).

Cajueiro (2019, p. 118-119) define o federalismo sanitário:

O federalismo sanitário é determinado pelos mesmos fatores e processos que afetam o

federalismo mais geral, mas se aplica a um setor específico, que é o caso do setor da saúde. De acordo com o federalismo sanitário são definidas as responsabilidades de cada esfera de governo e a sua respectiva forma de participação no financiamento do sistema de saúde; são definidas as formas de negociação, pactuação e decisão no âmbito intergovernamental; e são definidos os espaços, os atores e os instrumentos de cooperação e coordenação intergovernamental.

Do ponto de vista do federalismo fiscal e da descentralização dos gastos do Ministério da Saúde, ocorreu uma redução da participação da União e aumento da participação das esferas subnacionais, especialmente os municípios, cujo esforço no financiamento dos serviços de saúde com suas receitas próprias é considerável. Afinal, o município é o *locus* onde ocorre a prestação dos serviços de saúde e é lá também, na ponta, onde os efeitos da redução das transferências – que vêm apresentando taxas de crescimento reais negativas desde 2015 (Dain, Serralha, 2017) – causadas pela queda na arrecadação e pelo teto dos gastos são mais sentidos. Há também diferenças de acordo com o porte do município: municípios pequenos tendem a ser mais dependentes das transferências federais e sentem em maior grau as consequências dessa redução. Já no caso de São Paulo, Dain e Serralha (2017, p. 11) apontam que:

(..)no caso da Saúde, por exemplo, o percentual de recursos próprios no gasto de saúde no município de São Paulo chegou, nos últimos anos antes da crise a responder por 78% do financiamento da área da saúde do município. De um modo geral, o orçamento da área da saúde nas capitais do país teve como principal fonte de financiamento as receitas próprias municipais, que ultrapassaram os 50%, e em muitos casos, os 60%.

Em relação ao segundo ciclo de organização do SUS, apontado por Viana e Iozzi (2019), estudos recentes<sup>23</sup> sobre a temática da regionalização na saúde apontam que há “forte concentração de serviços e recursos em municípios-polo e que a configuração territorial atlântica (litoral do Sul, Sudeste e Nordeste) continua a concentrar a maior parte dos serviços e tecnologias” (Viana, Iozzi, 2019, p. 5).

---

23 Projeto Região e Redes, Saúde Amanhã, Proadess, Gestão e Redes em São Paulo, são alguns exemplos.

Ao longo dos anos 2000 uma série de políticas foram realizadas para enfrentar os problemas estruturais. Viana e Iozzi (2019) destacam as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) para a construção de novos equipamentos; o programa Mais Médicos para ofertar maior quantidade de profissionais médicos em áreas menos assistidas, assim como a oferta de novos cursos de formação médica; o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Programa Farmácia Popular para expandir a oferta de medicamentos essenciais. Viana e Iozzi (2019, p. 5) mostram também que, apesar da importância dessas iniciativas, elas são consideradas intervenções pontuais e não parte de um planejamento territorial “voltado para a construção de uma assistência integral e sistêmica de saúde” no País.

No Brasil, os problemas estruturais estão superpostos a uma estrutura incompleta de equipamentos e especialidades nos territórios, o que torna a questão da integralidade das ações da saúde um desafio a ser enfrentado numa perspectiva de equidade territorial (Viana, Iozzi, 2019)

Nessa perspectiva, vários desafios são colocados ao processo de regionalização. Viana e Iozzi (2019) apontam para a questão do empresariamento da oferta de serviços de saúde que vem acontecendo nos últimos anos. O empresariamento é uma forma jurídica de contratos para a gestão de equipamentos que tem se difundido em todos os níveis de atenção, especialmente a partir de 2005, colocando atores privados mais presentes na gestão local, movimento que também acontece a nível mundial.

A perspectiva da regionalização como política pública traz complexos desafios exatamente por tocar em condicionantes estruturais,<sup>24</sup> mas também traz consigo a possibilidade de colocar no centro da ação e da diretriz da construção da política a necessidade (a saúde, no caso) em torno da qual se articulariam as soluções pensadas no nível regional, trazendo como possível resultado o desenvolvimento econômico, social e político. A criação das redes com o objetivo de construir sistemas integrados de saúde traz uma nova lógica de gestão e organização dos serviços de saúde, que, segundo apontam as autoras, pode ser positiva caso venha acompanhada de uma articulação entre as redes temáticas que funcionem sistemicamente com protagonismo público conduzindo a integração.

---

24 Viana e Iozzi (2019) apontam a desigualdade na distribuição espacial de equipamentos, insumos e tecnologias, pouca disponibilidade de recursos humanos e financeiros, dificuldades de integração regional das políticas públicas e das ações do Estado nos diversos campos da atenção à saúde e a diversidade de agentes participantes da gestão e prestação de serviços no território.

A partir dos resultados da pesquisa Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil,<sup>25</sup> realizada entre 2014 e 2017, uma série de achados e reflexões estão postos para subsidiar o aprimoramento do SUS. Nesse sentido, Viana e Iozzi (2019) apontam para um novo ciclo de organização do SUS com necessidade de criação de novos instrumentos a partir de um “maior entendimento das redes e da complexidade urbana, com base em análises multiescalares, dada a grande interdependência entre os espaços urbanos, periurbanos e rurais” (Viana, Iozzi, 2019, p. 6).

As autoras apontam os elementos centrais para esses novos instrumentos (Viana, Iozzi, 2019, p. 6):

- (a) “uma visão integrada de sistemas de saúde e determinantes socioespaciais, com intervenções intersetoriais de diferentes tipos operadas por uma multiplicidade de agentes e instituições”;
- (b) “definição dos padrões de contratualização entre público e público e entre público e privado, dado o acelerado processo de empresariamento da assistência do setor público”;
- (c) “introdução de um novo paradigma tecnológico, uma vez que conectividade, integração e regulação pressupõem o uso de forma intensiva de novos dispositivos e plataformas, como tele-saúde, relacionados com as desigualdades territoriais de tecnologias e profissionais”;
- (d) “novos e complexos contornos da regulação, não só a clássica regulação do acesso, mas a regulação de profissionais e prestadores (serviços), regulação assistencial ou do cuidado, e novos instrumentos que avancem na regulação da qualidade e segurança da assistência.”

Também são necessários novos padrões de financiamento que considerem os arranjos institucionais como, por exemplo, fundos de compartilhamento de saúde. Outra vez, o Consórcio do Nordeste é um exemplo que vem sendo bem sucedido.

O contexto pós 2015, contudo, vem dificultando a continuidade da interlocução dos atores da política setorial e intersetorial, embora haja importantes iniciativas comandadas pela gestão estadual ou de municípios-polo, como por exemplo o Consórcio do Nordeste.

---

25 A pesquisa Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil foi coordenada pela profa. Dra. Ana Luiza D’Ávila Viana, entre 2014 e 2017, tendo como principal objetivo avaliar os processos de organização, coordenação e gestão envolvidos na conformação de regiões e redes de atenção à saúde, e seu impacto para melhoria do acesso, efetividade e eficiência das ações e serviços no SUS. O site da pesquisa é: <https://www.resbr.net.br/>.

Com base nas pesquisas citadas acima, as autoras propõem uma agenda de reforma para um novo ciclo de regionalização do SUS guiadas por cinco questões/impasses que impactam a implementação das regiões e redes de saúde:<sup>26</sup> contexto epidemiológico, estrutura, assimetrias federativas, contratualização e empresariamento e base política.

Em relação ao contexto epidemiológico, Viana e Iozzi (2019) apontam o contexto de importantes diferenças entre as macrorregiões brasileiras relacionadas com os distintos perfis demográficos, condições socioeconômicas, acesso aos serviços de saúde e prevalência de fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), que proporciona que grande parte das regiões de saúde sofra com insuficiências na oferta de serviços e dificuldades na articulação dos serviços referentes às condições crônicas.

Assim, a consolidação das redes de atenção concernentes aos agravos crônicos é um fator preponderante e urgente para prover assistência à saúde a um número crescente de cidadãos. Além disso, a necessidade de articulação de vários pontos de distintas redes temáticas reforça a importância de ações intersetoriais para garantir a integralidade e a efetividade do cuidado (Viana, Iozzi, 2019, p. 7).

Em relação ao impasse referente à estrutura insuficiente de recursos físicos, financeiros e humanos agravados pela extensão dos vazios assistenciais do País, a pesquisa mostrou que muitas das unidades básicas de saúde sofrem com carências estruturais de equipamentos, insumos e profissionais, o que dificulta a resposta aos problemas de saúde da população. As autoras apontam que

Com baixos índices de médicos fixos nos locais estudados, a circulação destes profissionais entre as regiões de saúde apresenta padrões similares – uma dependência de médicos de outras regiões que varia de 30% a 40%. Diante desse fato, mostra-se interessante pensar estratégias distintas daquela de fixar o profissional médico.(...) O financiamento mais alinhado com a política de regionalização é imperativo, já que há um esgotamento

---

26 As autoras mencionam o recente livro organizado por Ibañez N., Tardelli R., Viana ALd'A., Iozzi FL. Gestão regional e redes: estratégias para a saúde em São Paulo. São Paulo: Edições Manole/ Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo, 2020, com os resultados da pesquisa Projeto de Fortalecimento da Gestão Estadual da Saúde no Estado de São Paulo.

das fontes municipais, pouca racionalidade sistêmica e equitativa no gasto estadual e sub-financiamento no plano federal (Viana, Iozzi, 2019, p. 7).

No que concerne às assimetrias federativas e ao baixo desenvolvimento de relações intergovernamentais entre as instâncias de planejamento/negociação/deliberação, apesar das várias instâncias criadas, a pesquisa constatou que ainda não foi possível superar vários conflitos para o fortalecimento de um sistema integrado. Aliado a isso, há estudos que mostraram que há ausência de protagonismo na articulação dos serviços de rede básica municipal e da rede especializada regional e debilidade da Comissão Intergestores Regionais (CIR). Também se soma a identificação de que o fortalecimento dos estados e respectivas instâncias regionais, com envolvimento de municípios através de combinações de mecanismos, atribuições e obrigações, poderia auxiliar em um arranjo de governança regional do SUS. De acordo com Viana e Iozzi (2019, p. 8),

Nesse sentido, uma cooperação federativa territorial e a promoção de capacidades estatais subnacionais podem construir instrumentos políticos institucionais que assegurem a presença dos interesses territoriais na produção cooperativa de políticas.(...) As experiências nacionais de consórcios públicos na área da saúde já mostraram alguma vitalidade para a diminuição das desigualdades de acesso e para a construção de decisões e intervenções mais democráticas, mas são ainda pouco conhecidas. Seus condicionantes e formas de operação carecem ainda de estudos mais aprofundados.

Em relação às contratualizações e ao empresariamento, o que as autoras apontam é que o desafio é como envolver outros agentes de grande relevância para a consolidação das regiões de saúde e das redes de atenção nas relações público-privadas, diante da constatação de que há uma tendência incremental da migração de estabelecimentos estatais da administração indireta de direito privado para novas modalidades agenciadas para Organizações Sociais (OS). E a pesquisa apontou que

No caso do Estado de São Paulo, utiliza-se a contratação de serviços na atenção primária, principalmente, para agregar profissionais de saúde. Uma regulação deficitária foi diagnosticada com a superposição de instrumentos (municipais x estadual), processos defasados

(manuais, sistemas não padronizados) e a falta de recursos humanos especializados (médicos reguladores). Entretanto, a contratualização ainda é rara na saúde, pondo em risco a concretização de metas, de indicadores e de mecanismos de sanção. Nesse caso, para melhor regular a contratualização nos municípios, mostra-se importante a capacitação dos gestores na implementação de legislação própria para regulamentar e gerir os contratos das OS, podendo ser mais um instrumento no processo de ajustar a demanda à oferta regional de serviços (Viana, Iozzi, 2019, p. 8).

O último impasse é a ausência de base política sólida.

(...) para a criação de uma agenda que promova o reformismo radical da organização e gestão do SUS, ou capaz de pautar coletivamente o poder público/governos no sentido de alterar a natureza das reformas hoje em curso e alargar de forma mais democrática a participação social no interior da política de saúde. Entre os atores, os profissionais médicos apresentam força política, porém, associada a certo deslocamento da atuação sistêmica no processo de regionalização e na conformação das redes de atenção(...) necessidade de criação de uma agenda convergente com vistas a uma liderança institucional, a ser exercida pelos estados, mas com maior envolvimento de médicos, de outros profissionais de saúde e cidadãos no processo de criação e operação de regiões e redes (Viana, Iozzi, 2019, p. 8).

#### **4.2.4. Mecanismos de repasse da União, questão federativa e reflexos das relações público e privada**

No SUS, o cuidado em saúde se organiza em níveis de atenção: básica, média e alta complexidade. O SUS, dever do Estado e direito de todos, é concebido como uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços, orientada pelas diretrizes da descentralização, atendimento integral e participação da comunidade.

A atenção básica é definida como o primeiro nível de atenção à saúde, a porta de entrada no sistema, à qual estão vinculados procedimentos de menor densidade tecnológica. A média complexidade pode ser definida como ações e serviços que visam atender aos principais problemas e

agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência requer profissionais especializados e utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento (Conass, 2011). Já a alta complexidade seria o conjunto de procedimentos envolvendo alta tecnologia e alto custo, garantindo à população acesso a serviços qualificados, integrados aos outros níveis de atenção.

A forma de repasse de recurso da União é diferenciada de acordo com cada nível de atenção, conforme será discutido a seguir. Recentemente, mudanças na forma do repasse têm levado a questionamentos quanto ao risco para a capacidade de atendimento da população.

#### **4.2.4.1. Mudanças recentes nas transferências da atenção básica**

O espaço e o papel da atenção básica dentro de um sistema de saúde é objeto de grandes debates na saúde coletiva. A declaração de Alma-Ata, em 1978,<sup>27</sup> preconizou e recomendou o entendimento ampliado do papel da atenção básica dentro de um contexto de reconhecimento dos direitos sociais como dever do Estado, do papel distributivo na direção da justiça social, da garantia à universalidade do acesso, da orientação e regulação da dinâmica econômica com base nas necessidades públicas e sociais, coordenada em âmbito nacional e com forte participação social (Giovanella et al., 2019). Essa visão ampliada reforça questões importantes no campo da saúde coletiva, que são i) o combate à desigualdade na medida em que a atenção básica favorece maior equidade dos sistemas de saúde; ii) a função que a atenção básica pode desempenhar na perspectiva de universalização, já que configura típicas ações coletivas e promove acesso a ações de atenção médica, tendo um papel fundamental em integrar essas duas áreas, que muitas vezes se mantêm dissociadas, e; iii) a participação social, de cidadania e de controle social que a forma de organizar as ações de saúde orientadas pelas necessidades básicas apresentadas pela comunidade favoreceriam (Viana, Fausto, 2005, p. 164-165).

Entretanto, após Alma-Ata, outro entendimento mais restrito e seletivo de atenção básica também foi se disseminando internacionalmente, que é a noção seletiva de atenção primária em saú-

---

27 A Declaração de Alma-Ata foi redigida a partir da histórica Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em 1978, onde pela primeira vez os líderes mundiais se comprometeram com o tema e reconheceram a saúde como um direito humano, os determinantes sociais da saúde e a participação das pessoas e de suas comunidades. É possível ler a Declaração nesse link: <https://bioeticaediplomacia.org/wp-content/uploads/2013/10/alma-ata.pdf>. Acesso em 18 nov. 2020.

de, baseada em programas focalizados em problemas específicos de saúde para atingir grupos populacionais em situação de pobreza. Inicialmente, essa noção de Selective Primary Care (SPHC) surgiu da crítica de que a noção ampliada de atenção básica seria idealizada e com poucas chances de aplicabilidade e implementação no prazo definido pelas metas da OMS para o ano de 2000<sup>28</sup> e que, portanto, a SPHC seria uma etapa temporária, enquanto não fosse possível garantir a atenção primária integral, conforme proposto em Alma-Ata. Posteriormente, contudo, com o fortalecimento do neoliberalismo, de políticas de ajuste estrutural e reforma do Estado, onde os princípios da focalização e da seletividade ganharam força nos organismos de cooperação internacionais, principalmente o Banco Mundial, a ideia de “cestas básicas” de serviços de saúde foram disseminadas, sugerindo que o setor público deveria prover um conjunto mínimo de ações essenciais (com tecnologias simples e de alto impacto como vacinação, pré-natal, promoção e prevenção de saúde, que fazem parte da atenção básica desde sempre) para quem não pudesse arcar individualmente com os gastos em saúde e as demais ações, especialmente as de diagnóstico e terapia (que são de maior custo) deviam ser ofertadas pelo sistema privado (Viana, Fausto, 2005).

No Brasil, a Atenção Primária de Saúde (APS) ou Atenção Básica (AB) configurou-se como parte integrante e estruturante do SUS e tem na Estratégia Saúde da Família (ESF) a expressão do modelo exercendo impactos importantes tanto para a melhoria do acesso (em 2017, eram mais de 130 milhões de brasileiros, 63,73% de cobertura, assistidos por mais de 42 mil equipes multiprofissionais, de acordo com Melo et al. (2018, p. 40), como para a saúde da população (melhoras na taxa de mortalidade infantil, entre outros indicadores), embora existam ainda limitações e desafios importantes a serem enfrentados (Giovanella et al., 2019). Em grande parte, a ESF caracteriza-se pela conformação de equipes multiprofissionais e opera nas dimensões individual, familiar e coletiva/territorial do processo saúde saúde-doença, por meio de ações clínicas e sanitárias e estratégias de participação social (Melo et al., 2019, p. 1). Morosini, Fonseca e Baptista (2020) destacam a ampliação da composição das equipes de saúde da família e a integração com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), considerado uma inovação importante para responder às necessidades de saúde.

---

<sup>28</sup> Programa Saúde Para Todos no ano de 2000, da OMS (WHO. World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance. Genebra. 2000. Disponível em: <https://www.who.int/whr/2000/en/>. Acesso em: 08 dez. 2020).

A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) é um marco importante para a AB. A primeira PNAB, de 2006, amplia o escopo e a concepção da AB, afastando-a da noção da seletividade, reconhece a Saúde da Família como modelo reorganizador da AB e revisa funções das Unidades Básicas de Saúde. A PNAB de 2011 traz o Requalifica UBS (reformas, ampliações, construções e informatização), o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), o Programa Mais Médicos (PMM), o e-SUS AB (prontuário eletrônico gratuito para os municípios). Também foram criadas diferentes modalidades de equipes (consultório na rua, ribeirinhas e fluviais) e houve incremento no orçamento federal da AB com o PAB Variável e em recursos de investimentos. (Melo et al., 2018). Muitos são os autores a apontar que a PNAB de 2017 introduz mudanças significativas que reorientam as diretrizes da AB dadas pelas PNAB de 2006 e 2011, rumo a uma visão mais restrita da AB. Morosini, Fonseca e Baptista (2020) dizem que houve um processo de reestruturação que engloba diretrizes, formas de organização dos serviços, composição das equipes, processo de trabalho e escopo de práticas que impactam o “modelo de atenção e o direito à saúde” (Morosini, Fonseca, Baptista, 2020, p. 2). Para as autoras, há relativização da universalidade (pois recomenda-se a cobertura de 100% da população apenas em áreas de grande dispersão territorial), há segmentação do cuidado pela oferta de padrões diferenciados de serviços (básico e ampliado), há deslocamento da ESF de sua posição central para a organização da AB e admite-se composições de equipe e carga horária que remetem à atenção básica tradicional.

Como parte da reorientação dada pela PNAB 2017, mais recentemente, em 2019 e 2020, foi aprovado um conjunto de medidas que não só aprofunda um redirecionamento no sentido das mudanças postas na PNAB 2017, como incorre numa importante alteração no desenho e no papel da atenção básica e tem sido muito criticado pela literatura e movimento sanitário.

Morosini, Fonseca e Baptista (2020) apontam que esse conjunto de medidas recentes que instituiu o Previner Brasil, a Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps) e a Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (Casaps), “combinados sinergicamente, ampliam as possibilidades de privatização da saúde e integram um novo processo de acumulação, alargado pela abertura do setor ao capital estrangeiro, ocorrida em 2015” (Morosini, Fonseca, Baptista, 2020, p. 3).

Morosini, Fonseca e Baptista (2020) apontam que as novas mudanças não resolveram a insufici-

ência de recursos para a atenção básica, mas que foram efetivadas medidas no sentido da descentralização da gestão e da viabilização da atenção local, embora permaneçam as tensões na relação entre o governo federal e municipal. Destacam também que o processo participativo do trabalho em equipe, a multidisciplinaridade, o trabalho de base comunitária e o cuidado integral foram desvalorizados enquanto um viés mais generalista, individualizante e produtivista da gestão dos serviços e do trabalho consolidou-se e, com isso, foram fortalecidas práticas e ações passíveis de mensuração em detrimento das práticas de escuta, interação subjetiva e educação em saúde, tão importantes para o exercício da clínica ampliada. De acordo com Morosini, Fonseca e Baptista (2020, p. 16),

Tais estratégias consistem na composição de equipes que prescindem do ACS, no reforço à ideia de equipe de atenção básica composta principalmente pelos profissionais médico, enfermeiro e odontólogo, no empobrecimento da perspectiva multiprofissional e no enfraquecimento do enfoque comunitário. Associadas à concepção restrita da clínica que orienta a lista de serviços da CaSAPS, essas mudanças consolidam a centralidade do modelo biomédico, mais afeito às práticas de saúde do setor privado.

Nesse sentido, Morosini, Fonseca e Baptista, (2020) apontam uma mudança significativa para a atenção básica que a distância do entendimento da saúde como direito universal, rompendo com o compromisso constitucional da saúde como dever do Estado. As medidas recentes se valem do poder de indução potente de estratégias de financiamento para uma mudança da lógica universalizante em direção a uma lógica individualizante, do cadastramento. Isso porque houve extinção do PAB fixo – baseado num valor *per capita* e critérios socioeconômicos – e adoção da capitação, baseada na pessoa cadastrada, e do pagamento por desempenho, centrado em aspectos clínicos. Somado a isso, há também a Casaps que define instrumentos para precificação permitindo condições para a remuneração de serviços contratados, especialmente ao setor privado e, a Adaps, que é uma entidade de direito privado com poderes para atuar na prestação e contratação de serviços na atenção básica, bem como na formação de profissionais, na realização de pesquisa e incorporação de tecnologia. Segundo Morosini, Fonseca e Baptista (2020, p. 16) a Adaps é “apresentada como alternativa à gestão pública (...) escancara as intenções de privatização da atenção básica”. Importante lembrar, também, que essas mudanças ocorrem num contexto de vigência da EC 95 e das reformas trabalhistas e previdenciárias.

Harzheim et al. 2020 apresentam o detalhamento do novo financiamento da atenção básica, observando as três dimensões norteadoras dos novos critérios, que são: a capitação ponderada com viés de equidade individual e contextual, incentivo a ações e programas estratégicos e pagamento por desempenho. Os autores realizaram simulações para chegar aos cálculos dos valores previstos para cada município, em 2019 e 2020, de modo a avaliar as possíveis perdas e danos. A simulação de Harzheim et al. (2020) apontou que 24% dos municípios (1.354 de um total de 5.570) poderão apresentar perda de receitas em 2020 que somariam R\$ 293,5 milhões.

Há garantia de que haverá um período de transição em 2020 e há duas situações possíveis. A primeira refere-se aos municípios que apresentarem manutenção ou acréscimo dos valores a serem transferidos. A segunda, para os municípios que apresentarem decréscimo dos valores a serem transferidos. Neste caso, durante a transição, o MS repassará o valor do “melhor” PAB (fixo + variável) do ano de 2019, durante as 12 competências financeiras do ano de 2020, com exceção dos valores referentes às ações, programas e estratégias do incentivo para ações estratégicas.<sup>29</sup>

Contudo, a partir de 2021, se nada for alterado e ainda num cenário de subfinanciamento e desfinanciamento, haverá realização dessas perdas estimadas. Porém, além das perdas estimadas para os 24% dos municípios, é preciso considerar que se não houver o cadastramento de 100% da população de todos os municípios as perdas certamente poderão aumentar.

Os autores apontam que haveria um potencial de ganho de R\$ 2,3 bilhões para mais de 4.200 municípios caso ampliem o número de pessoas cadastradas nas equipes de saúde da família. De

---

29 Para os municípios na primeira situação, a Portaria 2.979/2019 (Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>. Acesso em: 08 dez. 2020) estabelece que: “I - capitação ponderada - o equivalente a 100% (cem por cento) do incentivo financeiro da capitação ponderada que os municípios ou Distrito Federal fariam jus caso atendessem a todos os requisitos, nas 4 (quatro) primeiras competências financeiras do ano de 2020;

II - pagamento por desempenho - o equivalente ao valor definido pela Portaria nº 874/GM/MS, de 10 de maio de 2019, nas 8 (oito) primeiras competências financeiras do ano de 2020;

III - incentivo para ações estratégicas - o incentivo financeiro equivalente aos parâmetros das portarias vigentes que regulamentam a organização, o funcionamento e financiamento das estratégias e programas, a partir da 1ª (primeira) competência financeira do ano de 2020; e

IV - incentivo financeiro per capita de transição - incentivo fixo com base na população municipal ou do Distrito Federal transferido por 12 (doze) competências financeiras do ano de 2020, calculado da seguinte forma: valor per capita fixo anual de R\$ 5,95 (cinco reais e noventa e cinco centavos) multiplicado pela estimativa da população dos municípios ou do Distrito Federal, estabelecida em publicação de portaria específica do Ministério da Saúde, de acordo com os dados populacionais divulgados pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).”

acordo com a análise realizada com os cadastros válidos, haveria 90 milhões de pessoas cadastradas enquanto os cálculos da “cobertura” apontam 148,7 milhões de pessoas. Na análise por Estado, 26 das 27 unidades da federação apresentam um número de cadastrados menor do que a cobertura estimada e, portanto, conclui-se que o esforço de cadastramento que cada unidade da federação e seus municípios deverão fazer para alcançar o “ganho potencial” de recursos financeiros para o ano de 2020 é enorme. É importante considerar que, como é sabido, há dificuldade de acesso a serviços de saúde da população devido à desigualdade territorial e da oferta tanto da infraestrutura como das(os) trabalhadoras(os) da saúde. Segundo Harzheim et al. (2020), há 30 milhões de pessoas que hoje vivem com recurso de alguma transferência federal, como o Bolsa Família, o Benefício de Prestação Continuada e benefícios previdenciários de até 2 salários mínimos, que estão entre os não cadastrados o que afrontaria o princípio da universalidade e da equidade presentes na Constituição Federal. Se essas pessoas não forem cadastradas o recurso, que é baseado no cadastro, não seria repassado, algo que não aconteceria no modelo do PAB fixo, cujo critério é valor *per capita*.

De acordo com a Nota Técnica do Cosems do RJ de 07/2020 era possível antecipar que em julho de 2020, mesmo com as regras de transição, alguns municípios do Rio de Janeiro teriam uma arrecadação menor no componente de capitação ponderada, se comparado ao recebido em 2019, nas rubricas correspondentes do desenho de financiamento anterior à Portaria 2.979/2019. A Nota também informa que os estudos realizados apontaram graves perdas na maioria dos municípios do Estado do Rio de Janeiro e que os municípios do estado foram os que mais avançaram no esforço de cadastramentos nos dois primeiros quadrimestres de 2020. A Nota também alerta que é muito provável que a realidade das perdas que o estudo apontou possa ser vista para outros municípios brasileiros.

Por fim, Massuda (2020, p. 1186) aponta que o novo modelo de financiamento da atenção básica parece servir mais aos “propósitos restritivos do que a qualificação de serviços, devendo limitar a universalidade, ampliar distorções no financiamento e induzir a focalização das ações na APS no SUS”. E, como já apontado, num contexto de subfinanciamento e desfinanciamento, de pandemia, de efeitos da reforma trabalhista e previdenciária, as distorções apontadas poderão fazer regredir as duras conquistas que a ESF teve em melhorar as desigualdades em saúde desde sua implementação.

#### 4.2.4.2. Repasse para média e alta complexidade e a indução de capacidade

Os recursos para atenção à média e à alta complexidade constituem a maior parte do orçamento federal de ações e serviços públicos de saúde. Em 2021, dos R\$ 124,6 bilhões da proposta orçamentária de saúde, R\$ 51,6 bilhões se referem à atenção de média e alta complexidade (41% do total). Parte substantiva dos recursos é repassada a estados e municípios.

Os repasses são realizados a partir do limite financeiro de média e alta complexidade, uma espécie de teto para cada ente, que recebe regularmente os recursos, e do Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação – FAEC, que financia alguns procedimentos “extrateto MAC” como, por exemplo, a Terapia Renal Substitutiva e transplantes.

Especialmente para a alta complexidade, os procedimentos costumam ser contratados ou conveniados junto a serviços privados com fins lucrativos, filantrópicos ou hospitais universitários.

Há uma desigualdade regional na oferta desses serviços, tendo em vista a concentração dos prestadores em regiões mais desenvolvidas. Por outro lado, os elevados custos e as tecnologias envolvidas impõem a necessidade de economia de escala, o que remete ao desafio de uma regionalização adequada, preenchendo vazios assistenciais.

O subfinanciamento crônico do SUS (com recente desfinanciamento) é particularmente prejudicial à atenção de média e alta complexidade, que demanda mais recursos, sem que isso afete a atenção básica. Há gargalos, por exemplo, na oferta de serviços, como consultas, exames, cirurgia e tratamentos das principais especialidades, implicando falta de acesso e elevado tempo de espera por parte dos usuários.

Nesse sentido, uma revisão nas regras de gasto seria fundamental para financiar o SUS e superar as restrições de oferta nos serviços de média e alta complexidade, distribuídas desigualmente no território brasileiro. Conforme exposto, diante dos custos e das tecnologias utilizadas, a mudança de padrão de financiamento do SUS é uma condição para ampliar a oferta de serviços de média e alta complexidade, materializando a previsão constitucional de um sistema de saúde universal e integral.

Por outro lado, recursos adicionais ao SUS devem estar vinculados a novas lógicas de funcionamento e de remuneração pelos serviços, ampliando efetivamente a capacidade de atendimento do sistema.

Ainda hoje, alguns serviços são remunerados por meio da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais, conhecida como “tabela SUS”, mediante procedimentos específicos, cuja produção é informada nos Sistemas de Informação Ambulatorial (SIA) e Hospitalar (SIH).

Os prestadores criticam os baixos valores da tabela, abaixo dos preços praticados no mercado, o que os afasta do SUS e compromete o acesso da população a serviços de média e alta complexidade. Sem dúvida, a questão reflete os problemas de financiamento da saúde pública, ainda mais graves em localidades com baixa arrecadação, sem condições de complementar os valores estabelecidos. Percebe-se um nexo direto entre restrições financeiras e a oferta de serviços, manifestando-se diferencialmente no território.

No entanto, é preciso apontar para a ineficiência de um modelo com base em tabela de procedimentos que tende a privilegiar serviços mais bem remunerados, sem uma visão integrada e construída a partir das necessidades efetivas de saúde da população. Além disso, os custos fixos hospitalares não são cobertos pelo pagamento por procedimentos.

Historicamente, a tabela SUS deixou de ser a única referência para pagamento de serviços desde a década de 1990, quando os valores da atenção básica passaram a ser repassados por meio de pisos, avançando-se para uma lógica de capacidade instalada (com repasses a partir da população e da quantidade de equipes de Saúde da Família).

Em diversos casos, avançou-se para a contratualização de serviços com os prestadores, mediante o estabelecimento de metas de atendimento e qualidade e pagamento fora da tabela SUS. Este modelo tem a vantagem de superar o pagamento por procedimento, requerendo instrumentos para o poder público garantir o alcance de resultados por meio dos contratos estabelecidos com os prestadores, especialmente relativos à qualidade do atendimento. Nesta perspectiva, a tabela se converte em uma referência de informação sobre a produção de serviços, mas não no parâmetro de pagamento.

Além disso, é preciso avançar, conforme diversos países vêm fazendo, na lógica de pagamento por linha de cuidado, desde a consulta até a cirurgia e a reabilitação. Para tanto, os valores adicionais induziriam tanto o uso da capacidade instalada (pública e privada) como novos serviços, com vistas a garantir a integralidade do cuidado e fomentar a oferta de serviços, numa perspectiva de

atendimento global, cobrindo vazios assistenciais e reduzindo desigualdades no acesso.

Não é possível, nos limites do presente trabalho, detalhar a discussão em torno de modelos de remuneração por serviços. No entanto, importa assinalar que a mudança no padrão do financiamento do SUS, mediante revisão das regras de gasto, deve estar vinculada a novas lógicas de estruturação e pagamento de serviços de saúde de média e alta complexidade, canalizando recursos adicionais para áreas em que há os maiores gargalos de oferta e induzindo serviços na lógica da integralidade do cuidado.

## **5. Poder de compra do Estado e indução do CEIS**

Uma das principais formas de atuação do Estado é por meio de aquisições públicas, de bens e serviços, bem como a contratação de obras. Desde os anos 2000, há uma vasta literatura que incorpora este poder de compra do Estado como um dos componentes relevantes de política industrial, como mecanismo de indução produtiva e tecnológica e, de forma mais ampla, como gerador de inovações no sentido amplo (Edquist et al., 2000; Elder, Georghiou, 2007). Ainda que uma parte pequena desses gastos sejam efetivamente utilizados para o desenvolvimento de inovações, os gastos com compras públicas são, em todos os países, muito superiores aos gastos em P&D, o que confere a esse instrumento um enorme potencial para políticas de inovação. No caso da União Europeia, as estimativas de compras públicas, de bens e serviços e contratação de obras chega a €2,3 trilhões, equivalente a 19,4% do PIB europeu (Edquist, Zabala, Iturriagoitia, 2020).

Nessa seção, iremos resgatar brevemente elementos da relevância de políticas industriais mais ativas, de forma a destacar esse elemento importante de conexão entre política industrial e finanças públicas: o poder de compra do Estado e sua importância como mecanismo de indução produtiva e de inovação. Há outros instrumentos relevantes de atuação do Estado, por meio das finanças públicas, na promoção do desenvolvimento produtivo e tecnológico, como subsídios explícitos e implícitos, isenção fiscal ou gastos tributários, a atuação direta de bancos públicos e suas estratégias de financiamento produtivo. No entanto, iremos nos concentrar no poder de compra por duas razões principais: a) é um dos instrumentos mais afetados pelas regras fiscais atuais discutidas anteriormente; e b) por ser um mecanismo direto de ligação entre os serviços de saúde, e suas demandas por insumos e equipamentos, e a política industrial.

A adoção de políticas industriais pelos países foi sendo limitada por adesões a acordos internacionais, em especial os acordos ligados à Organização Mundial de Comércio. No entanto, a capacidade de indução industrial via compras públicas pelo Brasil mantinha relativa flexibilidade, pois o Brasil não era signatário do Acordo sobre Compras Governamentais (da sigla em inglês GPA). No entanto, no dia 5 de outubro de 2020, o Brasil enviou à OMC uma lista de ações cumpridas para a adesão ao Acordo. Em janeiro de 2020, na reunião do Fórum Econômico Mundial, em Davos (Suíça), o Governo Brasileiro formalizou o pedido de adesão.<sup>30</sup> Uma vez tendo sido confirmada a adesão ao GPA as empresas estrangeiras poderão participar de licitações em condições de igualdade com fornecedores nacionais, afetando a capacidade de indução tecnológica e desenvolvimento produtivo interno.

### 5.1. O papel do Estado na promoção da atividade científica e tecnológica

Desde a obra de List (1983 [1841]), a partir das análises do desenvolvimento de países como a Inglaterra e os EUA, discute-se a importância do Estado no desenvolvimento produtivo e tecnológico dos países. No século XX, o sucesso de países do Leste Asiático fomentou um debate entre diversas correntes da economia que procuravam adaptar o modelo asiático aos seus instrumentais teóricos. O polêmico relatório do Banco Mundial (1993) sobre o desenvolvimento do Leste Asiático reacendeu o debate, principalmente por apresentar argumentos em desacordo com estudos importantes publicados à época. Os estudos seminais de Amsden (1992), Wade (1990) e Chang (1994), sobre Japão e os chamados tigres asiáticos, destacaram o conceito de “Developmental State”, termo cunhado por Johnson (1982) para descrever o Estado japonês e depois estendido a vários governos do Leste Asiático, em especial Coreia (Amsden, 1992) e Taiwan (Wade, 1990).

Como observou Chang (1994, p. 3), a performance industrial espetacular do Japão e dos *New Industrialized Countries* (NICs) do Leste Asiático, retomou o debate sobre a relevância da política industrial, que tinha sido ignorada até o final dos anos 1970 no mundo anglo-saxão. Posteriormente, os livros de Chang (2002) e Reinert (2007) apresentaram uma longa retrospectiva histórica, desde as

---

<sup>30</sup> Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/economia/noticia/2020-10/brasil-apresenta-omc-aco-es-para-acordo-de-compras-governamentais>. Acesso em: 12 dez. 2020.

Cidades-Estado italianas do século XV, do conjunto de políticas para impulsionar o desenvolvimento produtivo e tecnológico. Mais recentemente, conforme destaca Cunha (2012), com a ascensão dos grandes países emergentes, especialmente da China; a crise financeira de 2008 e a perda de credibilidade do modelo neoliberal, houve uma retomada das políticas estatais mais ativas. Essa visão da necessidade de políticas industriais mais ativas foi reforçada pela pandemia de Covid-19, que expôs a fragilidade dos sistemas produtivos nacionais, inclusive na garantia do abastecimento de produtos essenciais à vida e à manutenção de serviços públicos essenciais, como saúde.

Não cabe nesse estudo resgatar todos os elementos da relevância de políticas industriais mais ativas, nem repensar o seu papel no contexto atual, mas destacar o poder de compra do Estado, e sua importância como mecanismo de indução produtiva e de inovação, e como um elemento importante de conexão entre política industrial e finanças públicas. Retomamos aqui a discussão de Mazzucato (2014) de repensar parcerias público-privadas, na qual o Estado não apenas “reduz os riscos” do setor privado, mas cria mercados e atua para fazer as coisas acontecerem e, nesse sentido, é um “Estado empreendedor”. Mazzucato (2014) discute, entre outros exemplos, como os gastos militares desempenharam um papel ativo nas “incubadoras” de inovação e empreendedorismo do Vale do Silício.

No entanto, a capacidade do Estado de atuar, não apenas para facilitar a atuação do setor privado, mas para criar mercados e inovar, depende dos investimentos cumulativos em sua capacidade de governar, fazer e administrar (Kattel, Mazzucato, 2018; Mazzucato, Kattel, 2020).

Longe de se reduzir ao papel de ser, na melhor das hipóteses, um ‘consertador de mercado’ e, na pior, um agente de terceirização, os governos devem investir na construção de seus músculos em áreas críticas, como capacidade produtiva, capacidades de compras, colaborações público-privadas simbióticas que atendam genuinamente ao interesse público, e na expertise digital e de dados (ao mesmo tempo em que protege a privacidade e a segurança) (Mazzucato, Kattel, 2020, p. S257 tradução e grifo nosso).

A contratação pública é um instrumento relevante para criar as condições para a criatividade e para o desenvolvimento, difusão e absorção de inovações (Borrás, Edquist, 2013; Edquist, Zabala-I-turriagagoitia, 2020). Autores dessa literatura desenvolveram inicialmente os conceitos de aquisição

pública para inovação (*public procurement for innovation*, PPI) para se referir a aquisições públicas cujo objetivo fosse o desenvolvimento de um novo produto e aquisição pré-comercial (*pre-commercial procurement*, PCP), que estão relacionadas à contratação pública de resultados iniciais de pesquisas ainda não difundidas comercialmente. Conforme apresentado por Uyarra (2016), diversos manuais de organismos internacionais incorporam esse instrumento como relevante na condução de políticas industriais, como *Fraunhofer Institute Report* e *Wilkinson Report*, ambos de 2005, *Aho Group Report* de 2006, o *Livro Verde da Comissão sobre Modernização da Política de Contratos Públicos da União Europeia de 2011*. Alpet e Rueda (2016), que apresentam os resultados do estudo sobre a ligação entre compras públicas e inovação, também apresentam diversos textos da OCDE sobre a utilização de compras públicas de forma estratégica.

Um dos principais argumentos dessa literatura é reforçar a relevância do lado da demanda como um fator-chave da inovação, algo que não era reconhecido na política governamental de forma explícita até os anos 2000. Os autores dessa literatura reforçam que a demanda pública, quando orientada para soluções e produtos inovadores, teria o potencial de melhorar a entrega de políticas e serviços públicos, frequentemente gerando uma dinâmica inovadora com *spillovers* associados (Edler, Georghiou, 2007). Estudos empíricos da década de 1970 e 1980 já reforçavam o papel da demanda pública, como os de Rothwell e Zegveld (1981, *apud* Edler, Georghiou, 2007), que apontaram que as compras do Estado impulsionaram mais inovações do que os subsídios a P&D.

Rolfstam (2013, p. 1, *apud* Uvarra, 2016) propôs uma definição mais ampla de PPI para incorporar quaisquer tipos de inovações schumpeterianas, ou seja, novas combinações que se manifestam como a introdução de um novo bem, um novo método de produção, a abertura de um novo mercado, ou a utilização de uma nova fonte de abastecimento de matérias-primas ou novas formas de organização das indústrias. Do ponto de vista de um país em desenvolvimento, ou que não está na fronteira tecnológica, essa definição deve ser vista de forma ainda mais ampla, incluindo a introdução de inovações dentro do país, ainda que do ponto de vista tecnológico e de processo produtivo seja uma imitação ou adaptação de algo já existente em outro país.

Mais recentemente, Edquist e Zabala-Iturriagagoitia (2012) demonstraram como a capacidade de compras públicas do Estado pode ser associada a uma estratégia mais ampla de desenvolvimento, como um dos instrumentos relevantes para as chamadas “políticas orientadas por missões”

(Mazzucato, 2015), para mitigação de importantes desafios sociais. Há experiências em diversos países de contratos de PPI e PCP para financiar “contratos de inovação” em áreas como saúde, segurança, energia, transportes, satélite e infraestruturas de pesquisa (Edquist, Zabala-Iturriagagoitia, 2020). Ainda assim, há muitos desafios que limitam a utilização plena desse instrumento devido à falta de capacidade técnica dos governos e das áreas de compras públicas, à falta de experiência e incentivos; a uma aversão a risco de gestores públicos; à dificuldade de comunicação entre compradores e fornecedores; e a processos de aquisição excessivamente prescritivos e onerosos (Uvarra, 2016).

Recentemente, Edquist e Zabala-Iturriagagoitia (2020) passaram a defender um novo conceito de compras públicas que vai além dos conceitos de PPI e PPC, a ideia de “*functional procurement*”. A lógica básica é a demanda por um bem ou serviço que desempenha certas funções que fornecem soluções para problemas. Esta forma de contratação pública descreve o problema ou necessidade (especificação funcional) a ser resolvido/satisfeito e não o produto demandado (especificação do produto) (Edquist, Zabala-Iturriagagoitia, 2020). Esse conceito requer ainda mais capacitação do setor público, pois exige uma mudança no comportamento dos órgãos públicos e de seus setores de aquisições, que devem focar mais nas necessidades a serem atendidas do que em escolher previamente as soluções potenciais.

Dessa forma, do ponto de vista de um país periférico, as compras públicas podem ser vistas como um importante instrumento de desenvolvimento econômico e social, contribuindo para equacionar questões centrais e históricas, como atraso tecnológico e restrições de balanços de pagamento. Nesse sentido, a utilização desse mecanismo de indução deve privilegiar não apenas inovações de ponta, mas áreas capazes de promover o que Dosi et al. (1990) chamaram de eficiência keynesiana e schumpeteriana.

Isto é, diante do atraso tecnológico do Brasil, uma estratégia de eficiência dinâmica deve buscar a mudança estrutural do sistema produtivo, retirando o País de um ciclo vicioso de baixo crescimento por meio de transformações qualitativas em direção a setores capazes de estimular a demanda, a capacidade produtiva e a produtividade da economia, impulsionadas pela ação do Estado. Os investimentos no CEIS são um objeto privilegiado para uma estratégia baseada em eficiência dinâmica, tendo em vista que combinam a busca por maior autonomia em um setor intensivo em

tecnologia e oligopolizado e a canalização de recursos para atender a demandas crescentes por saúde. Para tanto, são necessárias regras institucionais que favoreçam a atuação do Estado, especialmente no sentido de utilização de seu poder de compra por meio, por exemplo, de parcerias para o desenvolvimento produtivo e transferência de tecnologia, contratos de encomenda tecnológica e acordos de compensação tecnológica, em favor da estruturação da base produtiva do SUS.

## 5.2. Regras de aquisição, papel do controle e transferências de tecnologia

As principais legislações de licitações no Brasil são a Lei nº 8.666/1993 (normas de licitações e contratos), a Lei nº 10.520/2002 (modalidade do pregão) e a Lei nº 12.462 (Regime Diferenciado de Contratações Públicas – RDC). No caso das Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDPs), foi decisiva a alteração à Lei nº 8.666, criando hipótese de dispensa de licitação na contratação de parceiros públicos em que houver transferência de tecnologia de produtos estratégicos para o SUS.

As PDPs envolvem a cooperação mediante acordo entre instituições públicas e entre instituições públicas e entidades privadas para desenvolvimento, transferência e absorção de tecnologia, produção, capacitação produtiva e tecnológica do País em produtos estratégicos para atendimento às demandas do SUS.

Desta forma, a lei passou a permitir a dispensa de licitação nas compras associadas a PDPs, sob a justificativa da transferência de tecnologia para o SUS. O dispositivo foi um grande avanço na institucionalização do uso do poder de compra pelo Estado com vistas a ampliar a base produtiva e tecnológica do CEIS. Por outro lado, persistem obstáculos para garantir a adequação da legislação de compras às especificidades das PDPs.

Do ponto de vista infralegal, a Portaria nº 2.531/2014, do Ministério da Saúde, estabelece procedimentos para a definição de preços nos projetos de PDPs e nas aquisições. Entre eles, vale citar: observância dos preços médios de compra na administração pública e da última aquisição efetuada pelo Ministério da Saúde; preços dos produtos decrescentes em termos reais, observados a flutuação de mercado, o IPCA ou índice setorial e, se cabível, a taxa de câmbio; os preços considerarão os aportes tecnológicos envolvidos na parceria.

Deve-se assinalar que as PDPs, segundo estimativas do Ministério da Saúde, implicaram eco-

nomia de R\$ 3 bilhões entre 2010 e abril de 2016,<sup>31</sup> comparando-se as compras anteriores à parceria e as aquisições pós-PDP (Varrichio, 2017, p. 302). Nesse sentido, aponta-se para o êxito das parcerias em conjugar economicidade e desenvolvimento tecnológico. Além disso, diversas PDPs mudaram um quadro de licitações desertas para determinados insumos de saúde, tendo em vista um mercado oligopolizado e concentrado em empresas internacionais.

Por outro lado, a implementação das PDPs sinaliza uma série de desafios que demandam aperfeiçoamentos, por exemplo, com vistas a ampliar a taxa de sucesso das PDPs para efetiva transferência de tecnologia (Viana et al., 2016). Além disso, os laboratórios oficiais devem expandir sua capacidade técnica, de gestão e adaptação às boas práticas de fabricação, estabelecidas pela Anvisa (Gadelha, Silveira, 2012). Viana et al. (2016) mostram impactos relevantes para os laboratórios oficiais de PDPs de antirretrovirais e da *influenza*, como aumento do faturamento e estímulo à inovação, mas assinalam fragilidades na natureza administrativa dos laboratórios, quase sempre sujeitos a um modelo burocrático de administração pública (mesmo quando compõem a administração indireta), incompatível com o dinamismo requerido para a atuação no setor.

Neste sentido, convém lembrar que, usualmente, os contratos de aquisição entre Ministério da Saúde e laboratórios estaduais são celebrados com base na Lei nº 8.666, atraindo seus dispositivos (ainda que a compra seja realizada por meio de dispensa de licitação). Por exemplo, a legislação determina que, em regra, os contratos tenham duração adstrita aos créditos orçamentários (sendo que, por orientação da Advocacia Geral da União, é possível ultrapassar o exercício financeiro, desde que os recursos para o exercício seguinte sejam integralmente empenhados). Desta maneira, configura-se um mecanismo de transmissão das restrições fiscais e da anualidade orçamentária para a execução das PDPs, criando-se um descolamento entre parcerias que duram até dez anos e contratos de aquisição (em geral, de um ano).

Inclusive, as restrições financeiras podem se apresentar sob a forma de dificuldades do gestor federal em realizar pagamentos de entregas já efetuadas. Além disso, receitas próprias de

---

31 No evento Diálogos Virtuais: Desenvolvimento e CT&I em Saúde, promovido pela Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação do Governo do Estado da Bahia (SECTI Bahia) no dia 10 dez. 2020, o pesquisador Carlos Gadelha apresentou o dado de R\$ 4,5 bilhões de economia com as PDPs até 2016. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=AINjjLsTfM>. Disponível em: 12 dez. 2020.

laboratórios, associadas aos contratos de aquisição, podem ficar retidas nos Tesouros locais (a depender de sua autonomia financeira), com risco de desvinculação das receitas e/ou demora nos repasses, tendo em vista as metas fiscais dos entes e as restrições próprias à administração pública,<sup>32</sup> na medida em que o recurso transita por dentro do orçamento. Neste caso, convém reforçar a impropriedade das regras da administração pública frente à agilidade requerida para os laboratórios executarem a absorção de tecnologia. A propósito, o Senado Federal aprovou a nova lei de licitações, que permite contratos plurianuais de fornecimento na área de saúde quando houver transferência de tecnologia.

A título de comparação, vale lembrar que contratos de prestação de serviços contínuos podem ter duração plurianual (de até 60 meses), desde que haja vantajosidade econômica. Nesse sentido, serviços administrativos (de natureza mais simples) podem ter contratos com maior duração, enquanto a aquisição de produtos estratégicos de saúde, vinculada à absorção de tecnologia de longa duração, é realizada, em geral, com base em contratos anuais.

Inclusive, o Tribunal de Contas da União teve papel relevante em tratar a questão, ainda que não no âmbito de uma PDP (Moretti, Santos, 2019). Em acórdão de 2010, o Tribunal entendeu, em caráter excepcional, que a compra de fatores de coagulação, atendidos determinados requisitos (essencialidade, execução de forma contínua, entre outros), poderia ser feita com fundamento no inciso II do art. 57 da Lei nº 8.666, que autoriza contratos plurianuais para serviços continuados (aqui novamente aparece a questão das classificações legais e seus impactos sobre o direito à saúde). O TCU compreendeu que as licitações frequentes, com o mercado concentrado em poucas empresas internacionais, levaram a um quadro de desabastecimento, prejudicando os portadores de coagulopatias.<sup>33</sup>

A necessidade de ajuste da legislação à natureza das PDPs é reforçada pelas múltiplas interpretações decorrentes das regras de análise de preços. A discricionariedade é relevante para a

---

32 Em 2015, foi aprovada alteração à Lei nº 8.666, prevendo a possibilidade de dispensa de licitação nos contratos para fornecimento de insumos de saúde, inclusive com transferência de tecnologia, celebrados com fundações privadas vinculadas a órgãos da administração pública. Desta maneira, buscava-se reduzir o impacto das regras fiscais da administração pública sobre os contratos de fornecimento de produtos de saúde.

33 Este quadro se alteraria com a entrada em funcionamento da Hemobras, empresa vinculada ao Ministério da Saúde que passou a absorver tecnologia para produção interna.

tomada de decisões em contextos variados e situações específicas, mas leva à maior insegurança jurídica, tendo em vista a contestação dos parâmetros estabelecidos nos contratos, conforme se verifica na profusão de relatórios e acórdãos dos órgãos de controle em relação à matéria.

Assim, sem prejuízo das funções de controle, essenciais à consecução dos objetivos das PDPs, seriam necessários aperfeiçoamentos relativos à definição de preços, evitando, particularmente, que flutuações de preços episódicas coloquem em risco uma política com impactos estruturais na produção e que, além de tudo, tem obtido resultados em relação à economicidade. Cabe ressaltar que tais flutuações podem constituir, inclusive, estratégia de concorrentes privados, que reduzem temporariamente seus preços, forçando a revisão da PDP e o questionamento dos preços das aquisições. Uma prática semelhante a *dumping*, com vistas a inviabilizar a parceria tecnológica para o desenvolvimento e a incorporação de tecnologias.

De forma geral, diante das especificidades das PDPs, seria desejável a elaboração de uma legislação específica de contratos de aquisição plurianuais, sem prejuízo da vantajosidade econômica, mas que deve ser conceituada de maneira a mitigar os riscos de judicialização em função da flutuação de preços no curto prazo e considerando os custos e benefícios da transferência de tecnologia. Tais contratos poderiam estabelecer relações permanentes entre Ministério da Saúde e laboratórios, reduzindo requisitos burocráticos da legislação ordinária e implementando mecanismos de indução de mudanças no funcionamento dos parceiros públicos. Inclusive, por meio da previsão de investimentos (com contrapartidas dos governos estaduais, quando cabíveis) que ampliariam a capacidade de absorção de tecnologia.

Portanto, as PDPs poderiam ser executadas por nova modalidade de contratos de prestação de serviços, contando, inclusive, com cláusulas de investimentos na estrutura e organização dos laboratórios (tanto como pré-requisito como por desempenho), que seguiriam uma política oficial de apoio (considerando as demandas por incorporação de tecnologia, os requisitos da vigilância sanitária, entre outros). Novamente, o estabelecimento de tais investimentos esbarra nas restrições fiscais de financiamento do SUS, reduzindo a capacidade da União em utilizar o poder de compra estatal para fomentar a base produtiva e tecnológica do CEIS. Vê-se, pois, que há conexões entre arcabouço fiscal e regras de aquisição. Mudanças combinadas nos dois aspectos seriam capazes de produzir maior estabilidade nas relações entre Ministério da Saúde, parceiros públicos e priva-

dos da transferência de tecnologia, induzindo resultados favoráveis para a absorção de tecnologias de saúde e para a autonomia do SUS, inclusive com impacto sobre os preços praticados.

### 5.3. Compras públicas e fragilidades do CEIS

As relações público-privadas vão além da oferta direta do serviço de saúde e permeiam os outros subsistemas do CEIS, em especial, a produção de bens e serviços necessários para garantir a provisão dos serviços. Conforme aponta Gadelha (2020), o SUS, “maior sistema universal do mundo, está assentado em ‘pés de barro’ para enfrentar a crise atual”. Há uma enorme fragilidade da capacidade produtiva e tecnológica local, seja na oferta de produtos essenciais, seja na capacidade de fazer acordos de transferência de tecnologia. Até para importar, por meio de relações comerciais para atender às nossas necessidades imediatas, houve muita dificuldade. A dependência do setor de saúde pública brasileiro a produtos importados não é uma novidade e, inclusive, foi a motivadora da própria formulação do conceito de Complexo Econômico e Industrial da Saúde (Gadelha 2002, 2003). No início dos anos 2000, consolidou-se a análise do sistema produtivo da saúde. Como destaca Gadelha, em entrevista recente ao jornal *O Globo*:

não temos condições de ter um sistema que viabilize o acesso universal, como é o SUS, com a dependência que o Brasil tem de equipamentos, produtos farmacêuticos e outros serviços de saúde. Para se ter uma ideia, apenas na área da saúde, saímos de um déficit de US\$ 3 bilhões, há 20 anos, para um déficit de US\$ 15 bilhões (Dantas, 2020).

Essa característica estrutural ganhou uma outra dimensão diante da pandemia e da competição internacional para a aquisição de produtos médicos/hospitalares. No entanto, a impropriedade das regras de aquisição no Brasil, especialmente para insumos de saúde, impede a utilização do poder de compra do Estado no sentido mais amplo de desenvolvimento produtivo e tecnológico. Vale destacar algumas, tratadas na presente pesquisa. Em primeiro lugar, há falta segurança jurídica em relação às compras emergenciais, favorecendo uma abordagem excessivamente focada em controle. Em segundo lugar, há a ausência de políticas e normas para estimular a produção interna de insumos, reduzindo a dependência externa. Em especial, as normas de aquisições devem ser adaptadas às especificidades das PDPs, por meio de regras que autorizem aquisições plurianu-

ais de insumos, desde que haja vantajosidade econômica, que deve considerar os benefícios da incorporação de tecnologia, e não apenas preços episodicamente mais baixos. É preciso que a economicidade seja avaliada à luz dos objetivos da PDPs, relacionados à maior autonomia do SUS por meio da absorção de tecnologia. Isto é, os critérios de definição de preços e outros elementos estratégicos das parcerias não podem ser excessivamente focados no curto prazo, perdendo de vista a mudança estrutural viabilizada pela política.

Faltam também estímulos a novos formatos de parceria para transferência de tecnologia a laboratórios públicos, como acordos *offset*, utilizados no Programa de Radioterapia (Gomes et al., 2019). Tais formatos podem incluir produção de medicamentos adquiridos de forma descentralizada, com histórico de desabastecimento como, por exemplo, a penicilina, que integra o componente básico da assistência farmacêutica e cujo desabastecimento em anos anteriores esteve associado, principalmente, à falta do insumo farmacêutico ativo no fornecedor internacional. Finalmente, podemos destacar as dificuldades estruturais para os entes da federação fazerem aquisição de insumos de saúde. Entre as razões, constam: licitações desertas; descumprimento de exigências dos editais, como apresentação de certificados exigidos pela Anvisa; preços acima do preço máximo de venda ao governo (Conass, 2014). Este conjunto de problemas aponta para o relevante papel do Ministério da Saúde como coordenador nacional do SUS em relação a aquisições centralizadas de produtos de saúde, que podem reforçar a capacidade de utilização do poder de compra do Estado para fomentar o CEIS, garantir a disponibilidade de insumos à população e gerar economicidade, em função dos ganhos de escala.

De modo geral, os rígidos controles administrativos e fiscais da administração pública limitam a capacidade de arranjos que combinem estímulo à inovação e a disponibilização de produtos estratégicos de saúde. Neste sentido, os avanços na legislação na última década devem ser complementados por mudanças que ampliem a possibilidade de uso do poder de compra do Estado, considerando as PDPs e novas modalidades de indução da inovação e da incorporação de tecnologias.

Por exemplo, é preciso ampliar a utilização da compensação tecnológica, instrumento usual em setores econômicos, como o de defesa, em diversos países (Ribeiro, Júnior, 2019). No Brasil, a Lei 12.349, de 2010, alterou a legislação de licitações, prevendo uso da margem de preferência, entre outros aspectos, para desenvolvimento e inovação tecnológica realizados no País. No entan-

to, faltam estímulos para a utilização de instrumentos de inovação, tanto em razão de um modelo de gestão pública que privilegia controles burocráticos, pouco inclinados à dinâmica do mundo do conhecimento e da inovação (Gadelha, 2020), como pela baixa disponibilização de recursos orçamentários para atividades que fomentem o sistema produtivo.

Com base na referida legislação, o Ministério da Saúde lançou, em 2012, o Plano de Expansão da Radioterapia do SUS, para ampliar os serviços de radioterapia nos hospitais habilitados em oncologia. A meta era fornecer 80 soluções de radioterapia a hospitais habilitados em oncologia no SUS, envolvendo a aquisição de equipamentos, elaboração de projetos básicos de arquitetura e projetos executivos, apoio à fiscalização e supervisão para execução das obras, além da previsão da compensação tecnológica através da instalação de uma fábrica de aceleradores lineares no Brasil. Trata-se de iniciativa inovadora no campo da SUS, demonstrando as potencialidades de utilização do poder de compra do Estado para indução do CEIS.

Seu ineditismo revela a necessidade de ampliar a utilização de instrumentos de fomento à base produtiva e tecnológica do SUS e ajuda a explicar as dificuldades da máquina pública na execução do Plano, resultando em atraso do cronograma de execução das obras. Entre elas, estão a baixa qualidade dos projetos, intercorrências diversas (por exemplo, distrato das empresas contratadas e não disponibilização de terrenos) e deficiências do Ministério da Saúde, como a demora para aprovação de projetos e publicação de editais de licitação e estrutura para acompanhamento e fiscalização das obras (CGU, 2018).

Aqui vale retomar brevemente a questão fiscal e das classificações orçamentárias, discutidas na seção 3, relacionando-as aos instrumentos de inovação e fomento ao sistema produtivo. As políticas de compensação tecnológica em saúde podem estar associadas ao aumento das despesas de capital (quando envolvem aquisição de equipamentos e obras), mas há efeitos permanentes sobre as despesas correntes (demonstrando-se os limites de regras diferenciadas para a natureza da despesa), sob a forma de manutenção dos equipamentos e financiamento dos serviços, quando há sua ampliação (como no caso da radioterapia). A própria necessidade de expandir as competências da administração pública para lidar com políticas de compensação tecnológica envolve custos relacionados ao recrutamento de pessoal. Enfim, a compensação tecnológica atua em três pontas: o estoque de capital público associado à expansão de equipamentos e a obras financiadas pelo Ministério da

Saúde; a absorção de tecnologia, sob a forma de compensação; e a indução da ampliação de serviços de saúde, que requer recursos correntes permanentes, para além dos gastos de capital iniciais.

Logo, a ampliação do uso dos instrumentos de compensação tecnológica pressupõe mudanças no padrão de financiamento do SUS, viabilizando gastos capazes de impulsionar uma dinâmica que simultaneamente atue sobre a estruturação do CEIS e amplie serviços de saúde fortemente demandados pela população (como no caso da oncologia). O conjunto de dificuldades anteriormente exposto cria obstáculos para o efetivo uso do poder de compra do Estado como motor para uma estratégia de desenvolvimento baseada na dinamização da base produtiva e tecnológica de setores econômicos. Nos termos apresentados anteriormente, mudanças combinadas no arcabouço fiscal e nas regras de aquisição seriam capazes de estimular a capacidade estatal de desenvolvimento da base produtiva e tecnológica do CEIS, com impactos para a estrutura produtiva, a autonomia do SUS e os preços praticados.

## **6. A matriz de identificação dos problemas e propostas preliminares para debate**

Como forma de contribuir para a reflexão que permita futuramente engendrar uma nova geração de políticas públicas em âmbito nacional orientada à superação das vulnerabilidades do SUS e à garantia da universalidade do acesso à saúde no Brasil, apresentamos a matriz de identificação dos problemas e propostas preliminares para debate. Os quadros que se seguem e que estão divididos em quatro grandes temas (planejamento, financiamento e orçamento do SUS; questão federativa; poder de compra do Estado e indução do CEIS; e novas regras para piso constitucional para saúde pública), foram pensados a partir da discussão e aprendizados obtidos com essa pesquisa.

## 6.1. O planejamento, financiamento e orçamento do SUS

Problemas destacados	Propostas preliminares para o debate
<b>Arcabouço fiscal brasileiro</b>	
Superposição das regras fiscais (Regra de Ouro, LRF, Teto de Gastos) define artificialmente um limite à capacidade de atuação do Estado.	Um <b>novo arcabouço fiscal</b> deve incluir regras de gasto flexíveis e ajustáveis ao ciclo econômico, que permitam crescimento diferenciado das despesas.  A regra fiscal não pode limitar artificialmente a atuação do Estado.  Revogação do Teto de Gastos, Reformulação da LRF e Regra de Ouro.  Reforma tributária progressiva.  Mecanismos que combinem financiamento por dívida e reforma tributária progressiva.  Tais regras, acompanhando a experiência internacional, têm que incluir cláusulas de escape relativas à arrecadação.
Regras fiscais são fortemente pró-cíclicas, exigindo cortes em momentos de baixa no ciclo econômico.	
Regras fiscais são recessivas, impõem um crescimento dos gastos públicos inferior ao PIB.	
As regras fiscais e a Lei de Crimes Fiscais levaram à criminalização da política fiscal.	
<b>Política fiscal, sistema tributário e desigualdade</b>	
Sistema tributário regressivo – financiando despesas progressivas.	<b>Reforma tributária progressiva</b> como forma de reduzir a desigualdade, potencializando o efeito progressivo dos serviços públicos como o SUS.  Deve ser combinada com <b>uma nova vinculação</b> de fontes mais progressivas  Permitir que a redução de gastos tributários amplie as despesas no sistema público
Natureza e peculiaridade das relações público e privadas de nosso sistema de saúde, o potencial distributivo do gasto público com saúde somado ao caráter altamente regressivo da renúncia fiscal da saúde	
Despesas na área de saúde muito ligadas às receitas de tributação indireta.	
<b>Impactos sobre o financiamento do SUS</b>	
EC 29/2000, a regra de aplicação mínima em saúde resultou em redução relativas das despesas da União frente aos entes subnacionais.	<b>Novas regras de gasto e vinculação de recursos ao SUS</b> menos sujeitas ao ciclo econômico e capazes de alinhar o regime fiscal às necessidades de saúde do País:  despesas indexadas à alteração da estrutura demográfica e outras pressões estruturais;  gastos <i>per capita</i> .

Ausência de regras que impliquem aumento do gasto da União compatível com um sistema universal de saúde, o que se agravou com a EC 95.	
<b>Regras e classificações orçamentárias e o financiamento do SUS</b>	
Impactos das classificações orçamentárias (despesas primárias, sujeitas ao teto, em boa medida correntes) sobre o financiamento do SUS.	<p>Reestruturar classificações orçamentárias:</p> <p>Despesas de saúde (em geral, primárias e correntes) devem ser classificadas de acordo com efeito multiplicador e redistributivo, estabilizando o financiamento do setor (seja por meio de tributos, seja por meio de endividamento);</p> <p>Estimular a combinação virtuosa de gastos de investimentos e correntes (por exemplo, novos investimentos que fomentam cobertura de vazios assistenciais), mediante a retirada de travas fiscais (por exemplo, relativas à regra de ouro).</p>
As classificações orçamentárias do Novo Regime Fiscal implicam pressões por mudanças na dinâmica de elaboração do orçamento: a) desvinculação de receitas e b) ênfase em despesas limitadas ao exercício	<p>A vinculação de recursos e a lógica incremental são fundamentais ao SUS na</p> <p>ampliação dos valores repassados pela União de forma permanente, <b>não apenas para atender às pressões estruturais por serviços de saúde, mas também aos vazios assistenciais distribuídos desigualmente nas regiões</b></p>
Baixa indução do CEIS.	<p>Rever restrições das regras fiscais sobre o financiamento do SUS, adotando classificações que abrem espaço fiscal a despesas, como as indutivas do CEIS, que geram emprego e renda e reestruturam a base produtiva e tecnológica do SUS (novas classificações).</p>
Toda decisão de ampliação das despesas de saúde implica pressão sobre o teto.	<p>Regras que preservem gastos de elevado efeito multiplicador e redistributivo:</p> <p>Rubricas associadas a mudanças estruturais, econômicas e sociais devem ter menor sensibilidade ao ciclo econômico;</p> <p>Maior estabilidade do financiamento de um novo padrão de desenvolvimento, proporcionando maior segurança jurídica de parcerias entre setor público e privado.</p>
Despesas de saúde financiadas por receitas oriundas do ressarcimento das operadoras de planos de saúde ao SUS e por <i>royalties</i> do petróleo não devem ser computadas no cálculo das aplicações mínimas de saúde, mas não há cláusulas de escape no teto de gasto capazes de converter essas receitas em ampliação de despesas primárias	
O teto se refere apenas a despesas primárias, ele não implica restrições a gastos tributários e redução de renúncias regressivas. Com o teto, não constitui um canal de redistribuição de recursos para financiar o sistema público de saúde.	
Limites ao endividamento para financiar despesas correntes restringem gastos fundamentais para promover alterações na estrutura econômica e social do País, como no caso do CEIS.	

<p>A classificação do que se submete ou não ao teto define <i>ex ante</i> as possibilidades de alocação de recursos extraordinários.</p>	<p>Restrições do regime fiscal devem se aplicar diferencialmente aos gastos.</p> <p>Gastos devem ser classificados em função dos seus efeitos potenciais.</p> <p>Rever a segregação entre gastos de capital e correntes.</p>
--	--

## 6.2. Questão federativa

Problemas destacados	Propostas preliminares para o debate
<b>Federalismo fiscal brasileiro</b>	
Os municípios e não os estados se tornaram os principais parceiros do governo federal na implementação de políticas sociais.	Financiamento de consórcios exigem adaptações no pacto federativo, em especial na distribuição de recursos.
Municipalização x necessidade de consórcios e regionalização.	
Federalismo competitivo x federalismo cooperativo - depende muito da atuação do governo central e dos mecanismos de governança tripartite.	Institucionalizar um modelo realmente cooperativo e autônomo, em que os entes se ajudam e possuem receitas suficientes para fazer frente às suas necessidades.
A importância dos estados e municípios na oferta direta de serviços contrasta com os limites existentes à ação dos entes subnacionais.	Novas regras.
Os problemas do federalismo fiscal brasileiro se acirram nos momentos de crise - renegociações de dívidas com maior concentração e redução de autonomia dos entes subnacionais.	Rever regras fiscais, reduzindo pró-ciclicidade.
<b>Impacto das Regras Fiscais nas relações federativas</b>	
LRF e renegociação da dívida de 1997 – estados subordinados ao governo federal, mudança no pacto federativo, reduzindo o papel dos estados.	Rever regras fiscais, reduzindo pró-ciclicidade.
LRF resultado primário – efeitos pró-cíclicos, somados à imposição da geração de superávits primários.	
LRF – limites para o endividamento de entes subnacionais.	
LRF – Limite de gasto com pessoal e impacto na saúde – impacto sobre relações público e privadas – para fugir das sanções da LRF os governos preferem cortar programas essenciais, como a Estratégia de Saúde da Família (ESF), ou terceirizar unidades e serviços por meio das Organizações Sociais (OSs).	Regras distintas para áreas intensivas em pessoal.
Teto de gastos como contrapartida de renegociação de dívida – plano de auxílio aos estados e distrito federal e recuperação fiscal.	Rever contrapartidas para auxílio aos entes.
<b>Federalismo da saúde – aspectos gerais</b>	
Os desafios da descentralização de competências e regionalização em saúde – tensão entre uniformidade e diversidade – dependência da direção nacional do SUS.	Descentralização da gestão orientada por padrões nacionalmente estabelecidos – o Ministério da Saúde deve se manter como referência normativa e financeira, garantindo a unidade em um sistema único de saúde.

<p>Forte desigualdade inter e intrarregiões e a existência de vazios assistenciais – estrutura incompleta de equipamentos e especialidades nos territórios.</p>	<p>Investimentos orientados para diminuição dos vazios assistenciais.</p> <p>Indução do processo de aprimoramento das regiões e redes, com articulação entre os fluxos de pacientes, os equipamentos de saúde e instituições da gestão.</p> <p>Criação de novos instrumentos de financiamento, como fundos regionais de saúde, que considerem os arranjos institucionais, características territoriais e complexidade urbana.</p> <p>Mecanismos de alocação e distribuição de recursos que atenuem os efeitos distributivos que consideram a maior “capacidade produtiva” como parâmetros.</p> <p>Regulação que dê mais clareza e definição para a atuação e contratação do setor privado (OSs, etc.), preservando as funções públicas estratégicas e fundamentais de organização sistêmica, de educação continuada dos profissionais de saúde, de controle e unificação de dados e informações e outras e que garanta a universalidade.</p>
<p>Vazios assistenciais – como atenuar o mecanismo pelo qual os entes com maior “capacidade produtiva” tendem a receber mais recursos.</p>	
<p>Forte concentração de serviços e recursos em municípios-polo – há intervenções pontuais e falta um planejamento territorial para a construção de uma assistência integral e sistêmica de saúde.</p>	
<p>EC 95 - impacto sobre transferências do SUS – transferência de recursos como incentivo para promover a indução de capacidade de estados e municípios para o sistema nacional.</p>	<p>Novas regras de gasto combinadas a novos critérios de regionalização, mirando a capacidade instalada no território, mas também a redução de desigualdades regionais.</p>
<p>Ampliação da participação dos entes subnacionais no gasto público de saúde, reduzindo-se em consequência a parcela da União, ainda que ela detenha maior capacidade de financiar gastos públicos.</p>	
<p>Mesmo políticas pontuais para mitigar desigualdades, como Unidades de Pronto Atendimento (UPA), o programa Mais Médicos e Programa Farmácia Popular, são diretamente afetadas pela EC 95.</p>	
<p>Gastos tributários e ajustes fiscais afetam diretamente os recursos para o SUS.</p>	<p>Revisão dos benefícios tributários da União (atualmente, em 4% do PIB). Exemplo do setor de petróleo.</p>
<p><b>Federalismo da saúde – Mecanismos de repasse da União</b></p>	

Crescimento dos recursos federais de média e alta complexidade, incapaz de recompor inflação de saúde e crescimento da população nos últimos anos.	Novas regras de gasto e de mínimo obrigatório da União, vinculando crescimento dos recursos à ampliação das redes regionais de atenção à saúde e indução de novos modelos de regionalização (combinando critérios de capacidade instalada e redução de desigualdades).
Os efeitos da redução das transferências – causadas pela queda na arrecadação (FPE, FPM e cota-parte do ICMS) e pelo teto dos gastos (SUS), <b>são mais sentidos nos municípios médios e pequenos.</b>	Novas regras de gasto combinadas a novos critérios de regionalização, mirando a capacidade instalada nos territórios, mas também a redução de desigualdades regionais.
Novo modelo de atenção <b>básica</b> reduzirá recursos da AB em diversos municípios e há fortes indícios de que esteja em curso uma preparação para privatização com comprometimento da universalidade.	Revisão do novo modelo de AB, garantindo que não haverá redução de recursos para os municípios (no mínimo, previsão de regras de transição e revisão dos parâmetros da Portaria).
Modelos de pagamento obsoletos, como a tabela SUS (pagamento por procedimentos).	Criar novos modelos de pagamentos não mais centrados em procedimentos estanques, mas na contratualização e na lógica de pagamento por linha de cuidado, desde a consulta até a cirurgia e a reabilitação.

### 6.3. Poder de compra do Estado e indução do CEIS

Problemas destacados	Propostas preliminares para o debate
<b>Compras públicas</b>	
Regras de aquisição focadas no curto prazo com ênfase em controle.	Regulamento de aquisições no âmbito das PDPs, com contratos plurianuais celebrados com laboratórios e menor impacto das regras da administração burocrática.  Cláusulas de apoio aos laboratórios e maior segurança sobre vantajosidade econômica.
<b>Mecanismos de indução</b>	
Risco de perda de capacidade de utilização do poder de compra estatal para indução do CEIS com entrada na OCDE.	Rever ingresso na OCDE.
Ausência de política de apoio aos laboratórios oficiais para induzir aumento da capacidade de transferência de tecnologia.	Política de apoio aos laboratórios oficiais, vinculada à nova modalidade de contratos, com induções para efetivação de TT e “prêmio” por resultados obtidos.
Baixa presença na legislação de incentivos ao uso de modalidades de compra indutivas de absorção de tecnologia de saúde (para além das PDPs, como os acordos <i>offset</i> ).	Criação de estímulos para conferir maior amplitude à compensação tecnológica:  priorizar contratações que envolvam compensação tecnológica, estabelecendo novas classificações orçamentárias e  regras de gasto que viabilizem ampliação de despesas de capital e fomentem ampliação de serviços para cobertura de vazios assistenciais – associação de despesas de capital e correntes.

### 6.4. Piso constitucional para ações e serviços públicos de saúde

Problemas destacados	Propostas preliminares para o debate
<b>Piso da Saúde</b>	

<p>Redução do financiamento do SUS.</p>	<p>Revogação da EC 95/2016 e novo arcabouço fiscal.</p> <p>Ao novo arcabouço fiscal proposto deve-se combinar um novo piso de saúde:</p> <p>minimize o efeito do ciclo econômico sobre o SUS;</p> <p>Indexe a variação das despesas à alteração da estrutura demográfica, à incorporação de tecnologia e à transição epidemiológica;</p> <p>estabeleça métricas de investimento com valores mínimos de saúde, que incorporem parâmetros compatíveis com a universalidade e integralidade do SUS e fatores estruturais de pressão sobre o sistema – “CAQ da saúde”;</p> <p>considere a inflação de saúde no cálculo dos valores mínimos <i>per capita</i></p> <p>induza a utilização de novos recursos para cobrir vazios assistenciais, garantir a universalização do acesso e a expansão do CEIS;</p> <p>inclua cláusulas de escape nas regras para que ampliação de arrecadação e receitas atípicas financiem o SUS (fora do piso) e de eventual regra de gasto (receitas do pré-sal e ressarcimento do SUS, por exemplo);</p> <p>produza mudanças econômicas e sociais estruturais.</p>
<p>Com a EC 95/2016 e o congelamento do piso, sequer eventuais ganhos de arrecadação são transferidos à saúde.</p>	
<p>A vinculação dos gastos com saúde ao ciclo econômico (PIB e RCL) afeta o mínimo de saúde, quando a rede de proteção é mais relevante diante do desemprego e queda na renda.</p>	

### Referências bibliográficas:

- AFFONSO, R. B. Á.; SILVA, P. L. B. (orgs.). *A federação em perspectiva, ensaios selecionados*. São Paulo: Fundap, 1995. p. 399-416.
- AFFONSO, R. B. Á. Descentralização e reforma do Estado: a federação brasileira na encruzilhada. *Economia e Sociedade*, v. 9, n. 1, p. 127-152, 2000.
- ALESINA, Alberto et al. *The effects of fiscal consolidations: theory and evidence*. National Bureau of Economic Research, 2017.
- ALESINA, Alberto; FAVERO, Carlo A.; GIAVAZZI, Francesco. What do we know about the effects of

austerity?. In: *AEA Papers and Proceedings*. 2018. p. 524-30.

AMSDEN, Alice Hoffenberg. *Asia's next giant: South Korea and late industrialization*. Oxford: Oxford University Press on Demand, 1992.

APPELT, S.; GALINDO-RUEDA, F. Measuring the link between public procurement and innovation”, *OECD Science, Technology and Industry Working Papers*, 2016/03, OECD Publishing, Paris.

ARRETCHE, M. T. S. Políticas sociais no Brasil: descentralização em um Estado federativo. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 14, n. 40, p. 111-141, 1999.

ARRETCHE, M. T. S. *Estado federativo e políticas sociais: determinantes da descentralização*. São Paulo: Editora Revan, 2000.

ARRETCHE, M. T. S. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 8, p. 331-345, 2003.

ARRETCHE, M. TS. Quem taxa e quem gasta: a barganha federativa na federação brasileira. *Revista de Sociologia e Política*, n. 24, p. 69-85, 2005.

ATKINSON, Anthony Barnes; STIGLITZ, Joseph E. The design of tax structure: direct versus indirect taxation. *Journal of Public Economics*, v. 6, n. 1-2, p. 55-75, 1976.

AUERBACH, A. J.; GORODNICHENKO, Y. Fiscal multipliers in recession and expansion. In: *Fiscal policy after the financial crisis*. University of Chicago Press, 2012. p. 63-98.

AURELIANO, L.; DRAIBE, S. A especificidade do Welfare State Brasileiro. In: DAIN, S. (org) *A política social em tempo de crise, economia e desenvolvimento 3*. Brasília: MPAS/Cepal, 1989. p. 86-179.

BAHIA, L. *Mudanças e padrões das relações público-privadas: seguros e planos de saúde no Brasil*. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Ensp/Fiocruz, Rio de Janeiro, 1999.

BANCO MUNDIAL. *The East Asian Miracle: Economic Growth and Public Policy*. Oxford University Press, 1993.

BANCO MUNDIAL. *Um ajuste justo – análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil*. Working Paper, nov. 2017.

BARCELOS, C. L. K.; CALMON, P. C. D. P. A reforma gerencial do orçamento brasileiro: em busca

de múltiplos significados. *Revista de Administração Pública*, v. 48, n. 1, p. 159-181, 2014.

BARROS, M. E. D.; PIOLA, S. F. O financiamento dos serviços de saúde no Brasil. In: MARQUES, R.; PIOLA, S. F.; ROA, C. R. (Orgs.). *Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento*. Rio de Janeiro: ABrES; Brasília: MS; Brasília: Opas, 2016, p. 101-138.

BASTAGLI, F.; COADY, D.; GUPTA, S., Income inequality and fiscal policy. *IMF Staff Discussion Note 12/08* (Washington: International Monetary Fund), 2012

BELLUZZO, L. G. de M.; MAZZUCHELLI, F. *Ensaio sobre o capitalismo no século XX*. São Paulo: SciELO - Editora Unesp, 2004.

BEVERIDGE, W. *Social insurance and allied services*. Report presented to Parliament by Command of His Majesty. Londres: novembro de 1942.

BLANCHARD, Olivier J.; LEIGH, Daniel. Growth forecast errors and fiscal multipliers. *American Economic Review*, v. 103, n. 3, p. 117-20, 2013.

BORRÁS, S.; EDQUIST, C.. The choice of innovation policy instruments. *Technological forecasting and social change*, v. 80, n. 8, p. 1513-1522, 2013

BURCHARDT, F. A. *The economics of full employment*. Oxford: Basil Blackwell, 1944.

CAJUEIRO, J. P. M. *O processo de regionalização do Sistema Único de Saúde no Brasil nos anos 2000: uma contribuição para o debate a partir do estudo da Região Metropolitana de Campinas*. Tese (Doutorado) Unicamp, IE, Campinas, 2019.

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

CASELLI, F. et al. Second generation fiscal rules: balancing simplicity, flexibility and enforceability—technical background papers. *IMF Staff Discussion Note*, International Monetary Fund, Washington, DC, 2018.

CASTLES, F. G. *The future of the welfare state – crisis myths and crisis realities*. Oxford: Oxford University Press, 2004.

CASTRO, J. A.; CARDOSO Jr, J. C. Políticas sociais no Brasil: gasto social do governo de 1988 a 2002. In: JACCOUD, L. (Org.). *Questão social e políticas sociais no Brasil contemporâneo*. Brasília: Ipea, 2005, p. 261-318.

CEPAL, N. U. et al. *Panorama fiscal de América Latina y el Caribe 2015: dilemas y espacios de políticas*. 2015. Disponível em: [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/37747/1/S1500053\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/37747/1/S1500053_es.pdf) Acesso em: 06 jul. 2020.

CGU. Controladoria-Geral da União. *Relatório de avaliação dos resultados da gestão*. Relatório nº 201701503, de 2018. Disponível em: [https://www.legiscompliance.com.br/images/pdf/cgu\\_relatorio\\_de\\_gestao\\_2018.pdf](https://www.legiscompliance.com.br/images/pdf/cgu_relatorio_de_gestao_2018.pdf). Acesso em: 10 out. 2020.

CHANG, Ha-Joon. State, institutions and structural change. *Structural Change and Economic Dynamics*, v. 5, n. 2, p. 293-313, 1994.

CHANG, Ha-Joon. *Kicking away the ladder: development strategy in historical perspective*. Anthem Press, 2002.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde. *Apresentação das dificuldades enfrentadas pelas Secretarias Estaduais de Saúde na aquisição de medicamentos*. Nota Técnica n. 15/2014, de 28 out. 2014. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/wp-content/uploads/2014/01/NT-15-2014-atualizada-out.-DIFICULDADES-NA-AQUISIC%CC%A-7A%CC%83O-DE-MEDICAMENTOS-NAS-SES.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2020.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde. *Assistência de média e alta complexidade*. Brasília: Conass, 2011.

CORDES, T. et al. *Expenditure rules: effective tools for sound fiscal policy?* Working Paper, 15/29: Washington DC: IMF, 2015. Disponível em: <https://www.imf.org/external/pubs/ft/wp/2015/wp1529.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2020.

COSEMS-RJ. Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Rio de Janeiro. *Programa Previne Brasil: cenários de risco de perda de recursos para o ano de 2021*. Nota Técnica. 07/2020 de 14 jul. 2020. Disponível em: <http://www.cosemsrj.org.br/nota-tecnica-cosems-rj-07-2020/>. Acesso em: 12 dez. 2020.

COURI, D. V. et al. *Regra de ouro no Brasil: balanço e desafios*. Estudo Especial n. 5. Brasília: IFI, 2018. Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/handle/id/540060>. Acesso em: 6 jul. 2020.

CUNHA, A. M. O Paradigma do Estado Desenvolvimentista e o “Retorno” da Política Industrial. *Pesquisa & Debate*, SP, v. 23, n. 2(42) p. 291-316, jul.-dez. 2012

DAIN, S. O financiamento público na perspectiva da política social. *Economia e Sociedade*, v. 10, n. 2, p. 113-140, 2001.

DAIN, S. et al. *Regime fiscal dos estabelecimentos e empresas de planos e seguros privados de saúde: legislação fiscal, mensuração dos gastos tributários, relações com a política fiscal, impactos sobre a equidade e relações com a regulação*. Relatório Final. Agência Nacional de Saúde Suplementar, nov. 2015. Disponível em: <<https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2016/12/relatorio-final-0-Regime-Fiscal-Planos-Privados.pdf>>. Acesso em: 18 jun. 2017.

DAIN, S. Os vários mundos do financiamento da saúde no Brasil: uma tentativa de integração. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, supl., p. 1851-1864, nov. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12s0/08.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2020.

DAIN, S.; SERRALHA, F. P. N. *Perspectivas de financiamento das políticas sociais à luz do atual impasse fiscal e das relações federativas: como estruturar um novo regime de tributação?* Texto para Discussão, nº 29, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017. (Projeto Saúde Amanhã). Disponível em: [https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/03/1-PJSSaudeAmanha\\_Texto0029\\_2016\\_v03-1.pdf](https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/03/1-PJSSaudeAmanha_Texto0029_2016_v03-1.pdf). Acesso em: 27 set. 2020.

DANTAS, D. “Não podemos ter um SUS com tamanha dependência”, diz pesquisador da Fiocruz em meio à crise do coronavírus. *Jornal O Globo*, publicado em: 12 abr. 2020. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/sociedade/coronavirus/nao-podemos-ter-um-sus-com-tamanho-dependencia-diz-pesquisador-da-fiocruz-em-meio-crise-do-coronavirus-24366231>

DE OLIVEIRA, E. A. B.; ROSSIGNOLI, M. Federalismo fiscal no Brasil: da teoria federalista à crise econômica. *Revista Jurídica*, v. 1, n. 54, p. 395-424, 2019.

DE OLIVEIRA, F. A. O orçamento como instrumento da democracia e da cidadania: a importância das vinculações. In Fagnani, E. (organizador). *A reforma tributária necessária: diagnóstico e premissas*. Brasília: Anfip; Fenafisco; São Paulo: Plataforma Política Social, 2018.

DELONG, J. B. et al. Fiscal policy in a depressed economy [with comments and discussion]. *Brookings Papers on Economic Activity*, 2012, 233-297.

DIAMOND, P. A.; BANKS, J. The base for direct taxation. *The Mirrlees Review—Dimensions of Tax Design*, ed. James A. Mirrlees, Stuart Adam, Timothy J. Besley, Richard Blundell, Steven Bond,

Robert Chote, Malcolm Gammie, Paul Johnson, Gareth D. Myles, and James M. Poterba (Oxford: Oxford University Press) chapter, v. 6, p. 548-648, 2010.

DOSI, G.; PAVITT, K.; SOETE, L. *The economics of technical change and international trade*. LEM Book Series, 1990.

DRAIBE, S. M. *Rumos e metamorfoses – Estado e industrialização no Brasil*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985.

DRAIBE, S. *O Welfare State no Brasil*. Núcleo de Estudos de Políticas Públicas (NEPP/Unicamp), Caderno de Pesquisa, n. 80, 1993.

DWECK, E. Regras fiscais para os 99% da população. *Jornal dos Economistas*, Rio de Janeiro, p. 10-11, jun. 2020. Disponível em: <https://www.corecon-rj.org.br/anexos/619CA0C544A7E7BB-76C67A9284958182.pdf>. Acesso em: 3 jul. 2020.

DWECK, E. et al. Por que estados e municípios precisam de auxílio em meio à pandemia da covid-19? *Nota de Política Econômica do Grupo de Economia do Setor Público do IE-UFRJ*. Disponível em: [https://www.ie.ufrj.br/images/IE/home/noticias/Auxi%CC%81lios%20Estados%20e%20Muni%CC%81cipios%20Gesp%20IE%20UFRJ\\_vf3.pdf?fbclid=IwAR1gkwbCcgWhhD4cfDPi-FO50ftgn5PWP2L3KErt9azbg3FLQRTc44\\_wLyeU](https://www.ie.ufrj.br/images/IE/home/noticias/Auxi%CC%81lios%20Estados%20e%20Muni%CC%81cipios%20Gesp%20IE%20UFRJ_vf3.pdf?fbclid=IwAR1gkwbCcgWhhD4cfDPi-FO50ftgn5PWP2L3KErt9azbg3FLQRTc44_wLyeU)

DWECK, E.; ROSSI, P. L. Política fiscal para o desenvolvimento inclusivo. In: MATTOSO, J.; CARNEIRO, R. (Orgs.). *O Brasil de amanhã*. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, v. 1, p. 51-94, 2018.

DWECK, E.; SILVEIRA, F. G.; ROSSI, P. Austeridade e desigualdade social no Brasil. In: *Economia para poucos: impactos sociais da austeridade e alternativas para o Brasil*. ROSSI, Pedro Linhares; DWECK, Esther; DE OLIVEIRA, Ana Luíza Matos (orgs). Autonomia Literária, 2018. p. 32-56.

DWYER, J. *Keynes's economics and the question of public debt*. Honours Thesis - The University of Sydney, Faculty of Arts and Social Sciences School of Economics, 2012

EDQUIST, C; ZABALA-ITURRIAGAGOITIA, J. M. Public procurement for innovation as mission-oriented innovation policy. *Research policy*, v. 41, n. 10, p. 1757-1769, 2012.

EDQUIST, C.; ZABALA-ITURRIAGAGOITIA, J. M. *Functional procurement for innovation, welfare and the environment: a mission-oriented approach*. No. 2020/1. Lund University, CIRCLE-Center for Innovation, Research and Competences in the Learning Economy, 2020.

EDQUIST, C. et al. (Ed.). *Public technology procurement and innovation*. Springer Science & Business Media, 2000.

ELDER, J.; GEORGHIOU, L. Public procurement and innovation: Resurrecting the demand side. *Research Policy*, v. 36, p. 949–963, 2007

ESPING-ANDERSEN, G. *Social foundations of postindustrial economies*. Oxford: Oxford University Press, 1999.

EUROPEAN COMMISSION. *Making the best use of the flexibility within the existing rules of the stability and growth pact*. COM (2015) 12 final, 2015. Disponível em: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=celex%3A52015DC0012>. Acesso em: 10 ago. 2020.

EYRAUD, L. et al. *How to select fiscal rules: a primer*. Washington DC: IMF, 2018. Disponível em: <https://www.imf.org/en/Publications/Fiscal-Affairs-Department-How-To-Notes/Issues/2018/03/15/How-to-Select-Fiscal-Rules-A-Primer-45552>. Acesso em: 10 jul. 2020.

FAGNANI, E. *Proteção social no Brasil (1964-2002): entre a cidadania e a caridade*. Tese (Doutorado em Ciências Econômicas) – Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Economia, Campinas, 2005.

FAIR, Ray C. Explaining the slow US recovery: 2010–2017. *Business Economics*, v. 53, n. 4, p. 184-194, 2018.

FATÁS, Antonio; SUMMERS, Lawrence H. Hysteresis and fiscal policy during the Global Crisis. *Vox CPER Policy Portal* (<https://voxeu.org/article/hysteresis-and-fiscal-policy-during-global-crisis>), 2016.

FERNANDES, R. C.; DINIZ, B. P. C.; SILVEIRA, F. G. *Imposto de renda e distribuição de renda no Brasil*. Texto para Discussão IPEA, 2019

FIORI, J. L. O capitalismo e suas vias de desenvolvimento. In: Fiori, J. L. *Os moedeiros falsos*. Petrópolis: Vozes. 1998 (p.171-190)

- FIORI, J.L. *Estado do bem-estar social: padrões e crises*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1997.
- FRAGA NETO, A. Estado, desigualdade e crescimento no Brasil. *Novos estudos Cebrap*, v. 38, n. 3, p. 613-634, 2019.
- FRANZESE, C. *Federalismo cooperativo no Brasil: da Constituição de 1988 aos sistemas de políticas públicas*. (Tese de Doutorado) - FGV, 2010.
- FRAUNHOFER INSTITUTE REPORT. Innovation and public procurement. *Review of Issues at Stake Study for the European Commission* (No ENTR/03/24), 2005
- FURTADO, Celso. *Formação econômica do Brasil*. 32ª ed. São Paulo: Companhia das Letras, v. 1959, 2007.
- GADELHA C. A. G. O Complexo da Saúde. In: Coutinho L. G. et al. *Estudo da competitividade das cadeias integradas no Brasil*. Campinas: IE-NEIT-Unicamp/MDIC/MCT-Finep; 2002. [Nota Técnica Final]. 160 p.
- GADELHA C. A. G. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2003; 8(2):521-535.
- GADELHA, C. A. G. Complexo Econômico-Industrial da Saúde: uma oportunidade estratégica para o desenvolvimento econômico e social do Brasil. In: COSTA, G.; POCHMANN, M. (Orgs.) *O Estado como parte da solução: uma análise dos desafios do desenvolvimento brasileiro*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2020, p. 321-332.
- GADELHA, C. A. G.; COSTA, L. S. Saúde e desenvolvimento no Brasil: avanços e desafios. *Revista de Saúde Pública*, v. 46, supl, p. 13-20, 2012. Disponível em: <https://scielosp.org/article/rsp/2012.v46suppl1/13-20/>. Acesso em: 1 jun. 2020.
- GADELHA, C. A. G.; TEMPORÃO, J. G. Desenvolvimento, inovação e saúde: a perspectiva teórica e política do Complexo Econômico-Industrial da Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 6, p. 1891-1902, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1891.pdf>. Acesso em: 1 jun. 2020.
- GADELHA, C. A. G. O Complexo Econômico-Industrial da Saúde no Brasil hoje. *Nexo*. São Paulo. 11 maio 2020. Disponível em: <https://www.nexojornal.com.br/ensaio/debate/2020/O-Complexo-Econ%C3%B4mico-Industrial-da-Sa%C3%BAde-no-Brasil-hoje>. Acesso em: 01 jun. 2020.

GIDDENS, Anthony. *A terceira via*. Editora Record, 1998.

GIOVANELLA, Lígia et al. De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 3, e00012219, 2019. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2019000300301&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019000300301&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 27 set. 2020. Epub Mar 25, 2019. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00012219>.

GIRARDI, Daniele; PATERNESI MELONI, Walter; STIRATI, Antonella. Persistent effects of autonomous demand expansions. Institute for New Economic Thinking *Working Paper Series*, n. 70, 2018.

GOBETTI, S. W.; ORAIR, R. O. *Progressividade tributária: a agenda negligenciada*. Texto para Discussão, 2016.

GOBETTI, S. W. Tributação do capital: teoria e prática (e o caso brasileiro). *Economia e Sociedade*, v. 28, n. 3, p. 761-789, 2019.

GOMES et al. Transferência de tecnologia na política de offset: o caso do plano de expansão da radioterapia. *Navus*, v. 9, n. 1, p. 182-191, 2019. Disponível em: <http://navus.sc.senac.br/index.php/navus/article/view/812>. Acesso em: 1 jun. 2020.

GOUDSWAARD, K. P.; CAMINADA, C. L. J. The redistributive effect of public and private social programmes: a cross-country empirical analysis. *International Social Security Review*, v. 63, n. 1, p. 1-19, jan./mar. de 2010.

HARZHEIM, Erno et al. Novo financiamento para uma nova Atenção Primária à Saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, p. 1361-1374, 2020. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2020.v25n4/1361-1374/pt/> Acesso em: 27 set. 2020.

IBAÑEZ et al. *Gestão regional e redes: estratégias para a saúde em São Paulo*. 1. Ed. Barueri (SP): Manole, 492 p. 2020.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. *Equidade fiscal no Brasil: impactos distributivos da tributação e do gasto social*. Comunicados do IPEA, n. 92, 2011.

JOHNSON, Chalmers. *MITI and the Japanese miracle: the growth of industrial policy, 1925-1975*. Stanford University Press, 1982.

- JUDT, T. *Pós-Guerra – Uma história da Europa desde 1945*. Rio de Janeiro: Editora Objetiva, 2007.
- KALECKI, M. *Três caminhos para o pleno emprego*. KALECKI, Michal. Kalecki. São Paulo: Ática, p. 75-97, 1980.
- KATTEL, R.; MAZZUCATO, M.. Mission-oriented innovation policy and dynamic capabilities in the public sector. *Industrial and Corporate Change*, V. 27, Issue 5, Oct. 2018, p. 787–801.
- KERSTENETZKY, C. L. *O Estado do bem-estar social na idade da razão*. Rio de Janeiro: Campus-Elsevier, 2012.
- KERSTENETZKY, C. L. *Notas sobre as tendências recentes do welfare state e possíveis lições para o Brasil*. Série Cede Texto para Discussão, n. 77, 2013.
- KRUGMAN P. Toward a counter-counterrevolution in development theory”. In: *Proceedings of The World Bank Annual Conference on Development Economics*, 1992. Washington, D.C.: The World Bank. (p. 15-49), 1993
- KRUGMAN, P. *Good enough for government work? Macroeconomics since the crisis*. Oxford Review of Economic Policy, v. 34, n. 1-2, p. 156-168, 2018.
- KUZNETS, S. Economic growth and income inequality. *American Economic Review*, v. 45, n. 1, p. 1-28, 1955.
- LAVOIE, M.; SECCARECCIA, M. Editorial to the special issue: the political economy of the new fiscalism. *European Journal of Economics and Economic Policies: Intervention*, v. 14, n. 3, p. 291-295, 2017.
- LIMA, L. D. *Federalismo fiscal e financiamento descentralizado do SUS: balanço de uma década expandida*. Trab. educ. saúde, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 573-598, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462008000300010&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462008000300010&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 11 ago. 2020. <https://doi.org/10.1590/S1981-77462008000300010>.
- LIST, G. F. *Sistema nacional de Economia Política*. São Paulo: Abril Cultural, 1983.
- LOBO, L. C. Inteligência artificial, o futuro da medicina e a educação médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 42, n. 3 Brasília, Jul/Set., 2018.
- LOPES, J. C.; AMARAL, J. F. Self-defeating austerity? Assessing the impact of a fiscal consolidation

on unemployment. *The Economic and Labour Relations Review*, V. 28, n. 1, p. 77-90, 2017.

LOPREATO, F. L.C. *O colapso das finanças estaduais e a crise da federação*. São Paulo: Unesp, 2002.

LOPREATO, F. L. C. *A situação financeira dos estados e a reforma tributária*. Texto para Discussão. IE/Unicamp, Campinas, n. 115, 2004.

LOPREATO, F. L.C. *Caminhos da política fiscal do Brasil*. São Paulo: Unesp, 2013.

LOPREATO, F. L. C. *Federalismo brasileiro: origem, evolução e desafios*. Texto para Discussão. Unicamp. IE, Campinas, n. 388, jul. 2020.

LUCHESE, Patrícia T. R. Equidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução de desigualdades em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 8, p. 439-448, 2003.

MARCEL, M. *The structural balance rule in Chile: ten years, ten lessons*. Discussion Paper n. IDB-DP-289. Washington, DC: Inter-American Development Bank, 2013. Disponível em: <https://publications.iadb.org/en/structural-balance-rule-chile-ten-years-ten-lessons>. Acesso em: 10 jul. 2020.

MASSUDA, Adriano. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso?. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, p. 1181-1188, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2020.v25n4/1181-1188/> Acesso em: 27 set. 2020.

MAZZUCATO, M. Building the entrepreneurial state: a new framework for envisioning and evaluating a mission-oriented public sector. Levy Economics Institute of Bard College. *Working Paper*, n. 824, 2015.

MAZZUCATO, M. *O Estado empreendedor: desmascarando o mito do setor público vs. setor privado*. Portfolio-Penguin, 2014.

MAZZUCATO, Mariana; KATTEL, Rainer. Covid-19 and public-sector capacity. *Oxford Review of Economic Policy*, v. 36, n. Sup.\_1, p. S256-S269, 2020.

MAZZUCHELLI, F. *Os anos de chumbo: economia e política internacional no entreguerras*. Unesp-Facamp, 2009.

MAZZUCHELLI, F. *Os dias de sol: a trajetória do capitalismo no pós-guerra*. Campinas: Facamp Editora, 2014.

MEDEIROS, M.; SOUZA, P. H. G. F. de. *Gasto público, tributos e desigualdade de renda no Brasil*. Texto para discussão, n. 1.844, Brasília: Ipea, jun. 2013. Disponível em: [www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td\\_1844b.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_1844b.pdf). Acesso em: 27 set. 2020.

MELO, E. A. et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. *Saúde em Debate*, v. 42, p. 38-51, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2018.v42nspe1/38-51/>. Acesso em: 27 set. 2020.

MELO, E. A. et al. Reflexões sobre as mudanças no modelo de financiamento federal da atenção básica à saúde no Brasil. *Saúde em Debate*, v. 43, p. 137-144, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2019.v43nspe5/137-144/> Acesso em: 27 set. 2020.

MELO, M. F. G. C. de. *Relações público-privadas no sistema de saúde brasileiro*. Tese (Doutorado em Economia), Universidade de Campinas, Campinas, 2017. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/jspui/handle/REPOSIP/330343/> Acesso em: 27 set. 2020.

MENDES, A.; MARQUES, R. M. O financiamento do SUS sob os “ventos” da financeirização. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, p. 841-850, 2009.

MINISTÉRIO DA FAZENDA. *Efeito redistributivo da política fiscal no Brasil*, 2017. Disponível em: [http://seae.fazenda.gov.br/destaques/redistributiva/efeito\\_redistributivo\\_12\\_2017.pdf](http://seae.fazenda.gov.br/destaques/redistributiva/efeito_redistributivo_12_2017.pdf)

MIRRLEES, J. A. An exploration in the theory of optimum income taxation. *The review of economic studies*, v. 38, n. 2, p. 175-208, 1971.

MORETTI, B. 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/>. 20 mar. de 2020. Acesso em: 5 jul. 2020.

MORETTI, B.; OCKÉ-REIS, C.; FUNCIA, F. *Por que o SUS não pode perder R\$ 35 bi em 2021, em meio à pandemia?* Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/por-que-o-sus-nao-pode-perder-r-35-bi-em-2021-em-meio-a-pandemia>. 21 ago. 2020. Acesso em: 30 ago. 2020.

MORETTI, B.; SANTOS, E. V. Direito à saúde e implementação de políticas: relações entre os sistemas estruturantes da administração pública e a oferta dos serviços a partir das regras de contratação. In: PIRES, R. R. C. (Org.). *Implementando desigualdades: reprodução de desigualdades na implementação de políticas públicas*. Brasília: Ipea, 2019, p. 403-421.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; BAPTISTA, T.W. de F. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica?. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, p. e00040220, 2020. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2020.v36n9/e00040220/> Acesso em: 27 set. 2020.

MUSGRAVE, Richard A. A brief history of fiscal doctrine. In: *Handbook of public economics*. Elsevier, 1985. p. 1-59.

NORONHA, J. C. de et al. Notas sobre o futuro do SUS: breve exame de caminhos e descaminhos trilhados em um horizonte de incertezas e desalentos. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, p. 2051-2059, 2018.

NORONHA, J.; SANTOS, I.; PEREIRA, T. Relações entre o SUS e a saúde suplementar: problemas e alternativas para o futuro do sistema universal. In: SANTOS, N.; AMARANTE, P. (Orgs.). *Gestão pública e relação público-privada na saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2011. p. 152-179.

O FUTURO das Políticas Públicas de Saúde no Brasil pós-Covid-19. *3º painel do ciclo de palestras sobre desempenho do SUS e da economia brasileira no período de pandemia*. [S. l.]: Instituto de Economia da Universidade de Campinas, 06 out. 2020. 1 vídeo (2h:14min). [Live]. Disponível em: <https://youtu.be/4WOMyOwulAI>. Acesso em: 12 dez. 2020. Moderador: Prof. Dr. Denis Maracci Gimenez (IE/Unicamp). Palestrantes: Profa. Dra. Ana Luiza D'Ávila Viana (Professora aposentada da USP), Prof. Dr. Jairnilson Silva Paim (Professor titular do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA) e Prof. Guilherme Santos Mello (Prof. IE/Unicamp).

OCKÉ-REIS, C. O.; GAMA, F. N. da. *Radiografia do gasto tributário em saúde, 2003-2013*. Nota técnica, n. 19. Brasília: Ipea, 2016.

OCKÉ-REIS, C. Sustentabilidade do SUS e renúncia de arrecadação fiscal em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 6, p. 2035-2042, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-2035.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2020.

ONU Organização das Nações Unidas. *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. v. 302, n. 2, 1948. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/Declara%C3%A7%C3%A3o-Universal-dos-Direitos-Humanos/declaracao-universal-dos-direitos-humanos.html>. Acesso em: 12 dez. 2020.

ORAIR, R.; GOBETTI, S. Reforma tributária no Brasil: princípios norteadores e propostas em debate. *Novos Estudos Cebrap*, São Paulo, n. 37, v. 2, 2018, p. 213-44.

OSTRY, J. D.; BERG, A.; TSANGARIDES, C. G. *Redistribution, inequality, and growth*. International Monetary Fund, 2014.

PALLUDETTO, A. W. A. e DEOS, S. Mitos e verdades sobre o orçamento do governo federal. *Nexo*. São Paulo. 19 jun. 2020. Disponível em: <https://www.nexojournal.com.br/ensaio/debate/2020/Mitos-e-verdades-sobre-o-or%C3%A7amento-do-governo-federal> Acesso em: 04 jul. 2020.

PIERSON, C. *Beyond the welfare state – the new political economy of welfare*. Cambridge: Polity Press, 1998.

PIKETTY, Thomas; SAEZ, Emmanuel. *A theory of optimal capital taxation*. National Bureau of Economic Research, 2012.

PIOLA, S. F. et al. *Financiamento público da saúde: uma história à procura de rumo*. Texto para discussão n. 1846. Brasília: Rio de Janeiro: Ipea, 2013. Disponível em: [http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/1580/1/TD\\_1846.pdf](http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/1580/1/TD_1846.pdf) Acesso em: 6 jul. 2020.

PIRES, M. *Análise da PEC 55*. Nota Técnica – Carta de Conjuntura 4º trimestre 2016. Brasília: Ipea, 2016.

PIRES, M. Experiência internacional com ajustes fiscais: mecanismos institucionais, retórica e realidade. Disponível em: <https://observatorio-politica-fiscal.ibre.fgv.br/posts/experiencia-internacional-com-ajustes-fiscais-mecanismos-institucionais-retorica-e-realidade>. 2 ago. 2018. Acesso em: 8 ago. 2020.

PIRES, M. Uma análise da regra de ouro no Brasil. *Revista de Economia Política*, v. 39, n. 1, p. 39-50, jan-mar. 2019. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-31572019000100039](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-31572019000100039). Acesso em: 1 jun. 2020.

PIRES, M.; BORGES, B. A despesa primária do governo central: estimativas e determinantes no período 1986-2016. *Estudos Econômicos*, v. 49, n. 2, p. 209-234, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ee/v49n2/0101-4161-ee-49-02-0209.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2020.

PRANTE, F. J.; et al. Decades of tight fiscal policy have left the health care system in Italy. Ill-prepared to fight the Covid-19 outbreak. *Intereconomics*, v. 55, p. 147-152, 2020. Disponível em: ht-

[tps://www.intereconomics.eu/contents/year/2020/number/3/article/decades-of-tight-fiscal-policy-have-left-the-health-care-system-in-italy-ill-prepared-to-fight-the-covid-19-outbreak.html](https://www.intereconomics.eu/contents/year/2020/number/3/article/decades-of-tight-fiscal-policy-have-left-the-health-care-system-in-italy-ill-prepared-to-fight-the-covid-19-outbreak.html). Acesso em: 12 dez. 2020.

QUAGLIO, G et al. Austerity and health in Europe. *Health Policy*, v. 113 (1-2), p. 13-19, 2013. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851013002303>. Acesso em: 10 jun. 2020.

RASELLA D. et al. (2018) Child morbidity and mortality associated with alternative policy responses to the economic crisis in Brazil: A nationwide microsimulation study. *PLOS Medicine* 15(5): e1002570. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002570>

RECHEL, B.; MARESSO, A.; VAN GINNEKEN, E. (2019). *Health systems in transition: template for authors*. Copenhagen: The European Observatory on Health Systems and Policies: WHO Regional Office for Europe.

REINERT, Erik S. *How rich countries got rich. And why poor countries stay poor*, v. 316, 2007.

RIBEIRO, C. G.; JÚNIOR, E. I. *Políticas de offset em compras governamentais: uma análise exploratória*. Texto para discussão n. 2473. Brasília: Ipea, 2019. Disponível em: [https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td\\_2473.pdf](https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_2473.pdf). Acesso em: 6 jul. 2020.

ROSSI, P. L.; DWECK, E.; DE OLIVEIRA, A; L. M. (orgs). *Impactos sociais da austeridade e alternativas para o Brasil*. Autonomia Literária, 2018.

ROSSI, P.; DWECK, E. Impactos do novo regime fiscal na saúde e educação. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 12, e00194316, 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2016001200501&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016001200501&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 8 ago. 2020. Epub 15 dez. 2016. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00194316>.

SECAP Secretaria de Avaliação, Planejamento, Energia e Loteria. Ministério da Economia. *Boletim mensal sobre os subsídios da União: deduções do imposto de renda pessoa física (IRPF) de despesas médicas*. Edição 9. julho de 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/economia/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/conselhos-e-orgaos-colegiados/cmap/publicacoes/subsidios-da-uniao/boletim/09-boletim-mensal-sobre-os-subsidios-da-uniao-deducoes-do-imposto-de-renda-pessoa-fisica-de-despesas-medicas/view>. Acesso em: 12 de dez. 2020.

SERRALHA, F. P. N. *O difícil encontro entre a autonomia para arrecadar recursos próprios, versus a rigidez orçamentária das capitais brasileiras, período: 1995 a 2010*. Dissertação (Mestrado). Unicamp, IE, Campinas, 2018.

SILVEIRA, F. G. et al. *Os fluxos financeiros no financiamento e no gasto em saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 41 p. – (Textos para Discussão; n. 43. 2020. Disponível em: [https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/06/PJSSaudeAmanha\\_Texto0043\\_v03.pdf](https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/06/PJSSaudeAmanha_Texto0043_v03.pdf). Acesso em: 12 dez. 2017.

SILVEIRA, F. G.; PASSOS, L. Impactos distributivos da tributação e do gasto social-2003 e 2008. In: AFONSO, J. R.; LUKIC, M. R.; ORAIR, R.; SILVEIRA, F. G (orgs.). *Tributação e desigualdade*. Belo Horizonte: Ed. Letramento, 2017.

SILVEIRA, F. G.; PASSOS, L.; GUEDES, D. R. Reforma tributária no Brasil: por onde começar?. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, n. 42, 2018, p. 212-25.

SILVEIRA, F. G.; VIANNA, S. T. W. Um passo à frente, dois atrás: notas críticas a *Estado, desigualdade e crescimento no Brasil*, de Arminio Fraga. *Novos estudos Cebrap*, v. 39, n. 2, p. 349-369, 2020.

SOUZA, C. M. Coordenação, uniformidade e autonomia na formulação de políticas públicas: experiências federativas no cenário internacional e nacional. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 35, p. e00046818, 2019.

SOUZA, M. de F. M. de et al. Transição da saúde e da doença no Brasil e nas unidades federadas durante os 30 anos do Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, p. 1.737-1.750, 2018

TRUGER, A. Reforming EU fiscal rules: more leeway, investment, orientation and democratic coordination. *Intereconomics*, v. 55, n. 5, p. 277-281, 2020. Disponível em: <https://www.intereconomics.eu/contents/year/2020/number/5/article/reforming-eu-fiscal-rules-more-leeway-investment-orientation-and-democratic-coordination.html>. Acesso em: 1 out. 2020

UYARRA, E. The impact of public procurement of innovation. In: Edler, J. et al. (ed.) *Handbook of innovation policy impact*. Edward Elgar Publishing, 2016.

VAN STRALEN, C.J., O Welfare State, ontem, hoje e amanhã. In: *Políticas e riscos sociais no Brasil*

e na Europa: convergências e divergências. In: RODRIGUES, P. H. de A., SANTOS, I. S. (Orgs.). 2. ed., rev., ampl. – Rio de Janeiro: Cebes; São Paulo: Hucitec Editora, 2017. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2017/12/welfare-web-2ed.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2020.

VARRICHIO, P. C. As parcerias para o desenvolvimento produtivo de saúde. In: RAUEN, A. T. (Org.). *Políticas de inovação pelo lado da demanda no Brasil*. Brasília: Ipea, 2017, p. 179-234.

VIANA, A. L. A. et al. As políticas de desenvolvimento produtivo da saúde e a capacitação dos laboratórios oficiais. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 32, supl. 2, 2016. Disponível em: [pt\\_1678-4464-cs-p-32-s2-e00188814.pdf](http://scielo.br/pt_1678-4464-cs-p-32-s2-e00188814.pdf) (scielo.br). Acesso em: 1 jun. 2020.

VIANA, A. L. V; FAUSTO, M. C. R. Atenção básica e proteção social: universalismo x focalismo e espaço não mercantil da assistência. In: Viana A. L. A; Elias P. E. M.; Ibañez N., (orgs.). *Proteção social: dilemas e desafios*. São Paulo: Editora Hucitec, p. 150-67, 2005.

VIANA, A. L. V; IOZZI, F. L. Enfrentando desigualdades na saúde: impasses e dilemas do processo de regionalização no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 35, supl. 2, e00022519, 2019. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2019000800401&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019000800401&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 9 Out. 2020. Epub Oct 17, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00022519>.

VIEIRA, F. S., PIOLA, S. F., & BENEVIDES, R. P. D. S. *Vinculação orçamentária do gasto em saúde no Brasil: resultados e argumentos a seu favor*. Texto para Discussão do IPEA – 2516, 2019.

WADE, Robert. Industrial policy in East Asia: does it lead or follow the market. *Manufacturing miracles: paths of industrialization in Latin America and East Asia*, p. 231-266, 1990.



FIOCRUZ

cee