

UNIVERSIDADE TECNOLÓGICA FEDERAL DO PARANÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PLANEJAMENTO E GOVERNANÇA
PÚBLICA

TALITA CORDEIRO GALHARDO

A AUSTERIDADE FISCAL E O FINANCIAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE NA REGIÃO NORDESTE

CURITIBA
2024

TALITA CORDEIRO GALHARDO

**A AUSTERIDADE FISCAL E O FINANCIAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE NA REGIÃO NORDESTE**

**Fiscal austerity and financing of the Unified Health System in the Northeast
Region of Brazil**

Projeto de Dissertação apresentado como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Planejamento e Governança Pública do Programa de Pós-Graduação em Planejamento e Governança Pública da Universidade Tecnológica Federal do Paraná (UTFPR).

Orientador: Prof. Dr. Rogério Allon Duenhas

CURITIBA

2024



[4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/)

Esta licença permite remixe, adaptação e criação a partir do trabalho, para fins não comerciais, desde que sejam atribuídos créditos ao(s) autor(es) e que licenciem as novas criações sob termos idênticos. Conteúdos elaborados por terceiros, citados e referenciados nesta obra não são cobertos pela licença.



TALITA CORDEIRO GALHARDO

**A AUSTERIDADE FISCAL E O FINANCIAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NA REGIÃO
NORDESTE**

Trabalho de pesquisa de mestrado apresentado como requisito para obtenção do título de Mestre Em Planejamento E Governança Pública da Universidade Tecnológica Federal do Paraná (UTFPR). Área de concentração: Planejamento Público E Desenvolvimento.

Data de aprovação: 10 de Julho de 2023

Dr. Rogerio Allon Duenhas, Doutorado - Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Dra. Maria Alejandra Nicolas, Doutorado - Universidade Federal da Integração Latino-Americana (Unila)

Dra. Maria Lucia Figueiredo Gomes De Meza, Doutorado - Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Documento gerado pelo Sistema Acadêmico da UTFPR a partir dos dados da Ata de Defesa em 10/07/2024.

AGRADECIMENTOS

Esse trabalho não poderia ser finalizado sem o grande apoio do meu orientador, Rogério Duenhas, a ele toda consideração e respeito como profissional.

Aos meus pais pelo auxílio infindável, ao restante da família e aos amigos.

A todos os professores da UTFPR que me ajudaram a enxergar o país e as políticas públicas sob outra perspectiva.

Às professoras Maria Lucia Meza por todas as contribuições, assim como à professora Alejandra Nicolás.

A Matheus Petris, sempre solícito em ajudar os alunos do PGP.

Ao Ministério da Saúde e ao governo brasileiro pela oportunidade.

A AUSTERIDADE FISCAL E O FINANCIAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NA REGIÃO NORDESTE

Talita Cordeiro Galhardo

RESUMO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é resultado de articulação e luta da população brasileira para tornar o acesso à saúde pública universal um direito. No entanto, sua história é marcada pelo problema de financiamento, que atinge sobretudo estados e municípios das regiões Norte e Nordeste, espaços rurais, territórios de povos originários e tradicionais, territórios periféricos e cidades do interior. Várias são as razões para o subfinanciamento do SUS, entre as quais se destacam a ideia e a prática de austeridade fiscal, compreendida, neste trabalho, não como uma questão técnica, mas como uma visão de mundo, um valor que passou a ser reforçado a partir da década de 1970, com o neoliberalismo. Essa orientação econômica tem como ideia principal a de um Estado mínimo, em que valores da iniciativa privada são estimados e a intervenção estatal nos âmbitos econômico e social é limitada, em contraposição ao Estado de bem-estar social. No Brasil, a austeridade foi difundida principalmente a partir da década de 1990, com os princípios neoliberais do Consenso de Washington (1989). Mesmo com a Constituição Federal de 1988 (CF/88), que priorizava transferências de recursos aos estados e aos municípios para as políticas sociais, esses repasses foram afetados por diversas normas de desvinculação de receitas, e somente, em 2012, foi sancionada a Lei Complementar que regulamentava valores mínimos para saúde pública. A austeridade na saúde pública seria aprofundada a partir da Emenda Constitucional nº 95/2016. Desse modo, esse trabalho analisa se a austeridade fiscal prejudica mais a região Nordeste que as demais regiões brasileiras e se a austeridade dificulta o direito à provisão de políticas públicas de saúde e a relação entre o subfinanciamento do SUS e o acesso aos serviços públicos de saúde na região Nordeste por meio do método qualitativo, da pesquisa exploratória e da pesquisa descritiva. A questão para o subfinanciamento do SUS é o pequeno aporte em comparação com o PIB nominal, que, atualmente é de 3,8%. A universalização e a integralidade necessitam de aproximadamente 10% do PIB para a saúde pública, como ocorre em outros países de sistema universal. Ademais, há diminuição de recursos para a saúde diante de uma transição demográfica. Uma vez que as regiões Norte e Nordeste apresentam condições epidemiológicas inferiores ao restante do país e mais necessitam do SUS, é necessária melhor distribuição de recursos e menos austeridade para se alcançar o desenvolvimento delas. Diante do fato de as regiões Norte e Nordeste apresentarem situação socioeconômica desfavorável em relação às outras regiões, considera-se que a região Nordeste é mais atingida pela austeridade fiscal em comparação às regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul, e assemelha-se à região Norte. Por fim, a decisão acerca dos tributos é uma escolha política da sociedade, conforme seus valores e seus objetivos e o debate mais necessário é acerca do tipo de Estado que o Brasil quer ter, se um Estado baseado na solidariedade social ou nos preceitos neoliberais de competição e lucro.

Palavras-chave: austeridade; política fiscal; financiamento do SUS; políticas públicas; Região Nordeste.

FISCAL AUSTERITY AND FINANCING OF THE UNIFIED HEALTH SYSTEM IN THE NORTHEAST REGION OF BRAZIL

Talita Cordeiro Galhardo

ABSTRACT

The Unified Health System (SUS) is the result of the articulation and struggle of the Brazilian population to make access to universal public health a right. However, its history is marked by the problem of funding, which mainly affects states and municipalities in the North and Northeast regions, rural areas, territories of native and traditional peoples, low-income communities and small towns. There are several reasons for the underfunding of the SUS, including the idea and practice of fiscal austerity, understood in this paper not as a technical issue, but as a worldview, a value that has been reinforced since the 1970s with neoliberalism. The main idea behind this economic orientation is that of a minimal state, in which the values of private initiative are valued and state intervention in the economic and social spheres is limited, as opposed to the welfare state. In Brazil, austerity was disseminated mainly from the 1990s onwards, with the neoliberal principles of the Washington Consensus (1989). Even with the 1988 Federal Constitution (CF/88), which prioritised the transfer of resources to the states and municipalities for social policies, these transfers were affected by various rules on the untying of revenue, and only in 2012 the Complementary Law regulating minimum amounts for public health was sanctioned. Austerity in public health would be deepened by Constitutional Amendment 95/2016. Thus, this work analyses whether fiscal austerity is more detrimental to the Northeast region than to other Brazilian regions and whether austerity hinders the right to the provision of public health policies and the relationship between SUS underfunding and access to public health services in the Northeast region using the qualitative method, exploratory research and descriptive research. The issue behind the underfunding of the SUS is the small contribution compared to nominal GDP, which currently stands at 3.8 per cent. Universalisation and comprehensiveness require approximately 10% of GDP for public health, as is the case in other countries with a universal system. Furthermore, there is a reduction in health resources in the face of a demographic transition. Since the North and Northeast regions present inferior epidemiological conditions than the rest of the country and are more in need of the SUS, a better distribution of resources and less austerity are needed to achieve their development. Given that the North and Northeast have unfavourable socioeconomic situation in relation to the other regions, it is considered that the Northeast is more affected by fiscal austerity than the Centre-West, Southeast and South regions, and is similar to the North. Finally, the decision on taxes is a political choice made by society, according to its values and objectives, and the most necessary debate is about the type of State Brazil wants to have, whether it is a State based on social solidarity or on the neoliberal precepts of competition and profit.

Keywords: Austerity, Fiscal policy, SUS financing; Public policy, Northeast Region.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Dotação federal em ASPS <i>per capita</i>	108
Tabela 2. Simulação de valores a partir da EC 95 em bilhões - Brasil	108
Tabela 3. Percentual aplicado entre os anos de 2013 e 2023 - AL	110
Tabela 4. Percentual aplicado entre os anos de 2013 e 2023 - BA	111
Tabela 5. Percentual aplicado entre os anos de 2013 e 2023 - CE	111
Tabela 6. Percentual aplicado entre os anos de 2013 e 2023 - MA	112
Tabela 7. Percentual aplicado entre os anos de 2013 e 2023 - PB	112
Tabela 8. Percentual aplicado entre os anos de 2013 e 2023 - PE	113
Tabela 9. Percentual aplicado entre os anos de 2013 e 2023 - PI	114
Tabela 10. Percentual aplicado entre os anos de 2013 e 2023 - RN	114
Tabela 11. Percentual aplicado entre os anos de 2013 e 2023 - SE	115
Tabela 12. Percentual aplicado por Estado/Ano	115
Tabela 13. Percentual de execução em saúde no estado de Alagoas	119
Tabela 14. Percentual de execução em saúde no estado da Bahia	120
Tabela 15. Percentual de execução em saúde no estado do Ceará	120
Tabela 16. Percentual de execução em saúde no estado do Maranhão	121
Tabela 17. Percentual de execução em saúde no estado da Paraíba	121
Tabela 18. Percentual de execução em saúde no estado de Pernambuco	122
Tabela 19. Percentual de execução em saúde no estado do Piauí	122
Tabela 20. Percentual de execução em saúde no estado do Rio Grande do Norte	123
Tabela 21. Percentual de execução em saúde no estado de Sergipe	123
Tabela 22. Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS): estimativa das perdas do orçamento federal em função da EC 95 - 2018-2022 (em bilhões de R\$)	124

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Percentual aplicado nos anos 2013, 2017 e 2023 na Região Nordeste .	117
Gráfico 2. Percentual aplicado nos anos 2013, 2017 e 2023 na Região Norte	117
Gráfico 3. Percentual aplicado nos anos 2013, 2017 e 2023 na Região Centro-Oeste	118
Gráfico 4. Percentual aplicado nos anos 2013, 2017 e 2023 na Região Sudeste...	118
Gráfico 5. Percentual aplicado nos anos 2013, 2017 e 2023 na Região Sul.....	119

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Principais normas com impactos sobre financiamento do SUS...	14
Quadro 2. IDH dos estados brasileiros por estado (2021).....	96

LISTA DE SIGLAS

ASPS	Ações e Serviços Públicos de Saúde
BC	Banco Central
BIRD	Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento
Cebes	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CF/88	Constituição Federal de 1988
CMN	Conselho Monetário Nacional
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
Copom	Comitê de Política Monetária
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
DREM	Desvinculação de Receitas dos Estados, Distrito Federal e Municípios
DRU	Desvinculação de Receita da União
EC	Emenda Constitucional
ECR	Emenda Constitucional de Revisão
Estadic	Pesquisa de Informações Básicas Estaduais
FEF	Fundo de Estabilização Fiscal
FMI	Fundo Monetário Internacional
FNS	Fundo Nacional de Saúde
FPE	Fundo de Participação dos Estados
FPM	Fundo de Participação dos Municípios
FSE	Fundo Social de Emergência
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICMS	Imposto Sobre Circulação de Mercadoria e Serviços
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IEPS	Instituto de Estudos para Políticas de Saúde
IPCA	Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo
IPI	Imposto sobre Produtos Industrializados
IR	Imposto de Renda
ISS	Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza

LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
PEC	Proposta de Emenda à Constituição
PIB	Produto Interno Bruto
PL	Projeto de Lei
Proes	Programa de Incentivo à Redução do Setor Público Estadual na Atividade Bancária
RCL	Receita Corrente Líquida
Siop	Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento
Siops	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos de Saúde
STN	Secretaria do Tesouro Nacional
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
1.1 Temática.....	12
1.2 Delimitação do Problema, Pressupostos e Questão de Pesquisa	15
1.3 Objetivos.....	17
1.3.1 Objetivo Geral.....	17
1.3.2 Objetivos Específicos	17
1.4 Justificativa.....	17
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	19
2.1 Pacto federativo e políticas públicas.....	20
2.2 Ideologia e Hegemonia	32
2.3 Neoliberalismo e Austeridade	48
3. METODOLOGIA.....	77
3.1 Delimitação do Estudo.....	78
3.2 Características da pesquisa	78
3.3 Limitações da pesquisa	81
4 QUESTÕES FISCAIS NO BRASIL	81
4.1 Orçamento e o SUS.....	84
4.2 Fundo Social de Emergência (FSE), Fundo de Estabilização Fiscal (FEF) e Desvinculação de Receita da União (DRU)	85
4.3 Lei Complementar nº 101/2000 – Lei de Responsabilidade Fiscal ...	87
4.4 Emenda Constitucional nº 29/2000	91
4.5 Portaria GM/MS nº 204/2007	91
4.6 Lei Complementar nº 141/2012.....	92
4.7 Decreto nº 7.827/2012.....	93
4.8 Emenda Constitucional nº 86/2015	93
4.9 Emenda Constitucional nº 93/2016	94
4.10 Emenda Constitucional nº 95/2016	94
4.11 Portaria MS nº 2.979/2019	94
4.12 Emenda Constitucional nº 106/2020	95
4.13 Emenda Constitucional nº 126/2022	95
4.14 Emenda Constitucional nº 127/2022	95
4.15 Lei Complementar nº 200/2023.....	96
5 REGIÃO NORDESTE.....	96
5.1 Aspectos socioeconômicos	96
5.2 Aspectos epidemiológicos	98
5.3 Aspectos econômicos	104
6 QUESTÕES FISCAIS NA ESFERA FEDERAL	106
7 QUESTÕES FISCAIS NO NORDESTE	109
8 DESENVOLVIMENTO REGIONAL E SAÚDE	128
9 CONCLUSÃO.....	135
9. REFERÊNCIAS	144

1. INTRODUÇÃO

A saúde surgiu como direito social no Brasil a partir da Constituição Federal de 1988, e a implementação desse direito ocorreu com a sanção da Lei nº 8.080/1990, que trata do funcionamento dos serviços públicos de saúde. No mesmo ano, foi aprovada a Lei nº 8.142, que, na esteira da recente democratização formal, versa sobre a participação social na gestão do SUS, mediante conselhos e conferências nos três níveis da federação (Viacava, 2018).

Todavia, mesmo o acesso à saúde estando positivado a nível constitucional, a questão orçamentário-financeira para garantir a efetivação desse direito sempre foi um problema desde a promulgação da Carta Magna, o que levou à criação, já no começo dos anos 1990, de várias normas para redirecionar recursos do SUS para outras áreas. Somente em 2012, com a sanção da Lei Complementar nº 141, prevista pela Emenda Constitucional nº 29/2000, estabeleceu-se um orçamento mínimo para ações e serviços públicos de saúde. Dessa maneira, faz-se importante assinalar quem tinha direito à saúde antes da CF/88, como se deu o processo de democratização do acesso à saúde no país e como o problema de financiamento ainda permanece.

A questão orçamentário-financeira já era uma preocupação antes mesmo da concepção do SUS, de tal maneira que, em 1986, a Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS) pretendia vincular à saúde recursos equivalentes a 10% do PIB (WHO, 2003 *apud* Piola *et al.*, 2013). A ampliação e a qualidade do acesso ao SUS dependem de recursos financeiros porque são necessários o adequado financiamento dos sistemas públicos de saúde e o cuidado para não se deixar a responsabilidade de aporte somente com o cidadão. Contudo, o subfinanciamento na área de saúde pública persiste, com destinação de apenas de 3,8% do valor do PIB em 2019 – último ano em que esse dado foi atualizado, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2019). Esse percentual está abaixo da média de 6,5% dos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) e agrava o fato de que os gastos com a rede privada (via plano de saúde mais gasto direto) do Brasil em relação ao PIB são maiores do que o dobro do valor despendido pelos membros da OCDE (IBGE, 2019).

Recorda-se que o Fundo Social de Emergência (FSE) foi criado em 1994 pela Emenda Constitucional de Revisão (ECR) nº 1, a qual alterou a redação do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) da Constituição Federal de 1988, para desvincular 20% da arrecadação de impostos e contribuições da União de despesas obrigatórias. Ao desvincular recursos, o governo buscou fazer com que dispêndios com destinação obrigatória na CF/88 pudessem ser utilizados em outras áreas. Com a EC nº 10/1996, o FSE foi renomeado para Fundo de Estabilização Fiscal (FEF) e, em 2000, deixou de ser um fundo para se tornar Desvinculação das Receitas da União (DRU), por meio da EC nº 27/2000, que desvinculava 20% da receita obrigatória do Orçamento da Seguridade Social, ou seja, de recursos destinados a políticas sociais (Agência Senado, 2000). Em 2016, com a EC nº 93, esse percentual foi ampliado para 30% e foram criadas a Desvinculação de Receitas dos Estados e a Desvinculação de Receitas dos Municípios (DREM) (Santos, 2018).

Destaca-se que a EC nº 29/2000 vinculou o financiamento do SUS somente às receitas de impostos de municípios e de estados, não da União, e a promulgação da EC nº 86/2015 obrigou a transferência de 0,6% da Receita Corrente Líquida (RCL) para emendas parlamentares impositivas (Santos, 2018). Ademais, no nosso país, a austeridade fiscal com o teto de gastos, estabelecido pela EC nº 95/2016, teve como foco a redução de gastos sociais, mas sem impacto relevante na camada da população de mais alta renda. Outro aspecto a ressaltar é que, desde a crise de 2008, houve transferência de dívidas bancárias privadas para a dívida pública, acarretando diminuição do orçamento para políticas sociais, como a saúde pública, e prejudicando o princípio da universalidade do acesso (Giovanella; Stegmüller, 2014).

A pandemia de Covid-19, contudo, demonstrou a importância dos sistemas públicos de saúde, levando a maioria dos países a dar ênfase à retomada do desenvolvimento econômico, e sem novos instrumentos de contenção de gastos, uma vez que, se o objetivo é desenvolver o país, não se deve recorrer à austeridade. O Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial, inclusive, defenderam gastos massivos para reduzir os efeitos do coronavírus na economia. Igualmente no Brasil, a intervenção estatal foi fundamental para atenuar a crise econômica de 2020 (Carvalho, 2020).

Constata-se que o Estado é responsável pela indução da economia e tem a atribuição de estimular o consumo das famílias e expandir os gastos e investimentos públicos para evitar recessões, porquanto o setor privado assume postura defensiva em tempos de crise, com corte de gastos e de investimentos, e os bancos privados reduzem a oferta de empréstimos. Assim, em março de 2020, foi promulgado o Decreto Legislativo nº 6, de 20 de março de 2020 (reconhecimento do estado de calamidade pública no Brasil), permitindo gastos acima do teto estabelecido pela EC nº 95/2016. Destaca-se que, em nenhum ano anterior à pandemia (2017 a 2019), o teto foi cumprido. Posteriormente, o decreto foi validado como EC nº 106/2020 – “Orçamento de Guerra”.

Um aspecto do discurso da austeridade fiscal no Brasil é sempre abordar o equilíbrio do orçamento público somente pelo lado da despesa, quando é fundamental levar-se em conta o lado da receita. O aumento de receita não ocorre necessariamente pelo aumento de tributos, mas também pela instituição da progressividade nesses tributos (ou seja, tributar com mais qualidade, com equidade/ justiça), bem como pela diminuição de renúncias fiscais e gastos tributários. Um Estado de solidariedade social tem duas características: de um lado, o investimento em políticas públicas e benefícios, de outro, os tributos gerais e específicos para financiá-los. Ou seja, há correspondência entre modelo de Estado provedor de políticas públicas e carga tributária, de modo que serviços públicos de qualidade e abrangentes necessitam de carga tributária robusta e progressiva (Carvalho, 2020).

Destaca-se que o subfinanciamento em determinada política pública de um país não decorre necessariamente da austeridade ou dela combinada com outros fatores, ou seja, ela não é o único motivo determinante. Há outras variáveis como crises, guerras, falta de recursos de fato. No caso do Brasil, a ideologia da austeridade, ao longo dos anos de 1988 a 2022, pode ser dividida em dois períodos – de 1988 a 2000, e de 2000 a 2022. No primeiro período, verificam-se práticas de austeridade, mas sem discurso ideológico hegemônico no espaço público. A LRF foi um divisor de águas, ao trazer discurso legitimador da austeridade fiscal para o âmbito do planejamento de políticas públicas, marcando, assim, o início do segundo período. É importante frisar que, a partir de 2016, com a EC nº 95/2016, a austeridade é ainda mais fortalecida. Nesse

contexto, o discurso de “o dinheiro acabou”, pois, o governo anterior teria feito o que se chama de “gastança”, ganhou espaço e foi corroborado pela mídia brasileira hegemônica à época, que deu voz a economistas empresários do mercado de capitais – apresentados como “especialistas neutros” comparando a economia do Estado com a economia doméstica.

Este trabalho objetiva estudar a austeridade como instrumento para controlar as demandas por políticas públicas de saúde a partir de uma ótica regional, mas considerando aspectos nacionais, que são fundamentais para o caso. Para compreensão da questão regional, tem-se o exemplo da instalação de hospitais, que apresentam tendência a seguir a lógica de mercado, ao se instalarem em locais com maior retorno de lucro. Assim, o país tem 2,5 médicos por 1.000 habitantes — menor do que a média dos países da OCDE: 3,36 —, todavia há elevada concentração de profissionais no Sul, no Sudeste e no Centro Oeste, o qual possui média elevada pelo Distrito Federal, que tem 5,5 médicos por 1.000 habitantes (CFM, 2023). Além de as Regiões Norte e Nordeste terem déficit de profissionais, eles se concentram nas capitais, fator que foi, em parte, amenizado com o Programa Mais Médicos para o Brasil (PMM) (Viacava, 2013). Quando se aborda a questão de territorialidade das cidades, verifica-se que o PMM igualmente contribuiu para o atendimento de periferias das grandes cidades, as quais também têm carência de serviços médicos. Entretanto, o Programa Previne Brasil, criado em 2019, acabou representando retrocesso ao negar o princípio da universalidade do SUS, com a concepção segregadora de que o SUS é feito para as classes mais pobres.

1.1 Temática

O presente trabalho discorre e analisa a austeridade fiscal e o financiamento do Sistema Único de Saúde na região Nordeste. Busca-se esse intento após a promulgação da Constituição Federal de 1988, uma vez que o SUS foi instituído pela Carta Magna, não existindo anteriormente direito universal de acesso à saúde no Brasil, mas com foco a partir da LC nº 141.

A CF/88 foi promulgada no final dos anos 1980, todavia a ideologia da austeridade fiscal começa a surgir nos anos 1970, na Inglaterra, quando Margareth Thatcher ainda não era primeira-ministra. Antes desse cargo, a

política inglesa havia ocupado diversos outros postos associados a políticas públicas: eleita deputada em 1959, foi nomeada Secretária Parlamentar do Ministério das Pensões (1961-1964); novamente como deputada, focou seu trabalho na questão da habitação (1964-1966); já como Secretária de Estado para a Educação (1970-1974), tomou medidas impopulares de austeridade, sendo a retirada de alimentação escolar para crianças de sete a onze anos a mais conhecida delas.

Thatcher é quem mais personifica a ideia de austeridade fiscal no mundo, e tinha como grande influência intelectual o economista Friedrich August von Hayek, pelo fato de ele ser contra a intervenção do Estado na economia. Quando deputada, na década de 1960, já discursava contra excesso de recursos para políticas voltadas aos trabalhadores, pois, no seu entendimento, isso faria com que eles não se esforçassem para realizar as atividades laborais (Blyth, 2013). Outra característica muito forte de sua política era a visão das pessoas como mônadas, pois “não haveria o que se chama de ‘sociedade’, mas somente indivíduos”. Ou seja, a ideia de um Estado que nada deve ao cidadão em termos de solidariedade social faz parte do discurso da austeridade.

Desse modo, nota-se o contrassenso da promulgação de uma constituição cidadã, com direitos sociais avançados positivados no Brasil no final dos anos 1980, com o contexto neoliberal da época. Essa contraposição não ficaria entre Brasil *versus* restante do mundo capitalista, mas se concretizaria na impossibilidade da plena aplicação desses direitos, uma vez que, um ano após a promulgação da CF/88, adveio o Consenso de Washington, preconizando medidas neoliberais de privatização e de cortes fiscais que inviabilizariam a implementação de políticas sociais.

Dessa forma, a aprovação da Emenda Constitucional de Revisão (ECR) nº 1, que instituiu o Fundo Social de Emergência (FSE) em 1994, é bastante condizente com o contexto da época, pois desvinculou 20% do orçamento que pertencia também às políticas sociais para outras áreas a critério do gestor. Abordar normas referentes a planejamento e regras fiscais com impactos no subfinanciamento da saúde pública a partir da CF/88 até o ano de 2023 é imprescindível, tornando-se um ponto de partida para compreender as necessidades de serviços de saúde desde então, os interesses e as visões de

mundo dos envolvidos na elaboração dessas normas, assim como para entender em que medida elas prejudicam a ideia de democracia e de solidariedade social, uma vez que negam direitos constitucionais de acesso a políticas públicas.

Apresenta-se a seguir tabela com resumo das principais normas em relação ao financiamento do SUS desde a promulgação da CF/88:

QUADRO 1. PRINCIPAIS NORMAS COM IMPACTOS SOBRE FINANCIAMENTO DO SUS

Ano	Norma	Teor
1994	ECR nº 1	Institui o Fundo Social de Emergência (FSE).
1996	EC nº 10	Prorroga o FSE sob a nomenclatura Fundo de Estabilização Fiscal (FEF)
1996	CPMF	Acrescenta recursos para a saúde
2000	EC nº 27	Transforma o FEF em Desvinculação de Receitas da União (DRU) no valor de 20%, ou seja, deixa de ser fundo
2000	LC nº 101	Lei de Responsabilidade Fiscal, que trata de finanças públicas
2000	EC nº 29	Vinculação orçamentária para Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS)
2007	Portaria 204	Estabelece seis blocos de alocação de recursos
2012	LC nº 141	Regulamenta o art. 198, § 3º, da CF/88 e a EC nº 29/2000. Vigora até 2016, com a aprovação da EC nº 95.
2012	Decreto nº 7.827	Regulamenta a LC nº 141
2015	EC nº 86	Institui o caráter impositivo das emendas parlamentares, reservando a elas até 1,2% da Receita Corrente Líquida (RCL). Impõe que a União aplique 15% da RCL na área de saúde.
2016	EC nº 93	DRU passa a 30%. Aprovada DREM (para estados/Distrito Federal e municípios) no valor de 30%
2016	EC nº 95	“Teto de gastos”. Vigora até 2023.
2019	Portaria MS nº 2.979	Institui o Previne Brasil, evidenciando a focalização no âmbito do SUS
2020	EC nº 106	“Orçamento de guerra” no âmbito da Pandemia de Covid-19
2022	EC nº 126	“EC de transição” prorroga novamente a DRU para 31/12/2024, excluindo as receitas para o custeio da seguridade social. Orçamento impositivo de Emendas individuais passa de 1,2% da Receita Corrente Líquida (RCL) para

		2% da RCL. Emendas de bancada continuam seguem no com 1% da RCL.
2022	EC nº 127	Estipula que a União deverá prestar assistência financeira complementar aos estados, municípios e entidades filantrópicas, para o cumprimento dos pisos salariais dos profissionais de enfermagem
2023	LC 200/2023	Institui novo regime fiscal. Prevista pela EC nº 126, substitui a EC nº 95. “Novo Arcabouço Fiscal”

Fonte: elaboração própria (2023)

1.2 Delimitação do Problema, Pressupostos e Questão de Pesquisa

A pesquisa parte do pressuposto de que o subfinanciamento do SUS tem relação com os princípios neoliberais e com as políticas de austeridade fiscal, pois essa associação teria, como consequência, o controle de demandas e a provisão por políticas públicas no Brasil, de maneira geral, e no Nordeste, de modo específico, fazendo-se necessária a compreensão dessa vinculação de modo a provocar reflexão sobre as políticas públicas de saúde que o país quer e de que necessita, com enfoque na região aludida. Ademais, acerca da austeridade fiscal, o trabalho tentará demonstrar como ela se perfaz em um discurso ideológico e não técnico, que não se sustenta na materialidade da história do capitalismo no século XX e começo do século XXI.

Desse modo, a questão de pesquisa é como compreender a austeridade fiscal e seu impacto no subfinanciamento do SUS na região Nordeste.

A delimitação geográfica da pesquisa está circunscrita à região Nordeste, com vistas à análise dos efeitos da austeridade fiscal sobre a desigualdade da região, com ênfase nos estados, não se abordando, de maneira aprofundada, o impacto em espaços rurais, urbanos, intermediários, territórios de povos originários e povos tradicionais. A delimitação temporal da pesquisa abrange o atual período de democracia formal no Brasil, com foco a partir da aprovação da Lei Complementar nº 141/2012 até ano de 2023, motivo pelo qual o Novo Arcabouço Fiscal apresentado não será tratado de forma detalhada, pois foi aprovado em agosto de 2023, concomitantemente à elaboração desta dissertação.

Outro pressuposto para esta pesquisa é a necessidade de um Estado de solidariedade social, abordando-se os direitos sociais e seu cumprimento mediante políticas públicas de saúde, não sendo objeto deste estudo quais seriam os sistemas econômicos/de produção (capitalismo ou socialismo) mais viáveis para se alcançar a solidariedade social. Tangencialmente serão analisados os sistemas econômicos, uma vez que o neoliberalismo a ser examinado surge no contexto do sistema capitalista e pelo fato de esse sistema ter como um de seus grandes teóricos Maynard Keynes, o qual teve grande influência nas teorias econômicas de necessidade de expansão dos gastos (inclusive sociais) em períodos de crise e na concepção do *welfare state*.

Outro pressuposto apresentado é o de que a responsabilidade fiscal, produzida no domínio da austeridade fiscal, é igualmente uma concepção ideológica, com forte influência na sociedade brasileira, de modo que há poucos trabalhos críticos à austeridade fiscal no país, ao contrário do que ocorre em países centrais. Ademais, em espaços hegemônicos, não é comum a apresentação de pensamento divergente acerca da austeridade fiscal, de tal forma que analistas convidados para abordar questões econômicas e orçamentárias comumente são profissionais do mercado financeiro, com visões de mundo não relacionadas a políticas públicas ou desenvolvimento econômico.

O controle de demandas por políticas públicas é um pressuposto relacionado à ideologia neoliberal de que o Estado não é responsável por provê-las, uma vez que o indivíduo deve alcançá-las por mérito próprio e pagar por serviços como educação ou saúde, e assim, no caso brasileiro, o subfinanciamento do SUS inviabiliza sua qualidade sobretudo nas regiões Norte e Nordeste, espaços rurais, territórios de povos originários e tradicionais, territórios periféricos e cidades do interior.

A região Nordeste é composta por nove estados (Maranhão, Piauí, Ceará, Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco, Alagoas, Sergipe e Bahia) e é a segunda mais populosa do país, com 54,6 milhões de pessoas, atrás somente do Sudeste. Ademais, a região possui o menor IDH em comparação com as outras regiões brasileiras, o que demonstra a relevância do acesso à saúde pública para essa população e o impacto causado pelo subfinanciamento do SUS. Portanto, esses fenômenos merecem ser estudados, para que sejam

pensados políticas públicas e mais recursos ao SUS dessa região, a fim de diminuir as desigualdades.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo Geral

Analisar se os ajustes fiscais prejudicam mais a região Nordeste que as demais regiões brasileiras com foco a partir da EC nº 141.

1.3.2 Objetivos Específicos

Para o alcance do objetivo geral, têm-se os objetivos específicos a seguir:

- a) Discutir a Austeridade Fiscal;
- b) Apresentar o mecanismo de financiamento do SUS;
- c) Comparar a dinâmica dos valores repassados do SUS para as unidades da Federação.

1.4 Justificativa

“Austeridade” é um termo de conotação bastante positiva na sociedade brasileira, assim como “responsabilidade”, pois remetem a atitudes ponderadas, disciplinadas, sensatas, sóbrias e conscientes. Ademais, o termo “Responsabilidade Fiscal” porta a ideia de que o governante que investe é irresponsável, pois gasta “demais”.

Marilena Chauí (2008), ao discorrer sobre o pensamento de Hegel, Marx e Engels para apresentar o que seria ideologia, afirma que Marx mantém o conceito de dialética (contradições internas a serem superadas, que geram uma síntese) de Hegel como movimento da realidade — porém compreende que o motor não é o espírito, mas o contraste entre homens reais em condições históricas reais —, assim como mantém a noção de que a realidade é histórica e reflexiva. Marx, então, prossegue com a definição de alienação, do homem que se aliena de si, questionando o fato de o homem submetido à dominação não se

revoltar contra sua condição, de modo que a resposta estaria na ideologia, em que ocorre o ocultamento e a naturalização das ideias, como se essas fossem um dado, e não algo socialmente construído pela classe que domina determinada sociedade (Chauí, 2008).

A ideologia não é um processo consciente, mas produzido pelas condições materiais, históricas, e faz com que os homens acreditem, por exemplo, que, se são pobres, o são porque não se esforçaram para enriquecer; que são iguais perante a lei, mas esconde que quem produz as leis são os dominantes. A ideologia também faz com que a dominação real não seja percebida, pois busca ocultá-la ao apresentar ideias tidas como “verdadeiras” (Chauí, 2008).

Assim, o discurso de austeridade apresenta-se como ideológico em diversos aspectos, pois compara a economia de um Estado ou de uma nação à economia doméstica, o que não tem lastro na realidade. Não há desenvolvimento econômico com austeridade. Outro aspecto importante quanto à austeridade no Brasil é o deslocamento de recursos de políticas sociais para outras áreas, como para formar superávit primário ou pagamento da dívida, de modo que a prática de austeridade fica comprometida ao se constatar, na verdade, desvio de recursos para outra finalidade.

É igualmente problemático o fato de determinadas regras fiscais em nosso ordenamento legal não serem aplicadas em outros países, de variados níveis de desenvolvimento econômico, como o teto de gastos de 20 anos, que somente passou a existir em 2016 e acabou extinta e nunca se cumpriu.

Além das regras fiscais problemáticas, Fleury (2009) recorda que o gasto com saúde não é neutro, pois privilegia setores, unidades de serviço e unidades federativas, reproduzindo desigualdades sociais, fazendo-se necessários modelos de gastos para romper as desigualdades produzidas.

A presente dissertação tenta contribuir para o Programa de Mestrado Profissional em Planejamento e Governança Pública, a linha de pesquisa em Planejamento e Políticas Públicas, e a área de concentração de Planejamento Público e Desenvolvimento, ao apresentar outras formas de se planejar o orçamento público para a saúde, discorrendo sobre a história do SUS e das normas que afetaram os direitos e as obrigações orçamentárias para estados e

municípios, sobre como essas normas interferem na ideia de autonomia presente no federalismo brasileiro, bem como no financiamento do SUS no contexto da região Nordeste. Em termos profissionais, o estudo é muito relevante, porquanto os valores e a prática de austeridade comprometem sobretudo o direito à saúde e o acesso a políticas de saúde consagrados na Constituição Federal, o que prejudica sobremaneira as regiões Norte e Nordeste, espaços rurais, territórios de povos originários e tradicionais, territórios periféricos e cidades do interior, afetando os resultados do trabalho do Ministério da Saúde.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

Neste item abordam-se os principais conceitos e categorias para o desenvolvimento do trabalho, de modo que são apresentados:

- a) políticas públicas e pacto federativo;
- b) ideologia e hegemonia;
- c) neoliberalismo e austeridade.

A austeridade fiscal é considerada problemática para autores que consideram a saúde um direito público. Todavia, há pensadores liberais que consideram que saúde é um bem privado, sem necessidade de o Estado provê-lo. Tem-se que os elementos citados formam a base teórica para compreensão da problemática quanto à criação do SUS e ao seu financiamento.

Para se compreender melhor a austeridade fiscal e sua relação com o financiamento do SUS, faz-se necessária a abordagem de três temas que serão tratados a seguir: a) Pacto federativo e Políticas Públicas, b) Ideologia e Hegemonia, c) Neoliberalismo e Austeridade. Pacto federativo e Políticas Públicas é importante para o presente estudo devido ao fato de o Brasil ser uma federação e a que o SUS ser responsabilidade de todos os entes federados, levando-se em conta que as políticas públicas têm efeito redistributivo, o que é importante para regiões de menor IDH. Ideologia e hegemonia é um capítulo para trazer reflexão, pois ao longo dos anos 2000, a LRF e a austeridade que porta passam a ganhar legitimidade nos espaços hegemônicos, como universidades, mídias, Justiça, parlamento e instituições governamentais, prejudicando o cumprimento de preceitos constitucionais democráticos

acordados na CF/88. A ideologia é um instrumento de dominação de um grupo sobre outro, sem percepção de dominação, e a hegemonia se refere se refere à junção de coerção e consenso, de modo que a coerção se apresente amparada no consenso da maioria, e há uma ideologia de austeridade prevalecente no país desde o final da década de 1980, no âmbito do neoliberalismo, que faz com que menos recursos sejam repassados da União aos entes subnacionais. A austeridade fiscal se fortaleceu no Brasil com a aprovação da LC nº 101/2000 (LRF), e a LRF foi rechaçada por políticos e acadêmicos quando de sua elaboração. Todavia, ao longo dos anos 2000, a LRF e a austeridade que porta passaram a ganhar legitimidade nos espaços hegemônicos, como universidades, mídias corporativas e instituições governamentais. Posteriormente, outras normas, como a EC nº 95/2016, a EC nº 95/2016 e a LC nº 200/2023 fortaleceriam a austeridade como valor e visão de mundo na sociedade brasileira.

2.1 Pacto federativo e políticas públicas

Política pública é tudo que o governo decide fazer ou não fazer, podendo regulamentar comportamentos, organizar burocracias, distribuir benefícios e arrecadar impostos, segundo Dye (2011). Políticas públicas, em geral, têm efeitos redistributivos, visando a modificar a posição dos indivíduos quanto ao acesso a bens e serviços públicos em contraposição a sua condição financeira, de modo que as políticas públicas constituem um direito, desvinculando-se sua provisão da condição econômica (Levi, 2016). Muller (1998) compreende que o primeiro problema acerca de políticas públicas é saber quando se está diante de uma política pública, mas podem-se identificar alguns elementos para se fundamentar uma política, como coerção, encontrar-se em um marco geral de ação, não de medidas isoladas, ter um público-alvo, e ter metas definidas a partir de normas e valores. Dois conceitos são fundamentais para se compreender o campo de políticas públicas, a saber: problema público (situação que incomoda e exige resolução) e política pública (diretriz para enfrentar o problema público), e o problema público é o ponto de partida para a análise de políticas públicas (Secchi, 2016).

Dye (2011) afirma que as políticas públicas refletem os valores mais importantes da sociedade e o conflito entre eles. A tomada de decisão nessa área depende de como o público define o problema e da atitude predominante da sociedade em relação ao papel do governo (Dye, 2011). O ato de decisão é precedido por processos de conflito e de acordo, envolvendo grupos de interesse influentes na política (Frei, 2009 *apud* Silva; Bassi, 2012). Secchi (2016) define que uma boa decisão política é embasada em informações e análises confiáveis, e que a análise de políticas públicas é a atividade e o campo de conhecimento relacionados a sistematização de conhecimentos para enfrentamento de problemas públicos, e essa análise busca melhorar a formulação, o processo decisório e a implementação. Destacam-se entre os métodos de análise de políticas públicas: análise de custo-benefício, análise de custo-efetividade, métodos participativos e técnicas de *nudge* (Secchi, 2016).

A análise de política pública depende de delimitação do problema e ela gera informações para a tomada de decisão, uma vez que decisões sofisticadas usam métodos, evidências e parâmetros, de modo a evitar repetição, preconceito e autointeresse, ou seja, a análise busca o profissionalismo (Secchi, 2016).

Todavia, a análise de políticas públicas não garante boas decisões, tendo-se como exemplo equipes econômicas que tomam decisões baseadas em modelos estatísticos, mas sem considerar análise social e política (Secchi, 2016), o que faz com que muitos economistas se defendam argumentando que políticas econômicas não são políticas públicas. Ademais, improvisação é uma prática comum, assim como visão de curto prazo, segundo o autor.

As políticas públicas possuem as seguintes partes constitutivas: políticas, programas, decisões e impactos, e incluem intenção (propósito) e ação (Heidemann, 2009 *apud* Dye, 2011). Heidemann chega a afirmar que as ações/práticas de governo e de outros atores sociais (inclui-se o Terceiro Setor: Organizações Não-Governamentais, associações e empresas) constituem as políticas públicas (Heidemann, 2009 *apud* Dye, 2011), assim como as organizações sociais, embora o dever legal fique a cargo dos governos.

A literatura de políticas públicas apresenta ênfase no *policy cycle* (ciclo político). Klaus Frey (2000) entende que o ciclo de políticas públicas (*policy*

cycle) é a subdivisão em fases do processo político-administrativo de resolução de problemas e identifica cinco fases: a) percepção e definição de problemas; b) agenda-setting; c) elaboração de programas/formulação e de decisão; d) implementação de políticas públicas; e) avaliação e eventual reformulação.

O enfoque sequencial possui limites, pois a ordem das etapas pode ser inversa, algumas etapas são difíceis de se identificarem, sendo a formulação a fase mais difícil de se compreender, podem ser utilizadas para validação de procedimentos mais informais – inclusive pode ocorrer de uma decisão já modificar comportamentos (Muller, 1998).

Muller (1998) afirma que o marco sequencial tem sua importância nas perguntas que proporciona, e as etapas não devem ser usadas de maneira mecânica, pois são um fluxo contínuo de decisões e procedimentos. Ademais, é interessante tomar a política pública como um conjunto de sequências paralelas, que interagem entre si e se modificam, de maneira que é necessário que os atores reformulem os objetivos e os métodos de ação (Muller, 1998).

Por sua vez, Dye (2011) apresenta modelos teóricos para compreensão de políticas públicas e informa que nenhum deles foi criado para o estudo dessas políticas especificamente, mas para o estudo de ciência política, de modo geral. O autor lista oito modelos: a) modelo de processo; b) modelo institucional; c) modelo da escolha racional; d) modelo incremental; e) modelo de grupos; f) modelo de elite; g) modelo da escolha pública; e h) modelo de teoria dos jogos.

Especificamente acerca do modelo de elites, este partiria do pressuposto de que a sociedade é dividida em poucos que têm poder e muitos que não o têm, e os valores e as preferências da elite dirigente guariam a concepção de políticas públicas (Dye, 2011). O autor informa que esse modelo concebe o povo/massa como apático e mal-informado sobre políticas públicas, de tal forma que a elite formata a opinião das massas sobre questões políticas. Desse modo, a ascensão para a elite deveria ser lenta e contínua para manutenção da estabilidade e para evitar revolução, bem como mudanças em políticas públicas deveriam ser incrementais em vez de revolucionárias. Portanto, segundo o modelo, inovações em políticas públicas ocorreriam como redefinição dos valores das elites ou adviriam para preservação do sistema, quando, por autointeresse, as elites instituíssem reformas nele (Dye, 2011).

Klaus Frey (2000) recorda que há três abordagens na ciência política: *polity*, *politics* e *public policy*. *Polity* diz respeito à dimensão institucional/ instituições políticas/ estrutura institucional; *politics* trata da dimensão político-processual/ processos políticos/decisórios/ forças políticas no processo decisório; já *public policy* é a dimensão material de política/ políticas públicas/ conteúdos da política pública. Há interdependência entre *politics* e *public policy*, e a *politics* é primordial para entender as variáveis favoráveis e não favoráveis para que um problema entre na agenda (Frey, 2000).

Dye (2011) afirma que a decisão do que será considerado um problema é mais importante do que a respectiva solução, e o estabelecimento do problema e a definição de agenda são fases que se entrelaçam. A montagem da agenda se refere a problemas que chamam ou não atenção por parte do governo, e é importante se questionar por que alguns problemas entram na agenda governamental e outros, não, sendo essa a etapa mais crítica do ciclo de políticas públicas (Howlett, Ramesh e Perl, 2013).

Dye (2009) informa que o modelo elitista de definição de agenda foca no papel de líderes de negócios, finanças, na mídia, assim como no governo, de modo que esses líderes podem observar o desenvolvimento societal como algo que poderia ameaçar seus valores e interesses (primordialmente econômicos). A definição de agenda começaria informalmente em sala de reuniões, grupos de discussão e reuniões sociais, terminando no governo (Dye, 2009). Ademais, há economistas do mercado financeiro que influenciam fundações e *think tanks* (ou seus membros têm suas próprias fundações e seus próprios *thinks tanks*). Comumente, quando a política pública está em consonância com a opinião pública, pode ser que haja influência das corporações de mídia, segundo o professor. Vale assinalar que formulação pode ser confundida com tomada de decisão (*decision-making*) a depender do autor, mas a tomada de decisão sempre é anterior à implementação.

Souza (2006 *apud* Silva; Bassi, 2012) preconiza que há três formas pelas quais os governos definem sua agenda: foco nos problemas, foco na política e foco nos participantes que definem a agenda e nos participantes invisíveis que definem as alternativas. Lahera (2004 *apud* Silva; Bassi, 2012) recorda que há indivíduos e corporações mais aptos a influenciarem a formatação da agenda,

fazendo com que agenda pública seja um jogo de poder. Nesse jogo, o discurso moral de responsabilidade fiscal é predominante e influencia os recursos destinados às políticas públicas. O nível de desenvolvimento explica o conjunto de políticas tomadas mais do que fatores culturais e políticos, o que fez surgir a tese da convergência, que afirma que, à medida que os países se industrializam, tendem a convergir para mesmas políticas públicas, sendo uma visão de que a montagem da agenda seria um processo automático por conta das pressões da industrialização. Mas essa tese foi questionada por simplificar o processo de desenvolvimento e retratar de maneira errônea as políticas públicas reais de bem-estar social (Howlett, Ramesh e Perl, 2013). Howlett, Ramesh e Perl (2013) informam que o modelo de dependência de recursos surgiu na década de 1980 e tratava os fatores econômicos e políticos como um todo, entendendo que a industrialização portava necessidade de políticas de seguridade social, de geração de recursos, de seguro-desemprego e outras semelhantes, mas era um modelo de nível elevado de abstração. Desse modo, recorreu-se uma nova economia política da política pública (Hancock, 1983, apud Howlett, Ramesh e Perl, 2013) de modo a reagrupar variáveis políticas e econômicas a serem estudadas como um conjunto (Howlett, Ramesh e Perl, 2013).

O conjunto de ideias e ideologias podem ter impacto na formulação de políticas públicas, pois as visões de mundo ou as ideologias dão sentido a realidades complexas, de modo que os problemas políticos surgem em discursos sociais comumente como função de construtos ideológicos já existentes (Howlett, Ramesh e Perl, 2013). Assim, a ideia de que a agenda se baseia em critérios racionais é enganosa, pois os formuladores de políticas estão expostos aos mesmos discursos ideológicos e manipulação de símbolos do restante da população (Howlett, Ramesh e Perl, 2013).

Acerca da montagem da agenda, há distinção entre agenda pública sistêmica/ informal e agenda de Estado/ institucional / formal. A agenda pública sistêmica abrange questões que requerem tratamento por parte do poder público, mas somente uma pequena parcela dessas questões é considerada problema público (Howlett, Ramesh e Perl, 2013).

A formulação de políticas públicas se trata de solução para se enfrentar problemas públicos e inclui a identificação de restrições técnicas e políticas à

ação governamental (Howlett, Ramesh e Perl, 2013). Entre suas características, tem-se que a formulação de políticas públicas prossegue mesmo sem a definição dos problemas, mesmo sem que os formuladores tenham tido contato com o público afetado — formulação e a reformulação podem ocorrer durante um período considerável e prosseguir sem apoio, e seu processo nunca é neutro — ou seja, o processo de formulação de políticas é difuso e desconexo (Howlett, Ramesh e Perl, 2013).

Tem-se que a etapa de formulação pode ser subdividida nas fases de apreciação, diálogo e consolidação. Na fase de apreciação identificam-se dados e a evidência de várias instituições de pesquisa, governamentais ou não; já na fase de diálogo, há comunicação entre atores políticos sobre as questões e eventuais soluções; por fim, na fase de consolidação, após a elaboração de recomendações, ocorrem objeções e feedback mais ou menos formais acerca das recomendações apresentadas. Os formuladores enfrentam restrições substantivas e procedimentais. As restrições substantivas se referem à natureza do problema, já as procedimentais estão relacionadas com as formas de proceder na execução (Howlett, Ramesh e Perl, 2013).

Destaca-se que a substância da formulação das políticas públicas são os instrumentos políticos, como persuasão, regulação, subsídios, empréstimos, tributação, provisão direta (Howlett, Ramesh e Perl, 2013).

Howlett, Ramesh e Perl (2013) afirmam que a etapa da tomada de decisão não contém toda decisão presente na política pública, mas está firmemente alicerçada nas etapas anteriores e significa escolha de poucas resoluções para um problema. Segundo os autores, há três tipos de escolhas: negativas, positivas e não decisões. Com a escolha negativa, o ciclo político é interrompido e se confirma que o *status quo* é apropriado; a escolha positiva altera o status quo; e as não-decisões são influenciadas por ideologias, religiões e visões de mundo que mantêm o *status quo* (Howlett, Ramesh e Perl, 2013).

Por sua vez, a implementação trata-se de colocar em prática a tomada de decisão por meio de recursos, pessoal e normas. Apesar de a implementação depender de servidores públicos, atores não-governamentais também podem participar dessa etapa, segundo Howlett, Ramesh e Perl (2013). Quanto aos políticos, eles participam mais ativamente da tomada de decisão que precede a

implementação, de maneira que esse estágio é incumbência de servidores assalariados por causa das normas a serem seguidas que codificam os produtos da etapa de tomada de decisão (Howlett, Ramesh e Perl, 2013).

Por fim, a avaliação de políticas públicas trata-se da etapa que avalia se uma política pública está funcionando a partir da verificação dos meios empregados e dos objetivos, e determina a eficácia. A partir da avaliação, o problema e as soluções podem ser repensados, pode-se retornar a outra etapa do ciclo ou até se manter o *status que* (Howlett, Ramesh e Perl, 2013).

Destaca-se que a avaliação é um estágio que gera aprendizagem política, que abarca compreender consequências intencionais e não intencionais, assim como os aspectos positivos e negativos das políticas públicas em andamento e as alternativas ao *status quo* (Howlett, Ramesh e Perl, 2013).

Após essa breve exposição sobre políticas públicas, no caso brasileiro, faz-se importante destacar que ela se insere numa discussão mais ampla, que é a questão federativa, porque se relaciona à solidariedade e ao financiamento dos entes subnacionais, seja por meios próprios, seja por meio de transferências de outros entes.

O federalismo moderno é uma forma de Estado que se contrapõe ao Estado unitário, pois comporta ao menos dois níveis territoriais autônomos de governo (central/nacional e descentralizado/subnacional). Essa nova forma surgiu nos Estados Unidos em 1787 com o objetivo de manter a autonomia das unidades territoriais e, ao mesmo tempo, ter o benefício de um Estado de dimensão que proporcione maior proteção em relação a questões externas, como conflitos bélicos e comércio (Soares; Machado, 2017). Desse modo, havia treze colônias nos Estados Unidos que decidiram se unir, o que implicou um movimento centrípeto de constituição da federação, ou seja, de centralização do poder. No caso do Brasil, ocorreu movimento inverso, ou seja, centrífugo, do poder central para as unidades territoriais, para que fosse mantida a união do país quando da Proclamação da República em 1889. Entretanto, é importante destacar que há diferença entre federalização e descentralização, uma vez que essa última também ocorre em estados unitários, podendo haver diversos graus de conformação. O que diferencia estados federativos de unitários é que os

entes subnacionais do primeiro grupo teriam direitos políticos que lhes confeririam autoridade decisória (Arretche, 2020).

Ressalta-se que não há relação direta entre federalismo – e sua distribuição de poder pelo território – e democracia, de modo que a maior parte dos estados unitários são igualmente democracias, embora o federalismo se apresente como sistema para governabilidade em contexto de grande heterogeneidade cultural e territorial (Soares; Machado, 2017). Os autores assinalam que não há consenso quanto ao federalismo ser uma forma positiva, pois pode ocorrer de autoridades dos territórios terem maior preocupação paroquial, restringindo o poder central e atrapalhando a implementação de políticas nacionais, que, de modo geral, são mais eficientes.

Gregory Mankiw (2019) estabelece uma diferenciação entre bens públicos e bens privados em seu livro *Introdução à Economia*, uma relevante distinção para a teoria econômica – que será importante para as análises de Stiglitz (1999) e de Oates (1999). Aquele autor afirma que a maior parte dos bens na economia são privados e que são ao mesmo tempo excludentes e rivais no consumo. Excludente significa que se pode privar um indivíduo de ter acesso a ele, enquanto rival relaciona-se ao fato de que, se uma pessoa desfruta de um bem, isso reduz ou impossibilita que outra o faça (Mankiw, 2019). Já os bens públicos não são excludentes nem rivais, ninguém pode ser privado de desfrutar de um bem público, e seu uso por um indivíduo não impede o uso por mais pessoas.

Stiglitz (1999) promove um debate sobre a afirmação de que há bens públicos nacionais que são mais eficientes ao serem providos pelo governo federal. Por outro lado, apresenta a hipótese de Charles Tiebout de que a competição entre localidades seria melhor para a provisão de serviços públicos, pois levaria à maior eficiência, assim como ocorre em relação à competição entre empresas para provisão de bens privados. Para Tiebout, segundo Stiglitz, o eleitor “vota com os pés”, ao escolher determinado local para viver.

Contudo, Stiglitz (1999) aponta limitações para essa hipótese, constatando haver falhas de mercado, como externalidades negativas, de modo que a decisão de uma comunidade afeta outra, assim como pode levar à diminuição da arrecadação de tributos, favorecendo somente empresas privadas, e não as localidades. Esse contexto faz com que seja mais interessante

a cooperação ao invés da competição entre as localidades, convergindo para a observação de Oates (1999) de que a competição entre os governos subnacionais porta distorções alocativas. Ademais, a redistribuição também fica comprometida. Isso demonstra que, para Stiglitz (1999), há vantagens no fato de a tributação ser a nível federal, já que o governo central afeta os gastos locais por meio do sistema federal de tributação.

Sobre a afirmação de que o governo local, por ser mais próximo do cidadão, seria mais responsivo, Oates (1999) afirma que é necessário alinhar as responsabilidades administrativas e fiscais a níveis apropriados de governo. O autor compreende que a estabilidade macroeconômica e a redistribuição de renda cabem ao governo central, enquanto os governos subnacionais devem ser responsáveis pela provisão de bens e serviços limitados a sua jurisdição. Acerca das receitas, o autor compreende que as transferências intergovernamentais têm três funções principais, quais sejam, internalização de benefícios para outros entes, equalização fiscal entre os entes e o aprimoramento do sistema tributário, e elas estão em dois grandes grupos: transferências condicionais, com restrições para a alocação, e transferências incondicionais, com alocação livre por parte do gestor. As transferências incondicionais são mais adequadas para a equalização fiscal, baseada em valores sociais e no princípio de equidade. Ele também diz que é forte o argumento de que um governo central coletor de tributos que compartilha receita com os governos subnacionais tende a alcançar a equalização fiscal.

Segundo a tipologia de Soares e Machado (2017), a descentralização fiscal no Brasil é limitada, pois os entes descentralizados, apesar de terem garantia de recursos por transferências obrigatórias e de arrecadarem tributos, têm pouca autonomia para comprometer despesas com políticas públicas de sua escolha e não podem contrair empréstimo sem autorização do poder central.

Além disso, os autores apontam aspectos negativos da descentralização: o ganho de escala proporcionado pela centralização é afetado quando localidades produzem externalidades negativas e a elaboração de políticas redistributivas é prejudicada pela descentralização fiscal relacionada à oferta de bens públicos. Eles também questionam se seria um elemento positivo a proximidade entre governantes e governados, com potencial fortalecimento da

democracia, uma vez que essa proximidade física não garantiria maior envolvimento por parte da sociedade. Em relação à questão econômica, não há fundamento teórico nem base real quanto à afirmação de que a descentralização favoreceria a economia por uma pretensa maior flexibilidade relacionada ao fato de os gestores estarem mais próximos dos cidadãos e compreenderem melhor sua necessidade (Soares; Machado, 2017).

Stiglitz (1999) entende que a característica do Estado federal é a divisão de responsabilidade entre o governo central e os governos subnacionais, o que é complexo e varia conforme o caso concreto, envolvendo regulação, financiamento, administração. Com base nos estudos de Rike, segundo Soares e Machado (2017), afirma-se que o federalismo não é uma variável relevante quanto às políticas públicas, mas quatro dimensões institucionais (não exaustivas) o são: grau de centralização jurisdicional; federalismo partidário; poder de revisão e arbitramento por uma corte suprema e federalismo fiscal:

- a) o grau de centralização jurisdicional está relacionado ao poder do governo central de legislar sobre matérias referentes aos entes subnacionais com vistas à coordenação federativa e à implementação de políticas públicas nacionais, assim como às possibilidades de veto dos entes subnacionais a esse poder da União;
- b) o federalismo partidário pode ser descentralizado ou centralizado. É descentralizado quando os partidos no nível subnacional são independentes dos partidos do nível nacional, tendo como consequência o fortalecimento da autonomia local. Por outro lado, é centralizado se as lideranças dos partidos nacionais influenciam as eleições locais;
- c) o poder de revisão e arbitramento por uma corte suprema diz respeito à existência de uma corte de justiça com atribuição de decidir sobre conflitos federativos, o que afeta o pacto federativo e as políticas públicas, pois ela versará sobre o grau de autonomia dos entes locais acerca de suas políticas públicas;
- d) o federalismo fiscal corresponde à distribuição de receitas entre o governo central e os entes subnacionais por meio da divisão de competências de arrecadar, das transferências, da arrecadação própria ou do endividamento público. A arrecadação centralizada privilegia a

concepção de políticas públicas nacionais e a diminuição de iniquidades entre os entes federados.

Ainda acerca da relação entre federalismo e políticas públicas, Arretche (2020) afirma que não há variação relevante, quanto à participação dos entes subnacionais nos orçamentos nacionais, entre Estados federativos e unitários. Ademais, a pesquisadora sugere que o poder de decisão (*self-rule*) e o poder de veto no âmbito federal (*shared-rule*) têm mais impacto no tocante à implementação de políticas públicas.

Soares e Machado (2017) apresentam sete dimensões institucionais do federalismo no Brasil:

- a) divisão do território em três níveis de governo;
- b) Poder Executivo e Poder Legislativo nos três níveis de governo por meio de eleição direta;
- c) Senado como representante dos estados;
- d) Poder Judiciário no nível nacional e no estadual;
- e) suprema corte com poder de julgar conflitos federativos;
- f) descentralização fiscal; e
- g) descentralização administrativa.

Apesar da dimensão de descentralização fiscal, na década de 1990, houve aumento do poder do governo central mediante o aumento da carga tributária e de tributação exclusiva e a criação do Fundo Social de Emergência (FSE), que tirou recursos devidos aos estados e aos municípios. Posteriormente, o FSE passou a se chamar Fundo de Estabilização Fiscal (FEF), deixando de se constituir um fundo ao ser transformado em Desvinculação de Receitas da União (DRU).

Outra medida que diminuiu a autonomia dos estados foi o Programa de estímulo à redução do setor público estadual na atividade financeira bancária (Proes), que fez com que os bancos estaduais fossem privatizados e os governos estaduais ficassem sem os empréstimos de seus bancos (Soares; Machado, 2017). Ainda, Stiglitz (1999) recorda que programas para resgate de governos subnacionais pelo governo central se constituem em problema, pois podem estimular outros governos subnacionais a se endividarem. É possível verificar que essa questão se torna mais complexa quando o autor aponta que o

governo central comumente obriga os governos subnacionais a proverem serviços sem lhes assegurar os recursos necessários.

A fragmentação do federalismo poderia prejudicar a implantação de políticas universais ao longo do território nacional, mas os estudos não confirmam essa hipótese. O federalismo fiscal no Brasil, a partir da CF/88, proporcionou transferências obrigatórias e não condicionadas, mas sem descentralização coordenada dos gastos, inclusive estimulando a não instituição deliberada de tributos por parte de estados e municípios para que seus governantes não perdessem capital político. O Fundo de Participação dos Estados (FPE) e o Fundo de Participação dos Municípios (FPM) não têm efeito sobre as desigualdades regionais, mas as transferências do Fundo Nacional de Saúde (FNS) têm resultados redistributivos quanto ao aspecto de solidariedade do federalismo fiscal (Soares; Machado, 2017). Essa redistribuição está associada, em um primeiro momento, à questão de os recursos do FNS se darem por repasse fundo a fundo, havendo, obrigatoriamente, vinculação para a saúde, ou seja, para uma política específica; em segundo lugar, está relacionada à diminuição da desigualdade e à busca da equidade ao tratar a saúde como um bem público, não comercializável, destinada a quem não poderia (nem deveria) pagar por ele (Levi, 2016).

A relação entre federalismo e políticas públicas é uma preocupação da professora Marta Arretche (2004), que igualmente analisa a afirmação de que Estados federativos, em tese, poderiam ter problemas de coordenação das políticas, por conta da competição entre os níveis de governo e a superposição de competências. A autora recorda que o Brasil, desde o início da federação, adotou o princípio de separação de fontes tributárias, com distinção de tributos de competência da União e dos estados. Há bastante desigualdade de arrecadação entre estados e entre municípios, inclusive entre municípios do mesmo estado, que é amenizada pelas transferências intergovernamentais, as quais formam a maior parte da receita dos municípios com menos de cinco mil habitantes. Assim, os entes subnacionais menos desenvolvidos economicamente têm mais dificuldade de implantar políticas públicas, e os municípios, em comparação aos estados, têm menos poderes legal e financeiro para fornecer políticas de saúde pública. A questão da superposição de

competências fica difícil de ser superada, uma vez que as desigualdades entre os entes fazem com que seja inviável estabelecer competências exclusivas entre níveis de governo em relação às políticas sociais, de modo que a CF/88 dispõe que a maior parte das políticas sociais são concorrentes.

A gestão do SUS é descentralizada e hierarquizada (comando único em cada esfera), sendo a União a responsável pela formulação da política de saúde e sua principal financiadora. Ressalta-se que, apesar de as políticas de saúde serem elaboradas pelo Ministério da Saúde, elas devem ser pactuadas por estados e municípios, de modo que o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias municipais de Saúde (CONASEMS) possam limitar a atuação do Ministério da Saúde (Arretche, 2004).

2.2 Ideologia e Hegemonia

Ideologia é um termo cunhado pelo filósofo iluminista e revolucionário da Revolução Francesa, Destutt de Tracy, a partir de sua obra *Éléments d'idéologie*, com significado original de estudo das ideias, não se tratando de sistemas de ideias (Eagleton, 2019). Para ele, as ideias eram a base da estrutura social, mas os determinantes finais da vida social seriam as relações econômicas, de modo que o pensador acaba chegando à conclusão de que as motivações nas sociedades de classe são irracionais, e passa a compreender a importância dos sentimentos e da experiência (Eagleton, 2019).

O livro *A ideologia alemã*, de Marx e Engels, é uma crítica aos filósofos “jovens hegelianos”, pois, estes estariam ainda ligados à metafísica e à abstração e seriam ideólogos que não indagam a relação entre a realidade, a filosofia alemã e a realidade alemã (sua materialidade). Marx tem influência da dialética de Hegel, mas passa da dialética idealista para a dialética materialista, na qual a contradição ocorre entre homens reais, em condições históricas reais, viabilizando o método histórico-dialético. Marx também conserva a contradição entre parecer e ser, segundo Marilena Chauí (2008).

Ao contrário dos jovens hegelianos, Marx e Engels (2005) afirmam que os pressupostos de seu trabalho não são abstrações, sendo o primeiro deles a existência de seres humanos, os quais não se distinguem dos animais pela

consciência, mas pelo fato de produzirem os meios que garantem sua reprodução a partir das condições materiais que encontram. Recordam que a segmentação de trabalho em uma nação leva à divisão entre o trabalho industrial e comercial de um lado e o trabalho agrícola, de outro, com a consequente distinção entre campo e cidade.

A estrutura social e o Estado surgem a partir da ação e da produção materiais de determinados indivíduos, de modo que a produção de consciências (ideias) – como a religião e a moral, por exemplo – está vinculada à produção material humana, ou seja, a experiência terrena ocorre antes, as ideias, depois, logo a vida determina a consciência, e não o contrário, como acreditavam os jovens hegelianos (Marx; Engels, 2005). Assim, os pensadores defendem a “ciência real”, “positiva”, e consideram que a história deve ser estudada juntamente com a história da indústria e da troca. O homem também tem consciência, mas esta não é pura, no sentido de ser independente da vivência terrena, mas sim uma consciência do meio sensível que está mais próximo do indivíduo e, portanto, a ideologia deve ser compreendida a partir da chamada “práxis material” (Marx; Engels, 2005).

A ideologia produzida não é um processo consciente, mas involuntário, a partir das condições objetivas da vida material. Como exemplo de ideologia tem-se o Direito, que faz com que os homens acreditem que são iguais perante a lei, mas o correto seria verificar que a elaboração das leis é feita pelo grupo dominante e que o Estado é instrumento desse grupo (Chauí, 2008).

Para os filósofos materialistas, a divisão do trabalho ocorre a partir da divisão entre trabalho material e trabalho espiritual, da distribuição desigual do trabalho, tanto quantitativa quanto qualitativamente, e da propriedade; e a cooperação no âmbito da divisão social engendra um poder social fora dos homens e independente de sua vontade, uma alienação (Marx; Engels, 2005).

Para discorrer sobre a ideologia, Chauí (2008) questiona como o homem não percebe que está sendo explorado e dominado, e afirma que, para Marx e Engels, as ideologias surgem quando da divisão do trabalho manual do trabalho intelectual, ou seja, de uma separação do mundo real e do mundo das ideias, de tal maneira que este último tenha proeminência em relação ao mundo real. A categoria alienação é importante por ser a primeira forma de consciência, ou

seja, por meio da alienação, as ideias são concebidas como autônomas, produzidas pelo pensamento, e não pela produção material.

A ideologia é um instrumento de dominação de um grupo sobre outro, fazendo com que o grupo dominado não perceba essa dominação (Chauí, 2008). A autora igualmente expõe que a ideologia serve para fazer os homens acharem que a dominação à qual estão sujeitos tem como razão a natureza, a religião ou a ciência, e, portanto, seria legítima, pois parte de ideias tidas como verdadeiras e autônomas, e que os indivíduos das classes dominantes são os produtores das ideias dominantes.

Retornando ao aspecto material, para Marx e Engels (2005), o proletariado somente pode existir ligado à história mundial, e não como indivíduos locais, por isso a ideia de nação é uma limitação à liberdade do indivíduo. Ademais, história e natureza não são separadas, de modo que o homem não se liberta (ou se emancipa) sem ter alcançado alimentação e habitação, entre outras necessidades primárias, tanto quantitativa quanto qualitativamente. A libertação é um ato histórico que se dá por meio da história, da economia, das trocas comerciais e da força produtiva (Marx; Engels, 2005).

Terry Eagleton (2019), ao abordar o que seria ideologia para Marx e Engels, igualmente endossa que, independentemente do período histórico, as ideias dominantes são as da classe econômica dominante, ou seja, a que é proprietária dos meios de produção material também tem os meios de produção das ideias. Ademais, essas ideias dominantes são a expressão ideal das relações materiais, ou “falsa consciência”. Todavia, ele ressalta que a noção de falsa consciência foi muito atacada por teóricos do século XX, pelo fato de pressupor uma verdade absoluta. A partir do século XVIII, as ideias passam a ser mais abstratas e com caráter de universalidade, de modo que a classe dominante necessita apresentar suas ideias como se fossem as ideias de toda a sociedade e como as únicas legítimas, assim como faz seu interesse particular parecer um interesse geral (Eagleton, 2019).

O autor recorda que Marx e Engels, em *Manuscritos econômicos e filosóficos*, baseados na teoria da alienação, afirmam que os processos e as atividades humanas aparentam ter uma existência autônoma para os sujeitos, de tal forma que eles não compreendem que são eles os produtores desses

processos e dessas atividades, o que inclui a consciência. Destaca-se que, antes de Marx e Engels, outros pensadores também tinham o entendimento de que a vida social determina a consciência: Rousseau, Montesquieu e Condorcet (Eagleton, 2019).

Marx e Engels, conforme mostrado anteriormente, com sua noção de falsa consciência, declaram que não se combatem ideias falsas com ideias verdadeiras, mas somente com a intervenção material, implicando uma política revolucionária. Para Eagleton (2019), porém, pode ser atribuído a Marx e Engels um empirismo descuidado, porque o pensador inglês ressalta que não pode haver processo de vida real sem interpretação.

No livro *Prefácio à Contribuição à crítica da economia política*, de 1859, Marx modifica a descrição de ideologia, a qual passa a abranger todos os homens, não somente a classe governante. Nessa obra, Marx apresenta os conceitos de base e de superestrutura: a estrutura econômica corresponde à base, e a superestrutura, às ideias (formas de consciência), de modo que a base determina a superestrutura (Eagleton, 2019). Em *O capital*, conforme Eagleton (2019), Marx, mais maduro, adiciona mais um aspecto a seu pensamento em relação à ideologia, passando a compreender que não ocorre de os seres humanos não enxergarem a realidade como ela de fato é, mas de a própria realidade ser dúbia e enganadora, o que poderia ser resolvido somente pela ciência.

Para Eagleton (2019), Lênin traz o conceito de ideologia à semelhança do Iluminismo, de o ideólogo ser um pesquisador das ideias, e fala em ideologia burguesa e ideologia socialista, ou seja, a partir de uma conotação positiva, Lênin compreende ideologia como valores que fazem com que um grupo busque fins políticos específicos, de modo que ele usa o termo “ideologia socialista”.

O trabalhador proletário tem o conhecimento do todo social, para o pensador húngaro György Lukács, o qual expressa, em *História e consciência de classe*, que o operário, ao perceber a alienação do mundo pela autoconsciência a partir da compreensão da totalidade histórica por meio do desenvolvimento dialético, contraditório, tenta modificá-la pela práxis política (prática humana com significado) (Eagleton, 2019). Para Lukács, uma classe

alcança a hegemonia quando seus interesses e sua consciência a possibilitam organizar toda a sociedade (Eagleton, 2019).

Em *Ideologia e utopia*, Karl Mannheim afirma que ideologia e utopia são crenças anacrônicas quanto à época em que predominam, lembra Eagleton (2019), o que leva a um conceito semelhante ao da falsa consciência, pois, para ele, ideologia engloba crenças antiquadas, de uma etapa anterior, enquanto utopia se refere a crenças muito avançadas, todavia as duas formas são capazes de influenciar as estruturas do presente.

Ao discorrer sobre o político e intelectual Antônio Gramsci, Eagleton (2019) lembra que, para o pensador italiano, a consciência dos grupos oprimidos é influenciada por valores do grupo dominante e por sua experiência prática, sendo a *hegemonia* a categoria principal de sua obra. A hegemonia se refere à obtenção de consentimento com liderança moral e política, sem uso da força ou coerção, e esta seria a diferença entre ideologia e hegemonia, segundo Eagleton (2019). É importante ressaltar que Gramsci relaciona a hegemonia à sociedade civil, e não ao Estado, pois esta, para ele, é composta pelas instituições intermediárias entre a economia e o Estado, como os meios de comunicação, a família e as religiões, porquanto essas instituições não agem pela coerção, ao contrário do Estado, que o faz por ter o monopólio da violência (Eagleton, 2019). Terry Eagleton é um pensador com muita influência do acadêmico galês Raymond Williams, autor de *Palavras Chaves*. Ao abordar o pensamento de Gramsci, Eagleton (2019) cita que Raymond Williams complementa que a hegemonia não é uma conquista definitiva, mas uma conquista que deve ser sempre renovada e defendida.

Apesar de a análise de Eagleton e de outros teóricos sobre a hegemonia se basear apenas no consenso, e não na coerção, observa-se que Gramsci tem uma postura ambígua em seus *Cadernos*. Para o autor italiano, ideologia não tem conotação negativa, mas faz parte da história como forma, enquanto as forças materiais são o conteúdo, de modo que, para ele, todos os homens e mulheres são intelectuais, pois, suas práticas envolvem concepções de mundo, ideologia. Ademais, ele define o conceito de intelectual orgânico, que é quem provém de classe social emergente e é um pensador que participa ativamente da vida política, ou seja, o intelectual não é um pensador apartado da vida social

ou um contemplador metafísico, denominado de “intelectual tradicional” (Eagleton, 2019).

O filósofo da Escola de Frankfurt Theodor Adorno compreende ideologia como identidade, a qual não admite a heterogeneidade, fazendo com que a ideologia seja um sistema totalitário e que negue os conflitos sociais, enquanto seu colega Jürgen Habermas entende ideologia como comunicação distorcida de modo sistemático para legitimar relações de poder (Eagleton, 2019). Para Habermas, o oposto de ideologia é a crítica emancipatória, uma forma de racionalidade interessada, e a psicanálise é uma forma de discurso que busca a emancipação da comunicação distorcida (Eagleton, 2019).

Louis Althusser, cuja obra mais reconhecida é *Aparelhos ideológicos de Estado*, ao conceber ideologia, afirma que, na formação social, haveria três instâncias: econômica, política e ideológica (Eagleton, 2019). O filósofo não exclui a possibilidade de haver declarações verdadeiras e falsas, mas pontua que a ideologia não tem a função de discerni-las e que uma teoria será verdadeira ou falsa independentemente de quem a elabora (Eagleton, 2019). Para Althusser, de acordo com Eagleton (2019), a ideologia não é uma forma de conhecimento, mas uma representação da vivência, da experiência dos sujeitos relativa a afetos, e por isso estaria associada às relações de produção dominantes, podendo a relação com o poder ser de oposição ou de identificação. Desse modo, o pensador conclui que ideologia não tem conotação negativa e sempre vai existir (Eagleton, 2019).

Althusser critica os conceitos de consciência reificada e alienação, pois eles pressuporiam uma essência humana. Ele também se opõe a Marx, ao compreender que o inconsciente (os afetos) guia mais o ser humano do que a racionalidade. Além disso, diferencia ideologia teórica (oficial) de ideologia prática (Eagleton, 2019).

O pós-modernismo desacredita o termo ideologia e tenta torná-lo obsoleto, pois entende que, se uma ideologia implica falsa consciência, existiria uma verdade absoluta (Eagleton, 2019). Já a escola do fim da ideologia, segundo Eagleton (2019), é ligada ao espectro político de direita.

Uma definição muito aceita de ideologia é a de John B. Thompson, consistente na legitimação do poder do grupo social dominante, que faz uso do

significado para manter sua dominação por meio da promoção de seus valores/concepções de mundo, da naturalização e da universalização desses valores, distorcendo fatos, mas falta a batalha pelo poder como objetivo último (Eagleton, 2019).

Eagleton (2019) compreende que ideologia é uma questão de discurso, no sentido de produzir efeitos específicos concretos, finalidades determinadas, conforme um contexto discursivo, não sendo uma questão de linguagem ou de significação. O teórico inglês também entende que a universalização e a naturalização são elementos da ideologia que a desvinculam de sua característica histórica, negando que as ideias são contextualizadas conforme época e lugar, bem como entende que as ideologias são discursos inerentemente práticos (ademais, os signos são entidades materiais para ele), ao contrário de consciência, que estaria ligada a uma corrente idealista de pensamento. Além disso, Eagleton (2019) afirma que as ideologias tentam justificar sistemas injustos, engendrando força social que procura dotar o ser humano de valores para reprodução da ordem social. Nesse ponto, o pensamento de Eagleton (2019) conflui com o de Chauí (2008), pois a autora afirma que, pela ideologia, tomamos o injusto por justo, e um dos aspectos da força da ideologia é seu ocultamento da dominação real. Eagleton (2019) conclui sua obra declarando que há uma forma de modificar as ideologias dominantes, que seria a luta política.

Chauí (2008) diz também que ideologia é uma ilusão, mas não no sentido de haver uma falsidade em oposição a uma verdade. Ela compreende ilusão como abstração e inversão, sendo abstração o conhecimento por meio do mero empirismo, como algo dado, sem o questionamento de como se deu a produção desse conhecimento, enquanto inversão é o mecanismo de alterar o determinado e o determinante. Quando Chauí (2008) aborda aparência, diz que essa não se opõe à essência, tendo a ideologia uma base real, mas que está invertida, de modo que a ideologia parece ser o determinante da vida social.

A ideia de liberdade é também ideológica, pois os homens são apresentados como livres por natureza, todavia somente realizam suas escolhas com base em contextos dados, sem cogitar sua transformação (Chauí, 2008). Chauí (2008) igualmente critica a ideia de progresso como processo em

constante evolução da classe dominante e afirma que o processo de manutenção dessas ideias, mesmo quando os dominados estão lutando contra o grupo dominante, é o que Gramsci chama de hegemonia.

A ideologia é produzida em três momentos, segundo Chauí (2008): o primeiro é um conjunto sistemático de ideias, com roupagem universal, a fim de que a classe emergente pareça representante de toda a sociedade, incluindo os dominados. Para abordar o segundo momento, Chauí (2008) recorre a Gramsci, e afirma que se constitui na produção do senso comum, o qual é um conjunto de ideias e valores coerentes, inclusive aceitos pelos dominados contrários à dominação, interiorizados pela consciência, o que significa a consolidação da ideologia dominante. Por fim, no terceiro momento, ocorre o firmamento dos valores da classe emergente que se tornou dominante, todavia sem possibilidade de que os interesses da classe dominante se concretizem como interesses dos dominados.

Para ocorrer uma crise de hegemonia, são necessárias crises política, econômica, assim como das ideias e dos valores dominantes, fazendo com que os subordinados não aceitem a dominação naquele momento (Chauí, 2008). Para Gramsci (2017), faz-se necessário averiguar se as crises históricas têm como motor as crises econômicas (teoria do economicismo), que, por sua vez, desestruturam os valores de uma sociedade, levando grupos subordinados a ansiarem por autonomia e poder. Gramsci cita Engels, que compreende que somente, em última análise, a economia pode ser considerada o motor da história. O autor italiano entende que o economicismo deve ser combatido como historiografia, mas também na teoria e na prática da política. Quando há esfacelamento da hegemonia, fala-se em princípio de crise de autoridade, e os que estão interessados em alcançar a hegemonia começam a difundir que há crise e corrupção dos princípios e valores (Gramsci, 1999).

A obra *O que é Ideologia* enfatiza um tipo de ideologia, a qual dialoga muito com a questão da competição no âmbito do neoliberalismo, que é a ideologia da competência, a partir da Organização. Por sua vez, Organização consiste em uma nova prática de relações sociais e alcança a eficácia se seus membros se identificarem com os objetivos e valores dela, havendo, para esses membros, uma retribuição, que é a ascensão hierárquica (Chauí, 2008). Na

Organização, existe uma concepção de que essa instituição é racional e funciona por uma lógica interna própria, independentemente da prática dos membros, de modo que as ideias não são vistas como produzidas por pensadores humanos, mas sim como nascidas da Organização e das leis do mercado (Chauí, 2008).

Assim, de acordo com Chauí (2008), a ideologia da competência divide os indivíduos em dois tipos: os competentes (especialistas que têm o conhecimento tecnológico) e os incompetentes (os que não têm conhecimento tecnológico e apenas executam tarefas). Essa ideologia é problemática ao esconder a separação entre classes sociais e ao dar poder aos que detêm o conhecimento tecnológico. Ademais, esse conceito produz a competência privatizada, que apregoa que devemos nos relacionar como indivíduos privados, não como seres sociais (Chauí, 2008).

O discurso competente da Organização proclama que somente há racionalidade nas leis do mercado, e o discurso dos especialistas afirma que somente há felicidade a partir do sucesso de quem ganha uma competição, como afirma Chauí (2008). Tudo isso é problemático na fase atual do sistema econômico, com grande importância do capital financeiro e da tecnologia, o que gera desemprego na produção, fazendo o desempregado se sentir culpado por sua condição.

Chauí (2008) ressalta que não existe uma ideologia verdadeira, que seria a ideologia dos dominados, pois a ideologia tem lacunas e é um instrumento de dominação. A filósofa também discorre sobre as ideias não ideológicas, que são as que buscam compreender a história real, e afirma que elas não são circunscritas somente ao tempo em que foram criadas. Para Gramsci (2017), o homem político não deve se importar somente com a realidade presente, mas com o dever ser, a potência de ser, de vontade concreta, de modo que o dever ser é a atividade política de fato.

Por fim, Chauí (2008) problematiza acerca da historiografia, ao recordar que ela é sempre escrita e legitimada pelo vencedor, que apaga a memória dos vencidos, e, por isso, é considerada uma história ideológica. Assim, a pesquisadora enfatiza a importância da afirmação de Marx e Engels de que ideologia é algo que não tem história. Além disso, a filósofa recorda que, por meio da ideologia, os assujeitados passam a compreender que não são sujeitos

de sua história, mas observadores passivos. Nesse ponto, cabe crítica à teoria das elites. Assim como Eagleton (2019), Chauí (2008) diz que é possível modificar as ideologias dominantes por meio da luta política e compreende que existe uma forma de derrubar a ideologia pela prática política dirigida por explorados e dominados, utilizando-se a crítica da ideologia para preencher as lacunas da ideologia, para que ela fale sobre sua exploração econômica, que tem como consequência a desigualdade social.

Ao se deparar com um texto com análise de *Os Cadernos do Cárcere*, como será feito neste trabalho, é importante saber que eles tratam de textos em fragmentos, com expressões truncadas, devido à censura e à situação de prisioneiro de Antonio Gramsci. Feito esse alerta, pode-se discorrer sobre a obra do autor, que, ao tratar de ideologia, começa com uma discussão epistemológica sobre a questão de os objetos poderem ou não ser separados do sujeito que os observa, assim como sobre o significado do que o homem sabe por meio sensorial (Gramsci, 1999). O italiano concorda que os fenômenos minúsculos têm existência independentemente do sujeito que observa, caso contrário, eles seriam criados ao invés de observados. Ademais, há uma diversidade quanto ao conhecimento sensorial a depender do indivíduo, e deve-se buscar saber se a ciência pode demonstrar com certeza a existência da realidade exterior. Há certeza da realidade concreta em um outro saber, que é o senso comum, originada da religião – no caso do Ocidente –, todavia a religião é uma ideologia, não se baseia na demonstração que deve ter a ciência (Gramsci, 1999). Ainda segundo o político italiano, o senso comum afirma a objetividade da realidade porque essa foi criada por Deus, sem interferência humana (Gramsci, 1999).

A ciência não consegue provar a objetividade da realidade, pois este tipo de objetividade é uma concepção do mundo, e não um dado da ciência, segundo Gramsci (1999), e as descobertas da ciência não são definitivas, pois ela é uma categoria histórica, está sempre em evolução, havendo sempre descobertas a serem feitas pelos homens. A realidade não está fora dos homens, pois a atividade destes dão significado e sentido ao mundo, de modo que a ciência se desenvolve associada às necessidades humanas (Gramsci, 1999).

A ciência também é uma superestrutura/ideologia, todavia tem destaque em relação às outras ideologias, porque sua reação quanto à estrutura tem maior

extensão e desenvolvimento, especialmente após as Luzes, entretanto, como ideologia, a ciência pode gerar fanatismo, bem como a ideia de progresso científico pode trazer ilusões perigosas, pois a divulgação científica ocorre por meio de jornalistas que julgam entender qualquer assunto – acreditando, portanto, serem os verdadeiros intelectuais, mesmo não o sendo – e por pessoas sem formação robusta (Gramsci, 1999). O autor entende que a dialética é uma nova filosofia, mas também uma nova técnica, sendo a filosofia da práxis a melhor metodologia histórica para a busca da realidade e da verdade.

Acerca da hegemonia, pelo menos parte da elite dos empresários pode conseguir organizar a sociedade de modo geral, diretamente ou por meio de prepostos, para se fortalecer como grupo, segundo Gramsci (2004). Os intelectuais orgânicos são criados a cada nova classe/grupo que aparece, são especializações, em sua maioria, de aspectos parciais das atividades originais do grupo, já a massa dos camponeses não elabora seus próprios intelectuais orgânicos nem incorpora intelectuais tradicionais, todavia outros grupos conseguem escalar intelectuais, ocorrendo de muitos intelectuais tradicionais provirem da massa camponesa (Gramsci, 2004). Os grupos sociais sempre encontraram categorias de intelectuais já existentes e consolidadas, que constituem uma continuidade histórica, como é o caso dos eclesiásticos, ligados organicamente à aristocracia fundiária e exercentes da hegemonia em vários campos, como na educação, na filosofia, na ciência etc., ou seja, o monopólio das superestruturas, que sempre foi mantido, mas por meio de lutas ferrenhas. Os intelectuais tradicionais se enxergam como autônomos do grupo dominante, com características próprias, o que está ligado à sua filosofia idealista (Gramsci, 2004).

Ao discorrer sobre como caracterizar a atividade intelectual, Gramsci (2004) diz que não é possível diferenciá-la das atividades dos que não são considerados intelectuais, pois o operário não se caracteriza pela atividade manual, mas por exercê-la em determinadas relações sociais. Ademais, não existe trabalho meramente braçal, sem uso do intelecto e da criatividade, ou seja, para Gramsci (2004), todos os homens são intelectuais, embora nem todos tenham essa função na sociedade. Assim há indivíduos com a função de intelectual, mas não existem “não-intelectuais”.

Os grupos que estão em processo de se tornarem dominantes se movimentam para obter ideologicamente a colaboração dos intelectuais tradicionais, segundo Gramsci (2004). Essa assimilação ocorre de modo mais rápido e eficaz de acordo com a capacidade de esses grupos de produzirem seus próprios intelectuais orgânicos. Há camadas sociais que, de maneira tradicional, desenvolvem intelectuais — os intelectuais são os funcionários subalternos das superestruturas, e estas fazem a mediação entre eles e os operários. Há dois grandes planos estruturais: a sociedade civil (organizações privadas), que exerce hegemonia social, por meio do consenso; e a sociedade política (Estado e o Direito), que exerce o domínio direto, na coerção, de modo que as duas funções estão inter-relacionadas (Gramsci, 2004). O consenso em relação à hegemonia do grupo dominante tem sua origem no prestígio, na confiança pela posição, no *status*, e pelo papel do grupo dominante no mundo da produção, segundo Gramsci (2004). Por sua vez, a coerção estatal e a lei tentam se impor aos grupos que não consentem, segundo o italiano.

É importante a distinção entre intelectual orgânico e intelectual tradicional, que se relaciona ao problema do partido político moderno e ao seu desenvolvimento, de forma que o intelectual orgânico é preparado no mesmo âmbito industrial do grupo econômico. Como exemplo de elite intelectual e moral, Gramsci (2004) cita os imigrantes pioneiros que foram para os Estados Unidos e lutaram contra a opressão religiosa e política na Inglaterra. Todavia, os intelectuais tradicionais, da classe agrária, ocupavam papel predominante quanto à intelectualidade e à política, mesmo que estivessem perdendo a supremacia econômica. Assim, eles são conservados como intelectuais tradicionais e como estrato dirigente pelo novo grupo que alcança o poder. Nos Estados Unidos, há quase ausência dos intelectuais tradicionais, e a formação de todas as superestruturas se baseou na indústria moderna. A ausência de intelectuais tradicionais como substrato explica a existência de somente dois partidos, que poderiam ser reduzidos a um só, assim como a existência de diversas seitas religiosas. Na América do Sul e na Central, há poucos intelectuais tradicionais, mas sua base industrial é restrita, predominando o latifúndio, de modo que os intelectuais são ligados aos latifundiários e à Igreja Católica (Gramsci, 2004).

Gramsci (2004) concorda com a estratificação das habilidades, de modo que os mais preparados e aptos guiem os que ainda têm poucas habilidades, a fim de acelerar a instrução destes últimos. A educação idealista comete o erro de fazer distinção entre educação e instrução, pois os alunos não são recipientes passivos. Assim, uma escola amparada na vida é fundamental para que o aluno demonstre participação ativa. Há crítica do ensino técnico, porque ele se propõe democrático, mas não o é, pois, democracia não é poder escolher o curso técnico em que se queira formar, mas está ligada à possibilidade de um operário se tornar governante e de todo cidadão ter acesso à educação gratuita para adquirir o preparo para governar (Gramsci, 2004). O novo intelectual deve ter uma atuação ativa na prática, ser um produtor, um construtor e um organizador, além de ser persuasivo sempre, para se tornar de fato um dirigente, ente que se constitui pelo especialista mais o político em um só ser humano (Gramsci, 2004).

O Príncipe, de Maquiavel é tomado como referência e metáfora, por Gramsci (2017), para explicar a busca pela hegemonia por parte do grupo subalterno. Diz o italiano que o livro demonstra que uma utopia pode se transformar em uma fantasia concreta, organizadora da vida social. Mostra-se como deve ser a fundação do novo Estado por parte do povo, sendo este guiado e convencido por um dirigente, com quem o povo se identifica, com base em suas atitudes passadas. Gramsci (2017) compreende que *O Príncipe* foi escrito para todos, apesar de ter uma destinação própria, e o moderno príncipe é o partido político – não mais um indivíduo –, onde já se iniciou a concretização de uma vontade coletiva que tende a se tornar universal. A formação da vontade coletiva nacional, para ocorrer, necessita de que os camponeses comecem a participar da vida política simultaneamente, como o caso dos jacobinos na Revolução Francesa. Gramsci (2017) chega a dizer que existe um jacobinismo precoce em Maquiavel, pois este foi um movimento muito influenciado pela obra *O Príncipe*, de modo que o partido político deve ter uma parte consagrada ao jacobinismo. Portanto, o moderno Príncipe (o partido político) deve se dedicar à reforma intelectual e moral, à concepção de mundo, aos valores, de modo a haver uma reforma cultural, mas posteriormente uma reforma econômica e uma mudança de posição social das camadas mais baixas da sociedade. Por essa

razão, o partido político deverá tomar o lugar de Deus para formar uma sociedade laica (Gramsci, 2017).

As relações sociais discutidas encontram-se igualmente no âmbito das relações internacionais, de modo que Maquiavel trata de questões como criação e defesa dos Estados existentes. Destaca-se que as relações internas de um Estado estão ligadas às relações internacionais, de modo que a ideologia de um país desenvolvido se dissemina para os países menos desenvolvidos, como no caso da cultura, da religião e do sistema econômico. Acerca da coesão, ao dispor sobre a organização militar, Gramsci (2017) diz que há solidariedade entre seus membros, todavia a solidariedade é ainda maior entre os estratos inferiores.

Ao se abordar o homem coletivo, constata-se que o Estado tem uma função formativa, para adequar esse homem coletivo a valores necessários à produção econômica. A mediação profissional comumente está ligada à mediação política, e o indivíduo se transformará no homem coletivo por meio do consenso, sem coerção (Gramsci, 2017).

Bloco histórico é a unidade entre contrários, entre estrutura e superestrutura. Ao se estudar a estrutura, é necessário distinguir entre os movimentos orgânicos e os movimentos conjunturais: os primeiros são quase permanentes, e os últimos são quase acidentais. Deve-se buscar bloco histórico novo e homogêneo, em que não exista contradições internas, ademais, o partido político deve ser formado por blocos hegemônicos, não por voluntários deslocados, de maneira que os partidos têm a função de formar dirigentes qualificados a partir de pessoas selecionadas da massa (GRAMSCI, 2017).

O Direito é o instrumento do Estado para fazer com que costumes desapareçam e que outros sejam criados, ao lado das instituições de educação e outras atividades, e o Estado, por sua vez, não pode deixar a superestrutura abandonada, devendo ser um educador para uma nova civilização, assim como um meio de racionalização e de taylorização, segundo Gramsci (2017). A relação entre o Direito e a educação é que aquele é o aspecto repressivo e negativo da atividade positiva da educação cívica, conforme o pensador italiano.

No sistema de relações de força, há vários momentos: a) forças ligadas à estrutura, independentemente da vontade humana, que podem ser mensuradas pelas ciências exatas; b) relação das forças políticas em que se

avaliam os graus de homogeneidade, de autoconsciência e de organização dos grupos; c) consciência da solidariedade de interesses entre os membros do grupo no campo econômico; d) alcance pela consciência de que os interesses corporativos superam o âmbito econômico e devem se mostrar como interesses dos grupos subordinados. Nesse momento, passa-se da fase de estrutura para a de superestrutura, e as ideologias tornam-se partido, entram em confronto, de maneira que uma delas triunfe, passando a determinar a unicidade dos objetivos da economia e da política, bem como a unicidade de valores a partir do mecanismo de universalização, não mais corporativo, ou seja, tem-se aqui a hegemonia de um grupo dominante sobre os outros subordinados; e) relação das forças militares (Gramsci, 2017). Desse modo, segundo o filósofo italiano, é necessário, para alcançar a força política, ter espírito combativo para organizá-la e prepará-la de modo incessante e torná-la homogênea e consciente de si.

A hegemonia deve se ocupar dos interesses dos grupos subordinados, a fim de que o novo grupo dominante faça concessões aos anteriores no âmbito econômico-corporativo. O exercício da hegemonia se dá pela junção de coerção e consenso, para que a coerção se apresente amparada no consenso da maioria, o que se expressa nas instituições de opinião pública, quais sejam, a imprensa e as associações (Gramsci, 2017). Acerca das concessões, a burocracia é a força baseada na tradição e conservadora mais perigosa, que tende a se tornar independente da massa e a enfraquecer o partido. É fato que um novo grupo hegemônico precise de novo tipo de burocratas, mas também é verdadeiro que novos grupos dirigentes nunca puderam dispensar, pelo menos no início, a memória e a formação dos burocratas antigos (Gramsci, 2017).

Diante do exposto e dos autores estudados, este trabalho compreende que ciência e neutralidade não são características da ideologia, a qual, aqui, será tratada como concepções de mundo, valores, reconhecendo-se a função das ideias na sociedade, como finalidade/interesse de legitimação de poder (conformação de legalidade) que estão presos no âmbito do significado. Acerca da hegemonia, compreende-se que ela é o meio de se assegurar a colaboração e a coesão, embora haja autores que entendem que não há coesão na sociedade capitalista, porque grupos subordinados não têm seus interesses e suas necessidades tomados como prioridade. Destaca-se como portadores e

difusores da ideologia dominantes os meios de comunicação, as grandes empresas midiáticas, incluindo-se as redes sociais.

O controle material, para ser efetivo, deve ser feito junto ao controle hegemônico. Eagleton (2019) igualmente diz que as classes dirigentes usam os meios materiais e a ideologia para ter a colaboração do grupo subjugado; por sua vez, Gramsci diz que a coesão se ampara na coerção. Concorde-se com Eagleton quanto à afirmação de que a ideologia universaliza os valores e os interesses do grupo dominante como se fossem de toda sociedade e se mostra como se fosse algo natural e inalterável.

Federalismo e políticas públicas são uma relação importante a ser estudada no caso brasileiro, uma vez que o país, ao menos legalmente, constitui uma federação e o provimento de bens e serviços públicos são descentralizados, bem como a competência político-administrativa é distribuída entre União, estados e municípios. Entretanto, os entes subnacionais, apesar de serem autônomos quanto à dimensão política e à administrativa, não o são quanto ao aspecto fiscal, de modo que a economia pouco desenvolvida e a consequente baixa arrecadação de parte considerável de estados e municípios faz com que eles dependam das transferências intergovernamentais (recursos da União para estados e municípios ou dos estados para os municípios).

Além de a questão federativa ser abalada pela falta de autonomia no âmbito fiscal, há uma ideologia de austeridade prevalecente no país desde o final da década de 1980, no âmbito do neoliberalismo. Na década de 1990, houve aumento do poder do governo central mediante o aumento da carga tributária e de tributação exclusiva e a criação do Fundo Social de Emergência (FSE), o qual retirou 20% dos recursos devidos aos estados e municípios e provocou a privatização de bancos estaduais. Pouco tempo após a sua instituição, o FSE foi renomeado para Fundo de Estabilização Fiscal (FEF) e, posteriormente, transformado em Desvinculação de Receita da União (DRU), passando a retirar 30% daqueles recursos com a EC nº 93/2016.

A austeridade fiscal se fortaleceu no Brasil com a aprovação da LC nº 101/2000 (LRF), que advoga uma “responsabilidade fiscal”, que, em princípio, foi rechaçada por vários entes governamentais, políticos, acadêmicos e juristas. As normas mencionadas interferem na ideia de autonomia e de solidariedade do

federalismo brasileiro, de fundamento constitucional. Além disso, a LRF dificulta o papel constitucional de todos os entes, porque limita os gastos com pessoal, como ocorre na área de saúde, que necessita de funcionários para prover os serviços dessa área.

Ao longo dos anos 2000, a LRF e a austeridade que porta passam a ganhar legitimidade nos espaços hegemônicos, como universidades, mídias, justiça, parlamento e instituições governamentais, prejudicando o cumprimento de preceitos constitucionais democráticos acordados na CF/88 nessa época e posteriormente. A austeridade seria aprofundada pela EC nº 95/2016 e pela LC nº 200/2023.

2.3 Neoliberalismo e Austeridade

Para entender a austeridade, é necessário traçar a história das ideias liberais, por ser o liberalismo o sistema econômico vigente na maior parte dos países (Blyth, 2013). A austeridade está ausente nas origens do liberalismo, ou seja, apesar de hoje ser uma ideologia elementar na governança de Estados e mercados, a história da austeridade é recente e superficial, não havendo uma teoria desenvolvida sistematizada a seu respeito (Blyth, 2013). Ressalta-se que a expressão “sistema sucesso” pode ser substituída por sistema hegemônico.

A ideia de austeridade surge como crenças e valores em relação à natureza e ao papel do Estado na vida econômica, enquanto a teoria liberal é uma reação intelectual ao Estado monárquico absolutista, que tende a manter toda a riqueza da nação com reis “confiscadores”, devendo, portanto, ser evitado, pois não seria de confiança. Logo, o liberalismo não é uma resposta ao Estado de Direito ou Estado Democrático (Blyth, 2013). No começo do século XX, diminuir o Estado ainda era uma premissa dos países capitalistas, o que se modificou a partir da década de 1930, quando do fracasso de políticas de austeridade na Europa, resultando, a partir da década citada, no crescimento econômico de Estados que aumentaram as despesas públicas (Blyth, 2013). Todavia, apesar de as ideias liberais surgirem em um contexto com um tipo de Estado específico, verifica-se, nos séculos seguintes, que a noção de um Estado

“malvado” se manteve como substrato no imaginário de muitos pensadores, mesmo ao teorizarem sobre Estados não absolutistas.

Três pensadores do início do liberalismo – Jonh Locke, David Hume e Adam Smith – são importantes para compreender a austeridade, porque eles compartilham um problema do liberalismo em relação ao Estado, que Blyth (2013) cunha de “*can’t live with it, can’t live without it, don’t want to pay for it*” (não pode viver com ele, não pode viver sem ele, não quer pagar por ele). Assim, há um segmento que compreende que o Estado tem papel mínimo na sociedade, como Locke e Hume, e há outro que admite a necessidade do Estado, mas se preocupa em como pagar por ele, como Smith, e a origem da austeridade está no medo da dívida do governo por parte desses três liberais (Blyth, 2013). Bachur (2006) recorda que o liberalismo se insere no âmbito do projeto inacabado do iluminismo juntamente com o individualismo e a filosofia da história, cujo propósito é a emancipação humana.

Jonh Locke principia sua teoria com a defesa da propriedade privada, e, a partir dessa defesa, desenvolve sua teoria do Estado, no livro “Segundo tratado sobre o governo civil”, posicionando o indivíduo contra o Estado e entendendo que o mercado deve ser protegido contra o Estado violador de direitos de propriedade privada (Blyth, 2013).

David Hume, por sua vez, discorre sobre dinheiro e mercado e entende que o estímulo por meio da moeda pode impulsionar a economia em curto prazo, mas gerar inflação a longo prazo. Ele compreende que o crédito público, ao qual chama de dívida do governo, poderia destruir a nação, por não ter limite quando as taxas de juros não são descomunais e porque o custo da dívida seria intergeracional. Para ele, os comerciantes são os geradores de riqueza, de modo que é justo que importante parte das *commodities* e do produto do trabalho pertença a eles (Blyth, 2013).

Por fim, Adam Smith discute bastante sobre crescimento e impostos, bem como entende que o financiamento público enfraquece os Estados, de modo que a solução para esse problema é a frugalidade, a parcimônia (a austeridade), para que haja crescimento econômico. Hume e Smith veem o governo e a dívida pública como problemáticos, mas o último enxerga que o Estado é necessário para se resolverem questões de desigualdades e da classe

política. Smith afirma também que a poupança, e não o consumo, direciona o investimento, porque a riqueza da nação é sua renda total, de maneira que a dívida não tem função em sua teoria econômica, mas a parcimônia – não a indústria – é o motivo de crescimento de capital, e acrescenta que a frugalidade é uma virtude e a prodigalidade, um vício (Blyth, 2013).

Mattei (2022) também afirma que a austeridade é ligada à virtude pessoal pelos seus defensores. A questão é que, ao contrário dos comerciantes, o Estado não é um poupador por natureza, e Adam Smith acrescenta que o mercado não vive sem o Estado, como no caso de defesa externa, justiça interna, educação e instrução para trabalhadores. Smith chega a reconhecer que onde há propriedade há desigualdade, quando pensa a respeito das consequências do capitalismo, e, como o Estado é necessário, a forma de financiá-lo ocorre por meio de impostos, que devem seguir o princípio da progressividade (Blyth, 2013).

A tradição dos três teóricos da filosofia política citados anteriormente, entre outros, compreende que o princípio da autopreservação pode colocar em risco a sociabilidade do ser humano, ao mesmo tempo que entende que aquele princípio é a única maneira de concretizar a associação política, de modo que o medo que leva à agressividade defensiva desencadeadora do estado de guerra de todos contra todos é o mesmo medo que reúne homens individualizados, constante no *Leviatã* de Hobbes (Bachur, 2006).

No século XIX, destacam-se dois teóricos do liberalismo: David Ricardo e John Stuart Mill. O primeiro foi parlamentar, era a favor do lastro da libra em ouro e lutou contra o protecionismo inglês, defendendo o livre comércio e contribuindo para a teoria do comércio internacional com a ideia de vantagens comparativas (Racy *et al.*, 2015). Blyth (2013) informa que, para Ricardo, o Estado não tem papel positivo na sociedade e não deve alterar a distribuição de propriedade – Ricardo, inclusive, considerava pobreza e desigualdade como algo natural –, já Stuart Mill, apesar de ser a favor da livre concorrência como melhor meio para se alcançar o progresso, compreende que o Estado tem papel importante e deve se fazer presente em diversas áreas da sociedade – como “caridade”, educação, provisão de terras comuns, proibição de monopólio. Além disso, para Mill, a distribuição de riquezas não era resultado de uma lei natural,

mas das condições materiais de produção, de modo que matéria-prima, técnica e divisão do trabalho seriam alguns dos elementos que conduzem o processo produtivo, e a distribuição dependia de leis e costumes correntes em uma sociedade (Scoville; Oliveira, 2014).

Stuart Mill não considerava Estado mínimo e direito de propriedade elementos de um estágio superior na economia, mas sim o sistema cooperativo, segundo Scoville e Oliveira (2014). Ademais, ressalta-se que o pensador entendia que a propriedade era uma instituição humana, não sagrada, e que, especificamente, a propriedade privada dos meios de produção não se originaria de comportamento austero e frugal de seres humanos virtuosos e poupadores em contraposição a esbanjadores que não têm os meios de produção, mas, até o contrário, a propriedade privada garantiria que o produto do trabalho ficasse com quem pouco ou nunca havia trabalhado (Scoville; Oliveira, 2014).

Segundo Blyth (2013), um novo liberalismo britânico surgiu quando a elite do Partido Liberal Britânico passou a apoiar as ideias de Stuart Mill, não as de Ricardo, porque entendiam que o Estado tinha o papel de defensor do capitalismo e de desenvolver a reforma social, pois havia muitos conflitos de classe e estava surgindo uma democracia de massas. Ademais, nesse contexto, surgem instituições de previdência social, como direito a pensões, seguro-desemprego e maior regulação trabalhista (Blyth, 2013).

A austeridade também é associada ao padrão-ouro, de 1821, que foi instituído para evitar a fuga do metal em referência, de modo que gastos públicos e crédito, bases das políticas redistributivas, poderiam resultar em sua evasão, devendo ser evitados. Por outro lado, um orçamento restrito poderia fazer com que a demanda doméstica, sendo reduzida, gerasse um valor extra no orçamento, e as taxas altas de juros prometiam alto retorno de ganho de capital, uma vez que elas desencorajavam as importações, que diminuíram a demanda doméstica na economia, de tal forma que as altas taxas de juros fariam com que as barras de ouro voltassem para o interior do país (Mattei, 2022). Assim, o imperativo do rigor fiscal e do rigor monetário era algo normalizado e naturalizado na sociedade, segundo a autora. Todavia, durante a Primeira Guerra, os Estados foram obrigados a gastar, por uma questão de sobrevivência, e nessa época o Estado passou a regular fortemente o mercado de trabalho (Mattei, 2022).

Mattei (2022) registra que tanto o governo da Itália quanto o governo da Grã-Bretanha (os dois países são citados por serem objeto de estudo da autora) determinavam o que se fazia com a terra, com as sementes, com a produção, mesmo que as terras tivessem donos, no ano de 1917, momento em que o governo italiano garantiu a cooperativas de camponeses o direito de ocupar terras no caso de inadimplência dos donos de terras, para evitar convulsões sociais. As intervenções estatais na economia, nesse período, promoveram o senso público de que necessidades básicas eram direitos inalienáveis e que o governo deveria ser obrigado a assegurá-las (Mattei, 2022). Esses danos nos fundamentos no *laissez-faire* do capitalismo também abalaram seu pilar fundamental, que são as relações salariais, ou seja, a Primeira Guerra Mundial causou mudanças nas relações de poder entre capital e trabalho, pois muitas pessoas foram convocadas para trabalhar na guerra, restando poucas pessoas para trabalhar na produção da indústria (Mattei, 2022).

A Primeira Guerra demonstrou os poderes fiscal, monetário e industrial do Estado, e essa guerra havia revelado aos trabalhadores e aos burocratas que as prioridades econômicas eram prioridades políticas e, graças à economia heterodoxa, o Estado poderia ter políticas com algum custo financeiro destinado a políticas fiscal, monetária e industrial (Mattei, 2022). Uma vez que o padrão-ouro havia sido abandonado, o constrangimento a novos gastos sociais foi retirado, segundo a autora. Até 1919, a austeridade era uma política completamente adequada para Keynes, e a contraofensiva da austeridade começa com dois eventos: primeiro, a Conferência de Bruxelas, em 1919, e, após, a Conferência de Gênova, em 1922, que formalizaram os Bancos Centrais independentes como um passo inicial para isentar a economia do controle democrático (Mattei, 2022).

Estava ocorrendo uma crise no capitalismo sem precedentes em 1919, e o período Entreguerras demonstrou que a economia não era neutra e, inclusive, poderia ser uma força para aumentar os lucros da classe dirigente (Mattei, 2022). Desse modo, houve pressão social dos trabalhadores, fazendo com que os Estados aumentassem medidas de bem-estar (Mattei, 2022). Buscava-se o trabalho emancipado em substituição à exploração capitalista, e a produção para a utilidade, superando-se a produção para o lucro (Mattei, 2022).

Na Itália, os anos de 1919 e 1920 foram marcados por muitos protestos contra o alto custo de vida e o comportamento dos “predadores” chamados de “tubarões”, em referência aos “aproveitadores” e aos que obtinham lucros por meio da inflação, de modo que, até os ricos e as classes proprietárias alertaram o Estado de que deveria ser evitada a quebra do capitalismo por meio das convulsões sociais (Mattei, 2022).

Blyth (2013) afirma que, no começo do século XX, os economistas liberais se separavam entre os que pensavam que o capitalismo não deve conviver com o Estado e os que acreditam que o capitalismo não pode existir sem o Estado. Quanto a esse período, o autor ainda compara austeridade com o teto do padrão-ouro – o qual impedia o aumento do crescimento, já que as moedas deveriam estar lastreadas em ouro –, pois nos dois casos, haveria estrangulamento às políticas governamentais, e acrescenta que, na década de 1930, houve políticas de austeridade em vários países da Europa, nos Estados Unidos e no Japão, com resultados ruins. Orsi (2021), por sua vez, afirma que, até o ano de 1929, a principal característica dos liberais era a defesa da liberdade econômica o tanto que fosse possível praticá-la, com oposição a todo tipo de intervencionismo estatal, com foco no desenvolvimento do comércio e na defesa do *laissez-faire* e da mão invisível do Estado.

Mattei (2022) afirma que a tecnocracia é a concepção de o governo ser controlado por especialistas técnicos, que se apresentam como apolíticos, neutros, e que concebem a economia como portadora de verdades livres de valores, apartadas do capitalismo, pois essa “ciência” seria ligada a fatos naturais, não construídos pelo homem, e, portanto, sem relação com posições políticas. Economistas aliados ao fascista Mussolini queriam explorar o que eles consideravam uma economia pura, a economia como lei natural, sendo esse o tipo de economia alinhado à austeridade, segundo a autora. A ideia de economia pura, por sua vez, está ligada à tradição que se chama hoje de neoclássica (Mattei, 2022).

A economia pura seria uma ciência politicamente neutra acerca de políticas públicas e do comportamento individual (Mattei, 2022). Ao se dissociar o processo econômico do político, a economia pura, como teoria, restaurava a ilusão de um consenso acerca dos sistemas capitalistas – essa teoria se

centralizava na caricatura do poupador racional, segundo Mattei (2022). A separação da economia da política é perigosa pela sua suposta naturalidade, pois teria como pressuposto que a economia não poderia mudar ou evoluir, já que é aceita como um dado e regida por leis do mercado, como a da oferta e da demanda (Mattei, 2022). Para os economistas da economia pura, somente a política é o reino de domínio dos governantes, a economia não. Além disso, segundo esses economistas, o Estado deve permanecer um ator neutro em relação ao mercado, tendo como função somente salvaguardar a propriedade privada e as relações salariais, conforme a pesquisadora.

O objetivo dos economistas da teoria da economia pura era reinstituir a relações de produção e subjugar as classes trabalhadoras, as quais deveriam aceitar a inviolabilidade da propriedade privada e as relações salariais, o que conformaria um retorno ao estado natural da economia, segundo aqueles pensadores (Mattei, 2022). A caricatura do poupador racional levaria à ilusão de que qualquer um poderia ser um poupador, independentemente de sua renda, e faria com que os trabalhadores que não conseguissem poupar fossem desvalorizados, ou seja, pela lente da economia pura, a classe produtiva não era a classe trabalhadora, mas a classe capitalista, pois esta poderia poupar, investir e contribuir para a acumulação de capital (Mattei, 2022). A autora destaca que aqueles economistas atribuíram a crise do pós-Primeira Guerra ao excesso de direitos dos cidadãos.

Durante a Primeira Guerra, os governos da Itália e da Grã-Bretanha tornaram-se os principais produtores de seus países ao participar dos meios de produção, da gestão das empresas, da estipulação de metas e preços, assim como do avanço da inovação tecnológica, mas as grandes reformas sociais não atendiam às expectativas de emancipação dos trabalhadores e ainda aumentaram esperanças nos trabalhadores de quebrarem o sistema vigente (Mattei, 2022). Antes da Primeira Guerra, os salários eram negociados entre os trabalhadores e os empregadores, sem margem de interferência do Estado nesse processo, entretanto, após a Segunda Guerra, os trabalhadores tinham margem para aumento dos salários, por restarem poucos trabalhadores, mas, nessa época, o Estado atuou para manter os salários no nível mais baixo possível – em suma, a Primeira Guerra trouxe um grau de controle estatal sem

precedentes em relação ao trabalho (Mattei, 2022). Assim, a austeridade é fenômeno do século XX e liderada pelo Estado, segundo a autora.

Mattei (2022) defende que a austeridade é uma reação antidemocrática às ameaças de mudanças sociais favoráveis ao povo, sendo capaz de desviar a atenção dos problemas sistêmicos e, no caso da Inglaterra, foi uma maneira de o país controlar os trabalhadores após a Primeira Guerra Mundial, período em que o padrão-ouro estava esfacelado.

Apesar da expansão do Estado, a Grã-Bretanha optou pela austeridade quando das crises dos anos de 1920 e 1930, segundo Blyth (2013), que também entende que o keynesianismo explica tanto os tempos de crise como os tempos normais dentro de uma mesma estrutura e demonstra que, sob condições de incerteza, o investidor não investe seu dinheiro, mas o preserva. Ademais, John Maynard Keynes mostrou que decisões sobre poupar e investir eram temporariamente separadas, e que poupança não leva necessariamente a investimento (Blyth, 2013).

Antes de a crise se aprofundar em 1929, Keynes expressou bastante preocupação com o futuro do capitalismo e do liberalismo, percebendo que o *laissez-faire* (o princípio de não intervencionismo) já não conseguiria resolver a crise, ou seja, a causa do problema não poderia ser sua solução, fazendo com que Keynes se preocupasse em salvar o capitalismo e combater o socialismo – doze anos antes havia ocorrido a Revolução Russa de 1917 – chegando a advogar a intervenção estatal (Orso, 2021).

A economia americana piora quando da aplicação de políticas de austeridade, primeiramente em 1931 e, depois, em 1937. Com influência de Keynes, os Estados Unidos deixam de lado a ortodoxia ainda no ano de 1937, e o governo chega a fazer um discurso – posteriormente transformado em ato – no qual afirma que a dívida pública somente poderia ser paga se a nação proporcionasse uma renda ainda maior aos cidadãos, fazendo com que os Estados Unidos se recuperassem com alto investimento do Estado quando da Segunda Guerra mundial (Blyth, 2013). Do intervencionismo de Keynes, decorrem o *New Deal* nos Estados Unidos e, posteriormente, o *welfare state* na Europa (Orso, 2021).

Nas décadas de 1950 e 1960, nos países centrais, houve expansão dos gastos sociais – como na área de saúde, pois o objetivo era o alcance do Estado de bem-estar social – com grande influência da teoria da política anticíclica da demanda agregada de Keynes, a qual tinha como objetivo o pleno emprego (Rossi; David; Dweck, 2020). Ressalta-se que esse período foi marcado por redução da dívida pública em relação ao PIB, pela reforma tributária progressiva (Rossi; David; Dweck, 2020) e por taxas de juros baixas e regras fiscais básicas, como empréstimo destinado à infraestrutura e receitas tributárias destinadas a despesas correntes (Burger; Marinkov, 2012 *apud* Rossi; David; Dweck, 2020). Destaca-se que a regra exemplificada lembra muito a regra de ouro prevista na CF/1988.

A partir da década de 1970, a política fiscal passa a não ser vista como mecanismo de política macroeconômica, e o pleno emprego deixa de ser um objetivo para os países centrais, que passaram a compreender que deveria haver redução do desemprego por meio de correção das falhas de mercado, com a política monetária tendo como centralidade o controle da taxa de juros para se estabilizarem a economia e a inflação (Rossi; David; Dweck, 2020).

Joseph Schumpeter, acerca dos erros das políticas de austeridade para resolver a Grande Depressão, escreveu o livro *Capitalismo, Socialismo e Democracia*, de 1942, afirmando que as falhas da austeridade são devidas a dois mecanismos conjugados: a substituição do conglomerado e do gerente pela pequena empresa e pelo empreendedor e a derrocada da cultura de risco econômico. Além disso, Schumpeter argumenta que o capitalismo seria substituído pelo socialismo e defende que a Grande Depressão não foi um período de depressão econômica, mas um período de transições tecnológica e organizacional, tudo ligado ao progresso econômico no âmbito do capitalismo, ou seja, aquele autor acredita na destruição criativa, em que empreendedores, ao fazerem investimentos, podem prosperar, ou não, e assim o capitalismo evolui graças às suas falhas, não a despeito delas, de modo que o erro viabiliza inovação e investimento (Blyth, 2013).

Em uma espécie de evolucionismo, quando da competição, não é inconveniente que os agentes mais fracos sucumbam, pois é interessante para a sociedade que os mais eficientes e produtivos (adaptados) perdurem em nome

do progresso (Orso, 2021). Schumpeter normalizava as crises, todavia focava na transformação da estrutura industrial das economias capitalistas e no crescimento de grandes empresas, a fim de explicar acerca das falhas da austeridade na retomada do crescimento econômico (Blyth, 2013). Assim, à época da década de 1940, as ideias de austeridade pareciam vencidas, entretanto restavam fortes entre os economistas da escola austríaca (Blyth, 2013).

Em 1942, a corrente de que o Estado é fundamental para o capitalismo prevalecia. Entre 1942 e 2012, tem-se predominância da escola austríaca, bastante difundida nos Estados Unidos, com a ideia de que o Estado não é confiável, constituindo-se na escola que viabilizou o neoliberalismo (Blyth, 2013).

Modelos econométricos veem o futuro como distribuição normal do passado, o que dá ilusão de controle, não se atentando aos fatos. Ademais, teorias econômicas não são neutras. A economia liberal clássica e a economia neoliberal tentam demonstrar como a poupança leva ao investimento, sem abordar demanda e consumo, contudo a economia keynesiana compreende que o consumo dirige o crescimento, sendo a demanda o aspecto mais relevante, de modo que os consumidores – e não os investidores – “salvam” a economia (Blyth, 2013).

No caso do neoliberalismo, compreende-se que a diminuição ou o corte de impostos é mais importante para os ricos, para que eles possam investir mais; já para os keynesianos, é mais relevante para os pobres, de modo que eles possam consumir, impulsionar a demanda e movimentar a economia (Blyth, 2013). O keynesianismo tem implicações distributivas, e teorias marginais na década de 1970 tiveram a oportunidade de negá-lo, como a tese do neoliberalismo, que concebia não haver unidade maior do que o próprio indivíduo, o qual é um agente que busca seu próprio interesse. Assim, no neoliberalismo, assume-se que alguns indivíduos cometam erros, mas não os mercados, pois estes refletem as escolhas racionais daqueles (Blyth, 2013). A ideia de um mercado eficiente e que não comete erros foi muito importante para o surgimento de um sistema financeiro livre de regulamentação, o que trouxe risco sistêmico e residual (Blyth, 2013).

Nas décadas seguintes ao pós-guerra, quando vigorou o keynesianismo, os bancos centrais eram os agentes financiadores do tesouro nacional, mas, para os neoliberais, um Banco Central dependente é um problema, pois os políticos focariam em medidas de curto prazo, fazendo-se necessário que o Banco Central fosse independente de políticos – no caso do Banco Central americano, houve reformas para protegê-lo de eleições públicas, sob a alegação de blindá-lo de demandas populistas, ou seja para que o Banco Central impedisse que o governo tivesse mais despesas em períodos de crise, por ser aquele uma instituição conservadora (Blyth, 2013).

Os austríacos, tendo destaque Friedrich Hayek e Ludwig von Mises, iriam atacar as ideias dos liberais britânicos quanto a dois aspectos: compreendiam que o capitalismo se torna instável com a interferência do Estado e viam o Estado como o Leviatã, inimigo dos valores. Eles acreditavam que o livre-mercado tinha uma estrutura evolucionária para seguir, mas a intervenção estatal poderia prejudicar essa evolução (Blyth, 2013).

Desde a década de 1970, o Estado é acusado por gestores e economistas de ser inchado, paternalista e gastador. O estado de bem-estar social, com saúde e educação públicas, previdência e, em alguns casos, habitação social, amparado num princípio de solidariedade, é tido como responsável por crises econômicas no âmbito da Europa (Blyth, 2013). O neoliberalismo compreende que a crítica ao *welfare state*, assim como ao planejamento estatal centralizado, é o equivalente à defesa moral do livre liberalismo (Bachur, 2013).

Orso (2021) compreende neoliberalismo como outro momento do liberalismo, surgindo a partir da década de 1970, com a crise do petróleo e com o golpe militar no Chile em 1973, crise que permanece atualmente. As escolas de pensamento da Alemanha e da Áustria foram onde a ideia de austeridade ganhou proeminência, sendo que a última formou vários teóricos americanos. As ideias da Escola Austríaca retornam com força a partir da década de 1970, quando Hayek recebe o Prêmio Nobel de Economia (1974). O neoliberalismo começa na década de 1970, mas a austeridade começa antes, para Mattei (2022).

Hayek é visto como o pai do neoliberalismo – ele não via o Estado com bons olhos e compreendia o planejador como um ser arrogante, que acha que poderia prever o futuro melhor do que os atores locais (Blyth, 2013). Para o pensador austríaco, o planejamento estatal centralizado não soluciona os problemas distributivos da sociedade, porque é ineficaz, podendo produzir efeitos indesejados ou colocar em riscos conquistas do liberalismo. Moral, mercado competitivo e cognição estão juntos em uma teoria do conhecimento, de um individualismo metodológico, argumentando-se que a sociedade somente dispõe do conhecimento acumulado pelos indivíduos atomizados, não sendo possível substituir interesses individuais por fins sociais conforme um planejamento supostamente racional (Bachur, 2013). Mises entende que se deve reduzir o consumo em períodos de crise e que o mercado deve se autorregular, assim a Escola Austríaca é atrativa para pessoas anti-Estado (Blyth, 2013).

Blyth (2013) afirma que neoliberalismo igualmente está ligado ao monetarismo de Milton Friedman, o qual era contra a instrução, no pós-guerra, da curva de Phillips. Para Friedman, há uma taxa de desemprego natural, e ele busca colocar o dinheiro no centro de sua teoria. O monetarismo afirma que, quando o Estado intervém na Economia, ocorre inflação. Uma geração de políticos e formuladores de políticas públicas foi influenciada pela ideia de que a despesa pública anticíclica não era algo adequado, mas sim a austeridade (Blyth, 2013). Professor da Escola de Chicago, assessor de Richard Nixon, conselheiro do governo de Pinochet e de Ronald Reagan (Orso, 2021), Friedman também era contra o Estado de bem-estar social (Bachur, 2013).

O Relatório do Conselho de Conselheiros Econômicos da Alemanha, de 1981, afirmava que corte de gastos aumenta o crescimento ao melhorar as expectativas. Enquanto a maioria dos países da Europa Ocidental que seguiram medidas de austeridade entraram em recessão, o contrário ocorreu Dinamarca e Irlanda, tendo esta efetuado cortes expansionistas nos gastos públicos (Blyth, 2013). Os outros países da Europa também implementaram políticas de austeridade, e não obtiveram sucesso econômico, porém, ainda assim, nos anos 1990, economistas continuavam a defender que cortes de gastos públicos geram crescimento e proporcionam redução da dívida pública, sendo esta última uma preocupação que já havia surgido com David Ricardo (Blyth, 2013). Importa

destacar que o neoliberalismo isola as ideias liberais de seu contexto, uma vez que são analisadas de maneira alienada e anacrônica, junto a formas de Estado com nenhuma semelhança a monarquias absolutistas, mas, ao contrário, a Estados, muitas vezes, com elevado grau de solidariedade social.

Durante os anos 1980 e 1990, um grupo de economistas italianos e americanos começaram a desenvolver a teoria da austeridade expansionista, dando respaldo teórico à ideia de austeridade, e o FMI compreende a austeridade como um conjunto de ideias — chamado Consenso de Washington —, como política de desenvolvimento dos anos 1980 e 1990 (Blyth, 2013).

O termo Consenso de Washington foi cunhado em 1989, por John Williamson, no âmbito do Institute for International Economics, quando o autor fez uma lista com dez políticas que ele compreendeu que Washington veria como necessárias para a América Latina. Posteriormente, essa lista se tornou um documento de referência para ser apresentado em conferência. Williamson se baseou em Balassa, de 1986, quando este estipulou como os países devedores deveriam ser ajudados a superar dívidas, e ele não acreditava que as inovações neoliberais — conforme as doutrinas do Mont Pelerin Society, como o monetarismo, a economia do lado da oferta e o Estado mínimo — sobreviveriam ao final da década de 1980, exceto as privatizações (Williamson, 2008).

O conteúdo da lista original dos preceitos do Consenso de Washington é o seguinte (Williamson, 2008):

- a) disciplina fiscal;
- b) reordenamento das prioridades da despesa pública;
- c) reforma tributária;
- d) liberalização da taxa de juros;
- e) taxa de câmbio competitiva;
- f) liberalização comercial;
- g) liberalização do investimento estrangeiro direto;
- h) privatização;
- i) desregulamentação econômica;
- j) direitos de propriedade.

Haveria algumas interpretações mais comuns para o significado do termo Consenso de Washington: a primeira faria referência a políticas das

instituições de Bretton Woods em relação aos países clientes; ou as políticas dos EUA juntamente com as políticas das instituições de Bretton Wood; ou ainda como sinônimo de neoliberalismo ou fundamentalismo de mercado, e este último seria mais popular (Williamson, 2008). Quando se refere a Washington, o autor fala do governo, dos burocratas e das instituições de pesquisas como universidades e *think thanks*. Williamson (2008) teve medo de a referência a Washington inviabilizar a adoção das medidas, uma vez que o termo normalmente se opõe aos interesses da América Latina e porque poderia ser um presente para a esquerda. Mais à frente, Williamson (2008) refuta a acusação de que o Consenso de Washington teria sido a causa da crise argentina em 2001, argumentando que a culpa seria da taxa de câmbio fixa e a política fiscal pouco restritiva.

A Agenda de Williamson em 2004 se difere da Agenda de 1989, com foco primeiramente em política de estabilização da economia, política fiscal como medida anticíclica — cita o Chile dos anos 1990 como exemplo —, política cambial, política monetária também como medida anticíclica e desestímulo de empréstimos em moeda estrangeira. Em segundo lugar, a Agenda de 2004 busca ampliar as reformas liberalizantes para áreas como o mercado de trabalho, pois o autor entende que nele há rigidez excessiva (Williamson, 2008). Mesmo reconhecendo que a liberalização somente proporcionou crescimento a poucos países em desenvolvimento, o autor explica que a razão para isso teria sido a adoção de políticas macroeconômicas equivocadas, como taxa de câmbio sobrevalorizada por parte desses países, por exemplo (Williamson, 2008). Blyth (2013) afirma que os defensores do Consenso de Washington, diante de resultados ruins de países que seguiram sua cartilha, dizem que os fracassos são devidos aos países não seguirem completamente seus princípios.

Ocorre que a austeridade expansionista tem origem na Itália (Blyth, 2013). Alesina, Tabellini e Perotti, segundo Blyth, são autores que propuseram a austeridade fiscal expansionista, com o argumento de que a confiança em um Estado faz com que os investidores atuem nele, mas Jayadev e Konczal (2010 *apud* Carvalho; Rossi, 2020) demonstram que, a partir da amostra de 107 casos ao longo da história, somente dois corroboram a tese dos teóricos da austeridade fiscal expansionista, e que os dois exemplos apontados por eles estavam tendo

trajetória de grande crescimento no ano anterior à aplicação de ajuste fiscal (Carvalho; Rossi, 2020). Posteriormente, Alesina e seus colegas revisitaram a metodologia para sua tese da austeridade fiscal expansionista e a mantiveram parcialmente, concluindo que a austeridade, de modo geral, é ruim para o crescimento, mas é uma alternativa melhor em comparação a aumento de tributos (Carvalho; Rossi, 2020).

Blyth (2013) cita o artigo de Nicoletta *et al.*, de 2012, em que eles refutam todos os argumentos de Alesina e seus correligionários, pois aqueles entendem que, em tempo de recessão, a “confiança no governo” não é forte o suficiente para se fazer consolidação fiscal expansionista. Não há relação entre corte de gastos e aumento da confiança em um governo, pois os entes privados fazem investimentos quando há demanda e expectativa de lucro, não quando o governo corta despesas, o que, inclusive diminui a demanda — essa ideia é igualmente refutada por Paul Krugman, Prêmio Nobel de Economia (Carvalho; Rossi, 2020).

Austeridade é uma forma voluntária de deflação por meio de redução de empregos, preços e despesa pública, com o argumento de se restaurar a competitividade por meio da confiança amparada na decisão do Estado de não se comprometer com dívidas excessivas, de ser um ente solvente, mas essa posição é questionada, pois quem a defende geralmente não está preocupado com a taxa de juros que o governo paga aos detentores de seus títulos — ocorre o contrário, rendimentos e ativos *equities* caem juntos, porque a derrubada dos mercados acontece pela preocupação com a falta de crescimento (Blyth, 2013). A ideia de austeridade não considera o impacto de escolhas pessoais em outras escolhas pessoais, ademais, formuladores de políticas públicas americanos somente podem culpar o Estado, às vezes os bancos individuais, mas nunca o mercado (Blyth, 2013).

Mattei (2022) argumenta que a austeridade foi e permanece instrumento de controle da classe trabalhadora e que a acumulação capitalista depende fundamentalmente de dois pilares, quais sejam, pequeno grupo de indivíduos que tenham os meios de produção e trabalhadores assalariados. Para a austeridade ser aceita, Mattei (2022) afirma que são necessários coerção e consenso. A autora compreende que o capitalismo não tem nada de natural, mas foi sujeito a experimentações políticas e legais a partir do século XVII. No âmbito

da austeridade, o público não participa das decisões econômicas, mas tecnocratas, principalmente dos Banco Centrais (Mattei, 2022), não havendo consenso se política econômica seria política pública entre economistas.

Comumente, teóricos liberais fazem associação entre crises e gastos governamentais elevados. Analisando-se crises mais recentes, não faz sentido dizer que os gastos dos governos foram a causa da crise de 2008, pois a média da dívida dos países da OCDE vinha caindo, mas, de fato, a crise bancária se tornou a crise de Estado soberano em poucos meses (Blyth, 2013).

Mattei (2022) defende que a austeridade não pode ser reduzida a austeridades fiscal e monetária e que, na verdade, há três formas de políticas de austeridade: fiscal, monetária e industrial. Austeridade fiscal ocorre na forma de taxaço regressiva e na redução do que é avaliado como gastos públicos improdutivos, principalmente de alcance social, como saúde e educação; austeridade monetária significa reavaliação monetária, como aumento nas taxas de juros e a redução da oferta de moeda; austeridade industrial se refere a políticas industriais autoritárias, como *downsizing* de funcionários públicos, redução de salários e repressão ou mesmo eliminação de sindicatos. Desse modo, políticas industriais públicas e privadas que criam condições favoráveis para o lucro e para a disciplina do trabalhador são centrais para a austeridade (Mattei, 2022).

A pandemia de Covid-19 demonstrou o caráter puramente ideológico e não técnico da postura de economistas e formuladores de políticas públicas liberais que afirmavam que o dinheiro público havia acabado, o que não faz sentido, uma vez que – tendo-se como exemplo o Brasil –, somente com auxílio emergencial, houve gasto de mais de 200 bilhões de reais só em 2020 (Bastos; Aidar, 2020). Com saúde, houve aporte de 63 bilhões de reais no ano de 2020, sendo que o Ministério da Saúde ficou com 37 bilhões (Agência Senado, 2020), em contexto de Teto de Gastos, aprovado com base na afirmação de que “não havia mais dinheiro”.

Todavia, após a crise de 2008, as regras fiscais de países centrais, de modo geral, passaram a ser menos rígidas, e os países buscaram maior flexibilidade e criação de normas relacionadas ao ciclo econômico (Eyraud *et al.*, 2018 *apud* Rossi; David; Dweck, 2020). Por fim, na pandemia de Covid-19, o

debate sobre o papel do Estado e da política fiscal, que havia começado em 2008, aprofunda-se, com a adoção de políticas fiscal e monetária expansionistas, muitas das quais recomendadas pelo FMI (Rossi; David; Dweck, 2020).

Austeridade não pode ser instrumento para o crescimento econômico, pois cortes não levam a crescimento. A ideia de *too big to fail* (muito grande para falir) da crise americana desencadeou a crise bancária europeia, o que leva toda a população a ter de ser austera. Assim, não se pode considerar a austeridade uma medida eficaz, partindo-se do pressuposto de que medida eficaz significa redução da dívida com promoção do crescimento (Blyth, 2013). O Banco Central Europeu, seguindo o *too big to fail*, provisionou liquidez aos bancos europeus e exigiu mais austeridade. Destaca-se que o resgate do sistema bancário mundial após a crise de 2008, a depender da metodologia, foi entre 3 e 13 trilhões de dólares (Blyth, 2013).

A crise na Europa fez com que a maioria dos países, exceto a Alemanha — que alegava o medo do aumento da dívida pública e de inflação —, recorresse a políticas keynesianas, uma vez que a crise colocou em xeque as ideias neoliberais de mercados eficientes e fez com que pensadores keynesianos como Paul Krugman e Joseph Stiglitz fossem mais ouvidos pelos governos, de modo a evitar a contração econômica e a estimular suas economias (Blyth, 2013).

Mas esse retorno a políticas keynesianas durou somente um ano. Já em junho de 2010, o Banco Central Europeu publicou um boletim, com defesa do crescimento, mas com consolidação fiscal. A oposição ao keynesianismo se tornou mais forte no primeiro semestre de 2010, a partir da crise da Grécia, apesar de o PIB grego compor somente 2,5% do PIB da Zona do Euro, de modo que a crise grega se tornou metáfora do suposto perigo do keynesianismo, justificando-se cortes orçamentários para nenhum país “ficar como a Grécia” (Blyth, 2013).

Blyth (2013) considera que, entre Portugal, Irlanda, Itália, Grécia e Espanha, que são comumente mencionados pelo acrônimo pejorativo em inglês “PIIGS” — inicialmente era PIGS, depois passou-se a incluir a Irlanda —, somente a Grécia tinha histórico de gastos excessivos, de maneira que os outros

enfrentavam recessões devido a crises do setor financeiro (estouro de bolhas bancárias causou crises de dívida soberana), sem relação causal com o Estado.

Todavia, consolidou-se o discurso de que a culpa da crise do mercado de títulos era a dívida soberana, para que se viabilizasse a política de austeridade por parte dos governos europeus, pois o euro desenvolveu um sistema bancário que é *too big to fail*, anteriormente citado. Assim, Estados Unidos e Europa precisaram de austeridade para salvar bancos, de modo que Blyth (2013) compreende que a Europa, como projeto político, é um sucesso, mas não seu projeto monetário, considerando o autor que a crise da Zona do Euro tem a ver com alta alavancagem dos bancos e a pouca gestão de risco nos países centrais da Zona do Euro. Na Europa, havia autoridade monetária, mas não autoridade fiscal para absorver a crise, como havia nos Estados Unidos (Blyth, 2013), e o custo para salvar os bancos da Europa chegou a 45% do PIB quando da crise financeira que a atingiu a partir de 2009.

Grupos de grandes bancos podem ter peso expressivo em relação ao PIB de um país, de modo que uma dívida de 40% em relação ao PIB possibilita o resgate de grandes bancos, mas, se a dívida fica perto de 90%, torna-se quase impossível salvar bancos devedores, de tal maneira que, no caso de países centrais, a austeridade estaria ligada ao resgate de bancos e estes, por sua vez, buscam que a sociedade pague o preço — primeiramente ocorre crise no sistema bancário (setor privado), em sequência, tem-se uma crise da dívida soberana, ou seja, esta última é consequência da primeira, e não de um Estado gastador, irresponsável (Blyth, 2013), ocorrendo socialização do prejuízo e promoção do ganho para poucos.

Em novembro de 2011, o Financial Stability Board publicou uma lista com os 29 mais importantes bancos do mundo, ou seja, os *too big to fail*, estando 17 deles na Europa, de modo que a austeridade é uma política para os bancos, pois faz com que quem pague pelos erros dessas instituições não sejam elas mesmas, mas os cidadãos comuns, principalmente na Europa — a relação dívida-PIB na Europa era de 70% em 2008, e passou para 90% em 2012, devido a efeitos da crise financeira dos Estados Unidos: a dívida privada se tornou dívida pública a partir do momento em que os Estados passaram a salvar seus bancos (em alguns casos), e a crise da dívida soberana na Europa também foi

gerada pelos bancos e pelo excesso de “*laissez-faire*” (Blyth, 2013). Após a crise de 2008, houve a redescoberta da economia keynesiana, mas em junho de 2010, após o encontro do G20, o grupo afirmou ser necessário voltar a uma política de consolidação fiscal, ou seja, de austeridade (Blyth, 2013).

Em 2011 estipulou-se um teto de gastos nos Estados Unidos por Republicanos e Democratas, prevendo-se corte de 2,1 trilhões de dólares durante uma década, medida que causou baixo crescimento devido à diminuição do investimento público em uma economia que se encontrava enfraquecida (Blyth, 2013).

Blyth (2013) afirma que, no caso do grupo de países com alcunha de PIIGS (Portugal, Irlanda, Itália, Grécia e Espanha), também houve implementação de duras medidas de austeridade. Com o corte orçamentário, a economia desses países enfraqueceu, o encargo da dívida se tornou maior, e o pagamento de juros cresceu, como é o caso de Portugal, em que o pagamento de juros para títulos de dez anos passou de 4,5% em 2009 para 14,7% em 2012, ou seja, muitos são os países que tiveram aumento em sua dívida mesmo recorrendo a políticas de austeridade.

No caso da Islândia, o governo deixou para os detentores de títulos o pagamento da crise, não socializou o custo (não deixou com os pagadores de impostos): em 2012, a dívida do país chegou a 99% do PIB, e seria maior se o governo tivesse salvado os bancos, ou seja, aquele país seguiu uma política expansionista, não de austeridade, seguida de uma consolidação fiscal uniformemente distribuída, e conseguiu lidar com a crise de uma maneira sustentável. Ainda no ano de 2012, a Islândia estava no topo dos países da OCDE em crescimento econômico, ou seja, quando se faz o exato oposto da austeridade, as pessoas não apenas sobrevivem, como elas prosperam, não se devendo salvar os bancos (Blyth, 2013). O autor ainda recorda, para reforçar o argumento contra a austeridade, declaração do FMI feita em 2012 de que os multiplicadores fiscais negativos foram muito subestimados, assim como o efeito dos cortes foram superestimados.

Apesar de a austeridade fiscal estar presente nos países da União Europeia, há diferença entre como ela foi adotada nessa região e como ela foi adotada no Brasil, pois, no primeiro caso, houve ajustes conforme o ciclo

econômico após a crise de 2008, inclusive com o equilíbrio entre receitas, redução de despesas e elevação da receita, enquanto no caso brasileiro há rigidez ainda maior do que a preconizada pelo FMI, o qual reconhece que o ajuste fiscal deve garantir a estabilidade econômica (Moretti; Funcia; Ocké-Reis, 2020). No Brasil, ainda há a regra de ouro na CF/88, que dita que o endividamento do Estado não pode superar o valor das despesas de capital, o que prejudica a disponibilidade de recursos para despesas correntes importantes, como é o caso da saúde (Moretti; Funcia; Ocké-Reis, 2020). Já a LRF especifica que as metas de resultado primário devem ser seguidas, o que resulta em cortes de despesas quando as receitas são frustradas, constituindo-se em uma regra pró-cíclica e diminuindo o crescimento econômico, fazendo com que, nesse aspecto, a LRF seja prejudicial a estados e municípios, porque limita os gastos com pessoal e a prestação de serviços públicos (Moretti; Funcia; Ocké-Reis, 2020).

A definição do papel do Estado quanto à política fiscal na teoria econômica e na política econômica está imbuída das visões de mundo, dos valores do analista, de modo que há duas visões elementares sobre esse tema: uma que afirma que o Estado deve ter participação mínima na economia e precisa buscar sempre o equilíbrio fiscal, e outra, que entende que o foco do Estado não deve ser o equilíbrio fiscal, mas o crescimento econômico, com geração de empregos (Rossi; David; Dweck, 2020). Lerner (1951, *apud* Rossi; David; Dweck, 2020) ainda concebe que o governo não deve buscar o equilíbrio fiscal, mas o equilíbrio econômico. Para Mattei (2022), princípios como o orçamento equilibrado são fundamentais para a proposta de abrandar os conflitos de classe, e a austeridade, mais do que política econômica, é um amálgama de política pública e teoria, sendo que políticas de austeridade prosperam porque há um conjunto de teorias econômicas que as conformam e as justificam.

Ao ir mais além, afirma-se que a política fiscal afeta os direitos humanos, e essa afirmação pode ser compreendida a partir da proposição de Musgrave das três funções clássicas da política fiscal: alocativa, distributiva e estabilizadora (Rossi; David e Chaparro, 2020). A função alocativa da política fiscal, na visão da economia ortodoxa (clássica, principalmente – a escola

austriaca não reconhece as falhas de mercado, assim como os keynesianos, estes últimos por entenderem que o mercado é intrinsecamente inconstante), se destina a prover bens e serviços públicos a partir do reconhecimento das falhas de mercado; a função distributiva significa destinar recursos para se alcançar determinada distribuição almejada, interferindo na renda das pessoas, podendo reduzir ou reforçar desigualdades – tem-se que o neoliberalismo negligencia essa função; já a função estabilizadora é destinada a interferir no nível de emprego e de preços, como ocorreu com as políticas anticíclicas na década de 1930 para fazer frente à Grande Depressão (Rossi; David e Chaparro, 2020). Musgrave e Musgrave (1973, *apud* Rossi; David e Chaparro, 2020) entende que essa função tem como finalidade o aproveitamento de recursos em alto nível e a estabilização da moeda, de modo que, quando há desemprego, deve haver o aumento do nível de demanda pública até se alcançar o pleno emprego; por outro lado, se houver inflação por excesso de demanda, o governo deve fazer ajuste nas despesas para estabilizar os preços – essa função parte da análise de Keynes acerca do impacto da política fiscal no emprego e na renda de uma sociedade (Rossi; David e Chaparro, 2020).

A política fiscal, por determinar a quem taxar e onde alocar recursos, tem natureza redistributiva, uma vez que faz a receita ser destinada a determinados segmentos da sociedade (Rossi; David e Chaparro, 2020). Ademais, tem impacto na desigualdade social, quando o governo decide por gastos em benefícios sociais e por programas de educação e saúde, que têm impacto na população mais pobre (Rossi; David e Chaparro, 2020). Quanto ao lado da arrecadação, a tributação direta, que incide sobre o patrimônio e a renda, tende a reduzir a desigualdade, enquanto a tributação indireta, sobre o consumo de bens e serviços, tende a aumentar a desigualdade, e isso ocorre porque os impostos sobre o consumo são regressivos e fazem com que os pobres paguem mais (proporcionalmente) (Rossi; David e Chaparro, 2020).

Ocorre disputa pelo orçamento público de uma nação, e ele é passível de questionamento judicial em relação às receitas e às despesas, de modo que, em relação às receitas, pode-se questionar judicialmente sistemas tributários regressivos com base nos princípios de equidade e de capacidade contributiva;

quanto às despesas, é passível de questionamento judicial a proteção dos direitos sociais (Rossi; David e Chaparro, 2020).

Comumente, economistas que fazem análises em jornais da mídia hegemônica afirmam que é necessário o governo brasileiro cortar gastos em momentos de crise por meio da analogia com a economia doméstica, ou seja, o Estado deveria poupar e ser comedido conforme a economia de uma família deveria ser. Esse discurso tem como carga valores morais que louvam e preconizam o rigor, a disciplina, o sacrifício, a sobriedade e a repressão a comportamentos gastadores, de modo a falsificar o funcionamento da economia, ou seja, transpõe valores individuais para o Estado, atribuindo características humanas a ele (Carvalho; Rossi, 2020).

Faz-se importante compreender que, em uma crise, as medidas para empresas privadas e famílias não se aplicam ao Estado e à sociedade em geral, de forma que, se todos são austeros ao mesmo tempo, todos entram em crise simultaneamente, pois o gasto público e a dívida pública perfazem renda do setor privado, ou seja, a dívida pública é um ativo para seu detentor, e o déficit do setor público é superávit do setor privado (Carvalho; Rossi, 2020).

No Brasil, é comum os economistas ortodoxos compreenderem como excesso os gastos sociais, que englobam a área da saúde, e até mesmo a Constituição de 1988, de maneira que, para defrontar o Estado gastador, deve-se recorrer a sacrifícios, ou melhor, à austeridade. Assim, o corte de gastos geraria mais confiança num Estado que é virtuoso, que se diminui, que é austero, tornando possível, então, o crescimento econômico. Todavia, não ocorre crescimento a partir de reformas para diminuição do Estado, o que é justificado pelos economistas ortodoxos com o fato de as reformas nesse sentido serem muito tímidas (Carvalho; Rossi, 2020).

O aumento da dívida fortaleceu o discurso de austeridade, ao afirmar que a conta deverá ser paga, tratando-se de um senso comum, uma falsificação da realidade, pois as dívidas soberanas do Estado não são como as dívidas de uma família, porquanto, no caso daquele, alguns papéis serão pagos, outros serão emitidos, como ocorreu com países que se endividaram muito durante a Segunda Guerra Mundial, os quais rolaram sua dívida, que foi se reduzindo em relação ao PIB, conforme o passar dos anos, em ambiente de alto crescimento

e juros reduzidos, sem políticas de austeridade, pois os países estavam destruídos e recorreram a grandes investimentos públicos para recuperação econômica (Carvalho; Rossi, 2020). Ademais, a partir de uma visão que tem como objetivo ganhos sociais, em período de crise, com desemprego, o setor privado nem sempre consegue alocar os recursos humanos, de maneira que é importante que o Estado o faça por meio da expansão de despesas, mostrando, mais uma vez, que a comparação entre orçamento público e privado obscurece responsabilidades da política fiscal no plano econômico, que são a indução ao crescimento e a contenção das consequências dos ciclos econômicos (Carvalho; Rossi, 2020).

A austeridade foi suspensa durante a pandemia de Covid-19, e o gasto público passou a ser a solução para a crise, havendo maior emissão de dívida pública, com maior parte do destino do aumento de gastos para o Auxílio Emergencial, que beneficiou mais de 80 milhões de pessoas e elevou a renda dos 50% mais pobres do país ao nível anterior à pandemia (Carvalho; Rossi, 2020). Acerca do limite da dívida pública, há estudos que tentam defini-lo e que são usados como mote para justificar a austeridade fiscal, todavia não existe estudo técnico que assegure uma porcentagem ideal em relação ao PIB, de modo que o endividamento do Estado depende de se ocorre em moeda nacional ou estrangeira, conforme os autores. No caso do Brasil, a maior parte da dívida é em real e o país possui mais reservas em dólar do que dívida pública nessa moeda estrangeira (Carvalho; Rossi, 2020).

Quanto aos tributos, a decisão sobre eles, igualmente, não é somente técnica, mas uma escolha política da sociedade, ou seja, são instituídos de acordo com o que a sociedade planeja que deve ser serviço público universal. Segundo Carvalho e Rossi (2020), o Brasil tem carga tributária semelhante à de países da OCDE e, conforme a CF/88, houve uma escolha pela concepção de um sistema universal de saúde pública. São necessários o aumento de tributos no Brasil e o reconhecimento de que o Teto de Gastos implantado a partir da EC nº 95/2016 era incompatível com a escolha positivada na CF/88 (Carvalho; Rossi, 2020), assim o Novo Arcabouço Fiscal o é. No caso do Novo Arcabouço Fiscal, voltou a vigorar o piso de 15% da Receita Corrente Líquida, no caso da União e a regra de as despesas não serem maiores que 70% da receita não se

aplica à saúde e à educação. Entretanto, membros do Executivo e do Legislativo defendem a retirada do piso em saúde, alegando necessidade de o recurso que deveria ser vinculado poderia ser aplicado em outras áreas.

Em relação ao aumento da carga tributária, não há teoria econômica amplamente aceita de que essa medida reduz o crescimento dos países, devendo-se atentar para a progressividade da tributação, para que ela não se torne um problema (Carvalho; Rossi, 2020). A professora Esther Dweck (2020), ao contrário de economistas ortodoxos, compreende que o objetivo do Teto de Gastos, instrumento aprovado por meio da EC nº 95/2016, era a redução do papel do Estado com gastos sociais, uma vez que tal medida propõe a diminuição das despesas primárias em relação ao PIB e à população a cada ano (Dweck, 2020). Ela lembra que, entre 1997 e 2016, a despesa primária aumentou de 14% para 19% do PIB e que a vigência do Teto de Gastos seria de 20 anos, até 2036, e estima que o gasto primário diminuiria para 13,2% nessa data. Ela analisa também que, nos primeiros anos, o Teto havia comprimido as despesas discricionárias, incluindo parte da saúde, contudo seria igualmente necessário haver cortes nas despesas obrigatórias para se cumprir o determinado na EC nº 95/2016. Em sua análise, quando aborda o exercício de 2020, a autora não inclui os créditos extraordinários para combate à pandemia de Covid-19, porque esse tipo de recurso não estava sujeito ao Teto e fez com que as despesas primárias chegassem a 26,1% do PIB (IPEA, 2021). A maior parte dos créditos extraordinários foi destinada ao pagamento do auxílio emergencial, mas também houve parte considerável para a área de saúde, como visto anteriormente.

É muito importante a desconstrução da assertiva ideológica de que o “dinheiro acabou”, pois os tributos não precedem o gasto público (em termos macroeconômicos, os tributos não financiam), além de o Tesouro Nacional não ter risco de *default* na dívida em reais. Desse modo, tem-se que o corte de gastos é uma decisão institucional, e não uma escolha técnica (Bastos; Aidar, 2020). De acordo com Keynes, os gastos determinam o nível de renda agregada, ou seja, a criação de crédito e de moeda financiam os gastos. Em relação aos gastos públicos, primeiramente, ocorre o acesso a recursos de contas do Tesouro em bancos estatais ou privados, contribuindo com a renda agregada, tendo-se como consequência a arrecadação de tributos. A despesa pública via Tesouro ocorre

com o débito em sua Conta Única e o crédito na conta de um agente privado, seja uma instituição ou uma pessoa física, de maneira que esse crédito inicial tem efeitos secundários no nível de atividade econômica por meio do multiplicador de gastos keynesiano, o que eventualmente gera arrecadação fiscal, consoante a carga tributária do país (Bastos; Aidar, 2020).

O valor da Conta Única do Tesouro advém de arrecadações de períodos anteriores e de emissão de títulos públicos, sendo que, no último caso, tem papel basilar o Banco Central (BC) e o Conselho Monetário Nacional (CMN), que compõem a autoridade monetária. Cada país tem suas regras referentes ao último tipo de financiamento, que pode ser direto (autoridade monetária desconta títulos públicos e debita diretamente na conta do Tesouro, sem intermediários) ou indireto (no financiamento indireto, ocorre a criação inicial de crédito ou o aumento de recursos na conta do Tesouro por meio de depósitos realizados por um banco privado que compra diretamente os títulos públicos, de modo que o Banco Central pode comprar títulos públicos de bancos privados) (Bastos; Aidar, 2020).

Segundo Bastos e Aidar (2020), em períodos de forte crise, o aumento de impostos não é adequado e eficiente para um país que busca expansão do PIB, pois o efeito é contrário, ocorrendo a contração deste – acrescenta-se que, com crise profunda, há queda dos investimentos privados, fazendo-se necessária a expansão dos investimentos públicos para se manter a demanda, e esse movimento aumenta a dívida pública (Bastos; Aidar, 2020). Os autores partem do pressuposto de que o aumento da dívida pública em moeda nacional não tem impacto na solvência do Estado para o caso de países que emitem sua própria moeda. Ainda, se o aumento da tributação for de natureza progressiva, sobre renda ou estoque de riqueza, há efeito redistributivo em favor das camadas de menor renda (Bastos; Aidar, 2020). A taxa de juros de curto prazo, definida pelo Comitê de Política Monetária (Copom) a cada 45 dias, tem aspecto distributivo porque, conforme a taxa de juros, um maior estoque de dívida pública significa transferência de renda para rentistas, desse modo, taxas de juros baixas significam menos recursos vertidos para detentores da dívida (Bastos; Aidar, 2020).

O federalismo brasileiro tem uma inconsistência caracterizada pela crescente oferta de serviços realizados diretamente por entes subnacionais, que, ao mesmo tempo, têm limitações demarcadas pelo Estado nacional quanto à emissão de dívida, além de outras restrições constantes na LRF e na EC nº 95/2016 que acarretaram menos recursos para políticas sociais, uma vez que o piso para essas áreas passou a ser corrigido pela inflação do ano anterior, e não mais conforme a arrecadação ou o PIB do ano precedente, ocorrendo, desse modo, subfinanciamento da saúde entre 2018 e 2020, segundo Corrêa e Dweck (2020). Levi (2016) destaca que a limitação da expansão da despesa pública teve como base o gasto de 2016, período de maior crise econômica no país. A partir da EC nº 95/2016, houve igualmente redução das transferências voluntárias a estados e municípios, sendo amenizada pelas emendas individuais, as quais, por meio da EC nº 86/2015, passaram a ser de execução obrigatória (Corrêa; Dweck, 2020).

Outro problema característico do federalismo brasileiro é o fato de a arrecadação própria dos municípios ter o Imposto Sobre Serviços (ISS), bastante regressivo, como sua principal fonte, situação que piora para os municípios menores. Tributação regressiva tem como característica onerar menos renda e patrimônio – bens dos mais ricos – e incidir mais sobre bens e serviços, o que prejudica proporcionalmente a camada mais baixa da população. Impostos regressivos são tributos que podem ser proporcionais em relação a si, por meio de uma porcentagem fixa, mas não são proporcionais em relação à estrutura social, não alcançando a equidade/progressividade, de modo que incidem mais sobre a camada mais pobre da população.

Das transferências correntes, as intergovernamentais formam sua quase totalidade, e muitos municípios chegam a ter 90% de seu orçamento composto por transferências governamentais. As transferências correntes da União são formadas principalmente pelo Fundo de Participação dos Municípios (FPM), parcela do Imposto de Renda (IR) e do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) arrecadados pela União, não afetados pelo Teto de Gastos, o que se tornou um argumento para os defensores do Teto (Corrêa; Dweck, 2020).

No caso de municípios entre 500 mil e um milhão de habitantes, as transferências correntes da União também são relevantes, mas são bem

menores, de modo que, em 2017, houve variação entre 20% e 47% da participação da União em orçamentos municipais, o que torna a parcela de recursos da União não dominante para aqueles municípios, sendo mais relevante o repasse dos Estados, principalmente via ICMS. Todavia, mesmo no caso dos municípios com a população de quantidade citada, menor percentual de transferência governamental gera impactos, pois os repasses para o SUS variam entre 52% e 76%, ou seja, formam o principal elemento de transferências da União (Corrêa; Dweck, 2020). Os repasses para o SUS estavam sujeitos ao Teto de Gastos da EC nº 95/2016, e houve redução de 22,5 bilhões de reais para a área de saúde entre 2018 e 2020, não se contabilizando os recursos para o combate à pandemia em comparação à regra da EC nº 86/2015, segundo Moretti *et al. apud* Corrêa; Dweck (2020).

Um argumento relevante contra o Teto de Gastos e o Novo Arcabouço Fiscal é que eles influenciavam/influenciam a arrecadação de modo geral, porque afeta a atividade econômica e provoca menor arrecadação de impostos que financiam o FPM (assim como as transferências dos estados, pois afeta a arrecadação deles) mesmo quanto ao componente não sujeito ao Teto de Gastos (Corrêa; Dweck, 2020). Ademais, a maior parte de recursos para a saúde se dá por transferências da União, e são limitados pelo teto de gastos, com o agravante de que uma parte desse repasse é feita via emendas parlamentares que não se baseiam em planejamento orçamentário, fazendo com que a qualidade do gasto seja muito pouco eficaz (Corrêa; Dweck, 2020).

O Brasil tem tido crescimento demográfico de modo geral e da população idosa em especial, que possui mais doenças crônicas, demandando um sistema de saúde mais robusto (Moretti; Funcia; Ocké-Reis, 2020). Por meio de dados do Censo 2022 (IBGE, 2023), verifica-se que a população com mais de 60 anos em 2010 constituía 10,79% da população, passando a 15,82% em 2022, ocorrendo igualmente o aumento do índice de envelhecimento, que era de 30,7 em 2010 e atingiu 55,2 em 2022 (esse índice demonstra o número de idosos para cada 100 crianças de 0 a 14 anos). Ademais, para que um país preserve vidas e empregos após um período de crise, como o da pandemia de Covid-19, deve adotar regras convergentes com a preservação de empregos e da saúde da população, com despesas primárias de efeito multiplicador e redistributivo,

asseverando-se que o equilíbrio fiscal deve ser ponderado não somente pelo lado das despesas, mas igualmente pelo lado das receitas com maior tributação da renda e do patrimônio e com menos renúncias fiscais (Moretti; Funcia; Ocké-Reis, 2020).

Na área de saúde, nos momentos de crise econômica, devido ao maior desemprego e à redução de salários, há aumento da demanda por serviços públicos, fazendo-se necessária a política estabilizadora para a garantia de direitos, não apenas a nível macroeconômico da demanda agregada, pois pode haver desigualdades de acesso a serviços de saúde em uma economia com pleno emprego. Além disso, os autores enfatizam que não há consenso entre os economistas sobre o que seja “sustentabilidade fiscal”, de maneira que não há um nível ideal para a dívida pública nem explicação teórica razoável para isso, ou seja, a sustentabilidade fiscal depende das especificidades de cada país, como capacidade de arrecadação, de emissão de moeda própria, assim como da relação entre política fiscal e equilíbrio externo (Rossi; David; Dweck, 2020). Esses autores declaram que a responsabilidade social é algo que precisa ser reconhecido como intrínseco à responsabilidade fiscal, não podendo o equilíbrio orçamentário constituir um objetivo em si, o que não faz sentido em um contexto social de busca de garantia de direitos e de bem-estar, caso contrário, tem-se uma política fiscal irresponsável.

A dívida é de fato um problema, mas os defensores de austeridade excessiva, na verdade, têm ódio do Estado para Blyth (2013), ou melhor, ódio de um Estado forte e solidário aos mais necessitados. A preocupação com a dívida deve existir por outros motivos, não como a inversão entre causa e efeito e pela dicotomia entre o bem e o mal, representados, respectivamente, por austeridade/responsabilidade fiscal e gasto/gastança. A política de dívida pública se tornou um jogo moral, em que se repassa a culpa dos bancos para o Estado, e, assim, tem-se uma pena a cumprir pelo pecado da gastança, que é austeridade (Blyth, 2013), o que poderia ser considerado pauta moral, e não científica.

Blyth (2013) considera que a austeridade não tem amparo científico nem um corpo teórico consolidado que a sustente, mas apoia-se em crenças e valores, dispersos por teorias econômicas, inclusive, no mundo contemporâneo

— ademais, o desenvolvimento é quase sempre liderado pelo Estado, entretanto fatos não refutam ou desacreditam uma ideologia consolidada a partir de agentes hegemônicos (Blyth, 2013). Ressalta-se que alguém precisa gastar para outro poupar, não sendo possível que todos os países cortem investimentos para crescerem ao mesmo tempo, pois não há demanda para estimular o investimento (Blyth, 2013).

Retornando ao caso dos Estados Unidos na crise de 2008, abordado anteriormente, o aumento da dívida pública ocorreu por conta da implosão de seu mercado financeiro e a forma como isso impactou os fundos soberanos a partir dos Estados Unidos para a Zona do Euro e outros países (Blyth, 2013). A crise de dívida dos fundos soberanos assolou toda a Europa, e os países centrais se tornaram keynesianos pelo período de cerca de um ano, de maneira que se faz importante entender como uma crise bancária se tornou uma crise do setor público e como o argumento de que a crise foi provocada por um Estado gastador é uma construção ideológica de banqueiros, empresários e políticos europeus (Blyth, 2013).

Por sua vez, Paul Krugman (2012 *apud* Blyth, 2013) compreende ser possível lidar com uma dívida pública expressiva e ter equilíbrio orçamentário mediante crescimento econômico, com o PIB crescendo em um ritmo maior que a dívida e levando à diminuição desta, ressaltando-se que o baixo crescimento aumenta a dívida. Cortar gastos contrai menos a economia do que aumentar impostos, no caso dos países centrais, mas isso não ocorre por causa das expectativas, e sim por causa do poder do Banco Central de se opor à contração por meio de corte das taxas de juros (Blyth, 2013).

Dweck (2020) relembra que, entre 2016 e 2019, mesmo com contração fiscal, não houve redução da dívida pública líquida do Brasil, que era de 46,1% em 2016 e passou para 55,7% em 2019. A dívida pública aumentou por dois motivos principais: pagamento de juros elevados e redução da arrecadação (Dweck, 2020). A autora compreende que política de contração fiscal provoca desaceleração da economia e aumento da desigualdade, o que, por sua vez, piora os resultados fiscais.

Um Estado de bem-estar social ou de solidariedade social robusto e responsivo às demandas da sociedade, em especial as de saúde, necessita de

recursos públicos adequados e forte intervenção planejada. O SUS é resultado da luta da população para tornar o acesso à saúde pública universal um direito. No entanto, o problema de financiamento ocorre desde o início da vigência da Constituição Federal de 1988, quando já vigente a ordem neoliberal. O gestor de políticas públicas somente consegue implementá-las com recursos adequados, de modo que nunca foi possível cumprir a norma constitucional de garantia de um SUS público, universal e com qualidade em nenhuma região ou espaço geográficos, mas com agravos em determinadas regiões, zonas rurais, zonas de povos tradicionais, territórios periféricos e cidades do interior.

As razões para o subfinanciamento do SUS encontram-se exatamente no contexto neoliberal, como a pressão dos empresários da rede privada de saúde e a ideia de austeridade fiscal. Compreende-se que o neoliberalismo é uma visão de mundo, um conjunto de valores como competição, lucro e lógica do mecanismo de empresa privada em todos os âmbitos da humanidade. No neoliberalismo, o Estado é tratado como empresa, embora tenha finalidade diferente e oposta ao lucro, e essa orientação econômica, mas não somente econômica, tem como principais pressupostos a ideia de um Estado mínimo, de um cidadão que deve ser um empresário de si, de tal forma que os valores da empresa privada são superestimados, e o Estado deve ter um papel mínimo no âmbito econômico em contraposição ao Estado de bem-estar social (Dardot; Laval, 2016).

3. METODOLOGIA

De modo breve, o conceito atual de método é a teoria da investigação ancorada na delimitação de um problema e sua posterior solução, não se buscando mais a essência das coisas ou dos fatos, mas, ao contrário, procura-se entender as relações entre as coisas e a explicação e a interpretação dos fatos (Marconi; Lakatos, 2017).

Assim, consta neste capítulo o roteiro seguido para se alcançar o proposto por esta dissertação.

3.1 Delimitação do Estudo

Quanto ao escopo, a dissertação tratou de austeridade fiscal, com foco no orçamento para saúde pública e financiamento insuficiente para essa área; em relação à localidade, a proposta abrangeu a região Nordeste; no que tange à delimitação temporal, compreendeu o período a partir da promulgação da CF/88 até a chamada PEC de Transição (dezembro de 2022), com foco a partir da LC nº 141/2012, uma vez que, com a CF/88, o acesso à saúde pública universal passou a ser um direito e os percentuais mínimos para essa área foram concretizados com a lei citada. Consta igualmente análise de normas com repercussão sobre os recursos destinados à saúde pública no período delimitado como uma parte relevante do trabalho, com objetivo de interpretar visões de mundo e interesses referentes ao orçamento para a saúde.

3.2 Características da pesquisa

O primeiro passo para o pesquisador iniciar uma pesquisa é a definição do objetivo/finalidade, de que resulta a seguinte tipologia: pesquisa exploratória, descritiva ou causal/explicativa – e a abordagem (qualitativa, quantitativa, ou uma variação delas) (Selltiz *et al.*, 1974 *apud* Freitas; Jabbour, 2010). É importante adotar a abordagem mais apropriada para atingir os objetivos da investigação, e o presente trabalho recorreu à pesquisa exploratória e à descritiva, com preeminência da última, pois o método descritivo é adequado para observação, análise e interpretação (Andrade, 2002 *apud* Raupp; Beuren, 2006).

A abordagem qualitativa é viável quando o fenômeno em estudo é complexo, de natureza social e de difícil quantificação. A principal vantagem da abordagem qualitativa, em relação à quantitativa, refere-se à abrangência, ou seja, ao valor das evidências a serem obtidas por meio de múltiplas fontes, como entrevistas e observações (Freitas; Jabbour, 2010).

Entre as vantagens da pesquisa documental, tem-se que ela permite o estudo de pessoas às quais não temos acesso físico, porque não estão mais vivas ou por questões de distância (Godoy, 1995), como também é caso em

questão. A dissertação trata de estudo qualitativo, porque seu intuito é a interpretação e a compreensão de um fenômeno.

Babbie (1999) afirma que regularidades nas ciências sociais são sujeitas a três tipos de crítica: trivialidade, relatos contraditórios e possibilidade de que pessoas podem perturbar a regularidade observada. O autor ainda ressalta a importância de se documentar o óbvio, pois esta é uma função importante de toda ciência, física ou social, de modo que acusação de obviedade não constitui uma crítica legítima. Babbie (1999) recorda que o desenvolvimento das ciências sociais foi prejudicado pela incompreensão da natureza lógica da ciência em geral, com foco na dedução, oposta à compreensão da ciência na prática. Todavia, o cientista social lida com ideologias – religiosas, filosóficas, políticas —, que são menos abertas a modificações do que a ciência, desafiando-as (Babbie, 1999).

Gil (2008) ressalta a importância de não se usar somente um método para preservação da robustez da pesquisa, assim, esta dissertação segue principalmente o método qualitativo, mas também faz análises de dados orçamentários. Ademais, o presente trabalho se ampara em pesquisa bibliográfica, de modo a serem consultadas fontes primárias, como bases de dados oficiais e legislação acerca do tema, e fontes secundárias, como autores especialistas nos temas estudados.

Após o processo de formulação de um problema, houve leituras exploratórias, chegando-se a uma pesquisa qualitativa, que fez uso da pesquisa bibliográfica e da pesquisa documental. Os estudos qualitativos preconizam que um fenômeno pode ser mais bem compreendido no contexto em que ocorre e do qual é parte, em que o pesquisador vai a campo captar o fenômeno em estudo, a partir da perspectiva das pessoas nele envolvidas, e coletar vários tipos de dados a serem analisados (Godoy, 1995).

Os documentos normalmente são considerados importantes fontes de dados para diversos tipos de estudos, e o exame de materiais que ainda não receberam um tratamento analítico, ou que podem ser reexaminados, constitui a pesquisa documental. Nesse caso, “documentos” é um termo que deve ser entendido de uma forma ampla, incluindo os materiais escritos, como jornais, revistas, diários, obras literárias, científicas e técnicas, cartas, estatísticas e

elementos iconográficos (como sinais, imagens, fotografias, filmes) (Godoy, 1995).

São primários os tipos de documentos produzidos por pessoas que vivenciaram diretamente o evento que está sendo estudado, ou secundários, quando coletados por pessoas que não presenciaram sua ocorrência (Godoy, 1995). Uma vantagem de documentos é o fato de eles constituírem uma fonte não-reativa, de maneira que as informações permanecem as mesmas após muito tempo. A pesquisa documental também é adequada quando queremos estudar longos períodos, e ela possui três aspectos que merecem atenção especial do investigador: a escolha dos documentos, o acesso a eles e a sua análise (Godoy, 1995).

O levantamento bibliográfico preliminar é um estudo exploratório, porque tem a finalidade de proporcionar a familiaridade do pesquisador com a área de estudo no qual está interessado e sua delimitação (Gil, 2002). Segundo o autor, outro passo importante é a identificação das fontes capazes de fornecer as respostas à solução do problema proposto. As fontes bibliográficas mais conhecidas são os livros de leitura corrente, mas existem outras fontes para a pesquisa bibliográfica, como teses, dissertações e periódicos científicos (Gil, 2002). A leitura que se faz na pesquisa bibliográfica deve servir aos seguintes objetivos: a) identificar as informações e os dados constantes do material impresso; b) estabelecer relações entre as informações e os dados obtidos com o problema proposto; e c) analisar a consistência das informações e dos dados apresentados pelos autores (Gil, 2002). A principal diferença entre a pesquisa bibliográfica e a pesquisa documental é que a bibliográfica costuma ser desenvolvida como parte de uma pesquisa mais ampla, já a documental constitui um fim em si mesma, com objetivos bem mais específicos (Gil, 2002).

As principais bases de dados consultadas para o trabalho foram *sites* oficiais do governo federal com informações relevantes na área de saúde, como o do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), o do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e o do Ministério da Saúde. Acerca de dados fornecidos pelos estados, têm-se os relatórios cadastrados no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops), uma vez que a cultura de transparência ainda não é sólida em todos os entes, de modo que há

difficuldade de prontamente se ter acesso a informações orçamentárias e financeiras.

Do IBGE, utilizou-se o Censo 2022, Conta Satélite de Saúde, a Pesquisa Nacional de Saúde e a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua).

Do Ministério da Saúde, especificamente do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) utilizou-se o Siops.

Acerca da estimativa de gastos a partir da Emenda Constitucional nº 95/2016, utilizou-se Sistema de débito do TCU, que se baseia no Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA).

3.3 Limitações da pesquisa

Toda pesquisa encontra limitações de diversas naturezas. No caso desta, há documentos relevantes e antigos não disponibilizados em *sites* oficiais do governo, sendo necessário buscar informações em artigos jornalísticos em alguns casos. A questão geográfica também foi relevante quanto à compilação de dados, pois o governo federal tem instrumentos mais sofisticados de inserção, coleta, tratamento e disponibilização de dados do que os entes subnacionais de modo geral.

Destaca-se que há uma importante desvantagem na pesquisa documental, qual seja, documentos geralmente não são produzidos com o propósito de fornecer informações com vistas à investigação social, o que ocasiona vieses (Godoy, 1995).

Por fim, ao tratar de orçamento e restrição orçamentária, é relevante o fato de o novo Arcabouço fiscal ter sido aprovado em 31 de agosto de 2023, o que mostra uma dificuldade de estudos que tratam de finanças em geral, cujo campo é alterado constantemente por normas de origens diversas.

4 QUESTÕES FISCAIS NO BRASIL

Sônia Fleury (2009) recorda que a luta pela universalização da saúde é elemento intrínseco à luta pela democracia, de modo que a institucionalização

desta é condição para garantia da saúde como direito. A pesquisadora recorda que houve forte resistência a muitos projetos liberais para defesa e manutenção do SUS, todavia não foi criada uma fonte regular para seu devido financiamento, a fim de que fosse concretizada a universalidade de acesso com qualidade.

Quando se questiona o financiamento, é imprescindível abordar não somente o aporte do recurso necessário à saúde pública, mas também o porquê de recursos destinados ao SUS serem desviados para outra finalidade, como formar superávit fiscal via DRU, ou de ocorrer renúncia fiscal em relação a planos de saúde, por exemplo. Assim, a austeridade é seletiva, pois comumente há redução de recursos primordiais para políticas públicas, e o propósito do estudo “A austeridade fiscal e o financiamento do Sistema Único de Saúde na região Nordeste” é compreender o discurso hegemônico de austeridade fiscal e seu impacto no subfinanciamento do SUS naquela região ao controlar a provisão de políticas públicas, o que atinge o país como um todo, com diferenças regionais, sobretudo espaços rurais, territórios de povos originários e tradicionais, territórios periféricos e cidades do interior.

A desigualdade regional é um fato que piora com o baixo poder de atuação dos entes descentralizados. A maior parte dos estados perderam seus bancos estaduais na década de 1990, não emitem dívida pública e têm baixa representação no Senado Federal, uma casa que, de fato, representa os partidos políticos.

Em termos territoriais, os serviços do SUS se dão de maneira bastante desigual, tendo como motivo estrutural as desigualdades regionais em termos econômicos, pois há concentração de recursos em determinados estados e regiões. Um exemplo é a instalação, em grandes centros, de hospitais que possuem tecnologia para atendimento de média e alta complexidade (Meira, 2022). Já a Atenção Primária tem certa capilaridade nos territórios mais carentes e nas periferias, e foi ampliada por meio do Programa Mais Médicos, de 2013.

O Sistema Único de Saúde (SUS), em sua gênese, relaciona a perspectiva territorial à orientação de descentralização, mediante a regionalização das ASPS, sendo concebido como um sistema unificado, descentralizado e hierarquizado no território nacional, levando-se em conta as peculiaridades regionais do país para expansão e uso eficiente dos recursos

públicos. Todavia, os anos 1990 demonstraram menor participação do Estado nos recursos públicos para saúde, além de se ter afirmado um movimento de centralização quanto à definição dos recursos para políticas sociais. Ou seja, há impasses na descentralização da saúde quanto à construção da regionalização da política com foco na organização do território. Há cinco aspectos a serem ressaltados relativos à falta de organização com base no território (Gadelha *et al.*, 2011):

a) A diretriz da descentralização da saúde não foi pensada no contexto de um modelo de desenvolvimento nacional, mas no contexto de diminuição do Estado na implementação de políticas públicas e na estabilização macroeconômica – a descentralização precisou se adequar à tendência hegemônica liberal;

b) O território não se apresentou como objeto principal de análise e planejamento na década de 1990 em diversas áreas do governo, não somente na saúde, o que dificulta a formulação de políticas voltadas a esta área para atenuação de iniquidades no território.

c) A descentralização esteve dissociada de um projeto de regionalização nacional, o que limitou a organização territorial das ASPS. As propostas de regionalização ocorreram sob intensa regulação federal, e houve dificuldade em elaborar estratégias para garantir a integração das ações e dos serviços públicos de saúde com diferentes níveis de complexidade ao longo do território.

d) A descentralização ocorreu com ênfase nos municípios na condução da política pública, acarretando esvaziamento do papel dos estados, o que tornou difícil a coordenação e o planejamento do SUS por meio de uma lógica do território. Ou seja, houve um processo de municipalização, fazendo surgir estruturas locais isoladas, tornando os entes locais responsáveis pelos serviços de saúde, mesmo com a maioria dos municípios com pequena população e pouca capacidade institucional e financeira.

e) Atualmente, a regionalização está relacionada à organização da rede de serviços no âmbito intraestadual, sem abranger a questão territorial mais ampla e sem articulação com outras políticas

públicas. O Pacto pela Saúde de 2006 tornou-se o primeiro meio de inflexão ao possibilitar novas centralidades e outros arranjos para a gestão do modelo assistencial com a proposta de novas regiões de saúde, com recortes espaciais intramunicipais, intraestaduais, interestaduais e fronteiriços. Esse Pacto tem foco na Atenção Básica e parte da Média Complexidade (Gadelha *et al.*, 2011).

Mesmo o Pacto pela Saúde de 2006 tendo representado um avanço à época, ainda é necessário fortalecer o papel dos estados no processo de regionalização com mais recursos para a saúde pública (Gadelha *et al.*, 2011).

Tem-se que 70% da população brasileira necessita do SUS (IBGE, 2021), e, segundo o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), a maior cobertura da atenção primária está no Nordeste, com 83,65%, bem perto do Sul, que tem 83,62%; o Centro-Oeste tem 74,83%, o Norte, 68,91% e o Sudeste, 68,11%, mas ainda há obstáculos na região Norte e em parte do interior de São Paulo (Cebes, 2023). O Distrito Federal tem a pior cobertura, segundo o Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS, 2022): 59%. No ano de 2019, a população com plano de saúde se concentrava em áreas urbanas (32,2%), nas capitais (42,4%) e nas regiões Sudeste (37,5%) e Sul (32,8%); do outro lado, encontram-se Centro-Oeste (28,9%), Nordeste (16,6%) e Norte (14,7%) (Souza Júnior *et al.*, 2021). Como apresentado anteriormente, o Brasil tem 2,5 médicos por 1.000 habitantes, mas com concentração no Sul, Sudeste e Centro-Oeste, com o Distrito Federal ampliando a média para cima, por ter 5,5 médicos por 1.000 habitantes (CFM, 2023).

4.1 Orçamento e o SUS

O Brasil possui características que lhe conferem uma condição paradoxal: ser o único país com Sistema Universal com gasto privado maior que o público (Silva *et al.*, 2023).

O financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) é tripartite, das três esferas de governo. Quanto ao governo federal, os recursos pertencem ao Orçamento da Seguridade Social (OSS), constituído por tributos (Piola *et al.*

apud Silva *et al.*, 2023). O recurso dos municípios e dos estados provém de transferências da União, como as diretas e as de fundo a fundo, assim como de seus próprios impostos. Esses aspectos serão mais abordados a seguir.

4.2 Fundo Social de Emergência (FSE), Fundo de Estabilização Fiscal (FEF) e Desvinculação de Receita da União (DRU)

O Fundo Social de Emergência (FSE) foi uma desvinculação de 20%, instituída em 1994, por meio da Emenda Constitucional de Revisão nº 1, tendo como argumento a estabilização da economia após a criação do Plano Real (Agência Senado, 2000). Esse “fundo” vigorou sob essa nomenclatura até o ano de 1996, quando foi prorrogado com o nome de Fundo de Estabilização Fiscal (FEF). Por fim, o FEF recebeu a denominação de Desvinculação de Receita da União (DRU) em 2000, sendo prorrogada sucessivamente com vigor até 31/12/2024. Destaca-se que, com a EC nº 93/2016, houve a implantação de desvinculação de receitas para estados/Distrito Federal e municípios (DREM) na proporção de 30%. A DRU igualmente subiu para 30%.

O Programa de Estabilidade Fiscal foi anunciado em outubro de 1998, buscando mudanças no regime fiscal, com a declaração de que buscava estabilidade monetária, crescimento sustentado, aumento da produtividade e melhoria das condições de vida da população (Folha de São Paulo, 1998).

À época, havia menor disposição de crédito no mercado internacional, principalmente para os países periféricos, devido à crise no sudeste asiático e na Rússia, e o governo brasileiro alegava ser necessário que o Estado vivesse dentro do “limite de seu orçamento” e que esse limite era o objetivo principal do programa. Para alcançar esse objetivo final, seriam fundamentais dois tipos de iniciativas: a Agenda de Trabalho, com medidas de mudanças estruturais, acerca do chamado equilíbrio das contas públicas e institucionais, e o Plano de Ação 1999-2001, com impacto imediato, que serviria como elo entre o período citado e o futuro, em que reformas estruturais já teriam sido implementadas (Folha de São Paulo, 1998).

Faziam parte da Agenda de Trabalho a regulamentação da Reforma Administrativa (EC nº 19/1998), a aprovação e a regulamentação da Reforma da

Previdência Social (EC nº 20/1998), que viria a ser aprovada em dezembro de 1998, a aprovação da Lei Geral da Previdência Pública (tornou-se a Lei nº 9.717, de 27 de novembro de 1998), as reformas tributária e trabalhista, bem como a Lei de Responsabilidade Fiscal, que seria aprovada em 2000 (Folha de São Paulo, 1998).

Já o Plano de Ação 1999-2001 buscava um programa fiscal de médio prazo por meio de formação de superávits primários, visando diminuir as despesas federais, com foco em déficit dos sistemas de Previdência (Folha de São Paulo, 1998).

O Plano de Ação contemplava ainda elevação temporária de receitas para diminuir o chamado déficit da Previdência. Consta no Programa de Estabilidade Fiscal que a Constituição Cidadã, de 1988, agravou o desequilíbrio fiscal brasileiro (Folha de São Paulo, 1998).

Para enfrentar o desequilíbrio fiscal, o governo tomou as seguintes medidas na década de 1990: privatizações de empresas públicas e de bancos estaduais, acordos para ajustes fiscais junto aos estados, assim como controle de endividamento dos entes subnacionais e das estatais. Alegava-se que essas reformas foram necessárias, mas não suficientes para fazer frente ao desequilíbrio fiscal, de modo que o Programa de Estabilidade Fiscal abrangia medidas mais aprofundadas de restrição fiscal, como a Regulamentação da Reforma Administrativa (com temas como limitação à despesa com pessoal e demissão por excesso de quadros) e a Reforma da Previdência (Folha de São Paulo, 1998).

Destaca-se que o Executivo propôs a prorrogação da vigência do Fundo de Estabilização Fiscal (FEF) de 31 de dezembro de 1999 até 31 de dezembro de 2006, mas com elevação para 40% do percentual de desvinculação da arrecadação (Folha de São Paulo, 1998). Todavia, a FEF virou DRU em 2000, e a desvinculação se manteve em 20%.

O Programa de Estabilidade Fiscal buscava produção de superávits primários por três anos consecutivos – 1999, 2000 e 2001 –, assim como relação dívida/PIB em torno de 44% (Folha de São Paulo, 1998). Prevvia-se igualmente a prorrogação da CPMF, criada em 1996, com alíquota de 0,38% em 1999 e de 0,30% em 2000 e 2001 (Folha de São Paulo, 1998). Uma medida importante

prevista pelo Programa era a elevação da alíquota da Cofins, criada em 1991 pela Lei Complementar nº 70/1991, sem atingir pequenas e médias empresas (Folha de São Paulo, 1998).

O Brasil promoveu uma desvalorização pequena do real em 1998, em que o dólar valeria somente R\$ 1,20, mediante o uso de US\$ 30 bilhões de reservas internacionais — US\$ 9 bilhões emprestados pelo FMI, o que elevou os juros para 42%, atrapalhando os investimentos públicos. Assim, tornou-se viável plano de ajuda do FMI para o Brasil no valor de US\$ 41 bilhões (Consultor Jurídico, 2002). No acordo de empréstimo de US\$ 41 bilhões, o FMI incluiu cláusulas para prevalecer o negociado sobre o legislado no âmbito das relações de trabalho (Consultor Jurídico, 2002). O FMI propôs dolarização semelhante à da Argentina, mas foi recusada pelo governo brasileiro. Uma vez verificado que a dolarização não foi boa para a Argentina, o FMI propôs flutuação do real com alta dos juros entre 60% e 70% ao ano (Consultor Jurídico, 2002). Essa proposta foi igualmente recusada, de maneira que o dólar chegou a ser cotado em R\$ 2,07 em 29 de janeiro de 1999 (Consultor Jurídico, 2002).

O Brasil, devido à crise financeira internacional e à contração fiscal promovida pelo governo, firmou acordo com instituições financeiras, destacando-se o Fundo Monetário Internacional (FMI) em dezembro de 1998 no valor de US\$ 41,5 bilhões ao país (Agência Senado, 1998). Todavia, representantes da Alemanha, da Inglaterra, do Canadá e do Japão afirmaram que o socorro do FMI ao Brasil, no valor de US\$ 41 bilhões, seria para fuga de capitais especulativos eletrônicos e que deveria haver desvalorização do Real, que era algo inevitável para eles (Consultor Jurídico, 2002).

4.3 Lei Complementar nº 101/2000 – Lei de Responsabilidade Fiscal

A LRF regulamenta, entre outros, o art. 163 da CF/88, que prevê lei complementar sobre finanças públicas e dívida pública externa e interna, assim como concessão de garantia por entidades públicas, emissão de títulos da dívida pública, fiscalização financeira da administração pública e operações de câmbio realizadas por órgãos e entidades das três esferas (Afonso, 2016). Todavia, o “cuidado com equilíbrio fiscal” é considerado ignorado no começo da vigência da

Carta Magna (Afonso, 2016). Após a promulgação da CF/88, a criação de uma lei complementar ficou inerte no âmbito do Congresso Nacional, de modo que não houve projeto de lei apresentado para tratar do assunto responsabilidade fiscal por cerca de dez anos (Afonso, 2016).

Afonso (2016) relembra que a origem da LRF está ligada à aprovação da Emenda Constitucional nº 19/1998 (Reforma Administrativa), e sua elaboração ocorreu por meio de PL do Executivo Federal. Ainda em 1998, após a Lei da Reforma Administrativa, o Ministério da Fazenda anunciou acordo com FMI e assinou memorando de 13/11/1998, preconizando ações de naturezas estrutural e conjuntural, caracterizando o que viria a ser a LRF como estrutural (Afonso, 2016). O Ministério do Planejamento incumbiu o BNDES de preparar o material técnico coordenado por José Roberto R. Afonso, e a assistência jurídica não foi feita pela Advocacia Geral da União (AGU), mas pela banca de Cid Heráclito, ex-procurador da Fazenda. No que diz respeito à participação popular, o Executivo Federal submeteu à consulta pública, por meio do Diário Oficial da União (DOU), anteprojeto da LRF em dezembro de 1998, com possibilidade de sugestões por parte da população (Afonso, 2016).

O Memorando de Política Econômica é um anexo a uma carta do Ministério da Fazenda e do Banco Central, de 8 de março de 1999, que solicitava conclusão de acordo com o FMI, que havia sido assinado no ano anterior, em 2 de dezembro de 1998 (Folha de São Paulo, 1999). O citado memorando trata de mudanças ocorridas na economia brasileira desde a assinatura do acordo. O documento demonstra que o PIB foi maior que o esperado, que o desemprego foi menor do que o esperado, com expectativa de maior declínio, que a inflação havia diminuído, fazendo decrescerem as taxas de juros, o que seria resultado de postura firme da política macroeconômica em vigor em conjunto com baixos preços das *commodities*, boa safra e ausência de indexação (Folha de São Paulo, 1999).

A análise da performance do Comércio Exterior, entretanto, havia demonstrado déficit nos primeiros meses de 1999 devido a maior importação que exportação e à deterioração dos termos de troca, como petróleo, que era importado mais caro – Brasil era importador de petróleo –, e *commodities* do país, que eram exportadas com preço decrescido (Folha de São Paulo, 1999).

Reconhecia-se que o Brasil estava exposto a choques nos mercados financeiros internacionais, mas encarava-se o câmbio flutuante como elemento para reduzir essa vulnerabilidade e compreendia-se que o adiamento de privatizações era algo negativo (Folha de São Paulo, 1999).

Prevvia-se que o governo federal ficaria sem algumas receitas e que o Fundo de Estabilidade Fiscal seria extinto, o que justificaria, segundo o memorando, o corte contínuo de despesas públicas, como gastos com pessoal – mas priorizando-se despesas com saúde e educação, com foco em pessoas em situação de vulnerabilidade –, em todas as esferas de governo para se alcançar a meta de superávit primário (Folha de São Paulo, 1999).

Cita-se a LRF como elemento de progresso no âmbito da “reforma fiscal estrutural”, assim como prevvia-se sua aprovação, e apresenta-se a redução de gastos com pessoal como uma forma progresso para a Administração Pública, assim como projetava-se parear a remuneração do setor público com o setor privado (Folha de São Paulo, 1999).

Em relação à previdência social, havia a intenção de fortalecer planos de aposentadoria complementar com o argumento de estimular a poupança privada para a aposentadoria e fomentar os mercados domésticos de capital, de modo a acabar com a ideia de solidariedade social e geracional quanto à previdência (Folha de São Paulo, 1999).

Em 2000, o Brasil foi o primeiro país de economias emergentes a implantar uma lei de responsabilidade fiscal com intuito de mudar o regime fiscal, produzindo efeitos em entes subnacionais, o que é incomum em outros países. Meses após a aprovação da Lei Complementar nº 101/2000 (LC nº 101), conhecida como Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), aprovou-se a Lei nº 10.028, de 19/10/2000 (Lei de Crimes Fiscais), e a Constituição de 1988 (CF/88) foi a primeira a estipular lei complementar sobre finanças públicas (Afonso, 2016). O autor recorda que, anteriormente ao Brasil, a Argentina igualmente aprovou lei de mudança de regime fiscal, cuja temática se circunscreveu somente ao limite de déficit público.

A mídia hegemônica (conglomerados de mídia) apoiou o projeto de LRF, mas os técnicos do FMI o criticaram por haver temas muito amplos e mistura de princípios e regras. Entre as principais críticas ao projeto, o FMI apontou que o

cumprimento de metas e limites necessitava de nova estrutura tributária, com padrão duradouro de despesas com superávits primários volumosos para se reduzir a dívida pública a um nível “prudente”, uma vez que, à época, a taxa de juros excedia a taxa de crescimento do PIB; e questionou a competência técnica e a independência dos Tribunais de Contas (Afonso, 2016). Destaca-se que, quando da preparação do projeto da LRF, havia robusto material teórico estrangeiro, inclusive do FMI, demonstrando que não existia solução ideal ou simplista para ajuste fiscal ou controle da dívida, segundo o autor.

Afonso (2016) afirma que a Câmara dos Deputados incluiu elementos que aprofundaram os aspectos de austeridade fiscal do projeto, destacando como exemplo as regras sobre a receita, ao utilizar a Receita Corrente Líquida (RCL) como base para cálculos de diversos limites em relação à despesa e à dívida pública, ao contrário da receita tributária disponível, que foi proposta do projeto original.

Discute-se se a LRF contraria o princípio da autonomia federativa, pois o governo federal foi mais entusiasta, os governadores não mostraram muita resistência, mas os prefeitos, principalmente de cidades de pequeno porte, opuseram-se com veemência a ela, ou seja, houve comportamento oposto entre governadores e prefeitos (Afonso, 2016).

Parlamentares contrários à LRF argumentavam que ela seria uma intervenção direta do FMI nos municípios, pois iria transferir superávit para pagamento de juros da dívida ao invés de destinar a programas sociais, além de não ter limite para pagamento de juros, mas restringir gastos sociais. Também alegavam que muitas normas eram inconstitucionais, principalmente no que se refere a invasão de competência de poderes, da União em relação a estados e municípios (Afonso, 2016).

Várias Ações Diretas de Inconstitucionalidade foram apresentadas junto ao Supremo Tribunal Federal (STF) para derrubar a LRF logo em seguida à sua promulgação, mas a Corte somente julgou sua constitucionalidade em 2007. Em relação à diretriz acerca dos limites de gastos com pessoal – despesa básica para a prestação de serviços de saúde –, houve manutenção dela por um placar de seis a cinco, graças à mudança de entendimento do relator, que inicialmente era contrário à norma, no ano de 2002 (Afonso, 2016).

4.4 Emenda Constitucional nº 29/2000

A CF/88, em seus primeiros anos, foi marcada pela falta de previsibilidade de recursos destinados ao SUS, o que foi corrigido com a Emenda Constitucional nº 29 (EC nº 29/2000), de 13 de setembro de 2000, a qual passou a vincular recursos de tributos para aplicação em ações e serviços públicos de saúde (Faveret, 2003). Todavia, essa obrigação de recurso mínimo ocorreu somente a nível subnacional e, à época da aprovação da EC nº 29/2000, previa-se semelhante despesa a nível municipal, maior participação dos estados no financiamento e menor da União (Faveret, 2003). Observa-se que a EC nº 29/2000 foi promulgada quatro meses após a aprovação da LRF, já sob a influência de austeridade fiscal. Contudo, na primeira metade da década de 1990, o governo federal era responsável por volta de 70% dos recursos para o SUS (Faveret, 2003).

A EC nº 29/2000 prevê que, nos anos subsequentes a sua aprovação até o ano de 2004, a parcela de participação de estados e municípios deveria aumentar progressivamente até o alcance de 12% das receitas estaduais e 15% das receitas municipais, tendo a União participação corrigida pela variação nominal do PIB. Um entrave para a citada emenda foi a aprovação da lei complementar nela prevista, que ocorreu somente 12 anos depois: a Lei Complementar nº 141/2012.

O principal instrumento definido para o monitoramento dos recursos foi o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos de Saúde (Siops). Igualmente são tratados na lei os planos de saúde e os relatórios de gestão da saúde de todas as esferas, assim como os relatórios fiscais previstos na LRF.

4.5 Portaria GM/MS nº 204/2007

Desde a sua criação, a modalidade de alocação de recursos em Seis Blocos de Financiamento no SUS vigorou por onze anos, sendo modificada em 2017, por meio da Portaria GM/MS nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017. Esses blocos eram organizados conforme suas especificidades de ações e serviços de saúde previstos

no Plano de Saúde e se dividiam em: Atenção Básica; Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; Vigilância em Saúde; Assistência Farmacêutica; e Gestão do SUS — o Bloco de Investimento na Rede de Serviços de Saúde foi inserido em 2009 (Silva *et al.*, 2023). Essa alocação do recurso era permeada por divergências entre a defesa da sua manutenção e o clamor por mudanças, sob os argumentos de engessamento dos recursos, dos inúmeros componentes e as mais de 800 rotulações que envolviam a gestão financeira dos seis blocos, os quais foram substituídos por apenas dois em 2017: custeio e investimento (Silva *et al.*, 2023).

Os investimentos federais com saúde reduziram de 58% para 43% das despesas públicas totais entre 2003 e 2017, enquanto os estados e os municípios gastaram proporcionalmente cada vez mais com o financiamento das Ações e Serviços Públicos de Saúde (Silva *et al.*, 2023), de modo que os efeitos da política de austeridade desenvolvida no Brasil transformaram o subfinanciamento crônico da saúde em desfinanciamento do SUS (Menezes *et al.*, 2020 *apud* Silva *et al.*, 2020).

4.6 Lei Complementar nº 141/2012

A Lei Complementar nº 141/2012 regulamentou a EC nº 29/2000 e incluiu, nos critérios de alocação, a dimensão socioeconômica para redução das disparidades regionais (Mendes; Funcia, 2016 *apud* Silva *et al.*, 2023). Vigorou por pouco tempo, uma vez que a EC nº 95/2016 instituiu novo marco fiscal.

A LC nº 141/2012 tratava de valor mínimo de despesa da União com ações e serviços públicos de saúde que seria correspondente ao valor empenhado no exercício anterior, acrescido de, pelo menos, percentual referente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) do ano anterior ao da Lei Orçamentária Anual (LOA). Igualmente, discorria sobre percentuais da arrecadação de impostos a serem despendidos por estados, Distrito Federal — 12% da arrecadação prevista na CF/88 — e municípios — 15% da arrecadação prevista na CF/88 — em ações e serviços públicos de saúde.

Além disso, a mencionada LC define o que são ações e serviços públicos de saúde (assim como o que não são) e estipula que a despesa com essas ações deveria ser movimentada por meio dos fundos de saúde. Destaca-se que o rateio de recursos da União deveria observar “as necessidades de saúde da

população, as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial e de capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde” (LC nº 141/2012).

A mesma lei previa que o rateio dos recursos dos estados transferidos aos municípios para ações e serviços públicos de saúde ocorreria conforme “o critério de necessidades de saúde da população e [...] [levaria] em consideração as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica e espacial e a capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde, observada a necessidade de reduzir as desigualdades regionais” (LC nº 141/2012).

4.7 Decreto nº 7.827/2012

Esse decreto regulamenta a LC nº 141/2012 e estipula que o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops), estruturado pelo Ministério da Saúde, é o sistema oficial de registro centralizado das informações de orçamento público para saúde em todas as esferas. O gestor do SUS, em cada ente da Federação, é responsável pela fidedignidade dos dados registrados no SIOPS.

4.8 Emenda Constitucional nº 86/2015

A Emenda Constitucional nº 86/2015 institui o caráter impositivo das emendas parlamentares, reservando a elas até 1,2% da Receita Corrente Líquida (RCL), sendo metade, ou seja, 0,6%, para a saúde. Ademais, impõe que a União aplique 15% da RCL na área de saúde — esse percentual seria atingido de modo progressivo, começando em 2016 com 13,2%.

As emendas parlamentares causam discussão, e não há consenso acerca de sua adequação, pois são alocadas sem critérios claros, sem planejamento e sem coordenação com outras políticas. Quanto ao estabelecimento de um valor mínimo por parte da União, não consta na EC nº 86/2015 previsão de regulação por meio de lei complementar, e ela foi revogada pela Emenda Constitucional nº 95/2016.

4.9 Emenda Constitucional nº 93/2016

Por meio da Emenda Constitucional nº 93/2016, a Desvinculação de Receitas da União (DRU) passa de 20% para 30%. Ademais, aprova-se a desvinculação de receitas dos estados, Distrito Federal e municípios (DREM) no valor de 30%. Ou seja, os entes passam a poder usar 30% de sua arrecadação de modo discricionário. O texto apresenta como exceções recursos destinados ao financiamento da saúde pública por parte de estados e municípios, entre outros.

4.10 Emenda Constitucional nº 95/2016

Institui-se o Novo Regime Fiscal, conhecido como “Teto de gastos”, em dezembro de 2016, para vigorar por vinte anos (exercícios financeiros), ou seja, de 2017 a 2036. A EC nº 95/2016 estabeleceu limites para despesas primárias, não para despesas financeiras. Para o primeiro ano de vigência, 2017, a despesa primária teria como base o ano de 2016: despesa primária paga em 2016 corrigida em 7,2%. A partir de 2018, corresponderia ao valor do limite do exercício anterior corrigido pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA). Destaca-se que créditos extraordinários estavam fora do teto de gastos.

Essa emenda sempre foi muito criticada, como relatado anteriormente, por não se levarem em conta, em sua elaboração, questões macroeconômicas que viabilizam o aumento de despesas sociais e, principalmente, por não atingir gastos com despesas financeiras, tornando-se uma norma com potencial de prejudicar os mais vulneráveis.

4.11 Portaria MS nº 2.979/2019

A Portaria MS nº 2.979/2019 instituiu o Previne Brasil, programa que evidencia a focalização no âmbito do SUS por meio do estabelecimento de novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde (APS). Ela alterou a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.

Com a norma, estipula-se o financiamento federal de custeio da APS constituído por capitação ponderada, pagamento por desempenho, e incentivo para ações estratégicas. A capitação ponderada deve considerar o cadastro na

equipe de Saúde da Família (eSF) e na equipe de Atenção Primária (eAP), a vulnerabilidade socioeconômica de pessoas cadastradas na eSF e na eAP, o perfil demográfico conforme faixa etária de pessoas cadastradas na eSF e na eAP e a tipologia rural-urbana definida pelo IBGE.

A citada portaria é muito criticada por gestores e sanitaristas, pois ela não preservaria o princípio de universalidade do SUS. Ademais, não foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), igualmente prejudicando o princípio de controle social.

4.12 Emenda Constitucional nº 106/2020

A EC nº 106/2020, também chamada de “Orçamento de guerra”, foi um regime extraordinário fiscal, instituído no âmbito da pandemia de Covid-19, ou seja, de caráter temporário e emergencial, em que houve despesas extraordinárias em diversas áreas, fora do teto de gastos. No caso da saúde, foram mais de 60 bilhões de reais.

4.13 Emenda Constitucional nº 126/2022

Conhecida como “Emenda Constitucional de Transição”, aprovada no período de transição do governo federal de 2022 para 2023, previa que lei complementar tratasse de novo regime fiscal. Ademais, prorrogou novamente a DRU para 31/12/2024, excluindo as receitas para o custeio da seguridade social. Já o orçamento impositivo de emendas individuais passou de 1,2% da Receita Corrente Líquida (RCL) para 2% da RCL — sendo metade para a saúde —, e as emendas de bancada continuaram com 1% da RCL.

A emenda também autorizou que recurso do FNS repassado diretamente aos fundos de saúde estaduais, municipais e distritais, destinados ao combate à pandemia da Covid-19, poderia ser executado até 31 de dezembro de 2023.

4.14 Emenda Constitucional nº 127/2022

Estipula que a União deverá complementar recursos destinados aos estados e municípios, bem como a entidades filantrópicas e prestadores de serviços, que atendam a pelo menos 60% de pacientes pelo SUS, para o

cumprimento dos pisos salariais dos profissionais de enfermagem, a saber: enfermeiro, técnico em enfermagem, auxiliar de enfermagem e parteira.

4.15 Lei Complementar nº 200/2023

Mais conhecida como “Novo Arcabouço Fiscal”, a LC nº 200/2023 é prevista pela EC nº 126/2022, a qual substituiu a EC nº 95/2016, e institui novo regime fiscal. Esta lei complementar se aplica a receitas e despesas primárias dos orçamentos fiscal e da seguridade social, ou seja, não se aplica a despesas financeiras. Prevê meta de dívida pública, com eventual necessidade de ajuste fiscal, limites de crescimento da despesa e trata de aspectos da LDO, da LOA e da LRF.

A LC nº 200/2023 determina que o orçamento para cada exercício será corrigido pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), acrescido da variação real da despesa. No caso de resultado primário cumprido, a despesa ficará limitada a 70% e, no caso de não cumprimento, a 50%. Já o crescimento real da despesa primária não será inferior a 0,6% nem superior a 2,5%. No caso de investimento, a ampliação de recursos orçamentários não pode ser maior que 0,25%.

O Novo Arcabouço Fiscal é muito criticado por economistas e gestores, por considerarem suas regras pró-cíclicas, de modo que, em períodos de crise econômica, haveria tendência de seu aprofundamento, já que o governo não poderia aumentar despesas para estimular a economia.

5 REGIÃO NORDESTE

5.1 Aspectos socioeconômicos

A região Nordeste, entre as regiões brasileiras, apresenta os menores Índices de Desenvolvimento Humano (IDH), cujos indicadores são renda, escolaridade e expectativa de vida. O IDH do Brasil é 0,760 (PNUD, 2024) e, para comparação, segue a lista do IDH dos estados, por região:

QUADRO 2. IDH DOS ESTADOS BRASILEIROS POR ESTADO (2021)

Região/estados	IDH
----------------	-----

Norte	
Acre	0,710
Amapá	0,688
Amazonas	0,700
Pará	0,690
Rondônia	0,700
Roraima	0,699
Tocantins	0,731
Nordeste	
Alagoas	0,684
Bahia	0,691
Ceará	0,734
Maranhão	0,676
Paraíba	0,698
Pernambuco	0,719
Piauí	0,690
Rio Grande do Norte	0,728
Sergipe	0,702
Centro-Oeste	
Distrito Federal	0,814
Goiás	0,737
Mato Grosso	0,736
Mato Grosso do Sul	0,742
Sudeste	
Espírito Santo	0,771
Minas Gerais	0,774
Rio de Janeiro	0,762
São Paulo	0,806
Sul	
Paraná	0,769
Rio Grande do Sul	0,771
Santa Catarina	0,792
Brasil	0,760

Fonte: PNUD, 2021

A população da região Nordeste é de 56,4 milhões de pessoas, distribuídas por seus 1.794 municípios, o que representa 27% da população brasileira. Em termos populacionais, fica atrás somente da região Sudeste, que tem 84 milhões de habitantes (IBGE, 2022).

O Nordeste chegou a representar 14,5% do PIB brasileiro em 2017, terceiro entre as cinco regiões (Trece; Considera, 2023). Em 2024 representa 13,8%, entretanto o PIB *per capita* é o menor. A economia é representada principalmente pelo setor de serviços, 72,4%, mas a agropecuária tem maior peso na região do que no restante do país, 7,2% (com destaque para Maranhão

e Alagoas) *versus* 5,4%, respectivamente. Por sua vez, a indústria representa menor proporção em comparação nacional: 9,2% *versus* 13,4%, respectivamente. Como um todo, a região aumentou sua participação no PIB nacional entre 2002 e 2020. Apesar de ter o terceiro maior PIB, o PIB *per capita* é o menor entre as outras regiões. Tem-se que a redução das desigualdades socioeconômicas regionais foi muito restrita ao longo do período de 2002 a 2020, pois constata-se que o PIB *per capita* continua semelhante em termos regionais (Trece; Considera, 2023).

Em termos educacionais, o Nordeste recebeu seis universidades e onze institutos federais, embora a educação básica continue a apresentar problemas estruturais, com menor IDEB, entre as regiões brasileiras (Trece; Considera, 2023).

5.2 Aspectos epidemiológicos

Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde 2019, realizada pelo IBGE (PNS 2019), 17,3 milhões de pessoas no país, com dois ou mais anos de idade, possuem alguma deficiência, o que representa 8,4% da população em relação às Grandes Regiões. Além disso, o maior percentual de pessoas com deficiência está na região Nordeste: 9,9%; o menor, na região Centro-Oeste, 7,1%. Na região Sudeste é de 8,1%; na região Sul, de 8,0%; e na região Norte, de 7,7%. Ou seja, a proporção de pessoas com alguma deficiência na região Nordeste é maior do que a média nacional.

A população brasileira vem envelhecendo, de modo que a expectativa de vida ao nascer, em 2013, era de 74,9 anos, e passou a 76,6 anos em 2019, o que revela preocupação com os cuidados de saúde para essa população. Os idosos correspondem a 16,4% do povo brasileiro, com 20,4% possuindo alguma limitação funcional para atividades diárias, e a região Nordeste conta com a maior proporção de pessoas com limitação, 25,8% (IBGE, 2019). Ademais, com o envelhecimento da população, ocorre igualmente o aumento de doenças crônicas, que são a causa de maior mortalidade. As doenças crônicas demandam mais consultas e internações hospitalares, assim como consumo de remédios, sendo que mais de 75% da população com mais de 60 anos faz uso contínuo de medicamentos. Por dados desagregados, tem-se que a região Norte

(61,7%) e a Nordeste (72,7%) apresentam menos idosos fazendo uso contínuo de medicamento, o que pode significar menor acesso a consultas de saúde (IBGE, 2019).

Em relação à imunização contra gripe, nos doze meses anteriores à data PNS 2019, 72,3% das pessoas de 60 anos ou mais haviam tomado vacina contra a gripe, e a desagregação regional não apresentou diferença significativa (IBGE, 2019).

Quanto à saúde da mulher relativa ao exame preventivo de câncer de colo do útero, a PNS 2019 mostrou que 81,3% das mulheres entre 25 e 64 anos haviam realizado o exame preventivo há menos de três anos e que esse número aumentou em relação à PNS 2013: 78,7%, e o Nordeste apresentou o menor percentual: 76,4%.

Em relação à mamografia, 58,3% das mulheres entre 50 e 69 anos haviam feito o exame há menos de dois anos e, no recorte regional, as regiões Norte (43,2%) e Nordeste (49,5%) apresentaram menor percentual (IBGE, 2019). Constatou-se também que há correlação positiva entre realização de exame clínico de mama e mamografia com a renda domiciliar *per capita*, de modo que a porcentagem de mulheres de 50 a 69 anos que haviam feito mamografia há dois anos com rendimento domiciliar *per capita* de cinco ou mais salários mínimos era de 83,7%, enquanto as de menos de cinco salários mínimos foi de 42,9%. A proporção de mulheres que realizou mamografia pelo SUS foi de 49,5%, mais da metade das mulheres das regiões Norte (51,8%), Nordeste (55%) e Sul (56,3%), realizou mamografia pelo SUS.

A mortalidade materna é considerada alta no Brasil pela Organização das Nações Unidas (ONU), sendo de 59,1 óbitos para cada 100.000 nascidos vivos, e a PNS 2019 inquiriu o acesso e a qualidade do atendimento pré-natal a mulheres de 15 anos de idade ou mais, tendo o último parto ocorrido dois anos antes da pesquisa. Das entrevistadas, 98,2% disseram ter feito pré-natal e 94,8% fizeram uso da caderneta da gestante; 70,1% das que realizaram pré-natal, o fizeram pelo SUS, principalmente em Unidades Básicas de Saúde (UBS) — 59,8%. Na rede privada a proporção foi de 29,2% (IBGE, 2019).

Em relação à saúde do bebê, o teste do pezinho é importante para detectar diversos tipos de doenças, e, no país, 73% das crianças com menos de

dois anos haviam feito esse teste até o quinto dia de vida, mas a proporção das regiões Nordeste (57,7%) e Norte (54,9%) foi bem abaixo da média nacional. Já o teste do olhinho (teste do reflexo vermelho), que é feito para prevenção e detecção de doenças oculares, foi realizado em 60,2% das crianças com menos de dois anos de idade nas primeiras 24 horas de vida, sendo que as regiões Norte (41,3%) e Nordeste (41,7%) apresentaram a menor porcentagem. O teste do coraçãozinho é importante porque problemas cardíacos são a terceira maior causa de morte em bebês recém-nascidos. No país, 62,3% das crianças menores de dois anos haviam realizado o teste entre 24 e 48 horas de vida, e as regiões Norte (43,7%) e Nordeste (47,5%) apresentaram menor proporção de testes (IBGE, 2019).

Em 2019 havia 159,1 milhões de pessoas com 18 anos ou mais de idade no país, sendo que 66,1% avaliaram a própria saúde como boa ou muito boa, 28,1% avaliaram como regular, e 5,8%, como ruim ou muito ruim. Pelo recorte regional, o Sul apresentou melhor indicador de autoavaliação de saúde como boa ou muito boa, 71,9%, e o Nordeste, o pior: 56,7% (IBGE, 2019).

Há relação entre o consumo de frutas e hortaliças e a manutenção da saúde, de modo que o consumo de alimentos processados e ultraprocessados tem correlação com o desenvolvimento de doenças crônicas. A Organização Mundial de Saúde (OMS) compreende como adequada a ingestão de frutas, sucos e hortaliças 25 vezes por semana. No país, o percentual de pessoas que fez o consumo adequado de alimentos foi de 13%, sendo a pior proporção na região Nordeste (9,0%) e a melhor na Sudeste (16,0%). O consumo excessivo de sal é outro fator de aumento de risco para doenças crônicas, e por meio de autoavaliação, a PNS 2019 investigou o consumo de sal, constatando que 12,7% das pessoas do país compreendiam que seu consumo de sal era elevado, sendo que a região Sul apresentou o maior índice de consumo (17,5%) e a região Nordeste, o menor índice (10,1%) (IBGE, 2019).

As condições de trabalho e renda parecem ter relação com o estado de saúde do indivíduo. Em relação a pessoas sem ocupação, apenas 51,3% consideram sua saúde como boa ou muito boa; para pessoas ocupadas, o percentual é de 73,8%. Da população residente no país sem renda ou com um quarto do salário-mínimo, 55,5% consideravam sua saúde como boa ou muito

boa, enquanto grupo de maior renda apresentada 86,4% considerava sua saúde boa ou muito boa (IBGE, 2019).

A PNS considera o consumo regular de feijão (em cinco ou mais dias da semana) como importante para a alimentação saudável, e sua ingestão é referida por 68,3% das pessoas no país. Somente as regiões Norte (48,1%) e Sul (55,4%) não apresentaram consumo regular de feijão, enquanto as regiões Nordeste (71,8%), Sudeste (73,1%) e Centro-Oeste (75,2%) demonstram proporção de pessoas com consumo regular de feijão acima média (IBGE, 2019). Peixes são alimentos ricos em nutrientes e possuem pouca gordura em comparação às carnes vermelhas e às aves, e, no Brasil, 46,6% da população consumia peixe pelo menos uma vez por semana – a região Norte apresenta percentual de consumo desse alimento muito acima da média (74,1%), e a Nordeste apresenta percentual acima da média 56,3%. A região Sul apresentou consumo de somente de 34,3% (IBGE, 2019).

O sal, ao ser consumido em excesso, aumenta o risco de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), e a PNS 2019 investigou a percepção de sua ingestão, concluindo que 12,7% das pessoas no Brasil compreendem o próprio consumo de sal como elevado. A região Sul apresentou o maior percentual: 17,5%, e a Nordeste, a menor: 10,1%. Outro fator de risco para a saúde é o consumo de alimentos ultraprocessados, cujo consumo no Brasil é praticado por 14,3% de sua população. Destaca-se que o Sul apresenta o maior percentual de consumo (19,9%), e o Nordeste, o menor (8,8%) (IBGE, 2019).

Em relação às DCNT, trazemos panorama de três: hipertensão arterial, diabetes e doenças cardiovasculares. No país, 23,9% das pessoas têm hipertensão, doença mais presente em países de baixa e média renda. A região Norte apresenta menor percentual de hipertensão (16,8%), e a Sudeste apresentou o maior percentual (25,9%). Entre as pessoas que informaram possuir diagnóstico de hipertensão arterial, 86,9% haviam tomado os medicamentos receitados para hipertensão nas duas últimas semanas anteriores à data da entrevista do PNS 2019, e 45,1% havia obtido os medicamentos mediante o programa “Aqui Tem Farmácia Popular”. O Norte (34,8%) e o Nordeste (38%) apresentaram proporção inferior à do país. Ao se analisar o percentual de pessoas com hipertensão arterial que tiveram

assistência médica nos últimos 12 meses, tem-se que o Norte apresenta maior proporção (74,7%), e o Nordeste (71,9%) está pouco abaixo da média do país (72,2%) (IBGE, 2019).

Analisando a proporção de diabetes na população, tem-se que, no Brasil, 7,7% da população vive com diabetes – esse número é menor no Norte (5,5%) e maior no Sudeste (8,5%), ficando o Nordeste (7,2%) abaixo da média nacional (IBGE, 2019).

A principal causa de morte no Brasil são as doenças cardiovasculares, que exigem recursos altos para tratamento. O recorte regional mostra que o Norte tem a menor proporção de pessoas com esses tipos de doenças (3,3%), enquanto o Sul apresenta o dobro da região Norte (6,8%), sendo de 5,3% a média nacional. Já o recorte por idade demonstra que, com o avançar dela, maior o número de pessoas com problemas no coração, de modo que 12,8% das pessoas de 60 a 74 anos possuem problemas cardíacos, e esse percentual sobe para 17,4% em pessoas com 75 anos ou mais (IBGE, 2019).

Passa-se, no momento, à análise de informações acerca de domicílios e de acesso e utilização dos serviços de saúde. O Brasil possui 96,7% de domicílios com água canalizada em pelo menos um dos cômodos, todavia, a região Nordeste apresentou o pior percentual (91,1%), e as regiões Sudeste, Centro-Oeste e Sul apresentaram proporção maior que 99%. Em relação a banheiro de uso exclusivo e esgotamento sanitário ou fossa séptica, 66% dos domicílios brasileiros os possuem, havendo discrepâncias regionais nesse aspecto, uma vez que a região Sudeste tem o percentual de 88,7%, a Nordeste tem 42,9%, e a Norte tem 20,8%. Quanto à coleta de lixo, 91,4% dos domicílios têm essa característica, com o Sudeste tendo a maior proporção, 97,1%, e as regiões Norte (80,4%) e Nordeste (82,6%), as menores proporções (IBGE, 2019).

O Programa Saúde da Família foi criado pelo Ministério da Saúde em 1994, e sua estratégia prioriza prevenção, promoção e recuperação da saúde de maneira contínua, com atendimento prestado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou no domicílio, por profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde) que conformam as Equipes de Saúde da Família (eSF). A Unidade de Saúde da Família leva em

conta a questão territorial, com território definido, e faz cadastramento. Em 2019, 60% dos domicílios estavam cadastrados em Unidade de Saúde da Família, o que representa aumento de 6,7% em relação a 2013, quando havia 53,3%. A região Nordeste apresenta maior proporção de domicílios cadastrados (71,2% em 2019; e 64,8% em 2013), já a região Sudeste apresenta a menor (51,9% em 2019, e 45,9% em 2013). Ao se analisarem os domicílios cadastrados há um ano ou mais em Unidade de Saúde da Família, em 2019, verificou-se que 38,4% receberam visita mensal de membro da Equipe de Saúde da Família, todavia essa proporção caiu, em comparação a 2013, que era de 47,2% (IBGE, 2019).

Dos domicílios cadastrados há um ano ou mais em Unidade de Saúde da Família, em 2019, por volta de 23,8% (9,5 milhões) nunca recebeu visita de agente comunitário de saúde ou de membro da eSF. A visita do agente de combate de endemias não depende do cadastro na Unidade de Saúde da Família, e, em 2019, 64,6% dos domicílios receberam pelo menos uma visita de agentes de saúde nos 12 meses anteriores à entrevista. Em 2013, esse percentual era de 69,3%. Em 2019, as regiões Nordeste (72,4%) e Centro-Oeste (71,9%) apresentaram os maiores percentuais, enquanto a região Sul, o menor percentual (53,5%) (IBGE, 2019).

Acerca do estabelecimento que se buscava, no país, a maior proporção das pessoas (46,8%) apontou a UBS como o estabelecimento que costumavam frequentar. Já consultório particular ou clínica particular foram indicados por 22,9% das pessoas, e as Unidades de Pronto Atendimento Público (UPAs) ou emergência de hospital público, por 14,1%. Em todas as macrorregiões, a UBS foi a mais citada, principalmente nas regiões Norte (55,3%) e Nordeste (54,1%) (IBGE, 2019).

Quanto à cobertura de plano de saúde, médico ou odontológico, em 2019, 28,5% da população possuía algum plano de saúde, ou seja, sem aumento significativo em relação ao percentual de 2013 (27,9%). As regiões Sudeste (37,5%), Sul (32,8%) e Centro-Oeste (28,9%) apresentaram os maiores percentuais, e as regiões Norte (14,7%) e Nordeste (16,6%), os menores. Ou seja, a população do país depende do SUS, uma vez que 71,5% das pessoas não têm plano de saúde (IBGE, 2019).

A cobertura de plano de saúde odontológico era menor que a do tipo médico em 2019: 12,9%, ainda que em classes mais altas. A desigualdade no acesso a plano médico não ocorre somente nas macrorregiões, mas igualmente entre unidades da Federação. As regiões Sudeste e Sul têm a maior cobertura (34,9% e 30,5%, respectivamente) e, dentre unidades da Federação, destacavam-se São Paulo e Distrito Federal, com maior percentual (38,4% e 37,4%, respectivamente). Com menores percentuais de cobertura de plano de saúde médico, têm-se Maranhão (5,0%), Roraima (7,4%), Acre (8,3%) e Amapá (8,7%), o que faz com que o Norte mereça um olhar atento junto à região Nordeste (IBGE, 2019).

A proporção de pessoas que deixaram de realizar atividades cotidianas/habituais por motivo de saúde, de acordo com as macrorregiões, em 2019, foi de 8,1% no Brasil, sendo 8% no Norte, 8,7% no Nordeste, 8% no Sudeste, 7,4% no Sul e 7,4% no Centro-Oeste, o que não demonstra disparidades entre as Grandes Regiões (IBGE, 2019).

Em relação a consultas com médico, 76,2% da população havia se consultado com um médico, no Brasil, nos 12 meses anteriores à data da entrevista. Todavia, a região Norte teve menor proporção (68,0%), seguida das regiões Nordeste (71,9%) e Centro-Oeste (73,7%). Já a obtenção de medicamentos não foi grande no país em 2019, de modo que apenas 30,5% da população conseguiu obter algum medicamento no serviço público de saúde (entre os medicamentos prescritos no último atendimento), principalmente as regiões Centro-Oeste (24,9%) e Nordeste (28,9%). Já a região Sul teve maior proporção (36,2%) (IBGE, 2019).

Em 2019, de 13,7 milhões de pessoas que ficaram internadas em hospitais por 24 horas ou mais, 64,6% (8,9 milhões) foram atendidas por meio do SUS. As regiões Nordeste (77,8%) e Norte (76,2%) registraram as maiores proporções, enquanto a região Sudeste apresentou menor (56,4%) (IBGE, 2019).

5.3 Aspectos econômicos

Há poucos estudos sobre os efeitos provocados por crise econômica e medidas de austeridade fiscal em países de baixa e média rendas, em especial

sobre a saúde pública. As crises econômicas e as medidas de austeridade afetam principalmente famílias mais pobres e em situação de vulnerabilidade e em territórios mais pobres (Paes-Sousa, 2018), e o Brasil teve recessão econômica em 2015 e 2016, com piora em 2020 devido à pandemia de Covid-19.

Tem-se que o orçamento para a saúde não é preservado nas crises econômicas, sendo comumente atingido pelas medidas de austeridade fiscal. (Reeves *et al. apud* Paes-Sousa *et al.*, 2018), e observa-se que as medidas de austeridade são tomadas quando do advento de crises tanto por governos de direita como de esquerda. Importante destacar que há correlação entre aumento da dívida pública e cortes em gastos sociais, como a saúde, com cortes maiores por parte de países que fizeram acordo com o Fundo Monetário Internacional (FMI) (Reeves *et al. apud* Paes-Sousa *et al.*, 2018).

Em relação aos países de renda alta, verifica-se aumento de doenças relacionadas ao crescimento da pobreza, como as ligadas à exposição a riscos de infecção, ao estresse por falta ou diminuição de renda, e à diminuição no consumo de alimentos. Nos países de alta renda, também se identificou que aqueles com sistema universal de saúde também enfrentaram perdas de recursos, e, nos que não têm sistema universal, verificou-se redução de acesso à saúde devido ao desemprego (Paes-Sousa, 2018).

No caso do Brasil, o indicador de pobreza foi menor em 2014, com 14,1 milhões de pessoas, e o de extrema pobreza contava com 5,2 milhões de pessoas. Todavia, a crise a partir de 2015 fez com que os índices voltassem a piorar, de modo que, em 2017, 20 milhões estavam em situação de pobreza e 11,8 milhões em situação de extrema pobreza (Paes-Sousa, 2018).

O índice de Gini, que mede a desigualdade de renda, apresentou crescimentos sucessivos de 2014 a 2018, passando de 0,563 para 0,591 (Paes-Sousa, 2018). Em 2021, ainda sob a Covid-19, o Índice de Gini ficou em 0,544 e caiu para 0,523 em 2023 (IBGE, 2023, 2024).

Especificamente acerca da pobreza e da extrema pobreza, ambas têm bastante impacto no quadro de saúde da população brasileira de maior vulnerabilidade, de maneira que é imprescindível que o orçamento para

programas sociais e para a saúde seja preservado, a fim de proteger a saúde da população (Paes-Sousa, 2018).

Schramm *et al.* (2018 *apud* Paes-Sousa, 2018) compreendem que a saúde no Brasil apresenta modelo híbrido, com atuação do setor público e do setor privado, de modo que as crises econômicas e a austeridade fiscal podem pressionar o setor público por pessoas que antes eram atendidas pela área privada, e tendo-se em conta que o setor público já se encontra com menos recursos.

Tem-se que o Bolsa-Família e o Programa Estratégia Saúde da Família (ESF) conseguem reduzir os efeitos da pobreza e as desigualdades na saúde, e o ESF tenta alcançar cobertura universal da saúde, de modo que dois terços da população do Brasil é coberta pelo ESF e um quarto, pelo Bolsa-Família (Paes-Sousa, 2018).

6 QUESTÕES FISCAIS NA ESFERA FEDERAL

O caso brasileiro apresenta uma peculiaridade, pois o gasto privado de saúde é maior do que o público, mesmo o país possuindo sistema universal (Funcia *et al.*, 2022). Quando confrontando com outros países com sistema universal de saúde, verifica-se que o Brasil tem gasto total semelhante — Brasil (9,6%), França (11,1%), Reino Unido (10,2%) e Portugal (9,5%). O Movimento Saúde +10, liderado pelo Conselho Nacional de Saúde e pelas entidades da sociedade civil organizada, reivindica pelo menos 10% do PIB para a saúde pública, sendo condizente com os dados analisados (Funcia *et al.*, 2022).

Todavia, o gasto público do Brasil em relação ao PIB é muito menor em comparação aos países citados, de modo que, em 2019, o gasto público correspondeu a somente 42% do gasto total. Como comparação, têm-se: Inglaterra (79%), França (75%) e Portugal (61%). Ademais, o gasto total com Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) perfaz US\$ 610 *per capita*, também muito inferior a países com sistema universal, segundo Funcia (2022). Como exemplo, citam-se: França (US\$ 4.137,00), Reino Unido (US\$ 4.043,00) e Portugal (US\$ 2.955,00) (Funcia *et al.*, 2022).

Há perda de recursos para a saúde em âmbito federal diante da transição demográfica e epidemiológica, uma vez que a população idosa cresce,

assim como os casos de doenças crônicas. Ademais, há maior desemprego e pobreza em períodos de crise (Funcia *et al.*, 2022). Os autores ainda afirmam que existe uma falsa dicotomia entre financiamento e gestão quando se aborda o SUS, pois não é possível melhorar a gestão do SUS, sem melhorar seu financiamento.

As emendas parlamentares comprometem os recursos para a saúde, principalmente as de relator (Funcia *et al.*, 2022), as quais passaram a ser consideradas inconstitucionais no final de 2022, após decisão do STF.

O setor de saúde, que responde por 9% da economia do PIB do Brasil, tem efeitos multiplicadores e redistributivos, de modo que pode funcionar como modelo de desenvolvimento e estabilizador da economia, mitigando impactos de crises econômicas. A política de saúde tem o potencial de combater o desemprego, pois a área de saúde é intensiva em força de trabalho, podendo fazer face à desigualdade, porquanto desconcentra renda, o que contribui para o crescimento econômico, proporcionando efeito multiplicador. Diante de crises, gastos sociais e de investimentos podem aliviar os efeitos daquelas ao retomar a atividade econômica, gerando crescimento do PIB e sustentabilidade fiscal (Funcia *et al.*, 2022).

Funcia *et al.* (2022) afirmam que a austeridade foi aprofundada em 2021, e que o congelamento do piso federal de saúde realizado pela EC nº 95/2016 retirou R\$ 37 bilhões no período entre 2018 e 2022 em comparação à regra anterior, baseada na EC nº 86/2015 (Funcia *et al.*, 2022). Outro aspecto a ser ressaltado é o que se refere a *royalties* do petróleo, que estariam sendo desvinculados da área da saúde para se amortizar dívida pública, em consonância com a EC nº 109/2021 – destaca-se que por volta de 57% da receita líquida dos entes federativos está alocada na União (Funcia *et al.*, 2022).

Quanto à EC 95/2016, ela tornaria o orçamento de 15,8% para 13% da RCL no período entre 2017 e 2023 (Funcia *et al.*, 2022). Ao se tratar de recursos federais *per capita* com ASPS, verifica-se haver uma tendência de queda em comparação à série histórica, que começa a contar de 2013, a partir de 2020, segundo o autor:

TABELA 1. DOTAÇÃO FEDERAL EM ASPS *PER CAPITA*

Ano	Dotação em R\$
2013	647,00
2014	668,00
2015	662,00
2016	641,00
2017	664,00
2018	650,00
2019	650,00
2020	608,00
2021	617,00
2022	630,00

Fonte: Funcia *et al.* (2022), com adaptações

Os dados dos autores, conforme eles explicam, baseiam-se no Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento (Siop) e no IPCA médio.

Segue comparativo de dotação de inicial do governo federal a partir de outra metodologia, com o estipulado na EC nº 95/2016:

TABELA 2. SIMULAÇÃO DE VALORES A PARTIR DA EC 95 EM BILHÕES - BRASIL

Ano	Dotação inicial	Valor Dotação inicial <i>per</i> <i>capita</i>	Valor conforme EC 95/2016. Referência: Dotação 2016	Valor conforme EC 95/2016 <i>per capita</i>
2016	118.401.267.662,00	577,13		
2017	125.303.910.013,00	605,90	126.926.158.933,66	613,75
2018	130.810.548.909,00	627,40	130.373.572.136,94	625,31
2019	132.760.089.824,00	631,75	135.094.383.780,79	642,86
2020*	134.690.829.404,00	636,07	138.483.498.107,99	653,98
2021	144.837.210.088,00	678,97	149.154.587.956,65	699,21
2022	160.495.420.749,00	747,09	153.383.312.288,78	713,98
2023	183.784.929.160,00	904,98	192.392.564.317,63	947,37
2023**	183.784.929.160,00	849,74	192.392.564.317,63	889,54

Fonte: elaborado pela autora a partir do Siops e do Sistema de Débitos do TCU

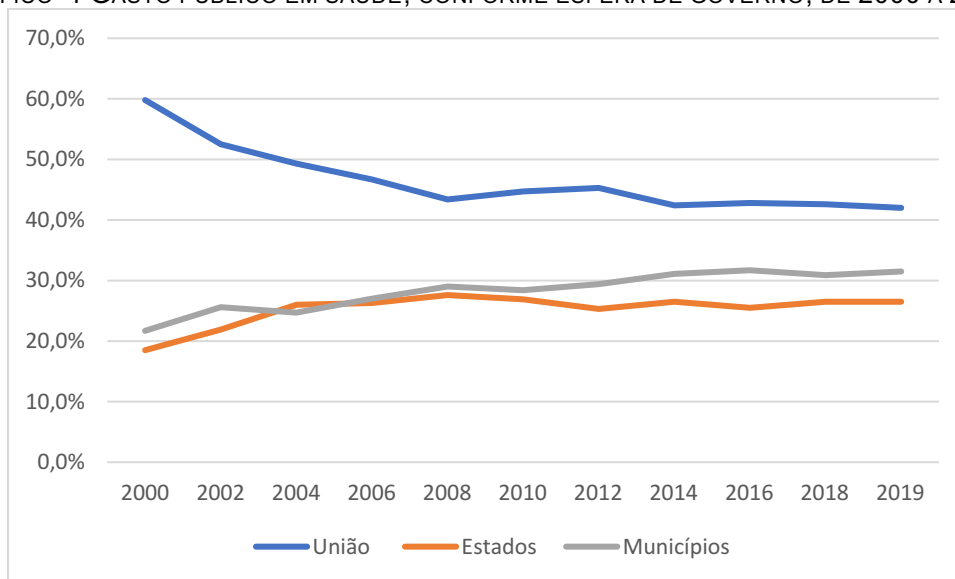
*2020 – Somente dotação inicial, não considera recursos extraordinários para a pandemia de Covid-19

**2023 – Considerando a estimativa da população brasileira prevista pelo IBGE antes do Censo de 2022, ou seja, 216.284.269.000 de habitantes.

Assim, a depender da metodologia, verifica-se que se pode constatar aumento de gasto per capita. Ainda assim, é necessário perceber que aumento real não significa que se resolve o problema de subfinanciamento da saúde. O subfinanciamento crônico enfraquece o sistema público e favorece a

mercantilização da saúde, de modo que o financiamento adequado do SUS é desfavorável à lógica de mercado sobre a saúde pública (Funcia *et al.*, 2022), conforme gráfico a seguir:

GRÁFICO 1 GASTO PÚBLICO EM SAÚDE, CONFORME ESFERA DE GOVERNO, DE 2000 A 2019



Fonte: Funcia (2022)

Conforme pode ser visto, desde a EC nº 29/2000, a União participa cada vez menos proporcionalmente das despesas com o SUS, enquanto os municípios, que não têm poder de emitir dívida e não podem criar seus próprios impostos, passaram a ter cada vez mais responsabilidade pela saúde pública.

Em 2020, quando emergiu a pandemia, houve expansão fiscal, e a despesa primária chegou a 26% do PIB. Ademais, o Brasil possui relevante quantia de reservas internacionais e sua dívida é lastreada em reais, não tendo dívida externa elevada. Por fim, tem-se que o teto de gastos não foi cumprido em nenhum dos anos em que vigorou a EC nº 95/2016. Esses pontos reforçam a tese de que o país não está quebrado (Funcia *et al.*, 2022).

7 QUESTÕES FISCAIS NO NORDESTE

Passa-se a analisar tabelas e gráficos acerca da execução por parte dos estados da região Nordeste de 2013 a 2023. Esse período corresponde à disponibilidade de dados no Siops e no ano posterior à aprovação da LC nº 141/2012. O Siops é o único sistema de informações orçamentárias na área de saúde e contém registro de receitas e despesas públicas na área de saúde de todos os entes federados: União, Distrito Federal, estados e municípios. Ele monitora a aplicação mínima de recursos em ASPS prevista na LC nº 141/2012. Nele também se encontra o Relatório Resumido de Execução Orçamentária, previsto na LC nº 101/2000 (Datusus, 2024). Os anos destacados em cinza, nas tabelas a seguir, correspondem a anos posteriores às seguintes regras, respectivamente: LC nº 141/2012, EC nº 95/2016 e LC nº 200/2022. De acordo com a EC nº 29/2000 e a LC nº 141/2012, os estados devem aplicar anualmente 12% de sua arrecadação em ASPS. Todavia, destaca-se uma observação que cabe a todos os estados a serem analisados: em 2017, a EC 95/2016 passa a ter efeito não como correção do IPCA, mas com aumento de 7,2% em relação a 2016. A regra de correção, com base no IPCA, passa a valer em 2018.

TABELA 3. PERCENTUAL APLICADO ENTRE OS ANOS DE 2013 E 2023 - AL

Estado	Ano	Percentual aplicado
Alagoas	2013	12,11
	2014	12,06
	2015	12,95
	2016	12,19
	2017	12,34
	2018	12,15
	2019	12,08
	2020	12,55
	2021	16,26
	2022	17,22
	2023	13,74

Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados do Siops

Desse modo, Alagoas seguiu o mínimo estipulado na EC nº 141/2012 em todos os anos da série, com destaque para o aporte referente aos anos de 2021 (16,26%) e 2022 (17,22%). É importante notar que há diferença grande entre a proporção de 2023 (13,74%) e 2022 (17,22%). Ao se comparar 2017

(12,34%), ano em que a EC nº 95/2016 veio a fazer efeito, com 2016 (12,19%), houve um pequeno aumento. Cotejando-se 2020 (ano da pandemia) com 2019, houve igualmente pequeno aumento: 12,55% ante 12,08%.

TABELA 4. PERCENTUAL APLICADO ENTRE OS ANOS DE 2013 E 2023 - BA

Estado	Ano	Percentual aplicado
Bahia	2013	12,02
	2014	12,94
	2015	12,45
	2016	12,26
	2017	13,00
	2018	12,05
	2019	12,96
	2020	13,26
	2021	13,31
	2022	14,75
	2023	15,32

Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados do Siops

No caso da Bahia, a proporção é semelhante ao longo do período, com destaque para o aumento observado em 2022 (14,75%) e 2023 (15,32%). Esse estado também seguiu o mínimo estipulado na EC nº 141/2012 em todos os anos da série. Ao se comparar 2017 (13,00%), ano em que a EC nº 95/2016 veio a fazer efeito, com 2016 (12,26%), houve um pequeno aumento. Cotejando-se 2020 (ano da pandemia) com 2019, houve igualmente pequeno aumento: 13,26% ante 12,96%.

TABELA 5. PERCENTUAL APLICADO ENTRE OS ANOS DE 2013 E 2023 - CE

Estado	Ano	Percentual aplicado
Ceará	2013	13,83
	2014	15,76
	2015	14,25
	2016	13,89
	2017	14,65
	2018	Não consta homologação
	2019	13,42
	2020	16,53
	2021	15,67
	2022	16,98

	2023	16,62
--	------	-------

Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados do Siops

Quanto ao Ceará, ressalta-se não ter havido homologação para o ano de 2018, e quatro anos seguidos se destacam por maior aporte que os anos anteriores: 2020, 2021, 2022 e 2023. Ressalta-se que, em todos os anos, o estado aplicou no mínimo 13,42% em ASPS. Ao se comparar 2017 (14,65%), ano em que a EC nº 95/2016 veio a fazer efeito, com 2016 (13,89%), houve um pequeno aumento. Cotejando-se 2020 (ano da pandemia) com 2019, houve aumento considerável: 16,53% ante 13,42%.

TABELA 6. PERCENTUAL APLICADO ENTRE OS ANOS DE 2013 E 2023 - MA

Estado	Ano	Percentual aplicado
Maranhão	2013	12,43
	2014	13,62
	2015	13,49
	2016	12,30
	2017	14,07
	2018	14,46
	2019	14,37
	2020	15,10
	2021	15,67
	2022	14,67
	2023	15,10

Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados do Siops

O Maranhão aplicou, minimamente, 12,30% em ASPS de 2013 a 2016, destacando-se que, a partir de 2017, o estado aplicou no mínimo 14,07% em todos os anos subsequentes. Ao se comparar 2017 (14,07%), ano em que a EC nº 95/2016 veio a fazer efeito, com 2016 (12,30%), houve um aumento considerável. Cotejando-se 2020 (ano da pandemia) com 2019, houve pequeno aumento: 15,10% ante 14,37%.

TABELA 7. PERCENTUAL APLICADO ENTRE OS ANOS DE 2013 E 2023 - PB

Estado	Ano	Percentual aplicado
Paraíba	2013	13,44

	2014	13,69
	2015	13,00
	2016	12,50
	2017	13,65
	2018	12,27
	2019	12,22
	2020	12,39
	2021	12,69
	2022	12,97
Paraíba	2023	14,44

Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados do Siops

A Paraíba, nos três primeiros anos da série, aplicou pelo menos 13% em ASPS, todavia, entre 2018 e 2022, ficou entre 12,27% e 12,97%. Ao se comparar 2017 (13,65%), ano em que a EC nº 95/2016 fez efeitos, com 2016 (12,50%), houve um aumento de mais de um ponto percentual. Cotejando-se 2020 (ano da pandemia) com 2019, houve pequeno aumento: 12,39% ante 12,22%.

TABELA 8. PERCENTUAL APLICADO ENTRE OS ANOS DE 2013 E 2023 - PE

Estado	Ano	Percentual aplicado
	2013	14,96
	2014	16,58
	2015	16,23
	2016	14,99
	2017	16,34
Pernambuco	2018	15,34
	2019	14,97
	2020	16,58
	2021	17,21
	2022	18,81
	2023	17,59

Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados do Siops

Pernambuco se destaca ainda mais que o Ceará acerca do percentual mínimo, pois, de todos os anos analisados, a menor proporção foi do ano de 2019 (14,97%). A maior proporção da série foi o ano de 2022 (18,81%). Ao se comparar 2017 (16,34%), ano em que a EC nº 95/2016 veio a fazer efeito, com

2016 (14,99%), houve aumento considerável. Cotejando-se 2020 (ano da pandemia) com 2019, houve grande aumento: 16,58% ante 14,97%.

TABELA 9. PERCENTUAL APLICADO ENTRE OS ANOS DE 2013 E 2023 - PI

Estado	Ano	Percentual aplicado
Piauí	2013	12,74
	2014	13,39
	2015	13,52
	2016	12,31
Piauí	2017	12,75
	2018	12,25
	2019	12,05
	2020	16,01
	2021	14,58
	2022	15,59
	2023	14,05

Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados do Siops

O Piauí igualmente seguiu o mínimo estipulado na EC nº 141/2012 em todos os anos da série, com destaque para os anos de 2020 (16,01%) e 2022 (15,59%). Ao se comparar 2017 (12,75%), ano em que a EC nº 95/2016 veio a fazer efeito, com 2016 (12,31%), houve pequeno aumento. Cotejando-se 2020 (ano da pandemia) com 2019, houve grande aumento: 16,01% ante 12,05%.

TABELA 10. PERCENTUAL APLICADO ENTRE OS ANOS DE 2013 E 2023 - RN

Estado	Ano	Percentual aplicado
Rio Grande do Norte	2013	13,89
	2014	15,73
	2015	15,20
	2016	12,44
	2017	12,15
	2018	10,56
	2019	12,19
	2020	14,40
	2021	12,69
	2022	13,48
	2023	12,63

Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados do Siops

O Rio Grande do Norte não seguiu o mínimo estipulado na EC nº 141/2012 em 2018 (10,56%). Há destaque para aportes nos anos de 2014 (15,73%) e 2015 (15,20%). Ao se comparar 2017 (12,15%), ano em que a EC nº 95/2016 veio a fazer efeito, com 2016 (12,44%), observa-se pequena diminuição. Cotejando-se 2020 (ano da pandemia) com 2019, houve grande aumento: 14,40% ante 12,19%.

TABELA 11. PERCENTUAL APLICADO ENTRE OS ANOS DE 2013 E 2023 - SE

Estado	Ano	Percentual aplicado
Sergipe	2013	12,93
	2014	12,72
	2015	12,40
	2016	12,14
	2017	12,14
	2018	12,32
	2019	12,28
	2020	12,58
	2021	14,49
	2022	16,56
	2023	15,83

Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados do Siops

Sergipe seguiu o mínimo previsto na EC nº 141/2012 em todos os anos da série, destacando-se os anos de 2021 a 2023. Ao se comparar 2017 (12,14%), ano em que a EC nº 95/2016 veio a fazer efeito, com 2016 (12,14%), observa-se a mesma proporção aplicada. Cotejando-se 2020 (ano da pandemia) com 2019, houve pequeno aumento: 12,58% ante 12,28%.

A próxima tabela corresponde a anos posteriores (2013, 2017 e 2023) à aprovação das seguintes regras, respectivamente: LC nº 141/2012, EC nº 95/2016 e LC nº 200/2022 para todos os estados brasileiros.

TABELA 12. PERCENTUAL APLICADO POR ESTADO/ANO

Estado	2013	2017	2023
Alagoas	12,11	12,34	13,74
Bahia	12,02	13,00	15,32
Ceará	13,83	14,65	16,62
Maranhão	12,43	14,07	15,10
Paraíba	13,44	13,65	14,44
Pernambuco	14,96	16,34	17,59

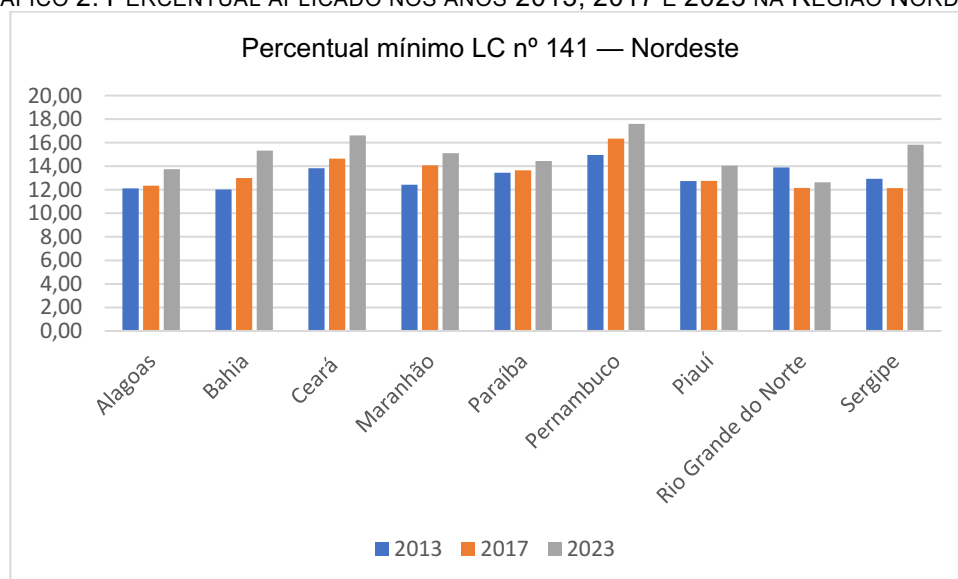
Piauí	12,74	12,75	14,05
Rio Grande do Norte	13,89	12,15	12,63
Sergipe	12,93	12,14	15,83
Acre	16,64	15,04	15,59
Amazonas	22,87	17,80	19,30
Amapá	15,57	12,44	19,38
Pará	13,54	14,90	13,91
Rondônia	14,28	14,68	15,66
Roraima	17,31	18,36	17,72
Tocantins	20,68	18,02	18,19
Distrito Federal	17,70	17,31	13,14
Goiás	11,72	12,09	13,99
Mato Grosso	12,58	12,50	14,49
Mato Grosso do Sul	12,50	18,05	12,30
Espírito Santo	15,95	18,75	17,18
Minas Gerais	12,29	12,09	12,15
Rio de Janeiro	12,04	12,21	12,33
São Paulo	12,43	13,24	12,71
Paraná	11,22	12,06	12,28
Rio Grande do Sul	12,47	12,24	12,17
Santa Catarina	12,02	13,00	14,78

Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados do Siops

Observamos que quase todos os estados, nos anos analisados — exceto Goiás e Paraná no ano de 2023 —, seguiram o que havia sido estipulado na EC nº 141/2012, de modo que nem a EC nº 95/2016 nem outras medidas de austeridade influenciaram o cumprimento de regra anterior. Verificamos que é comum os estados arcarem com percentuais bem maiores que o mínimo estipulado.

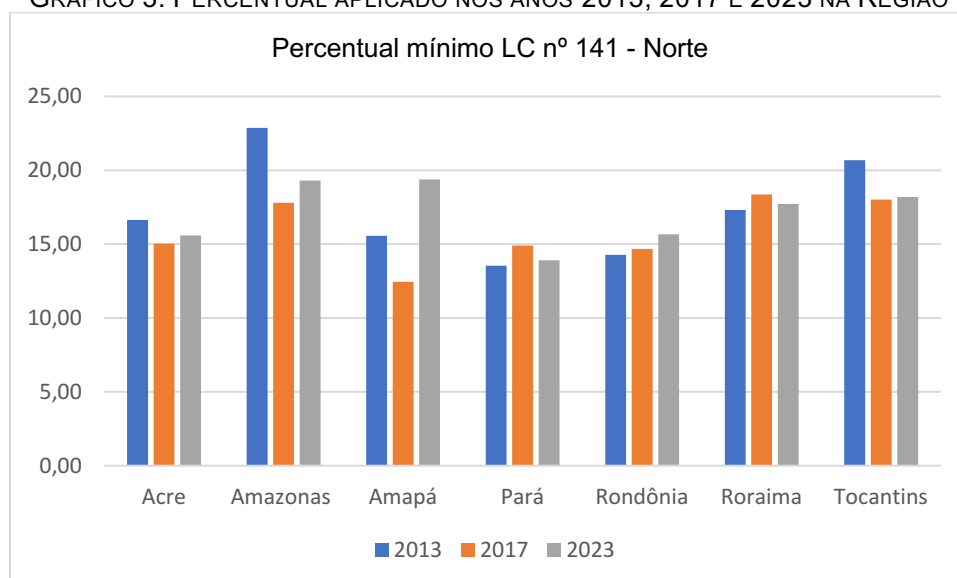
Seguem cinco gráficos correspondentes à tabela anterior:

GRÁFICO 2. PERCENTUAL APLICADO NOS ANOS 2013, 2017 E 2023 NA REGIÃO NORDESTE



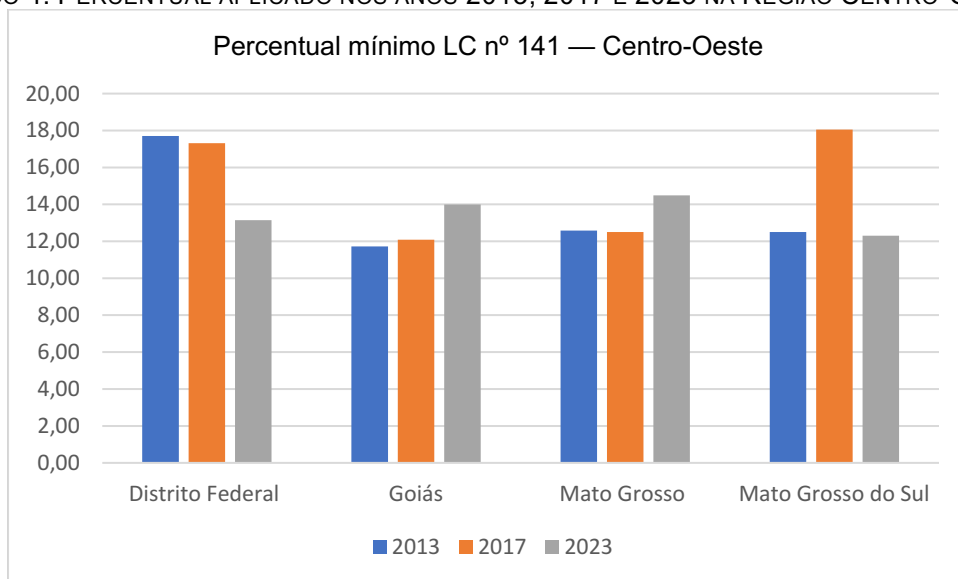
Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados do Siops

GRÁFICO 3. PERCENTUAL APLICADO NOS ANOS 2013, 2017 E 2023 NA REGIÃO NORTE



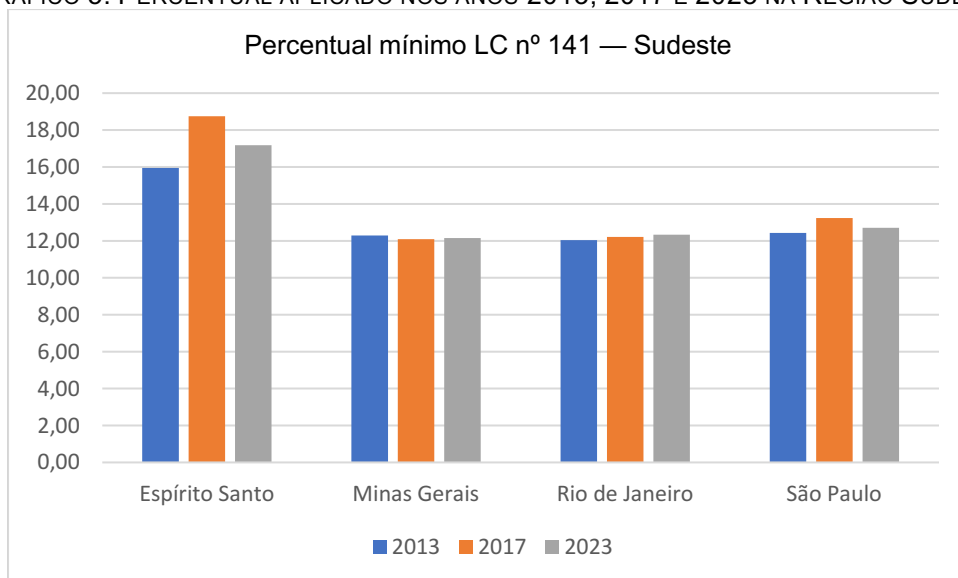
Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados do Siops

GRÁFICO 4. PERCENTUAL APLICADO NOS ANOS 2013, 2017 E 2023 NA REGIÃO CENTRO-OESTE



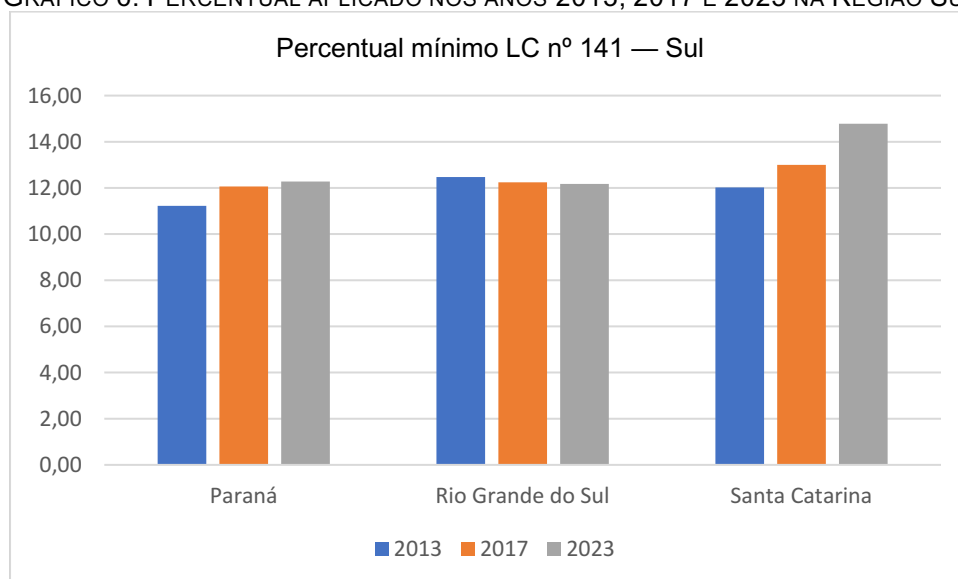
Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados do Siops

GRÁFICO 5. PERCENTUAL APLICADO NOS ANOS 2013, 2017 E 2023 NA REGIÃO SUDESTE



Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados do Siops

GRÁFICO 6. PERCENTUAL APLICADO NOS ANOS 2013, 2017 E 2023 NA REGIÃO SUL



Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados do Siops

Observa-se comportamento semelhante no âmbito das Grandes Regiões, com destaque para as regiões Nordeste e Sul, que apresentaram aumento considerável em 2023 quando comparado a 2017.

A execução orçamentária indica capacidade de ação, de implementar políticas por parte dos entes. As próximas tabelas demonstram dotação inicial, dotação atualizada e percentual de execução dos nove estados do Nordeste durante os anos de 2013 a 2023:

TABELA 13. PERCENTUAL DE EXECUÇÃO EM SAÚDE NO ESTADO DE ALAGOAS

DESPESAS COM SAÚDE EM BILHÕES DE R\$ — ALAGOAS

Ano	Dotação inicial	Dotação atualizada	Executadas - Inclui liquidação até restos a pagar	Percentual
2013	Não consta	1,032	0,908	87,98
2014	1,095	1,053	0,964	91,55
2015	1,111	1,211	1,079	89,17
2016	1,069	1,190	1,134	95,35
2017	1,166	1,348	1,125	83,45
2018	1,205	1,443	1,331	92,25
2019	1,480	1,534	1,367	89,15
2020	1,032	1,065	1,051	98,65
2021	0,963	1,814	1,809	99,77
2022	1,377	2,246	2,193	97,65
2023	1,578	1,920	1,912	99,58

Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados do Siops

TABELA 14. PERCENTUAL DE EXECUÇÃO EM SAÚDE NO ESTADO DA BAHIA

DESPESAS COM SAÚDE EM BILHÕES DE R\$ — BAHIA				
Ano	Previsão inicial	Previsão atualizada	Executadas - Inclui liquidação até restos a pagar	Percentual
2013	Não consta	4,234	3,975	93,88
2014	4,132	4,868	4,543	93,31
2015	4,384	4,971	4,602	92,59
2016	4,990	5,381	4,863	90,37
2017	5,140	5,723	5,357	93,61
2018	5,084	5,933	5,767	97,21
2019	5,496	6,365	6,152	96,66
2020	3,882	4,355	4,141	95,09
2021	4,136	5,254	5,197	98,91
2022	4,560	6,559	6,459	98,48
2023	5,194	7,179	7,154	99,66

Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados do Siops

TABELA 15. PERCENTUAL DE EXECUÇÃO EM SAÚDE NO ESTADO DO CEARÁ

DESPESAS COM SAÚDE EM BILHÕES DE R\$ — CEARÁ				
Ano	Dotação inicial	Dotação atualizada	Executadas - Inclui liquidação até restos a pagar	Percentual
2013	Não consta	2,768	2,265	81,84
2014	2,507	3,110	2,741	88,12
2015	2,875	3,034	2,681	88,36
2016	3,061	3,427	2,938	85,72
2017	3,369	3,580	3,260	91,08
2018	3,305	3,769	3,574	94,82
2019	3,982	4,058	3,657	90,10
2020	2,554	3,258	3,095	94,98
2021	2,784	3,754	3,665	97,61
2022	3,550	4,834	4,528	93,66
2023	4,622	4,874	4,657	95,55

Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados do Siops

TABELA 16. PERCENTUAL DE EXECUÇÃO EM SAÚDE NO ESTADO DO MARANHÃO

DESPESAS COM SAÚDE EM BILHÕES DE R\$ — MARANHÃO				
Ano	Dotação inicial	Dotação atualizada	Executadas - Inclui liquidação até restos a pagar	Percentual
2013	Não consta	1,858	1,606	86,44
2014	1,864	2,083	1,894	90,91
2015	1,747	1,997	1,754	87,85
2016	1,825	2,104	2,015	95,74
2017	1,903	2,332	2,182	93,57
2018	2,224	2,401	2,271	94,58
2019	2,349	2,539	2,416	95,15
2020	1,896	2,031	2,024	99,62
2021	2,238	2,945	2,835	96,29
2022	2,677	3,183	3,167	99,50
2023	2,937	3,268	3,234	98,95

Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados do Siops

TABELA 17. PERCENTUAL DE EXECUÇÃO EM SAÚDE NO ESTADO DA PARAÍBA

DESPESAS COM SAÚDE EM BILHÕES DE R\$ — PARAÍBA				
Ano	Dotação inicial	Dotação atualizada	Executadas - Inclui liquidação até restos a pagar	Percentual
2013	Não consta	1,271	1,041	81,96
2014	1,169	1,267	1,169	92,27
2015	Não consta	1,356	1,202	88,67
2016	1,347	1,412	1,262	89,35
2017	1,432	1,547	1,308	84,55
2018	1,431	1,658	1,471	88,69
2019	1,571	1,594	1,365	85,65
2020	1,246	1,361	1,218	89,45
2021	1,334	1,705	1,587	93,10
2022	1,490	1,996	1,862	93,31
2023	1,782	2,316	2,225	96,07

Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados do Siops

TABELA 18. PERCENTUAL DE EXECUÇÃO EM SAÚDE NO ESTADO DE PERNAMBUCO

DESPESAS COM SAÚDE EM BILHÕES DE R\$ — PERNAMBUCO

Ano	Dotação inicial	Dotação atualizada	Executadas - Inclui liquidadas até restos a pagar	Percentual
2013	Não consta	4,704	4,111	87,41
2014	4,413	5,172	4,824	93,27
2015	4,800	5,056	4,669	92,35
2016	4,694	5,127	4,827	94,15
2017	4,791	5,227	5,158	98,68
2018	5,110	5,431	5,279	97,21
2019	5,473	5,826	5,631	96,65
2020	3,464	3,877	3,666	94,56
2021	3,645	4,978	4,661	93,63
2022	4,080	5,975	5,809	97,22
2023	4,371	5,776	5,493	95,11

Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados do Siops

TABELA 19. PERCENTUAL DE EXECUÇÃO EM SAÚDE NO ESTADO DO PIAUÍ

DESPESAS COM SAÚDE EM BILHÕES DE R\$ — PIAUÍ

Ano	Dotação inicial	Dotação atualizada	Executadas - Inclui liquidadas até restos a pagar	Percentual
2013	Não consta	1,028	0,860	83,70
2014	0,924	1,177	0,996	84,69
2015	1,127	1,295	1,088	83,98
2016	0,985	1,255	1,198	95,50
2017	1,013	1,417	1,279	90,21
2018	1,187	1,460	1,372	93,96
2019	2,220	2,468	1,466	59,43
2020	0,957	1,239	1,352	109,11
2021	0,961	1,686	1,578	93,62
2022	1,419	1,947	1,915	98,37
2023	1,205	1,931	1,906	98,67

Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados do Siops

TABELA 20. PERCENTUAL DE EXECUÇÃO EM SAÚDE NO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
DESPESAS COM SAÚDE EM BILHÕES DE R\$ — RIO GRANDE DO NORTE

Ano	Dotação inicial	Dotação atualizada	Executadas - Inclui liquidadas até restos a pagar	Percentual
2013	Não consta	1,442	1,242	86,17
2014	1,534	1,442	1,317	91,39
2015	1,574	1,724	1,397	81,04
2016	1,610	1,457	1,353	92,84
2017	1,412	1,579	1,510	95,67
2018	1,509	1,983	1,771	89,28
2019	1,524	1,545	1,534	99,28
2020	1,207	1,278	1,358	106,29
2021	1,348	1,705	1,568	91,94
2022	1,541	1,859	1,841	99,02
2023	1,784	1,971	1,855	94,11

Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados do Siops

TABELA 21. PERCENTUAL DE EXECUÇÃO EM SAÚDE NO ESTADO DE SERGIPE
DESPESAS COM SAÚDE EM BILHÕES DE R\$ — SERGIPE

Ano	Dotação inicial	Dotação atualizada	Executadas - Inclui liquidadas até restos a pagar	Percentual
2013	Não consta	1,028	0,882	85,78
2014	1,103	1,103	0,922	83,59
2015	1,071	1,071	0,937	87,47
2016	1,027	1,027	1,003	97,70
2017	1,040	1,040	1,042	100,18
2018	1,062	1,193	1,159	97,11
2019	1,160	1,160	1,240	106,95
2020	0,835	0,835	0,898	107,50
2021	0,820	0,820	1,316	160,45
2022	1,010	1,010	1,771	175,24
2023	1,415	1,415	1,848	130,58

Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados do Siops

Da análise das tabelas 11 a 19, tem-se que os primeiros anos da série se destacam pela menor execução orçamentária, muito comum ser abaixo de

90%. Chama a atenção o caso do estado do Piauí, que no ano de 2019 conseguiu executar somente 59,43% de sua dotação atualizada. Três estados conseguiram executar mais de cem por cento de sua dotação atualizada em 2020: Piauí (109,11%), Rio Grande do Norte (106,29%) e Sergipe (107,50%), o que indica recursos adicionais autorizados pela União. Ademais, o estado do Sergipe executou mais de cem por cento de sua dotação atualizada em seis anos da série histórica 2017 (100,18%), 2019 (106,95%), 2020 (107,50%), 2021 (160,45%), 2022 (175,24%) e 2023 (130,58%).

Quando se compara a União aos estados, tem-se que o comportamento da União é inverso, conforme estudo de Francisco Funcia (2022):

TABELA 22. AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE (ASPS): ESTIMATIVA DAS PERDAS DO ORÇAMENTO FEDERAL EM FUNÇÃO DA EC 95 - 2018-2022 (EM BILHÕES DE R\$)

Ano	Despesas ASPS sem MPs sem créditos extraordinários para Covid-19 (A)	EC 86 - 15% da RCL (B)	Perdas com a EC 95 (B – A)
2018	116,820	120,802	3,981
2019	122,269	135,848	13,578
2020	118,812	97,791	-21,020
2021	131,713	159,377	27,664
2022	146,666	159,384	12,717
2023	149,918	172,644	22,725
Total	786,201	845,848	59,646

Fonte: Funcia (2022)

Desse modo, pode-se confirmar tendência de menor participação da União em comparação à regra anterior.

Uma análise importante de se fazer é comparar estimativas a partir do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), uma vez que a EC nº 95/2016 prevê que o mínimo a ser aplicado pela União não será mais 15% da Receita Corrente Líquida (RCL), mas pela inflação medida pelo IPCA. Assim, as tabelas seguintes, correspondentes a cada estado da região Nordeste, apresentam dotação inicial e dotação inicial *per capita* em contraposição a valores simulados para corresponder ao determinado pela EC nº 95/2016, tendo como ano-base 2016.

TABELA 23: SIMULAÇÃO DE VALORES A PARTIR DA EC 95 EM BILHÕES - AL

Ano	Dotação inicial	Valor Dotação inicial <i>per capita</i>	Valor conforme EC 95/2016. Referência: Dotação 2016	Valor conforme EC 95/2016 <i>per capita</i>
2016	1.069.471.316,000	324,71		
2017	1.166.102.019,000	352,56	1.146.473.250	346,62
2018	1.205.954.068,780	362,98	1.143.940.625	344,31
2019	1.480.395.280,000	443,64	1.181.402.836	354,04
2020	1.032.882.208,000	308,22	1.232.334.193	367,74
2021	963.469.455,000	286,33	1.364.668.253	405,56
2022	1.377.593.829,540	407,78	1.445.190.342	427,79
2023	1.578.774.582,500	465,55	1.512.876.369	446,12

Fonte: elaborado pela autora a partir de dados do Siops e do Sistema de Débitos do TCU

TABELA 24: SIMULAÇÃO DE VALORES A PARTIR DA EC 95 EM BILHÕES - BA

Ano	Dotação inicial	Valor Dotação inicial <i>per capita</i>	Valor conforme EC 95/2016. Referência: Dotação 2016	Valor conforme EC 95/2016 <i>per capita</i>
2016	4.990.096.788	339,70		
2017	5.140.235.460	348,49	5.349.383.756	362,67
2018	5.084.189.167	343,23	5.337.566.658	360,34
2019	5.496.956.024	369,60	5.512.363.361	370,63
2020	3.882.876.011	260,06	5.750.006.391	385,12
2021	4.136.711.465	276,06	6.367.470.139	424,92
2022	4.560.282.800	303,28	6.743.181.962	448,45
2023	5.194.224.769	344,34	7.059.001.395	467,96

Fonte: elaborado pela autora a partir de dados do Siops e do Sistema de Débitos do TCU

TABELA 25: SIMULAÇÃO DE VALORES A PARTIR DA EC 95 EM BILHÕES - CE

Ano	Dotação inicial	Valor Dotação inicial <i>per capita</i>	Valor conforme EC 95/2016. Referência: Dotação 2016	Valor conforme EC 95/2016 <i>per capita</i>
2016	3.061.716.797	341,60		
2017	3.369.643.947	373,63	3.282.160.406	363,93
2018	3.305.629.895	364,20	3.274.909.924	360,81
2019	3.982.898.290	436,11	3.382.157.945	370,33
2020	2.554.494.345	278,03	3.527.965.869	383,98

2021	2.784.583.162	301,32	3.906.816.062	422,75
2022	3.550.180.930	382,02	4.137.337.281	445,20
2023	4.622.548.397	494,77	4.331.111.011	463,57

Fonte: elaborado pela autora a partir de dados do Siops e do Sistema de Débitos do TCU

TABELA 26: SIMULAÇÃO DE VALORES A PARTIR DA EC 95 EM BILHÕES - MA

Ano	Dotação inicial	Valor Dotação inicial <i>per capita</i>	Valor conforme EC 95/2016. Referência: Dotação 2016	Valor conforme 95/2016 <i>per capita</i>
2016	1.825.235.002	262,43		
2017	1.903.078.915	272,10	1.956.651.922	279,76
2018	2.224.718.740	316,23	1.952.329.565	277,51
2019	2.349.535.000	332,08	2.016.265.211	284,98
2020	1.896.316.768	266,54	2.103.188.249	295,62
2021	2.238.674.285	312,96	2.329.038.868	325,59
2022	2.677.471.000	372,33	2.466.463.531	342,99
2023	2.937.529.509	406,42	2.581.981.267	357,23

Fonte: elaborado pela autora a partir de dados do Siops e do Sistema de Débitos do TCU

TABELA 27: SIMULAÇÃO DE VALORES A PARTIR DA EC 95 EM BILHÕES - PB

Ano	Dotação inicial	Valor Dotação inicial <i>per capita</i>	Valor conforme EC 95/2016. Referência: Dotação 2016	Valor conforme EC 95/2016 <i>per capita</i>
2016	1.347.688.786	340,87		
2017	1.432.702.607	360,48	1.444.722.379	363,50
2018	1.431.191.674	358,11	1.441.530.903	360,70
2019	1.571.373.898	391,07	1.488.738.717	370,51
2020	1.246.422.686	308,58	1.552.919.605	384,45
2021	1.334.042.668	328,59	1.719.679.691	423,58
2022	1.490.725.859	365,38	1.821.149.188	446,37
2023	1.782.972.694	434,96	1.906.443.387	465,08

Fonte: elaborado pela autora a partir de dados do Siops e do Sistema de Débitos do TCU

TABELA 28: SIMULAÇÃO DE VALORES A PARTIR DA EC 95 EM BILHÕES - PE

Ano	Dotação inicial	Valor Dotação inicial <i>per capita</i>	Valor conforme EC 95/2016. Referência: Dotação 2016	Valor conforme EC 95/2016 <i>per capita</i>
2016	4.694.773.000	500,65		
2017	4.791.132.000	507,81	5.032.796.656	533,43
2018	5.110.266.404	538,11	5.021.678.917	528,78
2019	5.473.410.500	572,68	5.186.130.806	542,62
2020	3.464.298.500	360,22	5.409.709.652	562,51
2021	3.645.017.732	376,74	5.990.630.675	619,17
2022	4.080.468.329	419,29	6.344.107.130	651,89
2023	4.371.922.300	446,72	6.641.235.745	678,60

Fonte: elaborado pela autora a partir de dados do Siops e do Sistema de Débitos do TCU

TABELA 29: SIMULAÇÃO DE VALORES A PARTIR DA EC 95 EM BILHÕES - PI

Ano	Dotação inicial	Valor Dotação inicial <i>per capita</i>	Valor conforme EC 95/2016. Referência: Dotação 2016	Valor conforme EC 95/2016 <i>per capita</i>
2016	985.662.447	303,63		
2017	1.013.089.954	311,28	1.056.630.143	324,65
2018	1.187.268.756	363,77	1.054.295.986	323,03
2019	2.220.574.813	678,57	1.088.822.480	332,72
2020	957.430.368	291,84	1.135.762.614	346,20
2021	961.399.386	292,35	1.257.726.346	382,46
2022	1.419.243.222	430,62	1.331.938.340	404,13
2023	1.205.681.193	365,08	1.394.320.167	422,20

Fonte: elaborado pela autora a partir de dados do Siops e do Sistema de Débitos do TCU

TABELA 30: SIMULAÇÃO DE VALORES A PARTIR DA EC 95 EM BILHÕES - RN

Ano	Dotação inicial	Valor Dotação inicial <i>per capita</i>	Valor conforme EC 95/2016. Referência: Dotação 2016	Valor conforme EC 95/2016 <i>per capita</i>
2016	1.610.853.000	470,62		
2017	1.412.548.000	409,35	1.726.834.416	500,43
2018	1.509.324.000	433,84	1.723.019.739	495,26
2019	1.524.786.000	434,80	1.779.445.858	507,42
2020	1.207.187.377	341,58	1.856.159.397	525,20

2021	1.348.934.000	378,82	2.055.482.852	577,24
2022	1.541.155.000	429,65	2.176.766.374	606,85
2023	1.784.630.000	494,05	2.278.716.037	630,82

Fonte: elaborado pela autora a partir de dados do Siops e do Sistema de Débitos do TCU

TABELA 31: SIMULAÇÃO DE VALORES A PARTIR DA EC 95 EM BILHÕES - SE

Ano	Dotação inicial	Valor Dotação inicial <i>per capita</i>	Valor conforme EC 95/2016. Referência: Dotação 2016	Valor conforme EC 95/2016 <i>per capita</i>
2016	1.027.064.740	459,10		
2017	1.040.627.420	461,01	1.101.013.401	487,76
2018	1.062.730.000	466,46	1.098.581.199	482,19
2019	1.160.256.550	504,70	1.134.557.962	493,52
2020	835.822.400	360,42	1.183.469.794	510,33
2021	820.574.922	350,87	1.310.556.557	560,38
2022	1.010.707.907	428,66	1.387.885.791	588,63
2023	1.415.318.988	595,56	1.452.887.938	611,37

Fonte: elaborado pela autora a partir de dados do Siops e do Sistema de Débitos do TCU

Pela análise dos valores em destaque, verificamos que não houve relação entre a EC nº 95/2016 e os valores aplicados pelos estados, com pouca influência da citada emenda, ao contrário do que ocorreu na União, o que demonstra sobrecarga orçamentária para aqueles entes subnacionais, sendo as piores situações as do Rio Grande do Norte e de Sergipe. Ademais, houve uma tendência de, em 2020, os estados aplicarem menos recursos em ASPS do que em 2019, devido à pandemia.

8 DESENVOLVIMENTO REGIONAL E SAÚDE

A Sudene foi criada em 1959 com instrumentos de planejamento e coordenação robustos, e seu mentor foi o economista Celso Furtado. Celso Furtado, como nordestino, tendo trajetória intelectual no Brasil e no exterior, conscientizou-se acerca do subdesenvolvimento e das desigualdades no avanço do desenvolvimento entre territórios, tanto entre nações como entre espaços

sub-regionais (Diniz, 2009). A concepção original da citada instituição era de que os recursos e incentivos fiscais da Lei nº 3.692/1959 seriam de aplicação exclusiva na Região Nordeste, entretanto, o financiamento para sua atuação foi sofrendo limitações ao longo do tempo (Carvalho, 2014).

Destaca-se que a Sudene teve muita influência sobre debate político e intelectual de modo a ocasionar reforma de cursos superiores de universidades locais (Mendes, 2017). Seu I Plano diretor somente foi aprovado em 1961, e foi a partir de então que a instituição passou a contar com recursos para suas atividades (Mendes, 2017).

De modo a executar programas e projetos previstos em seu Plano Diretor, a Sudene tinha nove tipos de instrumentos: a); recursos orçamentários b); renda tributária da União c); Fundo dos ágios d); recursos cambiais e) incentivos fiscais; f) incentivos financeiros; g) assistência técnica; h) apoio à pesquisa; i) apoio a situações de emergência; j) planejamento e coordenação (Carvalho, 2014).

A Lei nº 3.692/1959 assegurava à Sudene recursos não inferiores a 2% dos tributos da União, com base na última arrecadação, e esses recursos, junto a outros créditos adicionais constantes no Plano Diretor, não poderiam ser reduzidos pelo Poder Executivo; já a Lei 3.995/1961, concedia incentivos fiscais de dedução de 50% do imposto de renda de pessoas jurídicas de capital 100% nacional, com inspiração na tentativa de modernização da indústria no Sul da Itália (Cassa per il Mezzogiorno) (Carvalho, 2014). Os incentivos fiscais iriam ser instituídos por meio da Lei nº 4.239/1963, que havia aprovado o II Plano Diretor da Sudene, e os recursos passaram a beneficiar, além de empresas nacionais, empresas estrangeiras que se instalassem na região Nordeste, isentava pelo período de 10 anos as empresas industriais e agrícolas que se instalassem na região do pagamento de imposto de renda, assim, a Sudene teria a função de coordenar a assistência técnica nacional e estrangeira à região Nordeste (Carvalho, 2014).

O Banco Nacional do Nordeste (BNB), criado em 1952, era o principal agente financeiro para promoção do desenvolvimento da região, e tinha como obrigação aplicar no mínimo 70% dos seus recursos na Sudene. Os financiadores nos primeiros anos da Sudene eram o Banco Nacional de

Desenvolvimento Econômico (BNDE), o Banco Nacional do Nordeste (BNB) e o Banco do Brasil, mas com o tempo, os estados do Nordeste criaram seus próprios bancos de desenvolvimento (Carvalho, 2014).

O Fundo de Investimento para o Desenvolvimento Econômico e Social do Nordeste (Fidene) foi criado por meio da Lei nº 4.329/1963 para financiar projetos de interesse para a região, assim como pesquisas, a exploração, a industrialização de recursos minerais e a construção de habitações populares. Todavia, o Fidene foi substituído pelo Fundo de Pesquisa e de Recursos Naturais do Nordeste (Furene), que tinha foco custeio de pesquisas tecnológicas (Carvalho, 2014). Assim como o Fidene, o Furene foi subfinanciado (Carvalho, 2014).

Carvalho (2014) divide a situação da Sudene em dois períodos (1963-1969) e (1970-1974) para se analisar perdas ocorridas para a entidade: no primeiro período (1963-1969) foram estendidos à Amazônia Legal os benefícios de dedução de 50% em imposto de renda, o que consistiria em menos recursos para a região Nordeste e abriria precedente para redirecionamento de recursos da Sudene para outras finalidades, como incentivos fiscais para empreendimentos florestas e de fomento ao turismo no ano de 1966 – mesmo ano de criação da Empresa Brasileira de Turismo (Embratur); no ano de 1969 ocorre mais incentivos fiscais para a Amazônia, mediante atuação da Superintendência do Desenvolvimento da Amazônia (SUDAM); ocorre extensão dos incentivos fiscais quanto ao imposto de renda às atividades pesqueiras em 1967, à indústria aeronáutica em 1969; ainda em 1969, cria-se o Fundo de Recuperação Econômica do Estado do Espírito Santo (Carvalho, 2014).

Em relação ao período 1970-1974, nele ocorre a maior crise de financiamento da Sudene e da região Nordeste (Carvalho, 2014). Todavia, a seca de 1970 e seus efeitos socioeconômicos chamou a atenção do governo central, que criou o Programa de Integração Nacional (PIN) para financiamento de obras de infraestrutura nas áreas de responsabilidade da Sudene e da Sudam. Ainda no citado ano, houve extensão de incentivos fiscais de imposto de renda à educação para doação à Fundação Movimento Brasileiro de Alfabetização (Mobral); ao dar continuidade às ações do PIN, institui-se o Programa de Redistribuição de Terras e de Estímulo à Agroindústria do Norte e

do Nordeste (Proterra) em 1971; há criação de fundos de investimentos regionais e setoriais – Fundo de Investimento para o Nordeste (Finor), Fundo de Investimento para a Amazônia (Finam) e para o setor de reflorestamento de pesca e turismo (Fiset) (Carvalho, 2014).

Desse modo, a perda de poder da Sudene para coordenar esforços para o desenvolvimento da região Nordeste foi gradual, e a criação dos Programas Especiais de Desenvolvimento Regional foram instituídos conforme a perspectiva do governo central – excessivamente centralizados – por causa de reveses de quando da implementação do PIN e do PROTERRA, de maneira que as entidades como a Sudene passaram a agir passivamente em relação às decisões adotadas pelo governo central (Carvalho, 2014).

A estrutura administrativa da Sudene ainda apresenta características de setorialização, assim como no caso da Cassa per il Mezzogiorno quanto ao Sul da Itália (Carvalho, 2014).

Celso Furtado ressaltou o papel primordial de núcleos urbanos e suas hierarquias e seu papel na estruturação do território, e Paul Krugman estabeleceu uma nova relação centro-periferia com inserção de concorrência imperfeita e economia de escala para tratar de concentração territorial da produção (DINIZ, 2009).

Território é uma área geográfica delimitada, onde está presente uma população com suas próprias características políticas, econômicas e culturais, é o espaço geográfico da vida social, e onde as políticas públicas são implementadas (Gadelha *et al.*, 2011). Há uma relação entre saúde e desenvolvimento, e essa relação envolve interesses de diversos atores (Gadelha *et al.*, 2011). No caso brasileiro, ainda ocorre de os serviços de saúde organizarem a delimitação espacial e territorial urbana, e o foco no território é importante para se diminuir as desigualdades sociais. A saúde também pode influenciar fluxos de investimentos. Ao se colocar o Complexo Econômico Industrial da Saúde em relevância, tem-se a associação entre os segmentos produtivos ao de serviços, de modo que a saúde tem papel na economia dos países e no desenvolvimento socioeconômico (Gadelha *et al.*, 2011).

A relação entre saúde e desenvolvimento é complexa e se caracteriza pela associação com a economia política, em que diversos atores com interesses

distintos estão envolvidos, com conflitos distributivos e disputa pelo orçamento público (Gadelha *et al.*, 2011).

Citam-se vertentes de análise da relação entre saúde e desenvolvimento (Gadelha *et al.*, 2011):

- a) Saúde como componente essencial de qualidade de vida, não apenas ausência de doenças, e de intervenção pública na área social, de modo transversal, de modo a gerar bem-estar e promover equidade;
- b) Fator que explica o crescimento econômico e de investimentos, captado por modelos matemáticos das teorias do crescimento que consideram a expectativa de vida e o capital humano na função investimentos (junto a outros fatores);
- c) Sistema complexo que relaciona segmentos produtivos e de serviços sociais, potencializando mudanças estruturais (a abordagem estruturalista caracteriza-se pelo processo assimétrico de globalização e pelo conhecimento e inovação como fatores que determinam as transformações estruturais). Nesse caso, há potência de se criar uma base estruturante para maior dinamismo de economias regionais e locais.
- d) Política fundamental para os sistemas de proteção social relacionada a movimentos de menor ou maior mercantilização da saúde, uma vez que a implantação do SUS ocorreu com o mercado privado já consolidado e organizado. Aqui está em questão a concepção de Estado e a abrangência de sua intervenção na área social;
- e) Área que mobiliza parte importante da renda e da riqueza, causando conflito de interesses na definição de políticas de saúde entre usuários, provedores, pagantes e os reguladores da política de saúde. Apesar de os interesses do capital pautarem os setores produtivos de saúde, busca-se a consolidação de regiões de saúde de maneira sustentável para se diminuïrem as desigualdades regionais;
- f) Atividade que envolve arranjo político-institucional complexo, ainda mais em federações, envolvendo relações entre diferentes esferas de governo com a sociedade civil, que são constituintes do processo de desenvolvimento e sua configuração territorial, e relaciona-se à importância da saúde na região, sendo a saúde vista como

articulada às estratégias federativas de regionalização, da dimensão nacional à local;

g) Área importante para a geopolítica internacional, principalmente entre países fronteiriços.

A partir das sete abordagens citadas, pode-se aprofundar a relação entre saúde e desenvolvimento territorial, a partir da literatura com a temática do desenvolvimento regional. O núcleo urbano é um centro de serviços para uma região específica e forma uma rede urbana hierarquizada com base nas complexidades dos processos produtivos. A saúde tem papel crítico como atividade de consumo organizada no território em função da oferta dos serviços quanto a sua complexidade. A rede de saúde pode ser indutora de novas regionalizações para busca de equidade quanto à distribuição de renda e dinamismo econômico, o que demonstra relação intrínseca entre saúde e desenvolvimento (Gadelha *et al.*, 2011).

É importante a análise da origem e do financiamento das políticas de saúde. A maior parte dos investimentos federais se destina à manutenção da rede existente – há pouco investimento –, mediante repasse de recursos para pagamento de serviços prestados ou transferências intergovernamentais para estados e municípios, havendo maior repasse para os municípios. Assim, há tendência de direcionamento de recursos para infraestrutura já instalada e maior número de mão-de-obra, o que estabiliza as disparidades regionais. As emendas parlamentares têm bastante relevância para os investimentos em saúde, mas ressalta-se a baixa governabilidade do Poder Executivo federal quanto ao destino dos investimentos para a saúde por meio de emendas parlamentares, pois é comum as decisões parlamentares contrastarem com o aspecto regional e os objetivos do SUS. Destaca-se que os recursos das emendas são irregulares e não contribuem muito para o SUS, constituindo-se em gastos isolados e fragmentados por falta de planejamento e coordenação (Gadelha *et al.*, 2011).

Ao se abordarem as Grandes Regiões, verifica-se que o Ministério da Saúde destinou mais investimento para o Nordeste e o Sudeste entre 1999 e 2005 em termos totais, mas, *per capita*, houve mais investimento para o Norte e o Centro-Oeste. Ou seja, há esforço para atenuar as desigualdades regionais em saúde em escala macrorregional, mas a quantia repassada não é suficiente,

o que tende à continuação da desigualdade do repasse de recursos de custeio. Destaca-se que não houve atualização relevante das relações federativas entre os três níveis de governo, não ocorrendo regionalização quanto às políticas de saúde. Inclusive, há relação direta entre a União e os municípios, sem a coordenação devida de ações de saúde no território dos estados. Esse fato dificulta a articulação regional no processo de formulação e implementação das políticas públicas para a saúde (Gadelha *et al.*, 2011).

A associação entre saúde e desenvolvimento tem o potencial de aumentar o bem-estar da população, ressaltando-se que o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) tem como um de seus indicadores a expectativa de vida, representando a área de saúde (Gadelha *et al.*, 2011).

A saúde não é somente consequência, é também causa do desenvolvimento, e isso precisa ser considerado pelo governo federal. Para se diminuir a desigualdade regional, é necessário pensar saúde e desenvolvimento como um conjunto com mais recursos tanto para custeio como para capital numa ótica de planejamento de longo prazo (Gadelha *et al.*, 2011).

Crises econômicas com medidas de austeridade comprometem a redução da pobreza e a melhoria dos indicadores de saúde, de modo que é necessário o monitoramento dos impactos da austeridade na pobreza e na saúde (Paes-Sousa, 2018).

O debate sobre economia, principalmente no âmbito da mídia hegemônica, demonstra a austeridade como único caminho para responsabilidade fiscal (Paes-Sousa, 2018). Na verdade, o correto seria a busca da responsabilidade econômica e da responsabilidade social, não a busca da responsabilidade fiscal. O desenvolvimento está relacionado à responsabilidade econômica, não à responsabilidade fiscal (Paes-Sousa, 2018).

É importante que o Brasil olhe para os países que, após tentarem o caminho da austeridade, voltaram a focar em desenvolvimento, como Espanha e Portugal, de modo a alcançar desenvolvimento econômico e social (Paes-Sousa, 2018).

Francisco Funcia, presidente da Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABES), recorda que, no país, a população total cresce a 0,8% ao ano, e

a taxa de crescimento da população idosa é ainda maior, de 3,8% ao ano (Brasil de Fato, 2022).

De acordo com Aristóteles Cardona, da Rede Nacional de Médicas e Médicos Populares, em 2022, o país se encontrava em uma situação de demanda reprimida por consultas de saúde após o período mais crítico da pandemia, com pacientes com doenças preexistentes ou que desenvolveram alguma condição crônica devido à Covid-19 (Brasil de Fato, 2022).

A recomposição do orçamento para saúde referente ao ano de 2023 ocorreu devido à demanda reprimida pela EC nº 95/2016 e pela pandemia de Covid-19, segundo Francisco Funcia (Brasil de Fato, 2022).

9 CONCLUSÃO

A ideologia pode ser considerada uma forma de dominação de um grupo sobre outro, tendo-se como exemplo as leis orçamentárias, de modo que se pareçam leis universais e naturais, sem vínculo com seu contexto histórico, que são elaboradas pelo grupo dominante, que faz do Estado seu instrumento. Ademais, concorda-se que a ideologia é um discurso moral que produz efeitos concretos na sociedade como se verifica quanto a associar austeridade a virtudes de comedimento.

A classe dominante igualmente alcança hegemonia, pois seus interesses, valores e visões de mundo organizam a sociedade, mediante consentimento moral da austeridade com pouca coerção. A ideologia da austeridade prevalece no Brasil desde o final dos anos 1980, a partir do Consenso de Washington, no contexto do neoliberalismo.

Tem-se que a Constituição Federal foi promulgada no contexto neoliberal, com atuação do mercado de saúde já consolidada, de modo que o SUS, criado pela Carta Magna, foi subfinanciado desde o início de sua história. Ou seja, a norma constitucional de um SUS público e universal nunca foi cumprida, mesmo havendo resistência de políticos, gestores, sanitaristas e da sociedade, pois nunca houve uma fonte para seu devido financiamento. A saúde pública, desde a década de 1990, não se constituiu em direito pleno, uma vez que há desvinculação de receitas com prorrogações sucessivas. A vinculação

de recursos é importante para se assegurar um mínimo de recursos para áreas que não têm muita visibilidade política e com efeitos sobre a desigualdade e, conseqüentemente, pode não gerar tantos votos. Ocorre que o país vivenciou várias formas de desvinculação de receitas a partir de 1994, com o Fundo Social de Emergência, que virou Fundo de Estabilização Fiscal em 1996, por fim, tornando-se Desvinculação de Receitas da União em 2000. Recorda-se que a DRU foi prorrogada diversas vezes até 31/12/2024. Ademais, em 2016, o percentual subiu para 30% e foi criada desvinculação na mesma porcentagem para estados e municípios.

No caso do presente trabalho, verifica-se que o neoliberalismo é baseado em ideias anacrônicas, do âmbito do absolutismo, que remontam ao século XVII, e que a austeridade é defendida em contextos estatais, sem semelhança com economia doméstica ou de comerciantes. É importante lembrar que a austeridade não está presente nas origens do liberalismo e que a poupança não gera necessariamente investimentos.

A austeridade fiscal pode ser considerada uma reação antidemocrática por comumente desconsiderar escolhas feitas nas urnas, e, desde a década de 1970, o Estado de bem-estar social é atacado, por ser considerado gastador. Todavia, o incômodo com os gastos fica no âmbito dos gastos sociais, como a saúde. Ademais, no contexto da austeridade, não há lugar para participação popular, o povo não participa de decisões econômicas, além de ser forte o discurso ideológico de que políticas econômicas seriam técnicas, e não políticas públicas. Destaca-se que o subfinanciamento do SUS tem sua raiz no neoliberalismo, que porta a ideia de austeridade fiscal e na pressão de empresários da área de saúde, podendo-se depreender que a atuação de políticos e empresários se trata de um projeto a partir do advento do neoliberalismo, com foco no lucro, e não no bem-estar da população.

Há fortalecimento da austeridade fiscal como ideia com a aprovação da LC nº 101/2000 (Lei de Responsabilidade Fiscal), uma norma bastante problemática, que interfere na autonomia e na solidariedade federativas. Ela igualmente tem potencial de prejudicar a provisão de serviços públicos, cuja

despesa com pessoal é importante, ao limitar gastos com funcionários, como no caso da saúde.

A crise de 2008 e a pandemia de Covid-19 ressaltaram o caráter ideológico da austeridade fiscal, não fazendo sentido o discurso de o dinheiro ter acabado. O Estado precisava gastar, e o gasto foi a solução para as crises, e ainda assim não “quebrou”. Inclusive, houve posicionamento favorável do FMI para políticas fiscal e monetária expansionistas nos contextos relatados. Assim, vimos que as crises mostram que o Estado tem papel como indutor da economia, e esse deve ser seu papel de fato, não o equilíbrio fiscal. Inclusive, constatamos que, historicamente, o FMI e o Banco Mundial são defensores da austeridade, mas, desde a pandemia de Covid-19, têm tido postura mais cuidadosa e reconhecem que a austeridade pode significar um problema bastante sério para a saúde pública.

A austeridade fiscal prejudica a atividade econômica e o desenvolvimento de um país. Este é o caso do Teto de Gastos, criado pela Emenda Constitucional nº 95/2016, e do Novo Arcabouço Fiscal, criado pela Lei Complementar nº 200/2023, pois afetam a atividade econômica e prejudicam a arrecadação de impostos que financiam políticas sociais. Destaca-se que, apesar de o orçamento para a saúde estar de fora no Novo Arcabouço Fiscal, há um movimento forte de vários setores políticos no sentido de se retirar o piso em saúde para alocação dos respectivos recursos em outras áreas.

Políticas públicas não são neutras e estão relacionadas ao tipo de Estado que uma sociedade quer para si. Além disso, as políticas públicas têm efeito redistributivo, de modo que a condição financeira desfavorável pode se tornar algo não impeditivo de acesso a serviços, e a austeridade fiscal serve como instrumento para cercear a demanda por políticas públicas, apresentando-se como projeto a privatização dessas políticas.

Constata-se seletividade na austeridade fiscal, uma vez que suas medidas são voltadas para pessoas de menos recursos, comprometendo igualmente a ideia de democracia ao negar direitos de acesso a políticas públicas positivados na Constituição Federal de 1988. As regras acerca de austeridade no Brasil não abarcam gastos financeiros de pagamento de dívida, de forma que as medidas de austeridade afetam grupos mais pobres e em situação de

vulnerabilidade. Ressalta-se que uma vez que a política fiscal tem natureza redistributiva, a austeridade fiscal pode fazer com que os recursos se destinem a segmentos mais abastados da sociedade quando se decide que pagamento de juros não esteja sujeito a limite orçamentário. Ademais, as grandes empresas de comunicação, que fazem parte do grupo hegemônico, comumente demonstram a austeridade como único caminho a ser seguido pelos governos junto à responsabilidade fiscal, sem foco nas responsabilidades econômica e social.

Federalismo e políticas públicas são temas importantes para se compreender o provimento de serviços e saúde, pelo fato de o país se constituir uma federação, com bens e serviços públicos descentralizados. Todavia, a descentralização político-administrativa não significa autonomia financeira, havendo boa parte dos entes que possuem baixa arrecadação e que dependem muito de transferências intergovernamentais.

A CF/88 estipula os impostos que financiam a saúde pública, e outras normas posteriores prescrevem pisos por parte de cada nível da federação. Há descentralização administrativa e orçamentária para estados e municípios, mas há ênfase no papel dos municípios, que detêm menor poder de criação de impostos e menor capacidade orçamentário-financeira, prejudicando a coordenação das políticas de saúde.

Uma questão relevante quanto ao aspecto do financiamento da saúde é a regra de ouro, prevista na CF/88, a qual preconiza que a dívida não pode superar o valor das despesas de capital, o que afeta sobremaneira as políticas sociais, cuja boa parte do orçamento é despendida em gastos correntes, como pessoal. As transferências intergovernamentais formam quase o total das transferências correntes, principalmente de municípios menos populosos, de maneira que as transferências correntes da União são compostas primordialmente pelo Fundo de Participação dos Municípios (FPM), parcela do Imposto de Renda (IR) e do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI). Em relação a municípios mais populosos, as transferências da União são relevantes, mas compõem menor porcentagem de seu orçamento, não ultrapassando 50%, fazendo com que o repasse dos estados via ICMS seja mais relevante. Mas,

quanto a recursos do SUS, a transferência pode chegar a mais de 70% do orçamento previsto para o ente.

O contexto neoliberal igualmente trouxe medidas de privatização de empresas públicas e de bancos e controle de endividamento, de maneira que os estados ficaram com menores possibilidade de financiamento de políticas públicas. Um acordo com o FMI, em 1998, fez com que o Brasil aprovasse a LRF.

O aspecto de limite de despesa com pessoal da LRF era e ainda é considerado uma forma de progresso, por mais que no início, houvesse críticas à aprovação da LRF por parte de alguns políticos que a consideravam uma lei que viabilizava interferência externa nos municípios e dificultava a provisão de políticas públicas.

Após doze anos da promulgação da CF/88, aprovou-se a EC nº 29/2000, no mesmo ano da LRF, que passou a vincular recursos de tributos para o SUS e percentuais mínimos para estados e municípios, mas não para a União. Somente a LC nº 141/2012, que regulamenta a EC nº 29/2000, determinou que fosse acrescentada à despesa da União com saúde o percentual correspondente à variação nominal do (PIB) do exercício anterior ao da lei orçamentária anual. Com a LC nº 141/2012, mantiveram-se os percentuais de 12% para estados e Distrito Federal e de 15% para municípios (de rol de arrecadação citada na CF/88). Ao longo do tempo, verifica-se aumento de gastos proporcionais com saúde por parte dos municípios, tendência de manutenção por parte dos estados e redução por parte da União a partir dos anos 2000.

A Emenda Constitucional nº 86/2015, que instituiu caráter impositivo das emendas parlamentares e reservou a elas 0,6% da Receita Corrente Líquida (RCL) para a saúde, pelo menos designou que a União aplicasse 15% da RCL na área de saúde. Todavia, as emendas parlamentares prejudicam o planejamento em políticas públicas.

Uma norma que buscou diminuição de despesas com políticas públicas foi o teto de gastos, criado pela EC nº 95/2016. Era um regime que estipulava uma austeridade bastante seletiva, ao prever limites para despesas primárias, mas não para despesas financeiras. Com ela, a possibilidade de crescimento de despesas era impossível, assim como a viabilidade de políticas

macroeconômicas para crescimento econômico. O subfinanciamento nas políticas públicas de saúde pode não decorrer da austeridade, mas da falta de recursos de fato, não sendo, ainda, o caso brasileiro. A austeridade, no Brasil, ampara-se em um discurso que a legitima desde as discussões para aprovação da LRF e que se aprofunda com a aprovação dessa lei pouco contestada atualmente. A defesa da austeridade fiscal é ainda mais radicalizada com a EC nº 95/2016, todavia o teto de gastos da mencionada emenda nunca foi cumprido, prejudicando o discurso de seus defensores.

Uma medida que contradisse e expôs como frágil o discurso de austeridade fiscal foi o Orçamento de Guerra, como ficou conhecida a EC nº 106/2020, que possibilitou gastos extraordinários para combate à pandemia de Covid-19, sem quebrar o estado brasileiro e aportando mais de R\$ 60 bilhões para a saúde.

As emendas parlamentares passaram a ter uma maior proporção da Receita Corrente Líquida a partir da Emenda Constitucional de Transição (EC nº 126/2022), sendo 1% da RCL para a saúde. Ademais, a EC nº 126/2022 previu a instituição do “Novo Arcabouço Fiscal”, que foi aprovado como LC nº 200/2023. Assim como a EC nº 95/2016, a LC nº 200/2023 impõe limites de gastos com despesas primárias, mesmo com crescimento econômico, mas as despesas financeiras, como pagamento de juros, não foram contempladas com a possibilidade de cortes. As duas normas possibilitam aprofundamento de crises econômicas, ao impedirem que o país faça política macroeconômica com gasto público.

Apesar de o Fundo de Participação dos Estados (FPE) e o Fundo de Participação dos Municípios (FPM) não influenciarem a diminuição das desigualdades regionais, as transferências do Fundo Nacional de Saúde influenciam por meio do aporte da União via fundo a fundo, por vinculação de recursos. Um programa relevante do SUS é o Programa Estratégia Saúde da Família (ESF), cuja cobertura é de dois terços da população do país e que reduz os efeitos a desigualdades na saúde.

Ao longo do período analisado, verifica-se o crescimento demográfico, de modo geral, e da população idosa, em especial. A população idosa apresenta mais doenças crônicas. Ao se analisar por Grandes Regiões, por meio de dados

do IBGE, verifica-se que 8,4% da população do país apresenta alguma deficiência, mas a Região Nordeste apresenta 9,9%. Quanto à limitação funcional, 20,4% da população brasileira tem limitação funcional, mas no Nordeste chega a 25,8%.

Apesar dos dados acima citados, as regiões Norte e Nordeste apresentam menor percentual de pessoas que fazem uso de medicação contínua. Essas regiões também são as que menos fazem o teste do pezinho até o quinto dia de vida. O Nordeste igualmente apresentou o pior indicador de autoavaliação de saúde, bem como o pior índice de consumo adequado de alimentos frescos, mas apresentou o menor índice de consumo de sal, cujo maior consumo foi encontrado no Rio Grande do Sul.

As regiões Norte e Nordeste apresentam o melhor índice de consumo de peixe, enquanto a região Sul apresenta o pior. Outro indicador favorável à região Nordeste é o menor consumo de alimentos ultraprocessados, com a região Sul apresentando o maior consumo. Quanto à proporção de pessoas com diabetes, a região Norte apresenta a menor, e a região Nordeste fica abaixo da média nacional.

A região Nordeste tem a maior proporção de domicílios cadastrados em Unidade de Saúde da Família e, quanto à cobertura de plano de saúde, a região Nordeste junto à região Norte apresentam a menor cobertura, bem como os estados com menor cobertura de plano de saúde estão nessas regiões, o que faz com que se constituam nas regiões que mais dependem do SUS.

Os primeiros dados apresentados e analisados demonstram que a despesa federal com saúde *per capita* aumentou de 2013 para 2022, mas, em comparação com as despesas de estados e municípios, a proporção do aporte da União diminuiu significativamente, e houve aumento principalmente por parte dos municípios. Entretanto, outro estudo, de Funcia et al (2022), afirma que a austeridade fiscal atingiu os recursos para a saúde conforme a despesa per capita, por meio de outra metodologia de outras bases de dados. A questão de base de dados pode servir para estudos posteriores.

Mesmo com normas de austeridade fiscal, afere-se que todos os estados da região Nordeste conseguiram cumprir a norma de aporte mínimo de 12%,

determinado pela EC nº 29/2000 e pela LC nº 141/2012, com somente uma exceção: Rio Grande do Norte, em 2018, que despendeu 10,56%.

Ao se analisar a execução orçamentária, verifica-se haver menor execução no começo da série, menos de 90%, mas que aumenta ao longo da série. Como exceção, o Piauí conseguiu executar somente 59,43% de sua dotação em 2019.

Verifica-se que as medidas de austeridade fiscal, como a aprovação da EC nº 95/2016, não tiveram influência na dotação aprovada para ASPS no âmbito estadual. Ademais, a execução orçamentária dos estados era baixa e melhorou ao longo do período analisado (2013-2023).

O Ministério da Saúde destina recursos com o objetivo de se atenuarem as desigualdades regionais em saúde, porém o problema é que o montante não é suficiente. As desigualdades entre as regiões persistem, de modo que a saúde ainda precisa ser uma prioridade da sociedade.

A população idosa cresce quatro vezes mais que o restante da população, de maneira que, em proporção *per capita* e seguindo-se o mínimo estipulado pela EC nº 29/2000 e pela LC nº 141/2012, há diminuição de recursos para a saúde diante de uma transição demográfica.

As regiões Norte e Nordeste, com destaque para a última, objeto deste trabalho, não parecem se beneficiar do pacto federativo brasileiro, o qual prevê redistribuição de recursos para o desenvolvimento regional, ainda que o Fundo de Participação dos Estados (FPE) de fato priorize repasse para essas regiões. Uma vez que essas regiões apresentam condições epidemiológicas inferiores ao restante do país e mais necessitam do SUS, é necessária melhor distribuição de recursos e menos austeridade para se alcançar o desenvolvimento delas. Ocorre de as políticas públicas terem efeito distributivo, de modo que o bom financiamento do SUS faz com que parte da população com menos recursos e regiões de menor IDH tenham acesso a serviços de saúde.

Ao se compararem as cinco regiões, não foi constatada a existência de regiões com boa situação de saúde e outras com situação ruim, mas todas apresentam problemas sérios e são atingidas pela austeridade fiscal, mas umas mais e outras menos. As regiões em melhor situação de saúde (Centro-Oeste, Sudeste e Sul) amenizam a falta de recursos do SUS pela situação de famílias

que se encontram em territórios de melhores empregos e com maiores remunerações, não fazendo parte dos 70% da população que depende do SUS. Assim, o acesso à saúde suplementar é outro fator importante de estudos posteriores.

Para verificar se os ajustes fiscais prejudicam mais a região Nordeste que as demais regiões, faz-se necessário compreender as características desta região anteriormente analisadas, como IDH e perfil epidemiológico. Diante do fato de as regiões Norte e Nordeste apresentarem situação socioeconômica desfavorável em relação às outras regiões, considera-se que a região Nordeste é mais atingida pela austeridade fiscal em comparação às regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul, e assemelha-se à região Norte.

Além disso, ao se analisarem os efeitos da austeridade fiscal sobre os recursos do SUS, não basta olhar para recursos per capita ou o mínimo constitucional para estados e municípios, é imprescindível ter a perspectiva da escolha positivada na Constituição Federal de 1988, de modo que a universalização e a integralidade necessitam de aproximadamente 10% do PIB para a saúde pública, como ocorre em outros países de sistema universal. A questão para o subfinanciamento do SUS é o pequeno aporte em comparação com o PIB nominal, que, atualmente é de 3,8%. O envelhecimento da população faz com que o recurso do SUS seja cada vez mais insuficiente, uma vez que os idosos têm tendência a usar mais recursos de saúde. Ressalta-se, igualmente, que muitos insumos na área de saúde são adquiridos em dólar, tornando necessário maior aporte para a saúde pública.

O setor de saúde corresponde a 9% da economia do PIB, como visto anteriormente, e é uma área com efeitos redistributivos e intensa mão-de-obra, podendo até atenuar impactos das crises econômicas e contribuir para o desenvolvimento. E, como visto ao longo do trabalho, a decisão acerca dos tributos é uma escolha política da sociedade, conforme seus valores e seus objetivos, e a carga do país é semelhante à de países da OCDE, de maneira que é viável se estipular um valor mínimo para saúde pública de 10% do PIB.

São várias as discussões a serem tomadas, como a questão federativa, sobre quais entes e em que medida são responsáveis e quanto devem aportar para a saúde. Mas o debate mais necessário é acerca do tipo de Estado que o

Brasil quer ter, se um Estado baseado na solidariedade social ou nos preceitos neoliberais de competição e lucro.

9. REFERÊNCIAS

- ACURCIO, Francisco de Assis. Evolução histórica das políticas de saúde no Brasil. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0243.pdf>. Acesso em 17 mar. 2023.
- AFONSO, José Roberto R.; Ribeiro, Leonardo. Federalismo brasileiro pelo prisma da OCDE. **Revista Conjuntura Econômica**, Rio de Janeiro, p. 22-25, mar. 2022.
- AFONSO, José Roberto R.; Ribeiro, Leonardo. Um novo código fiscal como proposta de reconstrução da governança. **Revista TCU**, Brasília, mar.-jun. 2022.
- AFONSO, José Roberto R. Uma História da Lei Brasileira de Responsabilidade Fiscal. **Revista de Direito Univille (RDU)**, Porto Alegre, Edição Especial, p. 126-154, 2016.
- ALMEIDA, Maria Hermínia Tavares de. Federalismo, democracia e governo no Brasil: ideias, hipóteses, evidências. **Revista Brasileira de Informação Bibliográfica (BIB)**, Rio de Janeiro, v. 51, p. 13-34. 2001.
- ARRETCHE, Marta. Um federalismo centralizado. **Blog Dados – Revista de Ciências Sociais**, [publicado em 25 março de 2020]. Disponível em: <http://dados.iesp.uerj.br/um-federalismo-centralizado/>. Acesso em: 5 mar. 2023.
- BABBIE, Earl. **Métodos de Pesquisa Survey**, cap. 1 e 2. Belo Horizonte: Editora UFMG, 1999.
- BACHUR, João Paulo. Individualismo, liberalismo e filosofia da história. **Lua Nova**, São Paulo, 66: 167-203, 2006.
- BACHUR, João Paulo. O Estado de bem-estar em Hayek e Luhman. **Tempo Social, revista de sociologia da USP**, v. 25, n. 2., p. 179-213, nov. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ts/a/PgFyNBRLxkmF83jXjM8xrGQ/#>. Acesso em: 5 set. 2023
- BANDEIRA, Luiz Alberto Moniz. As políticas neoliberais e a crise na América do Sul. **Revista Brasileira de Política Internacional**, Brasília, v. 45, n. 2, p. 135-146, 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbpi/v45n2/a07v45n2.pdf>. Acesso em: 21 set. 2020.
- BASTOS, Carlos Pinkusfeld; AIDAR, Gabriel. Expansão do gasto público, tributação e crescimento. In: DWECK, Esther; ROSSI, Pedro; OLIVEIRA, Ana Luiza Matos de. **Economia Pós-Pandemia: Desmontando os mitos da austeridade fiscal e construindo um novo paradigma econômico**. São Paulo: Autonomia Literária, 2020.

BLYTH, Mark. **Austerity: The History of a Dangerous Idea**. Oxford University Press -USA, 2013. Versão Kindle.

BOOTH *et al.* **A arte da Pesquisa**. 2. ed. São Paulo, SP: M. Fontes, 2005. 351 p.

BRASIL. Agência Senado. DRU começou como Fundo Social de Emergência. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2000/02/09/dru-comecou-como-fundo-social-de-emergencia>. Acesso em: 23 fev. 2023.

BRASIL. Agência Senado. Governo federal já gastou R\$ 509 bilhões no enfrentamento à pandemia. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2020/12/22/governo-federal-ja-gastou-r-509-bilhoes-no-enfrentamento-a-pandemia>. Acesso em: 3 fev. 2022.

BRASIL. Conselho Regional de Medicina do Espírito Santo (CRM/ES). Em 12 anos, governo deixa de aplicar R\$ 94 bilhões na saúde pública. Disponível em: <https://crmes.org.br/noticias/em-12-anos-governo-deixa-de-aplicar-r-94-bilhoes-na-saude-publica>. Acesso em: 25 abr. 2023.

BRASIL, Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, atualizada 20 de dezembro de 2023 (Emenda Constitucional 132/2023). Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 20 nov. 2023.

BRASIL. Lei complementar nº 101, de 14 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade da gestão fiscal. Denominada Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF). Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 17 nov. 2023.

BRASIL. Lei complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm>. Acesso em: 10 nov. 2023.

BRASIL. Decreto nº 10.530, de 26 de outubro de 2020. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/d10530.htm. Acesso em: 30 out. 2020.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Demografia Médica 2023 do CFM. Disponível em: Acesso em: 10 out. 2023.

BRASIL. Datasus. Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops). Disponível em: http://siops.datasus.gov.br/consleirespfiscal_uf.php?S=1&UF=27;&Ano=2023&Periodo=2. Acesso em: 15 mar. 2024.

BRASIL. IBGE. Cidades. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pesquisa/53/49645>. Acesso em: 29 mar. 2024.

BRASIL. IBGE. Conta Satélite de Saúde. Disponível em: < <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101928> >. Acesso em: 23 jan. 2023.

BRASIL. IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde. Disponível em: < <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?edicao=31438> >. Acesso em: 23 jul. 2023.

BRASIL. IBGE. Características gerais dos domicílios e dos moradores – PNAD Contínua. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/17270-pnad-continua.html>. Acesso em: 13 out. 2023.

BRASIL. IBGE. Censo 2022 – População por idade e sexo. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/22827-censo-demografico-2022.html>. Acesso em: 28 out. 2023.

BRASIL. IPEA. Notas de Política Social. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/portal/categorias/45-todas-as-noticias/noticias/1920-resposta-do-brasil-a-pandemia-foi-semelhante-as-de-outros-paises-diz-estudo>. Acesso em: 23 jul. 2022.

BRASIL. TCU. Sistema de Débito. Disponível em: <https://contas.tcu.gov.br/debito/Web/Debito/CalculoDeDebito.faces>. Acesso em: 27 mar. 2024.

CARVALHO, José Otamar de. Instrumentos. In: **Desenvolvimento regional**: um problema político [online]. 2nd ed. Campina Grande: EDUEPB, 2014, pp. 229-271.

CARVALHO, Laura; ROSSI, Pedro. Mitos fiscais, dívida pública e tamanho do Estado. In: DWECK, Esther; ROSSI, Pedro; OLIVEIRA, Ana Luiza Matos de. **Economia Pós-Pandemia**: Desmontando os mitos da austeridade fiscal e construindo um novo paradigma econômico. São Paulo: Autonomia Literária, 2020.

CAVALCANTE, Pedro. Gestão pública contemporânea: do movimento gerencialista ao pós-NPM. Brasília: IPEA, 2017. (Texto para Discussão 2319). Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=30733:td2319-gestao-publica-contemporanea-do-movimento-gerencialista-ao-pos-npm&catid=397:2017&directory=1. Acesso em: 3 ago. 2019.

CHAUÍ, Marilena. **O que é ideologia**. São Paulo: Editora Braziliense, 2008, 119 p.

CONJUR. Advogado afirma que FMI foi usado para salvar FHC em 1998. São Paulo, 11 mar. 2002. Disponível em: https://www.conjur.com.br/2002-mar-11/fmi_foi_usado_salvar_fhc_1998_advogado. Acesso em: 4 jan. 2023.

CONJUR. Brasil atrapalhava planos dos EUA para América do Sul, diz ex-embaixador. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2019-jul-12/brasil-atrapalhava-planos-eua-america-sul-embaixador>. Acesso em: 12 jul. 2019.

CORRÊA, Vanessa P.; DWECK, Esther. Impactos do Teto de Gastos nos municípios. In: **Economia Pós-Pandemia**: Desmontando os mitos da

austeridade fiscal e construindo um novo paradigma econômico. São Paulo: Autonomia Literária, 2020.

DARDOT, Pierre; LAVAL, Christian. **A nova razão do mundo**: ensaio sobre a sociedade neoliberal. São Paulo: Boitempo, 2016. Versão Kindle.

DINIZ, Clélio Campolino. Celso Furtado e o desenvolvimento regional. **Nova Economia**. Belo Horizonte. 19 (2) 227-249 maio-agosto de 2009.

DWECK, Esther. Por que é imprescindível revogar o Teto de Gastos? In: DWECK, Esther; ROSSI, Pedro; OLIVEIRA, Ana Luiza Matos de. **Economia Pós-Pandemia**: Desmontando os mitos da austeridade fiscal e construindo um novo paradigma econômico. São Paulo: Autonomia Literária, 2020.

DYE, Thomas R. **Understanding public policy**. 13 ed. USA: Pearson Education, 2011.

EAGLETON, Terry. **Ideologia**: uma introdução. São Paulo: Boitempo, 2019, 396 p.

FARIA, Rivaldo Mauro; BORTOLOZZI, Arlêude. **Espaço, território e saúde**: contribuições de Milton Santos para o tema da geografia da saúde no Brasil. Raega - O Espaço Geográfico em Análise, v. 17, 2009.

FAVERET, Ana Cecília de Sá Campello. A vinculação constitucional de recursos para a saúde: avanços, entraves e perspectivas. **Revista & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 8(2), p. 371-378, 2003.

FIGUEIREDO, Juliana; PRADO, Níli; MEDINA, Maria; PAIM, Jairnilson. Gastos público e privado com saúde no Brasil e países selecionados. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. especial 2, p. 37-47, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe2/0103-1104-sdeb-42-spe02-0037.pdf>. Acesso em: 13 out. 2020.

FLEURY, Sonia. **Revisitando “a questão democrática na área da saúde”**: quase 30 anos depois. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 156-164, 2009. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4063/406341772017.pdf>. Acesso em: 3 ago. 2019.

FOLHA DE SÃO PAULO. Memorando de Política Econômica: Terceira Avaliação do Acordo com o FMI, de 5 de junho de 1999. Ministério da Fazenda. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/dinheiro/fi06079906.htm>. Acesso em: 5 fev. 2023.

FOLHA DE SÃO PAULO. Programa de Estabilidade Fiscal (Resumo), de 28 de outubro de 1998. Ministério da Fazenda. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/especial/fj29109845.htm>. Acesso em: 5 fev. 2023.

FREITAS, Wesley Ricardo de Souza; JABBOUR, Charbel José Chiappetta. **O Estudo de Caso (s) como Estratégia de Pesquisa Qualitativa**: fundamentos, roteiros de aplicação e pressupostos de excelência. XXX Encontro Nacional de Engenharia de Produção. São Carlos, SP, Brasil, 12 a 15 de outubro de 2010. Disponível em: https://abepro.org.br/biblioteca/enegep2010_tn_sto_122_790_15342.pdf. Acesso em: 15 mai. 2022.

FUNCIA et al. Nova Política de Financiamento do SUS. 2022. Nota de Política Econômica. Disponível em: <https://economia.saude.bvs.br/2023/05/03/newsletter-economia-da-saude-9a-edicao-nova-politica-de-financiamento-do-sus/>. Acesso em: mar. 2024.

FREY, Klaus. Políticas públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. **Planejamento e Políticas Públicas**, Brasília, n. 21, jun. 2000.

GADELHA, Carlos Augusto Grabois Gadelha et al. Saúde e territorialização na perspectiva do desenvolvimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(6):3003-3016, 2011.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002. 176 p.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo, Atlas, 6 ed. 2008. 198 p.

GIOVANELLA, Lígia; STEGMULLER, Klaus. Crise financeira europeia e sistemas de saúde: universalidade ameaçada? Tendências das reformas de saúde na Alemanha, Reino Unido e Espanha. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 11, p. 2.263-2.281, 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/csp/v30n11/pt_0102-311X-csp-30-11-2263.pdf. Acesso em: 3 ago. 2019.

GODOY, Arilda Schmidt. **Pesquisa qualitativa**: tipos fundamentais. Revista de Administração de Empresas São Paulo, v. 35, n.3, p, 20-29.

GRAMSCI, Antonio. **Cadernos do cárcere**: Volume 1 – Introdução ao Estudo da filosofia. A filosofia de Benedetto Croce. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.

GRAMSCI, Antonio. **Cadernos do cárcere**: Volume 2 – Os intelectuais. Princípio educativo. Jornalismo. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004.

GRAMSCI, Antonio. **Cadernos do cárcere**: Volume 3 – Maquiavel. Notas sobre o Estado e política. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2017.

HOWLETT, Michael; RAMESH M.; PERL, Anthony. **Política pública, seus ciclos e subsistemas**: uma abordagem integral. Elsevier, 2013.

KRAFT, Michael E.; FURLONG, Scott R. **Public Policy**: politics, analysis and alternatives. 3 ed. USA: CQ Press, 2010.

LACERDA, Nara. Em quatro anos de Bolsonaro, área da saúde perdeu verba, qualidade e capilaridade. **Brasil de Fato**. São Paulo, 29 dez. 2022. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2022/12/29/em-quatro-anos-de-bolsonaro-area-da-saude-perdeu-verba-qualidade-e-capilaridade>. Acesso em: 30 dez. 2022.

LEVI, Maria Luiza. Sistema de Saúde no Brasil: redistributividade no modelo de financiamento e provisão. **Rev. Parlamento e Sociedade**, São Paulo, v. 4, n. 7, p. 33-63, jul./dez. 2016

MANKIWI, Grigory. **Introdução à Economia**. Boston: Cengage Learning, 2019.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica**. 8. ed. São Paulo, SP: Atlas; GEN, 2017. 346 p.

MARX, K.; ENGELS, F. **A ideologia alemã**. São Paulo, SP: Martin Claret; 2005. 150 p.

MATTEI, CLARA E. When liberals fell in love with Benito Mussolini. **Jacobin**. Disponível em: <https://jacobin.com/2022/10/mussolini-fascism-liberalism-austerity>. Acesso em: 5 jul. 2023.

MATTEI, CLARA E. **The Capital Order**: How Economists Invented Austerity and Paved the Way to Fascism. University of Chicago Press. Chicago, 2022.

MAZZA, Willame Parente. O desmonte do Estado Social não é solução para a crise financeira e política. **Direito entre Ciências**. Teresina, 17 ago. 2017. Disponível em: <https://direitoentreciencias.com.br/2017/08/14/o-desmonte-do-estado-social-nao-e-solucao-para-a-crise-financeira-e-politica/>. Acesso em: 26 nov. 2022.

MENDES, Flávio da Silva. No olho do furacão: Celso Furtado e Francisco de Oliveira nos primeiros anos da Sudene. **Lua Nova**, São Paulo, 100: 283-311, 2017.

MEIRA, Ana Lúcia P. **Acesso à saúde e as desigualdades regionais**: um olhar para regulação. Disponível em: <https://radar.ibegesp.org.br/acesso-a-saude-e-as-desigualdades-regionais-um-olhar-para-regulacao/>. Acesso em: 15 mai. 2023.

MENDES, Áquilas. A longa batalha pelo financiamento do SUS. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 22, n. 4, p. 987-993, 2013.

MENEZES, Ana Paula do Rego; MORETTI, Bruno; REIS, Ademar Arthur Chioro dos. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública – austeridade versus universalidade. **Revista Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 43, n. Especial, p. 58-70, dez. 2019.

MORETTI, Bruno; FUNCIA, Francisco; OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. O Teto de Gastos faz mal à saúde. In: DWECK, Esther; ROSSI, Pedro; OLIVEIRA, Ana Luiza Matos de. **Economia Pós-Pandemia**: Desmontando os mitos da austeridade fiscal e construindo um novo paradigma econômico. São Paulo: Autonomia Literária, 2020.

MULLER, Pierre. La producción de políticas públicas. **INNOVAR**, revista de ciencias administrativas y sociales No. 12. Julio Diciembre de 1998.

OATES, W. E. An Essay on Fiscal Federalism. **Journal of Economic Literature**, Nashville, Vol. 37, No. 3, p. 1120-1149 set. 1999.

PAES-SOUSA, Rômulo. Política econômica e saúde pública: equilíbrio fiscal e bem-estar da população. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 42, n. Especial 3, p. 172-182, nov. 2018.

PATRICIO NETTO *et al.* Instrumentos de gestão pública. In: SILVA; LIMA. (Org.). **Políticas públicas e indicadores para o desenvolvimento sustentável**. 1ª ed. São Paulo: Editora Saraiva, 2010, p. 69-92.

PIOLA, Sérgio Francisco *et al.* Estruturas de financiamento e gasto do sistema público de saúde. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030**

- **prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro**: estrutura do financiamento e do gasto setorial [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 4. pp. 19-70. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/z9374/pdf/noronha-9788581100180-03.pdf>. Acesso em: 24 out. 2022.

PIRES, Manoel; BORGES, Bráulio. A Despesa Primária do Governo Central: estimativas e determinantes no período 1986-2016. **Revista Estudos Econômicos**, São Paulo, vol. 49 n. 2, p. 209-234, abr.-jun. 2019.

PNUD. **Human Development Report 2023/2024**. Disponível em: <https://hdr.undp.org/system/files/documents/global-report-document/hdr2023-24reporten.pdf>. Acesso em 10 abr. 2024.

ORSO, José, Paulino. O liberalismo em perspectiva histórica: da ideia de liberdade à devastação ultraliberal. **Revista Desenvolvimento e Civilização**. V. 2, n° 1, jan-jun. 2021.

RACY, Joaquim Carlos et al. Uma contribuição ao desenvolvimento da Economia Política Internacional do Brasil. **Nova Economia. Belo Horizonte** 25 (1) 35-58 jan. abr. 2015. Disponível em: <https://drive.google.com/drive/folders/1IDh43rJXzz0487MP2VapMDCOLJXrRX> 20. Acesso em: 25 ago. 2023.

RANCIÈRE, Jacques. **O ódio à democracia**. São Paulo: Boitempo, 2014.

RAUPP, Fabiano Maury, & Beuren, Ilse Maria. Metodologia da pesquisa aplicável às Ciências Sociais. In I. M. Beuren (Ed.), **Como Elaborar Trabalhos Monográficos em Contabilidade: Teoria e Prática**. São Paulo: Atlas, 2006.

REIS, Ademar Arthur Chioro dos. *et al.* Tudo a temer: financiamento, relação público e privado e o futuro do SUS. **Revista Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 40, n. Especial, p. 122-135, dez. 2016.

RENOVATO, Rogério Dias; BAGNATO, Maria Helena Salgado. O Serviço Especial de Saúde Pública e suas ações de educação sanitária nas escolas primárias (1942-1960). **Educar em Revista**, Curitiba, n. especial 2, p. 277-290, 2010.

RODDEN, Jonathan. Federalismo e Descentralização em perspectiva comparada: sobre significados e medidas. **Revista de Sociologia e Política**, v. 24, p. 9-27, jun. 2005.

ROCHA, Sérgio André. Luta à Covid-19 exige Estado forte, alimentado por tributos justos. **Consultor Jurídico** [online]. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2020-mar-21/sergio-rocha-covid-19-exige-estado-forte-provido-tributos-justos#author>. Acesso em: 20 ago. 2020.

ROLIM, Leonardo; CRUZ, Rachel; SAMPAIO, Karla. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 139-147, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n96/16.pdf>. Acesso em: 4 ago. 2019.

ROSSI, Pedro; DAVID, Grazielle; DWECK, Esther. Redefinindo responsabilidade fiscal. In: DWECK, Esther; ROSSI, Pedro; OLIVEIRA, Ana Luiza Matos de. **Economia Pós-Pandemia: Desmontando os mitos da austeridade fiscal e**

construindo um novo paradigma econômico. São Paulo: Autonomia Literária, 2020.

ROSSI, Pedro; DAVID, Grazielle; CHAPARRO, Sergio. Política fiscal, desigualdades e direitos humanos. In: DWECK, Esther; ROSSI, Pedro; OLIVEIRA, Ana Luiza Matos de. **Economia Pós-Pandemia: Desmontando os mitos da austeridade fiscal e construindo um novo paradigma econômico**. São Paulo: Autonomia Literária, 2020.

RUNCIMAN, David. **Como a democracia chega ao fim**. São Paulo: Todavia, 2018.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. **Ciência e saúde coletiva** [online], v. 23, n. 6, p. 1.729-1.736, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1729.pdf>. Acesso em: 4 ago. 2019.

SCHEFFER, M. *et al.* Demografia Médica no Brasil 2023. São Paulo, SP: FMUSP, AMB, 2023. 344 p. Disponível em: <https://www.fm.usp.br/fmusp/conteudo/DemografiaMedica2023.pdf>. Acesso em: 25 fev. 2024.

SCOVILLE, Eduardo; OLIVEIRA, Gilson de. As contribuições e o pensamento de John Stuart Mill no campo da economia. **Revista FAE**. Curitiba, v. 17, n. 1, p. 80-95, jan/jun. 2014. Disponível em: <https://revistafae.fae.edu/revistafae/article/view/7>. Acesso em: 20 nov. 2023.

SECCHI, Leonardo. **Análise de políticas públicas: diagnóstico de problemas, recomendação de soluções**. São Paulo: Cengage Learning, 2016.

SILVA, C. L.; BASSI, N. S. S. Políticas públicas e desenvolvimento local. In: Christian Luiz da Silva. (Org.). **Políticas Públicas e desenvolvimento local: instrumentos e proposições de análise para o Brasil**. 1 ed. Petrópolis: Vozes, 2012, v. 1, p. 15-38.

SILVA et al. O Financiamento do SUS na região Nordeste do Brasil nos anos de 2007, 2012 e 2017. In: Tempus. **Actas de Saúde Coletiva**. Coordenadores: Ana Valéria M. Mendonça, Elmira L. M. S. Simeão, Maria Fátima de Sousa, José da Paz Oliveira Alvarenga – v. 15, n. 4. (out/ nov/dez/2021 – publicado em 2023) – Brasília, Editora ECoS, 2023.

SOARES, Márcia M.; Machado, José A. **Federalismo e políticas públicas**. Brasília: Enap, 2017, 112 p.

SOUZA JÚNIOR et al. Cobertura de plano de saúde no Brasil: análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013 e 2019. **Ciência e saúde coletiva** Ciência & Saúde Coletiva, 26 (Supl. 1): 2529-2541, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/r8mcKcJdm5RYB8zJNzpJLJS/?format=pdf&lang=p> t. Acesso em: 5 fev. 2023.

STIGLITZ, Joseph E. **Economics of Public Sector**. New York/London: M. M Norton & Company, 1999.

TOBALDINI, Renata Teixeira de Castro; SUGUIHIRO, Vera Tieko. A desvinculação de recursos da união – DRU e o (des)financiamento da seguridade social brasileira. Anais do I Circuito de Debates Acadêmicos – Code 2011.

TRECE, Juliana; CONSIDERA, Claudio. Breve retrato econômico da região Nordeste. **FGV/IBRE**. Disponível em: <https://blogdoibre.fgv.br/posts/breve-retrato-economico-da-regiao-nordeste#:~:text=Estima%2Dse%20que%20a%20ind%C3%BAstria,desempenho%20do%20setor%20de%20servi%C3%A7os>. Acesso em: 16 fev. 2024.

VARELLA, Ian. A grande farsa chamada déficit previdenciário. **Jusbrasil**. Disponível em: <https://ianvarella.jusbrasil.com.br/artigos/363553891/a-grande-farsa-chamada-deficit-previdenciario>. Acesso em: 4 abr. 2023.

VIACAVA, Francisco *et al.* SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciência e saúde coletiva** [online], vol. 23, n. 6, p. 1.751-1.762. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1751.pdf>. Acesso em: 4 fev. 2023.

WILLIANSON, J. A Short History of the Whashington Consensus. In: SERRA, N.; STIGLITZ, J. (Org.). **The Washington Consensus Reconsidered**: Towards a New Global Governance. Oxford: Oxford OUP, 2008, 370 p.