

POLÍTICAS SOCIAIS E AUSTERIDADE FISCAL

Como as políticas sociais são afetadas pelo austericídio da agenda neoliberal no Brasil e no mundo

APRESENTAÇÃO

Este texto busca contribuir e interferir no debate que se trava atualmente no Brasil sobre as políticas sociais e os desafios em termos de sua sustentabilidade e sobrevivência, ao nosso ver um debate fortemente influenciado pela disputa de projetos entre os ideários liberais/neoliberais e os de um projeto de nação cujo desenvolvimento esteja necessariamente atrelado à uma proteção social para o universo dos cidadãos fundada em valores de solidariedade¹.

É um debate atual e está presente não só no Brasil, mas em todo o mundo, que fica claro quando observarmos as tendências atuais dos Welfare States/Estados de bem-estar social (Ebes), de enfrentamento do déficit público decorrente da crise econômica por meio da diminuição das políticas sociais tanto pelo corte dos gastos como de seu escopo e abrangência e que, como o texto mostrará, baseado em políticas que priorizam grupos privados de interesse, em detrimento do interesse comum e coletivo.

Este texto defende que o debate não está dado – como os defensores do projeto hegemônico do neoliberalismo e das políticas de austeridade fiscal costumam propagar. Ao contrário, é uma disputa constante ao longo do tempo das sociedades – e que há argumentos consistentes para defender políticas públicas sociais e econômicas em direção a uma sociedade mais solidária, onde os resultados dessas políticas fortaleçam o que é de interesse comum da população. Estes argumentos estão situados no campo contra-hegemônico e representam os

¹ Documento preparado por Fabiola Sulpino Vieira, Isabela Soares Santos, Carlos Ocké Reis e Paulo Henrique de Almeida Rodrigues, acrescido das contribuições recebidas do IDISA, ABrES e dos núcleos do Cebes, bem como durante os debates realizados a partir de versões preliminares do texto. É um trabalho de continuidade de parceria inicialmente estabelecida entre o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) para fortalecer o debate sobre tema das políticas sociais no país, parceria que progressivamente foi ampliada com outras instituições mais, como ABrES e Abrasco. Iniciou-se com o Seminário Internacional “Tendências recentes de Welfare State”, realizado no Rio de Janeiro em 2015, o qual gerou o livro “Políticas e riscos sociais no Brasil e na Europa: convergências e divergências”, publicado no início de 2017 (<http://cebes.org.br/biblioteca/politicas-e-riscos-sociais-no-brasil-e-na-europa-convergencias-e-divergencias/>), ambos realizados pelo Cebes com apoio também da OnG alemã Medico International. A partir desses eventos, de reuniões internas no Cebes e em seus núcleos regionais, bem como com parceiros de diversas outras entidades da sociedade civil, identificou-se a necessidade de elaboração de um texto-base que pudesse subsidiar a produção de outros materiais e formatos que possam aprimorar e disseminar o conhecimento produzido sobre o tema na defesa das políticas sociais universais. O texto busca oferecer conteúdo e linguagem acessíveis. O objetivo é qualificar o debate sobre o tema das políticas sociais e austeridade fiscal na sociedade civil, entre instituições acadêmicas e de movimentos sociais. Neste sentido, ainda foi feito o Resumo Executivo do texto-base com a expectativa de ampliar seus leitores, agradecemos a Bruno Dias pela elaboração do Resumo Executivo.

desafios de enfrentamento do projeto ultra-neoliberal, com resistência e formulação de saídas viáveis.

Em 1988 o Brasil adotou políticas sociais de caráter universal e vinha logrando reduzir o contingente de miseráveis, além de ter ampliado o acesso da população aos serviços de educação, saúde, previdência, saneamento e assistência social. Durante a primeira década do século XXI também aumentou a proporção de brasileiros com vínculos formais de trabalho, o que contribuiu para melhorar os salários e o acesso dos trabalhadores à previdência social e a benefícios como o seguro-desemprego, entre outros.

Apesar desses avanços, a receita para enfrentamento da crise econômica que tem sido amplamente implantada no Brasil e em diversos outros países do mundo é a denominada austeridade fiscal que, como mostraremos a seguir, quando aplicada, limita os avanços obtidos com as políticas sociais de caráter universal e pode retardar a retomada do crescimento das economias dos países, afetando drasticamente o presente e as perspectivas futuras dessas sociedades.

SUMÁRIO

Apresentação

Resumo Executivo

O que são políticas sociais e políticas sociais de caráter universal?

O que é o neoliberalismo e como ele afeta as políticas sociais?

O que é investimento social?

O que é austeridade e quais têm sido suas consequências para as sociedades?

Como a austeridade está sendo empregada no Brasil e no mundo e seus efeitos

4.1.1. Efeitos sociais das crises econômicas e da austeridade no mundo

4.1.2. Efeitos sociais das crises econômicas e da austeridade no Brasil

Políticas que mitigam os efeitos sociais negativos das crises econômicas

Considerações Finais

Referências

RESUMO EXECUTIVO – versão 1.2 - preliminar

Conjunto de formulações econômicas e políticas utilizado como receituário para as nações a partir dos anos 1970, o neoliberalismo significou uma grande e articulada reorganização das formulações teórico-práticas do capitalismo, hegemonizado pela fração financeira-especulativa da burguesia internacional. Da crise do Petróleo até o final dos anos 1990, diversos foram os momentos e os atores internacionais que defenderam seus postulados. A partir de 2008, um novo momento de ascensão das medidas restritivas espalhou-se na Europa sob a marca da austeridade fiscal. A austeridade constitui, para alguns autores, a derradeira manifestação do neoliberalismo e, quando aplicada, limita os avanços obtidos com as políticas sociais de caráter universal, podendo retardar a retomada do crescimento das economias dos países, afetando drasticamente o presente e as perspectivas futuras dessas sociedades.

Este é um tema atual e presente não só no Brasil, mas em todo o mundo e está diretamente ligado aos debates sobre o papel do Estado. A contraposição entre *egalitarians*, que defendiam a igualdade de direitos, e *libertarians*, defensores do livre arbítrio dos indivíduos sobre as coletividades, iniciada no século XVIII, foi atualizada para o embate entre o welfarianismo e o neoliberalismo, colocando em ataque a construção dos Welfare States ou Estados de bem-estar social (Ebes).

O limite dos recursos naturais, o fim de um período de aquecimento econômico e a percepção dos primeiros impactos do avanço tecnológico no mundo do trabalho deflagraram, ao final da década de 1970, a primeira onda das reformas do Estado. Os eixos adotados pela agenda liberal foram a estabilização das economias, a financeirização dos orçamentos públicos e a intervenção nas políticas sociais. Junto a isso, toda uma produção de consensos em diversas esferas públicas, voltados a reforçar a ideia de superioridade do livre mercado, da ineficiência do Estado e da valorização do individualismo.

À época, a sociedade brasileira saía de uma ditadura militar que dirigiu o país por cerca de 20 anos. A mobilização de diversos atores políticos na década de 1980 possibilitou a aglutinação de forças para a promulgação da Constituição Federal de 1988, que preconizou um Ebes democrata com direitos sociais universais. No entanto, a partir da década de 1990, os ideais do neoliberalismo fortaleceram-se paulatinamente no país.

Privatizações de setores estratégicos como telefonia e mineração e redução de programas sociais e ações do Estado junto às populações mais pobres foram entoadas à época como forma de diminuição do gasto público e resposta às demandas “mais diferenciadas e individualistas da sociedade pós-industrial”. A partir de 2008, a retomada generalizada das políticas neoliberais com a aplicação das medidas de austeridade em diversos países insiste em repetir nos dias atuais uma série de argumentos que justificam controle no crescimento dos salários e da oferta de bens e serviços públicos, sem contudo, mexer nos lucros e dividendos do capital.

A piora na condição de vida de milhares de pessoas nos países que seguiram o receituário neoliberal exige o desenvolvimento de proposições de um Estado que mantenham o foco na garantia do bem-estar de suas populações sem desconsiderar os desafios impostos pela conjuntura macroeconômica e fiscal. A noção de investimento social traz um contraponto à agenda liberal e difere da política de proteção social modelar dos Ebes, pois não limita as políticas públicas a uma simples reparação de danos das crises econômicas e pessoais. Em avanço, centra a concepção de investimento no desenvolvimento cidadão, preparando-as para os desafios advindos de uma economia globalizada e competitiva, marcada pela incorporação do conhecimento nos meios de produção e promotora de riscos. Redução de mão-de-obra devido aos avanços tecnológicos, consolidação da participação feminina e aumento da participação de idosos no mercado de trabalho e aumento da concorrência internacional são alguns desses novos riscos sociais, reconhecidos como responsabilidade dos Estados pela União Europeia (UE) na Cúpula de Lisboa, realizada em 2000, tendo seus apontamentos já duas vezes renovados.

É cada vez mais evidente que as políticas de arrocho social são fundamentais para a manutenção dos altos níveis de desigualdade, drenando recursos de todas as esferas justamente para manter a alta concentração de renda e riqueza nos nichos mais ricos das sociedades. No Brasil, tal funcionamento fica evidenciado quando se analisa o “motor” dessa engrenagem, o sistema tributário. Diz-se que a estrutura tributária de um país é progressiva ou regressiva após a avaliação do impacto que os tributos têm sobre a renda da população. Um sistema de financiamento progressivo terá um impacto redistributivo sobre a estrutura de renda da sociedade que fará com que os mais ricos paguem proporcionalmente mais que os mais pobres; enquanto um sistema de financiamento regressivo tornará a renda da sociedade mais concentrada depois de realizados os pagamentos concernentes aos tributos, penalizando mais que proporcionalmente os que tem menos renda.

A alta taxação sobre o consumo de serviços e de itens básicos e a isenção de impostos sobre bens de alto consumo, heranças, grandes fortunas e lucros praticadas historicamente no Brasil refletem no percentual do recolhimento médio de tributos. Enquanto 54% da renda familiar na faixa até 2 salários mínimos é gasta em pagamentos diretos e indiretos, entre as famílias com renda acima de 30 salários mínimos a mesma destinação registra 29%. Apesar dessas evidências, as renúncias de receitas continuam em patamares muito elevados, tendo atingido em 2016 o montante estimado de R\$ 377,8 bilhões, enquanto as despesas com investimentos tiveram redução de 57%, passando de R\$ 87,2 bilhões, em 2012, para R\$ 37,3 bilhões, em 2016.

A aprovação da Emenda Constitucional nº 95 (EC 95) em dezembro de 2016 ressalta tais opções e contribui para a redução da capacidade de o governo efetivar uma retomada mais acelerada do crescimento econômico. A partir de 2017 até 2036, as despesas primárias do governo federal ficam limitadas a aproximadamente R\$ 1,3 trilhão, valor a ser corrigido anualmente pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA. Na prática, tem-se o congelamento das despesas primárias da União, em termos reais, por vinte anos.

Para o SUS, as perdas provocadas pela EC 95 poderão variar de R\$ 168 bilhões em valores de 2016 à taxa de crescimento anual média do PIB de 1% a R\$ 738 bilhões com taxa de crescimento anual média de 3% do PIB até 2036. Já para a assistência social, podem ser retirados até R\$ 868 bilhões em vinte anos, impondo uma redução de gastos com políticas assistenciais a patamares inferiores ao observado em 2006.

A adoção do teto do gasto para as despesas primárias também afeta diretamente o tamanho do Estado, tanto pela redução de gastos diretos como pelo seu papel de indução do investimento privado. Com a retomada do crescimento econômico, a participação das despesas primárias do governo federal no PIB cairá de cerca de 20%, índice registrado em 2016, para uma margem entre 16% e 12% do PIB até 2026.

Estas constatações reforçam o argumento de que, no Brasil, a austeridade está sendo utilizada para além da motivação neoliberal das políticas na Europa, mas para produzir uma reforma profunda do Estado instituído com a Constituição Federal de 1988.

Na UE, os planos de resgates financeiros e demais prescrições da Troika aos países mais endividados da região, durante a crise econômica de 2008, foram identificados como grande ameaça ao acesso dos cidadãos aos serviços de saúde, especialmente aos socioeconomicamente vulneráveis. Diversos estudos trazem evidências científicas que relacionam as consequências da austeridade à piora nas condições de vida dos indivíduos, chegando-se à conclusão de que as crises podem aumentar as desigualdades sociais e agravar a situação de saúde das populações.

Nos países-membros da OCDE de alta renda, a crise financeira de 2008 e a consequente perda do emprego foi associada à piora da saúde mental, aumentando a prevalência de depressão e ansiedade, especialmente entre desempregados. Outras consequências identificadas foram o aumento das taxas de suicídio, redução na autoavaliação do estado de saúde como bom, aumento de doenças crônicas não transmissíveis e de algumas doenças infectocontagiosas, piora no acesso aos serviços de saúde por barreiras econômicas e aumento do consumo de bebidas alcólicas em grupos de alto risco.

Aumento do co-pagamento pelo uso de serviços de saúde, fechamento de serviços, redução de horas de funcionamento e da força de trabalho e restrição do acesso a imigrantes, moradores de rua e usuários de drogas foram os impactos negativos sentidos diretamente pela população que não tiveram as suas necessidades de cuidados de saúde atendidas no período pós-2008.

No Brasil, os resultados de alguns indicadores sociais macros demonstram os efeitos da crise econômica. No segundo trimestre de 2017 foi registrada uma taxa de desocupação de 13% da força de trabalho nacional, o que corresponde a 13,5 milhões de indivíduos.

O aumento do desemprego pode ter impacto significativo no número de beneficiários dos contratos coletivos empresariais, tipo de contratação majoritária de planos privados de saúde no país. Considerando todos os tipos de contratação, observa-se uma queda de 5% no número total de beneficiários a partir de junho de 2015, com redução de aproximadamente 2,6 milhões de contratos até junho de 2017). Este pode ser o número aproximado de pessoas que passam a depender exclusivamente do SUS em relação à assistência à saúde, aumentando a demanda no sistema num curto prazo.

Apesar do curto intervalo de tempo para a realização de análises robustas sobre os impactos das medidas de austeridade fiscal no SUS e nos resultados da saúde da população, alguns indicadores podem ser acompanhados para esta finalidade em estudos futuros. Ações e serviços públicos de saúde (ASPS) já apontam redução de 3,6% do gasto total, passando de R\$ 257 a R\$ 248 bilhões, em termos reais, entre 2014 e 2016. A disponibilidade de leitos no SUS por mil habitantes continua sua tendência descendente, mesmo quando são subtraídos os leitos psiquiátricos, registrando uma queda anual média de 1% entre 2014 e 2017. O número de suicídios está em trajetória ascendente desde 2000, o que pode refletir, em parte, a melhoria da informação e do registro dos óbitos no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). A taxa média de crescimento anual do número de casos foi de 3% no período de 2002 a 2015 e de 1,4% nos óbitos por 100 mil habitantes no mesmo período.

O início da implementação do SUS coincidiu com o início da financeirização do orçamento público nacional acompanhando de forte restrição nas políticas públicas da área social. Ao tempo em que se formularam referenciais positivos e diretrizes constitucionais, outros referenciais negativos foram se dando ao longo dos atuais 29 anos do Sistema, num eficaz engendramento desviante das diretrizes constitucionais e que corroboram um sistema de saúde com elevada contratação de serviços privados a baixo preço, isenções a operadoras e demais hospitais, gerenciamento de serviços públicos por variados entes e estruturas privadas, e aplicação de políticas focalizadas e restritivas, com o estabelecimento de indicadores e ações relacionados ao modelo da Cobertura Universal de Saúde, recomendado por agências e organismos internacionais.

A causa de maior desperdício dos recursos alocados no SUS é estrutural à política do Estado, marcada pela lentidão de ações que mantêm o agravamento de doenças evitáveis mesmo com os conhecimentos e tecnologias já disponíveis. Isso se reflete em indicadores, como o do câncer do colo uterino, e na baixa prioridade da Atenção Primária de Saúde, que poderia resolver até 90% das necessidades de saúde a um custo unitário expressivamente menor, além de respeitar o direito à vida saudável. O não seguimento de protocolos técnicos de condutas técnicas preventivas, a não avaliação da efetividade dos resultados em relação aos custos e os gastos não compatíveis com as prioridades definidas no planejamento aprovado nos conselhos de saúde são outras marcas desse desperdício estrutural. Esse mal funcionamento não pode e nem deve justificar o subfinanciamento do SUS.

Com todos os problemas, estudos mostram que o SUS é um dos mais eficientes sistemas públicos de saúde no mundo, conseguindo incluir quase metade da população antes excluída e oferecer programas e ações com 1/6 dos recursos públicos do per capita médio dos 15 países com melhores sistemas públicos.

As análises sobre os efeitos das crises econômicas têm demonstrado que os países que optaram por preservar e/ou fortalecer suas políticas sociais de caráter universal não só foram capazes de mitigar os efeitos da crise econômica como retomaram o crescimento econômico em prazo mais curto. Insistir criativa e solidariamente na retomada da consciência de pertencimento do SUS e contribuição à sua construção devem ser tomadas como elemento de mobilização e convencimento para a melhora geral tanto do quadro de saúde como econômico brasileiros.

No entanto, já não basta pensar as políticas sociais de uma forma residual nem no modelo de Ebes keynesiano clássico do século passado. O atual tempo histórico aponta para o desafio da construção de novos pactos sociais em torno do cumprimento conjugado de metas fiscais, de redução das desigualdades sociais, de políticas públicas de direitos sociais de caráter universal e desenvolvimento econômico, desafio ampliado devido às extensas e inusitadas estratificações sociais e novas relações de trabalho nas sociedades, que exigem, mais do que proteção aos indivíduos nos momentos de crise econômica ou pessoal, a oferta de políticas e ferramentas capazes de formar cidadãos para os enfrentamentos no curso de suas vidas.

Ao fazer a opção pela austeridade fiscal, o Estado brasileiro além de não preparar os indivíduos para lidar com a nova dinâmica do mercado de trabalho compromete o mínimo que ofertava à população para uma vida um pouco mais digna. O debate deve passar pela identificação dos mercados da desigualdade e apontar para o desafio da construção de novos pactos sociais em torno do cumprimento conjugado de metas: fiscais, de redução das desigualdades sociais, de políticas públicas de direitos sociais de caráter universal e desenvolvimento econômico, desafio este imposto pela complexidade das extensas e inusitadas estratificações sociais e novas relações de trabalho nas sociedades atuais.

A formulação de um projeto de nação para o setor de saúde deve trazer grandes segmentos das classes populares e da classe média para a construção de programa de lutas coletivas em defesa de um SUS, contemplado num projeto de direitos sociais universais, de modo que essas pessoas pudessem vir a ter desejo de pertencimento necessário para defender os direitos de cidadania e o SUS como projeto democrático de sociedade.

1. O que são políticas sociais e políticas sociais de carácter universal?

Os direitos e as políticas sociais podem abranger a sociedade de diferentes formas, mais igualitária ou mais restrita, atingindo desigualmente cada cidadão. As diferenças de como os direitos e as políticas sociais são organizados em cada país, se para todos cidadãos, para alguns ou para grupos populacionais, têm suas origens no grau de solidariedade que define os valores que permeiam essa sociedade, bem como na relação entre os cidadãos e o Estado, construídas ao longo da história de cada país.

Política social de carácter universal

Quando uma política social é para toda a população, dizemos que é de carácter universal, isto é, seus efeitos atingem de todo o universo dessa população.

O Estado mais democrático e permeável ao conjunto desses direitos e políticas sociais, que até hoje perdura com condições mais evidentes de reprodução é conhecido como Estado de bem-estar social, Ebes.

Direitos e Políticas sociais

Os direitos sociais são também conhecidos como direitos de cidadania. Fazem parte da ideia de cidadania, sobre a qual Marshall (1967) elaborou uma conceituação que ficou amplamente conhecida. O “social” se refere ao direito de os cidadãos terem acesso a um conjunto de políticas e serviços – como saúde, educação, aposentadoria – que lhes possa assegurar um mínimo de bem-estar e dignidade. Parte da premissa do reconhecimento pelo Estado de que para haver maior igualdade social é preciso que uma série de necessidades básicas dos cidadãos seja atendida mediante políticas públicas, com importante papel para as políticas sociais.

O desenvolvimento dos direitos de cidadania vem prosseguindo nos últimos quatro séculos. As primeiras conquistas, relativas aos direitos civis, ocorreram ao longo dos séculos XVII e XVIII. O início da conquista e do estabelecimento dos direitos políticos se deu no século XIX. Finalmente, os direitos sociais começaram a ser estabelecidos apenas no século XX.

Os direitos sociais são os mais recentes e se desenvolveram efetivamente ao longo do século XX, acompanhados de grande tensão política e social no seu estabelecimento, por exemplo Alemanha no século XIX, México e Rússia no início do século XX, que foram os primeiros países a implantarem direitos e políticas sociais abrangentes.

Após a Iª Guerra Mundial deram-se os primeiros avanços em países europeus em taxaçoão do capital e os primeiros passos na proteçoão social. Após a IIª Guerra Mundial, muitos países passaram a adotar sistemas amplos de proteçoão social para toda ou grande parte de sua populaçoão, como a Inglaterra que em sua reconstruçoão nacional implantou o Plano *Beveridge*, o qual organizou o *National Health Service* (NHS), o primeiro sistema de saúde público de acesso universal do Ocidente, além de um amplo sistema público de aposentadorias e pensões.

Estado de Bem-Estar Social e *welfarianismo*

A tipologia mais comumente usada para distinguir os sistemas de proteçoão social desenvolvidos pelos Ebes dos países capitalistas é a de Esping-Andersen (1990). Esta tipologia organiza os modelos em três tipos ideais – o liberal, o conservador corporativo e o social democrata – que decorrem de entendimentos diferentes sobre o direito social e correspondem às relaçoões entre o público e o privado na provisáo dos serviçoos, ao grau de desmercantilizaçoão dos bens e serviçoos sociais, e à estrutura social. Mesmo com diferentes formas de Ebes, é ao modelo social democrata que se refere quando se diz *welfarianismo*. Como a classificaçoão de Esping-Andersen define tipos ideais, eles não serão idênticos aos encontrados na realidade dos modelos de Ebes, desenvolvidos ao longo dos anos e dos acontecimentos de cada país, onde coexistem elementos dos diferentes tipos.

No regime **liberal** a assistênciã pública é residual e destinada aos mais pobres. Neste regime os interesses de mercado exercem forte influênciã sobre as questões sociais e econômicãs. Estados Unidos são exemplo típico de país onde o regime liberal se desenvolveu fortemente. Austrália e Nova Zelândiã também, mas com fortes traçoos da influênciã europeia/inglesã nas polítiãas púbricas que os diferenciam profundamente dos EUA. Note-se que o termo “liberal” é usado por Esping-Andersen para denominar um tipo de Ebes.

O regime chamado de **conservador corporativo** é baseado no modelo *bismarckiano* de seguro-social, onde a proteçoão social é caracterizada pelo alto grau de participaçoão das empresas empregadoras e destinada a um conjunto de pessoas organizadas em categorias profissionais ou de renda. O desenvolvimento deste regime foi mais intenso na Europa continental, como Áustria, França, Holanda e Bêlgica.

O modelo **social democrata** é o desenvolvido robustamente nos países nórdicos, Inglaterra e, mais recentemente, em Portugal e Espanha. É fundado em valores de solidariedade e os benefícios são providos fundamentalmente pelo Estado e destinados a toda a populaçoão, sendo igualmente distribuídos independentemente da situaçoão de renda ou ocupaçoão do cidadão, constituindo-se em um direito inerente à cidadania.

Lembramos que a definiçoão de Estado não é única. Das doutrinas que emergiram do século XIX, o Anarquismo defende aboliçoão total do Estado; o Marxismo, a destruicoão do

‘Estado burguês’ pela revolução, sua substituição por um Estado proletário (a ditadura do proletariado), numa fase intermediária (socialismo), e sua extinção na fase comunista; e o liberalismo sua redução a um mínimo tamanho e papel na regulação econômica e social. Segundo o Dicionário de Política de Bobbio et al (1998), a definição de Estado contemporâneo é complexa e deve contemplar a relação entre o Estado, os direitos e as questões sociais: “Os direitos fundamentais representam a tradicional tutela das liberdades burguesas: liberdade pessoal, política e econômica. Constituem um dique contra a intervenção do Estado. Pelo contrário, os direitos sociais representam direitos de participação no poder político e na distribuição da riqueza social produzida. A forma do Estado oscila, assim, entre a liberdade e a participação (E. Forsthoﬀ, 1973). Além disso, enquanto os direitos fundamentais representam a garantia do status quo, os direitos sociais, pelo contrário, são a priori imprevisíveis. (...) Se os direitos fundamentais são a garantia de uma sociedade burguesa separada do Estado, os direitos sociais, pelo contrário, representam a via por onde a sociedade entra no Estado, modificando-lhe a estrutura formal. A mudança fundamental consistiu, a partir da segunda metade do século XIX, na gradual integração do Estado político com a sociedade civil, que acabou por alterar a forma jurídica do Estado, os processos de legitimação e a estrutura da administração” (Bobbio, 1998: 401).

Diversas mudanças ocorreram nas políticas sociais e nos sistemas de seguridade de diversos países desde o final do século passado em consequência do questionamento do tamanho e das funções do Estado e do mercado nas sociedades. Deve ser lembrado, entretanto, que este não é um movimento exclusivo do final do século XX, pois é antigo e se fundamenta em correntes ideológicas antigas e novas sobre o que é de interesse público e sob gestão do Estado e o que deve ser do âmbito do privado. Para Williams (2005) e Maynard (2005), no plano das ideias, o debate sobre essas relações entre Estado e mercado, entre público e privado, é sustentado pelos que defendem a igualdade de direitos, os *egalitarians*, em contraposição aos dos que sustentam o direito ao livre arbítrio dos indivíduos, os *libertarians*. Atualmente, essa discussão é comumente traduzida pela que se dá entre o *welfarianismo* e o neoliberalismo. É um debate que diz respeito a todas as dimensões da sociedade, sendo o tamanho e funções do Estado e a seguridade algumas delas.

2. O que é o neoliberalismo e como ele afeta as políticas sociais?

Diversas mudanças originaram o que se convencionou chamar de “crise” do Ebes, que se iniciaram na década de 1970 e resultaram em reformas de Estado a partir do final da década de

1970 e, sobretudo, nos anos 1980 e 1990. Tais mudanças ocorreram em relação ao contexto em que o Ebes foi desenvolvido, como mostra Esping-Andersen, quando eram outros os valores que vigoravam: “nas economias abertas e globalmente integradas de hoje (...) muitas das premissas que guiaram a construção desses *welfare states* não são mais vigentes” (Esping-Andersen, 1995: 73).

Embora a transformação industrial tenha se iniciado logo depois de finda a IIª Guerra Mundial, é a partir da década de 1970, junto à crise econômica, que começaram a se fazer sentir os impactos do aumento dos gastos derivado do avanço tecnológico. A crise econômica iniciada na década de 1970 – cujo estopim foi o choque do petróleo, sobretudo após a segunda alta do preço em 1979 – expôs o limite de recursos como um problema para as economias dos países.

Os reflexos da crise econômica foram muitos, como o aumento das taxas de desemprego, o desenvolvimento de novas formas de emprego mais flexíveis, a redução da jornada de trabalho e o trabalho no âmbito do lar. A crescente incorporação da mulher no mercado de trabalho demandou novas estruturas de apoio ao cuidado da família e repercutiu nas taxas de fertilidade. O envelhecimento da população, associado à menor fertilidade, contribuiu (e ainda contribui) fortemente para o desequilíbrio da seguridade, a qual passa a ter sua sustentabilidade como uma questão preocupante. Ademais, foram feitas pressões sociais e políticas por modificações no sentido “de uma utilização mais humana, racional e democrática dos recursos” (Perrin, 1981 apud Draibe, 1988: 56). E é nesse contexto que demandas orientadas por valores exclusivamente individuais vêm, desde então, questionando o *welfarismo* e ganhando força. Essas mudanças foram fortemente usadas para embasarem propostas de políticas de enfrentamento do déficit público e da inflação, feitas por estudiosos e equipes das áreas econômicas de cada país.

Liberalismo e Neoliberalismo

O liberalismo se fortaleceu, principalmente nos Estados Unidos e na Inglaterra, com nova roupagem. O termo neoliberalismo começou a ser utilizado nos anos 1930 mas que foi fortemente representado algumas décadas depois, sobretudo a partir dos anos 1980, pelos projetos dos defensores da política do governo Ronald Reagan, expressa pelo *Reagonomics*, e da primeira ministra do Reino Unido Margaret Thatcher com correntes similares de não intervenção do Estado no mercado.

São disseminadas e fortalecidas as ideias de que o investimento em uma seguridade social generosa implica em menor crescimento econômico e da oferta de emprego, e de que o Estado tende a ser menos eficiente que o mercado.

O paradigma do neoliberalismo pode ser organizado em três eixos, os quais sustentam as propostas de (a) privatização, pela ideia de “superioridade do livre mercado como mecanismo de alocação eficiente de recursos”, (b) do individualismo e (c) da liberdade, em detrimento da igualdade (Ugá e Marques, 2005:196).

Na segunda metade da década de 1980, começou a ser implantada a agenda liberal elaborada para realizar o ajuste macroeconômico, que é o que chamamos de neoliberalismo. Tinha como eixo central estabilizar as economias e intervir nas políticas sociais, tomadas como instrumento de ajuste (Ugá, 1997). Foi nesta década que começaram a cair muitos dos governos socialistas e a serem desfeitos os modelos de sociedade que estes haviam construído. Parte deste movimento foi o Consenso de Washington, já no início dos anos 1990.

O Consenso de Washington é parte da escolha dos princípios do liberalismo, já chamados de neoliberalismo, para responder à crise do petróleo nos anos 70. Significou um grande engendramento formulado por representações do capital hegemônico pela fração financeira-especulativa, com origem nos países centrais do capitalismo e em seus intelectuais orgânicos e estrategistas. Seus postulados foram: a) conferir autonomia aos Bancos Centrais para fixar juros e demais serviços da dívida pública, a cujos montantes observamos que claramente não são aplicadas as receitas de austeridade nos gastos públicos; b) considerar Despesas públicas primárias com infraestrutura de desenvolvimento e de direitos sociais, e destacamos que qualquer gasto desta natureza são definidos pelos defensores do Consenso de Washington como incontrolável vocação perdulária e objeto de inapeláveis intervenções de austeridade, c) considerar Déficit primário quando Despesa primária excede a receita primária ou quando as despesas totais reduzidas dos juros e serviços da dívida excedem o valor da diferença entre as receitas totais deduzidas as receitas financeiras, e d) disseminar a ideia que o Ebes/welfarianismo é a maior ameaça ao desenvolvimento das nações.

O Consenso de Washington explicitou a imperiosidade da financeirização dos orçamentos públicos e suas estratégias foram aplicadas de forma diferenciada em cada país, de acordo com o grau de desenvolvimento e importância geopolítica de cada país, por exemplo o grau de autonomia que se apregoou aos bancos centrais dos EUA e do Brasil não foi o mesmo.

A propagação dessas ideias neoliberais gerou uma menor confiança na capacidade de gerenciamento do Estado e, como consequência, corroborou-se a crença nos valores individuais e em soluções de mercado, sob o argumento de que, para combater as deficiências identificadas na gestão feita pelo Estado, é preciso reformá-lo e retirá-lo da execução, expondo a execução de serviços à concorrência entre entes privados. São questionados a eficiência e o escopo das atividades dos Ebes e são supervalorizados o indivíduo e a liberdade individual.

O Brasil em 1984 emergia de 20 anos de violenta ditadura, com a sociedade destituída da participação no projeto de nação, o Legislativo destituído da sua condição histórica de “caixa de ressonância da sociedade” e o Judiciário destituído de um Estado de Direito para zelar. Ao mesmo tempo que foi possível aglutinar forças que foram suficientes para promulgar a

Constituição Cidadã de 1988, que preconizou um Ebes democrata com direitos sociais universais para o país, as ideias do neoliberalismo se fortaleceram paulatinamente, no Brasil sobretudo a partir da década de 1990. As propostas de privatização de programas sociais e de redução das ações sociais do Estado às populações mais pobres, são comumente apresentadas como solução para a necessidade de diminuição do gasto público e como resposta às demandas “mais diferenciadas e individualistas da sociedade pós-industrial” (Esping-Andersen, 1995: 106).

Com a difusão da agenda neoliberal “o lema passa a ser a redução das atividades *welfarianas* do Estado, (...) consideradas como elementos de estímulo à falta de responsabilidade individual, além de serem vistas como o grande fardo financeiro carregado pelo setor produtivo da economia” (Ugá e Marques, 2005:197).

Com os amplos debates e aprovação da Constituição Federal, em especial o seu Título da Ordem Social, podemos dizer que ganhava força o projeto de Ebes social democrata brasileiro. Entretanto, simultaneamente o grande capital globalizado e seus intelectuais orgânicos e estrategistas de nosso país compuseram com as oligarquias brasileiras tradicionais, formando uma arquitetura a eles favorável e peculiar no exercício dos poderes republicanos pós-ditadura.

Nesse contexto, ao Poder Executivo nacional coube manter e adequar seu poder legislador estratégico exercido nos 20 anos da ditadura por meio de atos institucionais e decretos-lei, que a partir dos anos 90 passa a ser exercido por meio de Projetos de Emenda Constitucional (PEC) e Medidas Provisórias (MP). Ao Poder Legislativo nacional coube ampliar e consolidar prerrogativa executiva de indicar os titulares para os Ministérios, empresas estatais, como também os cargos responsáveis pela ordenação de despesas e pelas grandes licitações e suas prorrogações, em troca de assegurar bancada majoritária da situação no Congresso Nacional, que assim abdicava da expectativa de ser “caixa de ressonância do conjunto da sociedade”.

Sem o interesse e comando do grande capital por mega contratos e superfaturamentos/aplicações no mercado global de capitais, com pequena fração destinada ao financiamento de enormes campanhas eleitorais com caixa II e caixa III (Santos, 2017), a citada perversão das responsabilidades republicanas do Executivo e Legislativo por si não sobreviveria. Essa triangulação mafiosa nos pilares do Estado brasileiro vem se desenvolvendo há quase 3 décadas sob os discursos conjunturais de cada coligação partidária do “presidencialismo de coalizão brasileiro” pós-constitucional.

Deve ser ressaltado o papel estratégico e indutor que o Banco Central e os Ministérios da Fazenda, da Casa Civil e do Planejamento/Orçamento/Gestão têm sobre os demais Ministérios, em especial aos que planejam e executam as políticas garantidoras dos direitos sociais. Ao

longo desse complexo processo de captura do Estado nacional, o poder Judiciário e o Ministério Público (MP) tiveram sua reação inicial matizada por omissões e composições perante a coligação da situação no exercício dos poderes Executivo e Legislativo. Iniciando tropeçadamente no escândalo dos “anões do orçamento nacional” nos anos 90 até a atual etapa da operação “Lava-jato”, passando pela “Satiagraha”, “Castelo de Areia”, “Zelotes”, “Caixa de Pandora” e várias outras. Mais recentemente vem se revelando, no seio do Judiciário e do MP, importantes resgates republicanos pelo Estado de Direito em defesa da Constituição de 1988, com reflexo na atuação da Polícia Federal, que ampliou ações para todos os blocos e coligações partidárias, revelando à sociedade o nefasto destino dado ao orçamento público dela arrecadado, assim como os “modos” de governar e representar a sociedade.

No atual momento conjuntural as ações do Judiciário e MP talvez estejam encontrando os limites da autonomia entre os Poderes, restando para a sociedade civil organizada e os movimentos sociais assumirem mais autoconfiantes o desafio histórico da redenção do Estado Republicano Democrático de Direito.

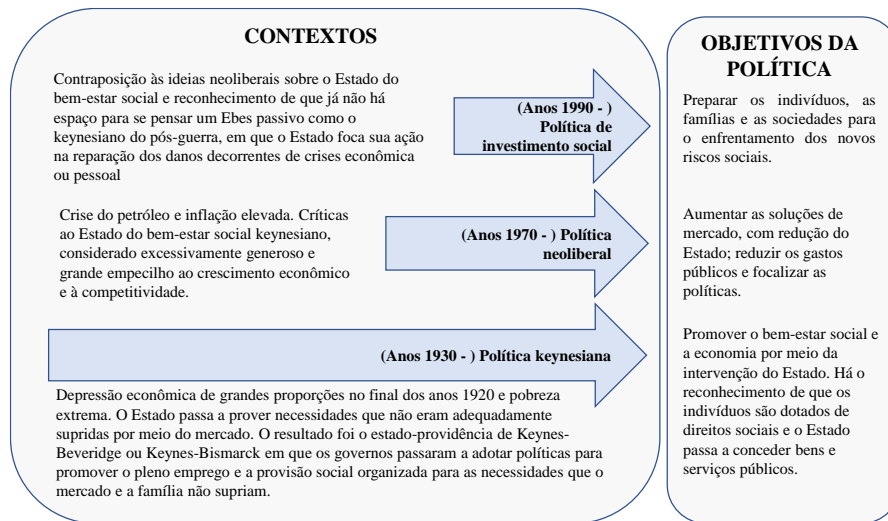
Destacamos que o contexto da agenda neoliberal tornou imperativo desenvolver políticas que não desconsiderassem os desafios impostos pela conjuntura macroeconômica e fiscal dos Estados, mas que mantivessem o foco na garantia do bem-estar de suas populações sob uma lógica de investimento social, enquanto que nos últimos 10 anos a influência da agenda neoliberal tenha se tornado ainda mais forte, como guia para a implantação das políticas de austeridade.

3. O que é investimento social?

No final dos anos 1990, a noção de investimento social surge com força como uma das formas de se contrapor às ideias neoliberais sobre o Estado que haviam ganhado projeção nos anos 1980, assumindo-se, ao mesmo tempo, que já não existia espaço para se pensar um Estado passivo como o keynesiano do pós-guerra, em que o Estado foca sua ação na reparação dos danos decorrentes de crises econômica ou pessoal (Hemerijck, 2017).

Para ilustrar os diferentes olhares sobre o papel do Estado no que se refere à questão social, a figura 1 apresenta de forma resumida os contextos sociais e econômicos e os objetivos das políticas sociais segundo algumas correntes de pensamento.

FIGURA 1
Contextos e objetivos das políticas sociais segundo algumas correntes de pensamento.



Fontes: Elaboração própria com base no trabalho de Taylor-Gooby, 2004 e de Hemerijck, 2017.

Por que a transição do Ebes keynesiano para este novo Ebes se fez necessária? Segundo Taylor-Gooby (2004), entre as décadas de 1950 e 1970, o objetivo principal do Ebes em uma sociedade industrial foi o de suprir as necessidades da população que não eram garantidas pelo mercado, em duas situações: a) interrupção da renda por aposentadoria, desemprego, doença ou incapacidade e b) incompatibilidade entre a renda e as necessidades das pessoas durante o ciclo da vida como, por exemplo, adoção, ou ainda nos casos em que a provisão estatal é desejável, uma vez que os custos da oferta privada são muito altos, a exemplo dos serviços de saúde e de educação. Neste período, a assistência social ficava prioritariamente a cargo das famílias.

Foram muitas as mudanças na sociedade pós-industrial ideal típica. Uma delas, que a taxa de crescimento econômico é mais baixa e incerta. Além disso, os avanços tecnológicos reduziram drasticamente a necessidade de mão-de-obra em grande escala, gerando dificuldades para a manutenção do emprego, especialmente para os trabalhadores pouco qualificados, enquanto o aumento da concorrência internacional com a globalização levou ao avanço da flexibilização do mercado de trabalho. Adiciona-se a esse contexto complexo, o fato de as mulheres terem alcançado maiores níveis de escolaridade e de emprego, o que contribuiu para o aumento da pressão sobre as famílias no tocante aos cuidados não remunerados que até então ficavam sob a responsabilidade delas. Ainda de acordo com Taylor-Gooby, essas mudanças resultaram em novos riscos sociais e na necessidade de inclusão de pontos na agenda do Ebes.

Chiodi (2015) destaca como parte desses processos e desafios relevantes para os Estados, as entradas e saídas mais frequentes no mercado de trabalho, a precarização do trabalho dos jovens, a obsolescência ou a falta das competências para o desempenho laboral, assim como as novas realidades sociais como, por exemplo, o envelhecimento da população (com aumento das demandas por serviços de cuidado); a demanda por serviços de qualidade; as mudanças no padrão da família, com incorporação das mulheres no mercado de trabalho; o desemprego estrutural e a falta de proteção social para grupos específicos, com pouca história contributiva no mercado de trabalho (jovens, imigrantes e mulheres).

Novos riscos sociais

São os riscos que as pessoas enfrentam no curso de suas vidas como resultado de mudanças econômicas e sociais associadas à transição de uma sociedade industrial para uma sociedade pós-industrial, em que as evoluções tecnológicas implicam menor estabilidade e menor uso da força de trabalho na indústria, com implicações para a segurança do emprego dos trabalhadores pouco e não qualificados, bem como para a estrutura das classes sociais e para os interesses políticos. Esta transição se acentua a partir dos anos 1970 (Taylor-Gooby, 2004).

Quatro processos foram identificados como os principais determinantes dos riscos sociais: 1) elevado número de mulheres que entram no mercado de trabalho (trabalho remunerado); 2) aumento do número absoluto e relativo de pessoas idosas demandando assistência social e com impactos para o sistema tradicional de previdência social e de serviços de saúde; 3) mudanças no mercado de trabalho, estreitando a relação entre educação e emprego, com grandes implicações para os trabalhadores pouco qualificados; e 4) expansão dos serviços privados, podendo gerar novos riscos quando os cidadãos-consumidores fazem escolhas que não são satisfatórias para atendimento de suas necessidades e quando a regulação da provisão privada não é efetiva (Taylor-Gooby, 2004).

Destacamos que a nossa clássica estratificação social por níveis de renda vem sendo cada vez mais fragmentada e precarizada sob a égide liberal, com mais pessoas físicas e jurídicas atuando como autônomos ou colaboradores, com salário flexível, trabalho polivalente, economia digital, trabalho digital, capital humano, parceria, trabalho online, células de produção, terceirizados, subterceirizados, trabalho informal, flexível, redes colaborativas, etc., Cada vez mais os trabalhos são realizados em horários de lazer, *call centers*, telemarketings, etc., todos sob pressão do “empreendedorismo”, subemprego, desemprego, acidentes de trabalho, depressão, agressão, etc., que tornam imenso o desafio de reinserção dos cidadãos no mercado de trabalho.

Alvaro Linera (2013) analisa uma proletarização difusa entre professores, pesquisadores, analistas, cientistas, autônomos/liberais, micro e médio empresários, entre outros, e aponta que a acumulação neoliberal globalizada ultrapassou a tradicional extração de

mais valia na produção assalariada, recriando e ampliando essa extração à grande maioria da sociedade. Como analisar e direcionar essa acumulação pulverizada para novas e modernas relações de trabalho e proteção social?

O paradigma do investimento social desenvolvido inicialmente na Dinamarca nos anos 1980 que enfrentou a pobreza com políticas específicas e atreladas às políticas sociais universais, inspirou o acordo social da União Europeia (UE) na cúpula de Lisboa, realizada em 2000. A consciência sobre os novos riscos sociais motivou os países da UE a discutir uma agenda social compartilhada, visando à convergência futura das políticas sociais em seu território, considerando também o trânsito dos trabalhadores entre os países (Rodrigues e Santos, 2017). Ali se procurou enfrentar de forma articulada esses novos riscos sociais dentro do marco das políticas social democratas baseadas nos direitos sociais e de clara rejeição ao modelo liberal para a área social (Esping-Andersen, 2002; Hemerijck, 2013).

Os compromissos assumidos foram registrados no documento que ficou conhecido por Agenda ou Estratégia de Lisboa, de 2000, posteriormente renovada para 2010 e 2020. Na temática sobre emprego, reforma econômica e coesão social, reconhecem-se como desafios para a UE as transformações causadas pela globalização e pela nova economia baseada no conhecimento. Foram definidos os seguintes objetivos estratégicos no âmbito da política social: i) educar e formar as pessoas para a vida e o trabalho na sociedade do conhecimento; ii) gerar mais e melhores empregos para a Europa, por meio do desenvolvimento de uma política de emprego ativa; iii) modernizar a proteção social; e iv) promover a inclusão social (Conselho Europeu, 2000).

Política de investimento social

É pensada e definida como a oferta de bem-estar com o objetivo de preparar os indivíduos, as famílias e as sociedades para o enfrentamento dos novos riscos sociais, sem desconsiderar a orientação das políticas de caráter universal implementadas pelo Ebes (Hemerijck, 2017).

O entendimento de que um novo Ebes era necessário ganha força em um contexto em que se identificam os novos riscos sociais decorrentes do desemprego de longo prazo e juvenil, da insuficiência de cobertura da seguridade social, da precariedade do emprego e da pobreza no trabalho, da instabilidade familiar e da conciliação insatisfatória entre trabalho e cuidados (Bonoli, 2013, apud Hemerijck, 2017). Já não basta proteger os indivíduos nos momentos de dificuldades, mas sim pensar soluções para as questões sociais em um horizonte temporal mais

longo, garantindo ao mesmo tempo a sustentabilidade do Ebes. Surge, então, a proposta da política de investimento social.

Segundo Hemerijck (2017), a justificativa para essa mudança do Ebes, como alternativa ao esgotamento do modelo keynesiano e às ideias neoliberais para a proteção social, foi reforçada por Esping-Andersen e colaboradores em seu livro publicado em 2002 “Por que precisamos de um novo Estado do bem-estar social?”. Três razões são apresentadas por estes autores. A primeira é chamada de capacidade de carga. O que se quer dizer com isso é que novas soluções precisam ser pensadas para que seja possível gerar mais recursos fiscais para a manutenção do Ebes e para a implementação de políticas sociais mais proativas e produtivistas, restando claro que, nesta visão, a política social é formulada com o objetivo de garantir sua compatibilidade com o progresso econômico e a melhoria do bem-estar. O Estado deve buscar, por meio de suas intervenções de políticas sociais, aumentar o nível de emprego, melhorar futuramente a produtividade geral, o crescimento econômico e a prosperidade em tempos de envelhecimento das populações. Essa proposta é diferente da defendida pelos neoliberais, que centram o foco de suas políticas no número de beneficiários dos programas de bem-estar, com contenção de gastos e limitação de acesso. Ao mesmo tempo, também é uma proposta diferente da Terceira Via de adoção de políticas de renda mínima defendidas pelo Banco Mundial e pela Organização Internacional do Trabalho para substituir a proteção social. Nesse sentido, Hemerijck (2017) recebe críticas de Nolan (2013), que refuta dizendo que “o investimento social não é substituto para proteção [social], e que a adequada proteção de receita mínima é pré-condição fundamental para uma estratégia de investimento social eficaz” (Hemerijck, 2017, p.33).

A segunda razão diz respeito à segurança no curso da vida. A ideia contida neste ponto é de que o Estado precisa implementar políticas sociais sob uma perspectiva integrada e multidimensional, pois os riscos sociais mudam ao longo do tempo e as políticas públicas precisam considerar a dinâmica do curso da vida, garantindo uma barganha redistributiva entre os cidadãos e a provisão de bem-estar nas diferentes fases e situações de suas vidas, para sua educação, aposentadoria, cuidados de saúde, assistência social, apoio à família etc. O entendimento de política social limitada à noção redistributiva e como proteção para os que se encontram em situação de vulnerabilidade social é superado por esta visão mais abrangente. Aqui é importante destacar que sob a perspectiva do investimento social não se eliminam as políticas de proteção de renda mínima. Muito pelo contrário. Elas são consideradas requisitos fundamentais para uma estratégia eficaz de investimento social.

O terceiro motivo está relacionado à mudança no papel do gênero e da família. O Estado precisa buscar alcançar os seguintes objetivos: o reforço à capacidade de carga do Ebes, a redução da dependência do benefício e a manutenção de taxas de fertilidade para reprodução da força de trabalho futura. Com a mudança do papel das mulheres na economia e no mercado de trabalho e, considerando ainda seu papel no envelhecimento das sociedades e desenvolvimento das crianças, o Estado precisa pensar medidas para apoiar as famílias, a fim de que se promova o equilíbrio entre o trabalho e a vida familiar.

Hemerijck (2017) desenvolveu uma estrutura da política de investimento social com base em três funções de bem-estar, interdependentes e complementares:

- i) Fluxo: que diz respeito à facilitação do fluxo do mercado de trabalho contemporâneo e de transições do curso da vida. É voltada ao uso mais eficiente dos recursos do trabalho a fim de garantir elevada participação no mercado e reintegração de alunos às escolas, bem como de desempregados, pais, mães, trabalhadores mais velhos e deficientes à atividade laboral;
- ii) Estoque: elevação da qualidade do estoque de capital humano e de capacidades. Está ligada à produtividade futura, à melhoria e manutenção do capital humano, desde a infância, passando por todo o processo de aprendizagem ao longo da vida; e
- iii) Amortecedor (*buffer*): para manutenção de redes sólidas de estabilização econômica no envelhecimento das sociedades. Esta função tem por objetivo assegurar a proteção e a distribuição de renda, além da estabilização econômica, ajudando a reduzir a desigualdade social.

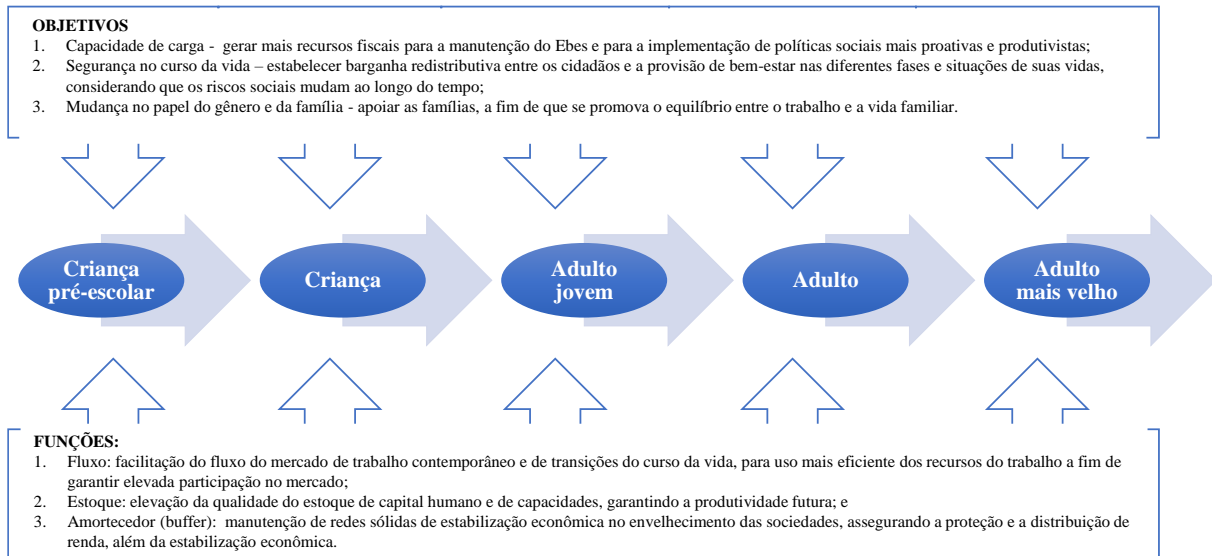
Na figura 2, apresentam-se de forma esquemática os objetivos e as funções de uma política de investimento social.

Na perspectiva do curso da vida, Hemerijck e Vydra (2017) destacam a complementariedade entre as políticas em cada estágio. Por exemplo, se são implementadas políticas para combater a pobreza infantil e a transmissão da pobreza entre gerações, a consequência no futuro será menor probabilidade de os adultos que foram beneficiados por estas políticas na infância dependerem de políticas para a garantia de renda mínima e de outras políticas de proteção social.

Os objetivos da política de investimento social diferem daqueles da política de proteção social, pois não se limitam a reparar os danos das crises econômicas e pessoais para os indivíduos. O propósito da política de investimento social não desconsidera o da proteção social, mas vai além, centrando-se no investimento nas pessoas. Prepara-as, acima de tudo, para os desafios advindos de uma economia globalizada e competitiva, em uma sociedade do conhecimento, em que as tecnologias suprimem a necessidade de grandes contingentes de mão-

de-obra. Implica a indução ao desenvolvimento pessoal e a implementação de mecanismos de apoio para que os indivíduos em idade ativa possam se manter no mercado de trabalho, sem que o Estado descuide das situações ao longo da vida e dos estágios da vida que demandam proteção social.

FIGURA 2
Objetivos e funções da política de investimento social.



Fonte: Elaboração própria com base nos trabalhos de Hemerijck (2017), de Hemerijck e Vydra (2017) e Esping-Andersen (2002 apud Hemerijck, 2017).

Na UE, como já mencionado, os Estados reconheceram a emergência de novos riscos sociais e a necessidade de mudar o curso de suas políticas sociais na Agenda de Lisboa de 2000. A Agenda foi posteriormente reavaliada e renovada para o período 2010 a 2020 (Hemerijck, 2013, p. 76). A renovação ocorreu em plena crise econômica, cujo impacto foi especialmente forte no sul da Europa. Entretanto, a crise econômica de 2008 foi utilizada como motivação para a mudança de rumo das políticas sociais em vários países europeus, com consequências importantes para parcela expressiva da população. A palavra “austeridade” ganhou força nos discursos e prescrições de ajuste fiscal por parte das instituições credoras dos países mais fortemente afetados pela crise e passou a ser bastante utilizado pela *Troika*, cooperação entre o Banco Central Europeu, o Fundo Monetário Internacional (FMI) e a Comissão Europeia, para a negociação de crédito para os países-membros da UE, bem como pelos governos que decidiram pela implementação das políticas prescritas por esta tríade.

Estudos recentes sobre as políticas sociais na UE mostram a importância da manutenção dos Ebes baseados nos direitos sociais universais e até da necessidade do investimento social.

A reação do poder econômico expresso na *Troika* foi o recurso às políticas de corte neoliberal, incluindo pressões para a redução dos gastos sociais.

Mas, afinal, o que significa austeridade? Quais retrocessos foram impostos pela *Troika* aos países europeus do Mediterrâneo, quais consequências e reações? Essas perguntas procuraremos responder a seguir.

4. O que é austeridade e quais têm sido suas consequências para as sociedades?

Segundo Canterbury (2015), três definições são atribuídas ao termo austeridade. A primeira se refere à severidade ou simplicidade, severidade de disciplina, regime, expressão ou desenho. A segunda diz respeito a uma medida econômica, como uma poupança, economia ou ato de autonegação, especialmente em relação a algo que é considerado um luxo. E a terceira está relacionada a uma poupança forçada, como política de um governo, com acesso ou disponibilidade restritos ao consumo de bens.

Austeridade

A austeridade também pode ser compreendida tanto pela filosofia, que “buscava transpor, sem mediação, virtudes individuais (sobriedade, parcimônia, prudência) para o plano público” como pela dimensão da econômica, em que “é a política de ajuste fundada na redução dos gastos públicos e do papel do Estado em suas funções de indutor do crescimento econômico e promotor do bem-estar social” (Pedro Rossi, Audiência Pública CDH/SF, out 2017).

A austeridade fiscal como cerne de políticas governamentais caracteriza-se por escolhas que exigem grandes sacrifícios da população, seja porque aumentam a carga tributária seja pela implementação de medidas que restringem a oferta de benefícios, bens e serviços públicos, em razão de cortes de despesas e/ou da realização de reformas estruturais, afetando de forma significativa os estratos mais vulneráveis da população.

O uso do termo austeridade e de seu valor moral pelo neoliberalismo foi criticado recentemente por Bastos (2017). Segundo o autor, na lógica do neoliberalismo, a concorrência é o instrumento de mercado que dirige os indivíduos para uma disciplina rígida de trabalho e as empresas para a busca da eficiência. No discurso neoliberal, a austeridade assume sentido diverso daquele considerado justo no campo da moral privada, em que é vista como virtude, pois está associada à ideia do comedimento nos desejos, evitando-se desperdícios de recursos e endividamento para saciar caprichos. Ela é utilizada pelos neoliberais para justificar a moderação no crescimento dos salários e da oferta de bens e serviços públicos. O argumento é de que com esta moderação, não se prejudica a poupança dos empresários, que é necessária para a geração de empregos e para o bem-estar futuro dos consumidores. Contudo, não se

emprega ao mesmo tempo a moderação dos lucros. Assim, ao adotar essas políticas, os neoliberais defendem mais os empresários do que os consumidores e a austeridade proposta não é a dos que já consomem mais (os ricos), mas sim a dos trabalhadores e dos cidadãos que dependem de serviços públicos, o que aumenta a injustiça social.

Os argumentos do discurso neoliberal foram também negados por inúmeras e reconhecidas pesquisas e análises científicas, entre elas a famosa pesquisa de Thomas Piketty publicada em 2013 e outros recentes estudos. Essas análises permitem inferir que os altos níveis de desigualdade são úteis justamente para a manutenção dos nichos mais ricos nas sociedades e que para essa manutenção são usados os argumentos do discurso neoliberal.

Além disso, os gastos sociais podem ser vistos como investimento no caminho para uma sociedade mais justa. Técnicos do IPEA mostraram a importância dos gastos sociais como uma espécie de compensação do sistema tributário brasileiro, com dados da Pesquisa de Orçamento Familiar (POF/IBGE) de 2002-3 e 2008-9, pois a regressividade do sistema tributário brasileiro sobre os mais pobres é “contrabalanceada pela progressividade nos gastos sociais, que tem esses mesmos extratos como os principais receptores” (Gaiser e Ferreira, 2011). Verificaram que aumento da renda dos mais pobres após o recebimento dos benefícios tanto em despesas monetárias (aposentadorias, pensões, PBF, seguro desemprego, BPC, auxílios trabalhistas), como com despesas em espécie (educação e saúde).

Segundo Stiglitz (2017), a austeridade constitui a derradeira manifestação do neoliberalismo engendrado na era de Ronald Reagan nos Estados Unidos e de Margaret Thatcher no Reino Unido, cujas políticas enfraqueceram os trabalhadores por meio da fragilização dos sindicatos, bem como debilitaram o combate aos cartéis, abrindo brecha para a formação de monopólios. As mudanças das regras implementadas naquele período, tendo por base um conjunto de ideias que foi chamado de neoliberalismo, contribuíram para a desaceleração da economia, para a financeirização do capital e para a relutância das empresas no investimento de longo prazo.

O argumento central de Stiglitz (2017) a respeito da relação entre governo e mercado é de que é preciso ter equilíbrio adequado e que, quando a economia não vai bem, os governos precisam investir em recursos humanos, tecnologia e infraestrutura para ativá-la, ao contrário da receita de austeridade aplicada em vários países europeus na última década. Ele rebate a ideia de que a dívida do Estado é semelhante à dívida das famílias, quando uma crise econômica exige a redução dos gastos. Esclarece que quando o governo gasta mais e investe na economia, a criação de empregos se multiplica e as finanças públicas se fortalecem. Dessa forma, conforme a economia cresce, diminui a demanda por programas sociais. Já a austeridade

provoca efeito contrário. Segundo o autor, ela não só prejudicou as economias europeias, mas constitui grande entrave para o crescimento futuro, pois a redução ou a falta de investimento nos jovens diminuirá o potencial de crescimento do capital humano, além dos investimentos que os governos devem fazer em educação, infraestrutura, transporte, comunicações e dando possibilidade às mulheres de trabalharem, investimentos que aumentarão a oferta de emprego. Seu argumento é que esse investimento gera resultados que são melhores não só para a sociedade, mas também para a economia.

Os limites da austeridade para a retomada da economia já vêm sendo assumidos até mesmo por trabalhadores vinculados ao FMI com altos cargos. De acordo com recente artigo de Ostry e colaboradores (2016), não só as políticas neoliberais existem como têm provocado o aumento da iniquidade social e colocado em risco uma trajetória de crescimento durável da economia. Segundo eles, as políticas de austeridade não só têm custos para o bem-estar social, mas também afetam a demanda, aumentando o desemprego, havendo forte evidência de que a iniquidade pode reduzir significativamente o nível e a durabilidade do crescimento econômico, o que indica que os resultados positivos de tais medidas ao reduzir a dívida pública, aumentar a confiança e o investimento privado parecem ter sido exagerados.

Alguns estudos têm demonstrado o efeito multiplicador do gasto com políticas sociais para o crescimento do Produto Interno Bruto (PIB). Por exemplo, em uma análise dos dados de 25 países europeus, incluindo os Estados Unidos e o Japão, verificou-se que os gastos com educação e saúde têm multiplicadores fiscais superiores a três, o que significa que para cada gasto de uma unidade monetária nessas áreas o aumento esperado do PIB seria de três unidades monetárias (Stuckler e Basu, 2013).

No caso brasileiro, em trabalho realizado por pesquisadores do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), calculou-se em 1,7 o multiplicador do PIB para o gasto com saúde no Brasil, ou seja, para um aumento do gasto com saúde de R\$ 1,00, o aumento esperado do PIB seria de R\$ 1,70. Neste estudo, o multiplicador do PIB também foi calculado para o gasto com educação (1,85), o Programa Bolsa Família (1,44), o Benefício de Prestação Continuada (1,38) e o Regime Geral de Previdência Social (1,23), resultando em efeito positivo para a economia, ao contrário das despesas com pagamento dos juros da dívida pública, que resultaram em multiplicador de 0,71 (Abrahão et al., 2011).

Recentemente, em novo estudo sobre o assunto, os achados de Orair e colaboradores (2016) reforçam que o gasto do Estado em determinadas políticas é particularmente importante em momento de recessão econômica. Segundo esses autores, os multiplicadores fiscais associados aos investimentos, benefícios sociais e despesas com pessoal durante as recessões

são significativos e maiores do que a unidade (1,68, 1,51 e 1,33 respectivamente), ao invés do multiplicador das despesas com subsídios (0,60). Para eles, o fato de que o multiplicador dos subsídios e de outros gastos é insignificante em qualquer situação econômica produz evidências de que a escolha de política fiscal do período de 2011-4 no Brasil, caracterizada pela redução dos investimentos e expansão dos subsídios, tenha sido uma opção ruim e explique em parte a baixa resposta da economia aos estímulos dados pelo governo.

A desigualdade brasileira é fortemente determinada pelo sistema tributário que é regressivo. A exponencial concentração de renda e riqueza tem seu “motor” no sistema tributário entre os mais regressivos do mundo.

Sistema tributário regressivo

O grau de progressividade ou regressividade dos sistemas tributários pode ser mensurado a partir do efeito redistributivo que os pagamentos têm sobre as rendas dos indivíduos. O Efeito Redistributivo permite avaliar a renda disponível das pessoas após elas realizarem o financiamento dos tributos (impostos, taxas, contribuições). Isso é feito comparando a situação da renda das pessoas antes e após de terem sido feitos os pagamentos. Os pagamentos podem ser diretos para os impostos ou indiretos, por meio de consumos e serviços que contém os tributos embutidos em seus preços.

Diz-se que a estrutura tributária de um país é progressiva ou regressiva após a avaliação do impacto que os tributos têm sobre a renda da população. Um sistema de financiamento progressivo terá um impacto redistributivo sobre a estrutura de renda da sociedade que fará com que os mais ricos paguem proporcionalmente mais que os mais pobres; enquanto um sistema de financiamento regressivo tornará a renda da sociedade mais concentrada depois de realizados os pagamentos concernentes aos tributos, penalizando mais que proporcionalmente os que tem menos renda.

A partir de estudos do Imposto de Renda de Pessoa Física (IRPF) e da Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar (Pnad/IBGE), Marcelo Medeiros e Pedro Souza (2016) identificaram que os extratos mais ricos da sociedade são fundamentais para explicar a alta desigualdade brasileira entre 2006 e 2012. Ao mesmo tempo, Piketty defende que para se reduzir a desigualdade é preciso um sistema tributário mais justo para (1) financiar as políticas sociais e (2) reduzir a concentração de renda do topo da pirâmide (Piketty, 2017).

Quanto à renda, nos países da Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE), a relação IRPF/PIB (Imposto de Renda de Pessoa Física/Produto Interno Bruto) é acima de 8,5% com alíquota máxima entre 40 e 57%, e no Brasil, entre 2,7% e 27,5%. Nossos 10% mais ricos são em média taxados em 21%, enquanto nossos 10% mais pobres com média de 32%. Em 2013 nossos 40.000 mais ricos (0,05% da população) tiveram 2/3 da sua

renda isentos. O valor da renda dos nossos 5% mais ricos é o mesmo dos restantes 95% da população. Quanto a riqueza, a dos nossos 6 maiores bilionários equivale a da metade mais pobre da nossa população (100 milhões de cidadãos). Quanto a taxaço do património, seu percentual na carga tributária está acima de 10% nos países da OCDE e por volta de 4% em nosso país.

Quanto aos lucros e dividendos, naqueles países são taxados entre 20% e 40% e as grandes fortunas entre 2% e 5%, enquanto aqui, todos isentos. Até os aviões, lanchas e helicópteros particulares são isentos de IPVA. Nossas isenções por nível de renda são de 9% para 1 a 3 salários mínimos, 17% para 3 a 20 e de 66% acima de 80 salários mínimos. Só os impostos indiretos (sobre bens, serviços e outros) penalizam 3 vezes os mais pobres.

O reflexo dessa regressividade é de recolhimento médio de 54% da renda familiar na faixa até 2 salários mínimos e de 29% da renda familiar na faixa acima de 30 salários mínimos. Como se não bastasse essa regressividade tributária, temos uma sonegação fiscal acumulada estimada em R\$500 bilhões, alimentada pelos perdões e descontos oficiais de impostos e juros (REFIS) negociados quase 2 vezes ao ano desde 2000, e com o requinte dos recursos do grande capital no Conselho Administrativo da Receita Federal-CARF, objeto da operação “Zelotes”. Temos ainda a estimativa de R\$1,7 trilhão em contas brasileiras nos paraísos fiscais, e 230 mil pessoas físicas brasileiras aplicando em 2015 no mercado financeiro global, o mínimo de US\$ 1 milhão. Somados a esses destinos da riqueza nacional, temos por final os juros da dívida pública - que permanece crescendo - que consumiram metade do Orçamento Geral da União em 2016: R\$720 bilhões.

Os detentores do grande capital e seus grandes executivos concentram o rentismo da nossa dívida pública: perto de 80% dos juros vem sendo apropriados por 20 mil famílias de rentistas lideradas pelos grandes bancos privados. Apesar da sensação de impotência perante esse império dominante voltado para a desestruturação dos Ebes, é importante considerar que ao longo de sua história já secular, o surgimento dos Ebes realizou a superação da versão inicial desse mesmo império dominante. Mantem-se o desafio ao processo civilizatório de reciclar e ampliar valores sociais nas relações entre os cidadãos, segmentos sociais e nações. Em duzentos depoimentos realizados sob anonimato, de altos executivos e ex-executivos de bancos, fundos e agencias financeiras, entre 2011 e 2013, Luyendijk (2015) aborda as crises/hecatombes do mercado financeiro na miséria humana. Para o autor essas hecatombes têm causa maior nas engrenagens fatais do sistema que vai gerando os atuais e próximos donos do grande capital e seus altos executivos, e não meramente na conhecida ganância insaciável e doentia dessas

pessoas. Nas entrevistas usaram como regra expressões como “enriquecemos estraçalhando clientes e concorrentes” e “jogamos roleta russa com a cabeça dos outros”.

Retomando Linera (2013): “construir um novo sentido comum para a vida, de bens comuns: como a água, ar, natureza, acesso ao trabalho, conhecimento, saúde, lazer, locomoção, etc., onde a política, além da correlação de forças e mobilizações, seja fundamentalmente a construção e encontro de um sentido comum de convencimento e articulação por onde os recursos públicos e comuns sejam exclusivamente alocados na realização dos bens comuns”. É sob essa visão da ‘política’ que devem ser compreendidas e persistentemente articuladas a participação das camadas médias no Brasil de hoje na construção de um novo projeto de nação e sociedade. A classe média corresponde a importante parcela da população que detém também importante parcela da renda nacional e que pendula entre o 50% mais pobres (os quais detém muito pouco da renda nacional) e os 10% mais ricos que detém mais da metade da renda nacional. É estratégico conquistar os valores dessa classe média, bem como da maior faixa de pobreza da população, insistir criativamente nos avanços reais e potenciais da consciência do pertencimento da população para os direitos sociais universais frutos das políticas públicas constitucionais para os direitos de cidadania, resgatando e reciclando os debates constitucionais dos anos 80.

Apesar dessas evidências, as renúncias de receitas do governo brasileiro continuam em patamares muito elevados. Para se ter uma dimensão dos valores envolvidos, em 2016, essas renúncias atingiram o montante estimado de R\$ 377,8 bilhões, sendo constituída por: R\$ 213,1 bilhões de benefícios tributários e R\$ 57,7 bilhões de benefícios tributários-previdenciários, que são os chamados gastos tributários, além de R\$ 106,9 bilhões de benefícios financeiros e creditícios (subsídios), valor este apenas 0,8% menor do realizado em 2015. As despesas com subsídios se referem a operações de crédito realizadas por instituições financeiras com recursos próprios ou do Tesouro, com taxas e prazos mais favoráveis do que os praticados pelo mercado, destinadas a setores específicos a fim de incentivar seu desenvolvimento (Tribunal de Contas da União, 2017). Além disso, em meio a uma importante recessão econômica, o governo fez a opção pela austeridade fiscal.

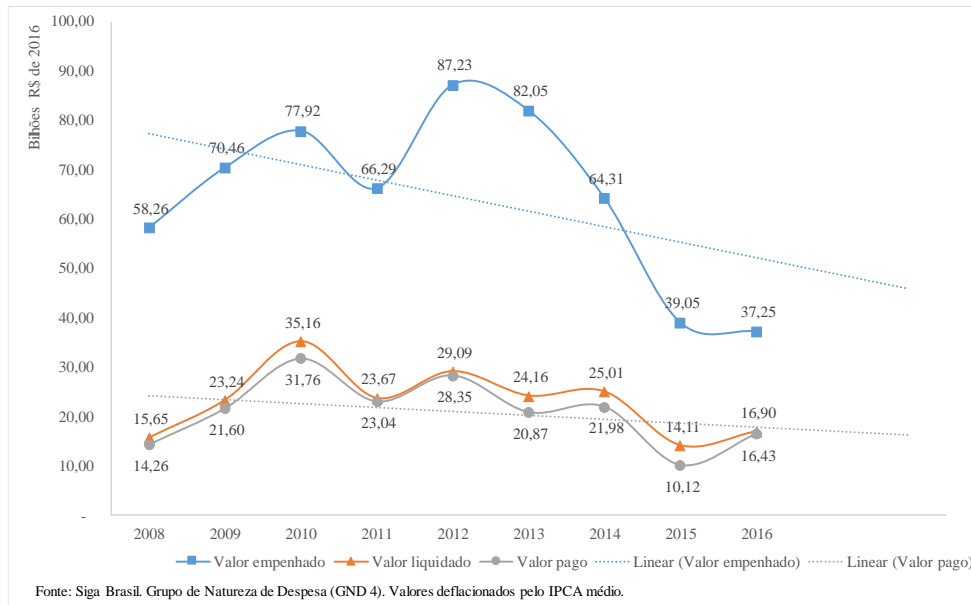
4.1. Como a austeridade está sendo empregada no Brasil e no mundo e seus efeitos

Investimento no Brasil e EC 95

As despesas com investimentos empenhadas do Poder Executivo federal caíram significativamente entre 2012 e 2016, passando de R\$ 87,2 bilhões em valores de 2016 para R\$ 37,3 bilhões no último ano, com redução de 57% (figura 3). Em relação aos valores pagos, a

queda foi de 42% no mesmo período. Neste caso, é melhor tomar por referência as despesas pagas porque boa parte das despesas com investimentos acaba inscrita como restos a pagar, os quais vêm sendo rolados ao longo dos últimos anos.

FIGURA 3
Investimentos do Poder Executivo federal, 2008 - 2016.



Outra medida que contribuiu para a redução da capacidade de o governo efetivar uma retomada mais acelerada do crescimento econômico foi a aprovação, em dezembro de 2016 da Emenda Constitucional nº 95 (EC 95), que estabelece um teto de gasto para as despesas primárias da União, deixando de aplicar qualquer limite para as despesas financeiras deste ente da federação, o que foi chamado de Novo Regime Fiscal (Brasil, 2016a), que institui que as despesas primárias do governo federal ficam limitadas, entre 2017 e 2036, a aproximadamente R\$ 1,3 trilhão valor a ser corrigido anualmente pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA e que constitui o limite para pagamento de despesas em cada exercício financeiro, incluindo os restos a pagar (Volpe et al., 2017). Na prática, têm-se o congelamento das despesas primárias da União, em termos reais, por vinte anos.

Os gastos com saúde e educação perderam a vinculação em relação às receitas e passaram a ter as aplicações mínimas congeladas nos mesmos termos das despesas primárias, com a diferença de que essa regra começará a valer a partir de 2018, de forma que o montante mínimo será correspondente à aplicação mínima do ano imediatamente anterior corrigido pelo IPCA. Em 2017, deverão ser observadas as aplicações mínimas segundo a regra de 15% da receita corrente líquida do exercício para a saúde e 18% da receita de impostos para a educação.

Teto de gasto

Valor fixo definido para as despesas com as políticas públicas financiadas pelo governo federal (chamadas de despesas primárias), o qual será corrigido apenas pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), anualmente, de 2017 a 2036. Esta forma de congelamento em termos reais das despesas primárias (pagas e dos restos a pagar pagos) foi chamada de Novo Regime Fiscal e foi estabelecida por meio da Emenda Constitucional nº 95, de 2016.

As aplicações mínimas com saúde e educação também ficarão congeladas por vinte anos nos mesmos termos. O saldo futuro de receitas, decorrente de aumento da arrecadação em razão da retomada do crescimento econômico, não poderá ser utilizado para investir nas políticas públicas, dada a regra do teto de gasto.

Cenário de crescimento econômico → ↑ da arrecadação → Receitas crescem e despesas primárias permanecem congeladas → ↑ Receitas – Despesas primárias congeladas = ↑ Saldo → Os recursos adicionais não poderão ser investidos nas políticas públicas, mas poderão ser utilizados para pagar despesas financeiras ou poderão constituir reservas monetárias.

Argumentou-se durante a tramitação da PEC que deu origem à EC 95 (PEC 241 na Câmara dos Deputados e PEC 55 no Senado Federal), que a regra proposta e que foi aprovada não impede que a cada ano recursos adicionais à aplicação mínima sejam alocados à saúde e à educação. De fato, não há impedimento legal a este respeito. Contudo, a restrição existente é de ordem orçamentária e impõe limites muito rígidos a cada ano. O crescimento vegetativo médio anual estimado dos benefícios previdenciários será de 3,17% ao ano entre 2017 e 2020 (Brasil, 2016b). Mesmo que aprovada uma reforma da previdência, seus impactos dificilmente serão observados no curto ou médio prazos, o que significa que as despesas com benefícios previdenciários crescerão nos próximos anos, ganhando maior participação no teto das despesas primárias ao longo dos anos.

O que acontece com os gastos com saúde e educação congelados?

Como as aplicações mínimas com saúde e educação estarão congeladas, duas conclusões são óbvias. Primeiro, que as demais áreas de políticas públicas como assistência social, cultura, habitação, trabalho, transporte, segurança pública, pesquisa e desenvolvimento, entre outras, terão de disputar recursos que serão reduzidos a cada ano. Segundo, que dificilmente neste contexto, dadas as restrições orçamentárias para as demais áreas, será possível alocar mais recursos para a saúde e para a educação além da aplicação mínima (Vieira e Benevides, 2016a; 2016b).

Os impactos da aprovação da EC 95 para a aplicação mínima em saúde em comparação com a regra anterior, dada pela Emenda Constitucional nº 86, de 2015, foram estimados,

demonstrando-se que sob a vigência da EC 95 e, em cenários de crescimento econômico, **as perdas para o SUS poderão variar de R\$ 168 bilhões** em valores de 2016 à taxa de crescimento anual média do PIB de 1% **a R\$ 738 bilhões** com taxa de crescimento anual média de 3% do PIB até 2036 (Vieira e Benevides, 2016b). Caso a EC 95 estivesse em vigor no período 2003-2015, as perdas acumuladas no período chegariam a R\$ 135 bilhões (Funcia, 2016).

As implicações da EC 95, ainda na sua fase de proposta, também foram analisadas para a assistência social. Segundo as estimativas feitas, já no primeiro ano de sua vigência, mantido o orçamento estimado do Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário em R\$ 79 bilhões, este valor não seria suficiente para fazer frente às responsabilidades socioprotetivas do órgão, que demandariam R\$ 85 bilhões (redução de 8%), podendo chegar à queda de 54% até 2036. **A perda para a assistência social em vinte anos totalizaria R\$ 868 bilhões** e a redução da participação dos gastos com as políticas assistenciais alcançaria patamares inferiores ao observado em 2006 (0,89%), passando de 1,26% em 2015 para 0,70% em 2036 (Paiva et al, 2016).

Congelamento da aplicação mínima em saúde

Com a EC 95 passa a valer a seguinte regra para a aplicação mínima em ações e serviços públicos de saúde:

- 2017 = 15% da receita corrente líquida (RCL) de 2017 = aplicação mínima de 2017
- 2018 = base de cálculo o valor pago em 2017 (que poderá ser maior, igual ou menor que 15%) corrigido pela variação anual do IPCA
15% da RCL de 2017 + IPCA (acumulado de julho/2016 a junho/2017) = aplicação mínima de 2018
- 2019 = aplicação mínima de 2018 + IPCA (acumulado de julho/2017 a junho de 2018)
- ...
- 2036 = aplicação mínima de 2035 + IPCA (acumulado de julho/2034 a junho/2035).

De acordo com a Secretaria do Tesouro Nacional,* a RCL estimada para 2017 é de R\$ 764,4 bilhões, o que resulta em uma aplicação mínima em saúde estimada de R\$ 114,7 bilhões. Logo, sob a vigência da EC 95, a aplicação mínima em saúde será de R\$ 114,7 bilhões em valores de 2017 até 2036.

* Demonstrativo da Receita Corrente Líquida. Disponível em: <http://www.tesouro.fazenda.gov.br/series-historicas>. Acesso: 25 set. 2017.

Outra questão importante que precisa ser considerada é o quanto a opção pela austeridade no Brasil, especialmente com a adoção do teto do gasto para as despesas primárias, afeta o tamanho do Estado por meio da política fiscal. Nesse ponto, deve-se considerar que um dos efeitos práticos imediatos da EC 95 com a retomada do crescimento econômico será a

redução da participação das despesas primárias do governo federal no PIB, de cerca de 20% em 2016 para cerca de 16% a 12% até 2026, a depender do desempenho da economia (Fórum 21 et al, 2016).

Há evidências de que a opção de corte de despesas com investimentos não é uma boa escolha de política em momento de recessão econômica, considerando o multiplicador fiscal dessas despesas para o PIB conforme mencionado em seção anterior. Em outras palavras, os investimentos poderiam ajudar a alavancar a economia no presente momento, mas ao invés de mantê-los ou até mesmo aumentá-los, a medida adotada tem sido de sua redução.

Sobre o rigor da EC 95, Pires (2016) afirma que nenhum governo do mundo adotou regime fiscal tão estrito quanto este escolhido pelo governo brasileiro, mesmo em países com situação de desequilíbrio fiscal pior do que a brasileira. Segundo o autor, somente o Japão estabeleceu regra semelhante à da EC 95, mas se trata de um país muito diferente do Brasil, pois não apresenta crescimento populacional e passa por período de deflação. Ainda segundo ele, a maioria dos governos que adotaram limites para o crescimento dos gastos públicos fez o ajuste fiscal permitindo crescimento do gasto acima da inflação, seja definindo explicitamente o percentual de crescimento real na regra, seja estabelecendo a regra para o crescimento como percentual do PIB.

Estas constatações reforçam o argumento de que, no Brasil, a austeridade está sendo utilizada para além da motivação neoliberal das políticas na Europa, mas para produzir uma reforma profunda do Estado instituído com a Constituição Federal de 1988.

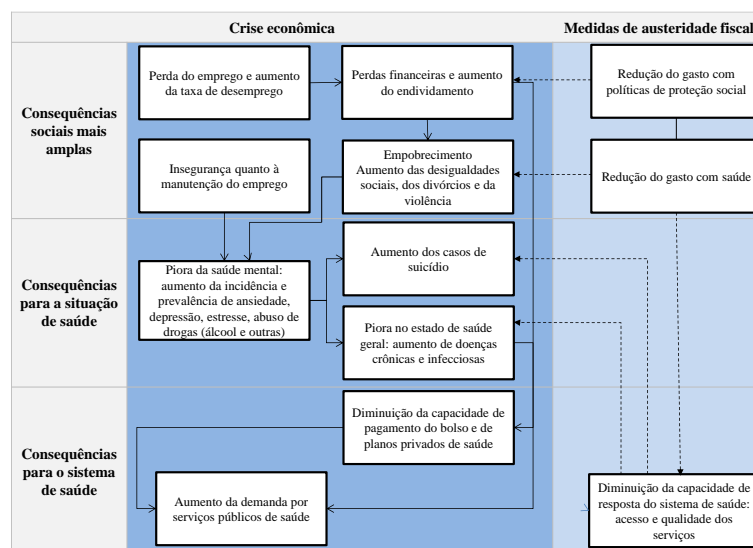
A EC 95 é uma clara reforma do Estado feita de forma implícita, dado que não se revelou durante a tramitação da proposta da EC 95 a real intenção de reduzir a participação das despesas primárias em relação ao PIB, o que implica a redução da participação do Estado em diversas políticas públicas, entre as quais as de saúde e de educação, sendo necessária a mudança da Constituição (Vieira e Benevides, 2016b).

Soma-se a este processo de redução do tamanho do Estado por meio do congelamento das despesas primárias do governo federal, a realização de reformas estruturais como a reforma trabalhista, recentemente aprovada, e a reforma da previdência, que está em tramitação no Congresso Nacional.

4.1.1. Efeitos sociais das crises econômicas e da austeridade no mundo

Na UE da crise econômica de 2008, os planos de resgates financeiros que se seguiram como prescrição da *Troika* aos países mais endividados da região são identificados como grande ameaça ao acesso dos cidadãos aos serviços de saúde. As medidas recomendadas pelos credores como corte de gastos sociais e a realização de reformas estruturais em países como Grécia, Irlanda, Portugal, Chipre e Espanha diminuíram a capacidade desses Estados responderem efetivamente à demanda por serviços públicos (Kentikelenis, 2015). Países europeus que receberam empréstimo do Fundo Monetário Internacional (FMI) tiveram maior probabilidade de adotar tais medidas, reduzindo seus orçamentos da saúde. A redução do gasto do governo com proteção social tem sido associada ao aumento da pobreza e da desigualdade, com consequências também para a saúde das populações (Labonté e Stuckler, 2016). Já existem muitas evidências sobre os efeitos negativos das crises econômicas e da austeridade para os indivíduos, especialmente os socioeconomicamente vulneráveis. Com base na literatura científica, as consequências das crises e da austeridade para as condições sociais e de saúde das populações afetadas já podem ser minimamente relacionadas, chegando-se à conclusão de que as crises podem agravar os problemas sociais, aumentar as desigualdades sociais e piorar a situação de saúde da população. Também é possível concluir que as medidas de austeridade fiscal, que estabelecem a redução do gasto com programas de proteção social, agravam os efeitos da crise sobre a situação de saúde, em particular, e as condições sociais de forma mais geral (Vieira, 2016). A Figura 4 ilustra as relações, de acordo com os estudos publicados sobre o tema.

FIGURA 4
Consequências sociais, sobre o estado de saúde e para o sistema de saúde das crises econômicas e da austeridade.



Fonte: Vieira, 2016.

Nos países- membros da OCDE de alta renda, a crise financeira de 2008 e a consequente perda do emprego foi associada à piora da saúde mental, aumentando a prevalência de depressão e ansiedade, especialmente entre desempregados e aqueles que acabaram de perder o emprego. Outras consequências da recessão econômica identificadas pelos pesquisadores foram o aumento das taxas de suicídio, redução na autoavaliação do estado de saúde como bom, aumento de doenças crônicas não transmissíveis e de algumas doenças infectocontagiosas, piora no acesso aos serviços de saúde por barreiras econômicas e aumento do consumo de bebidas alcólicas em grupos de alto risco, constituídos por pessoas que já consomem álcool rotineiramente e desempregados (Karanikolos, 2016). A recente crise econômica foi considerada um importante estressor, com impactos negativos sobre a saúde dos trabalhadores e da população em geral (Mucci et al, 2016).

O efeito de eventos financeiros negativos sobre a mortalidade foi avaliado por Stuckler e colaboradores (2009) para 26 países europeus, chegando-se à conclusão de que 1% de aumento no desemprego provoca a elevação de 0,79% nos casos de suicídio de menores de 65 anos. Os autores atribuíram ao sistema de proteção social da Finlândia e da Suécia o fato de que embora a taxa de desemprego nesses países tenha aumentado, não foi acompanhada de aumento dos casos de suicídio, o que revela a importância dos programas sociais para a mitigação dos efeitos das crises econômicas.

Quanto ao abuso de bebidas alcólicas, há evidências de que as crises financeiras reduzem o consumo dessas bebidas de uma maneira geral, mas também que ocorre abuso em subgrupos sociais mais vulneráveis, estando entre os fatores de risco a perda do emprego e o desemprego de longa duração, além de suscetibilidades pré-existentes como doenças mentais (Dom et al., 2016).

Efeitos negativos das crises econômicas e da austeridade observados no mundo

- realização de reformas estruturais
- desemprego
- cortes do gasto do governo com pessoal
- redução do gasto do governo com proteção social e gastos sociais em geral, com redução dos orçamentos da saúde
- fechamento de serviços, redução de horas de funcionamento e da força de trabalho
- aumento da pobreza e da desigualdade
- agravamento dos problemas sociais, aumento das desigualdades sociais e piora da das condições sociais e de saúde
- instituição e/ou aumento do co-pagamento pelo uso de serviços de saúde, estabelecimento de taxas adicionais

- restrição do direito à saúde para determinados grupos populacionais, como imigrantes, moradores de rua, usuários de drogas
- piora da saúde mental,
- aumento da prevalência de depressão e ansiedade
- aumento das taxas de suicídio, sobretudo entre menores de 65 anos
- redução na autoavaliação do estado de saúde como bom
- aumento de doenças crônicas não transmissíveis e de algumas doenças infectocontagiosas
- aumento da dificuldade de ter acesso aos serviços de saúde por barreiras econômicas
- aumento do consumo de bebidas alcólicas em grupos de alto risco, constituídos por pessoas que já consomem álcool rotineiramente e desempregados; abuso de álcool em subgrupos sociais mais vulneráveis, estando entre os fatores de risco a perda do emprego e o desemprego de longa duração, além de suscetibilidades pré-existentes como doenças mentais

Além dos impactos negativos diretos da crise econômica, a austeridade tem sido apontada como responsável pelo aumento do número de pessoas na UE que não tiveram as suas necessidades de cuidados de saúde atendidas no período pós-2008. Entre as medidas adotadas pelos governos, encontram-se o aumento do co-pagamento pelo uso de serviços de saúde, corte de gastos (que provocam fechamento de serviços, redução de horas de funcionamento e da força de trabalho), assim como a realização de reformas que restringem o acesso por imigrantes, moradores de rua e usuários de drogas (Reeves et al, 2015; Legido-Quigley et al, 2016; Lopez-Valcared e Barber, 2017).

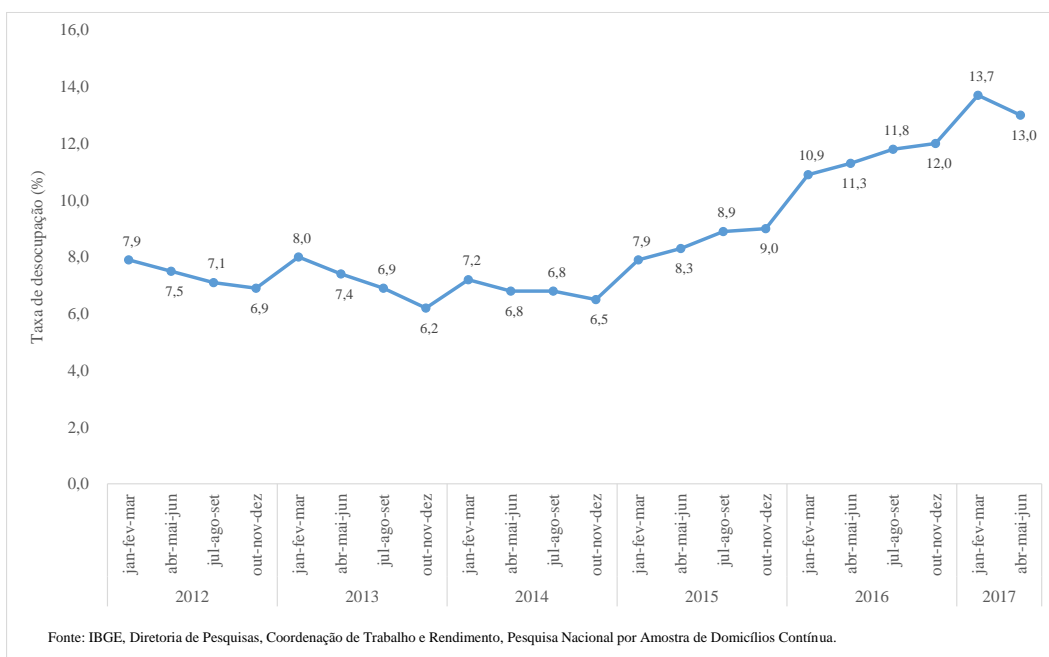
As reformas implementadas pela Alemanha, Espanha e Inglaterra em seus sistemas de saúde seguiram os caminhos iniciados nos anos 1990, com a realização de mudanças voltadas ao mercado de trabalho, intensificação da competição regulada e separação entre o financiamento e a prestação de serviços. Embora tivessem partilhado o objetivo de conter os gastos públicos e controlar o déficit, as políticas adotadas por esses países foram diferentes. A Espanha, que foi mais afetada pela atual/recente/ crise /de 2008, estabeleceu cortes significativos no orçamento, aumentou o co-pagamento, excluiu cobertura e fez cortes de despesas com pessoal. Por sua vez, a Inglaterra promoveu reforma mais profunda no seu sistema de saúde. Reorganizou as relações entre financiadores e prestadores, separando-os; reduziu as funções gerenciais e abriu o sistema para a participação de prestadores privados. E, por fim, a Alemanha, que menos sofreu os impactos da crise, congelou a contribuição dos empregadores, adiando os aumentos que ficarão a cargo dos segurados, e possibilitou o estabelecimento de taxas adicionais pelas caixas de seguro para incentivar a competição e a redução dos gastos (Giovannella e Stegmüller, 2014).

A respeito das reformas realizadas no Serviço Nacional de Saúde inglês (NHS), o diagnóstico atual é de que elas geraram um sistema mais complexo e fragmentado quanto à gestão, regulação e contratualização. O sistema mantém-se financiado com recursos públicos e o acesso continua sendo universal, contudo, promoveu-se profunda mercantilização, com incentivos à compra de serviços privados. A intensa mercantilização e fragmentação do sistema estão na origem de ineficiências, com aumento dos gastos administrativos (de 6 para 15%). Adicionalmente, os cortes orçamentários resultaram em prejuízo à qualidade dos serviços, elevação do tempo de espera e maior insatisfação dos usuários (Giovanella, 2016).

4.1.2. Efeitos sociais das crises econômicas e da austeridade no Brasil

No Brasil, os resultados de alguns indicadores sociais macros demonstram os efeitos da crise econômica. Como se pode ver na figura 5, o percentual de pessoas desocupadas estava em 13% no segundo trimestre de 2017. Considerando que o desemprego está entre as principais causas da piora da saúde mental em momentos de crise econômica e de austeridade fiscal, pode-se ter uma noção sobre a magnitude do problema. A taxa de desocupação, que é o percentual de pessoas desocupadas na semana de referência em relação às pessoas na força de trabalho nessa semana, passou de 6,9% no quarto trimestre de 2012, equivalentes a 6,6 milhões de pessoas, para 13% no segundo trimestre de 2017, o que corresponde a 13,5 milhões de indivíduos.

FIGURA 5
Percentual de pessoas desocupadas em relação às pessoas na força de trabalho, Brasil, 2012 – 2017.



Como no Brasil o tipo de contratação majoritária de planos privados de saúde é o contrato coletivo empresarial, o aumento do desemprego pode ter impacto significativo no número de beneficiários desse segmento do sistema de saúde. Segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar, este tipo de contratação respondeu por 66,4% dos beneficiários de planos privados de assistência médica com ou sem odontologia em março de 2017. Considerando todos os tipos de contratação, o que se observa é uma queda de 5% no número total de beneficiários a partir de junho de 2015, com redução de aproximadamente 2,6 milhões de contratos até junho de 2017 (figura 6). Este pode ser o número aproximado de pessoas que passam a depender exclusivamente do SUS em relação à assistência à saúde, aumentando a demanda no sistema num curto prazo.

O tempo decorrido após o agravamento da crise econômica e da implementação de medidas de austeridade fiscal ainda é curto para a realização de análises robustas com base em dados agregados a respeito dos seus possíveis impactos sobre o funcionamento do SUS e sobre os resultados em saúde. Apresentam-se a seguir alguns indicadores que podem ser acompanhados para esta finalidade em estudos futuros. Na figura 7, verifica-se a redução de 3,6% do gasto total com as ações e serviços públicos de saúde (ASPS), passando de R\$ 257 a R\$ 248 bilhões, em termos reais, entre 2014 e 2016.

FIGURA 6
Beneficiários de planos de assistência médica, Brasil, 2008 – 2017.

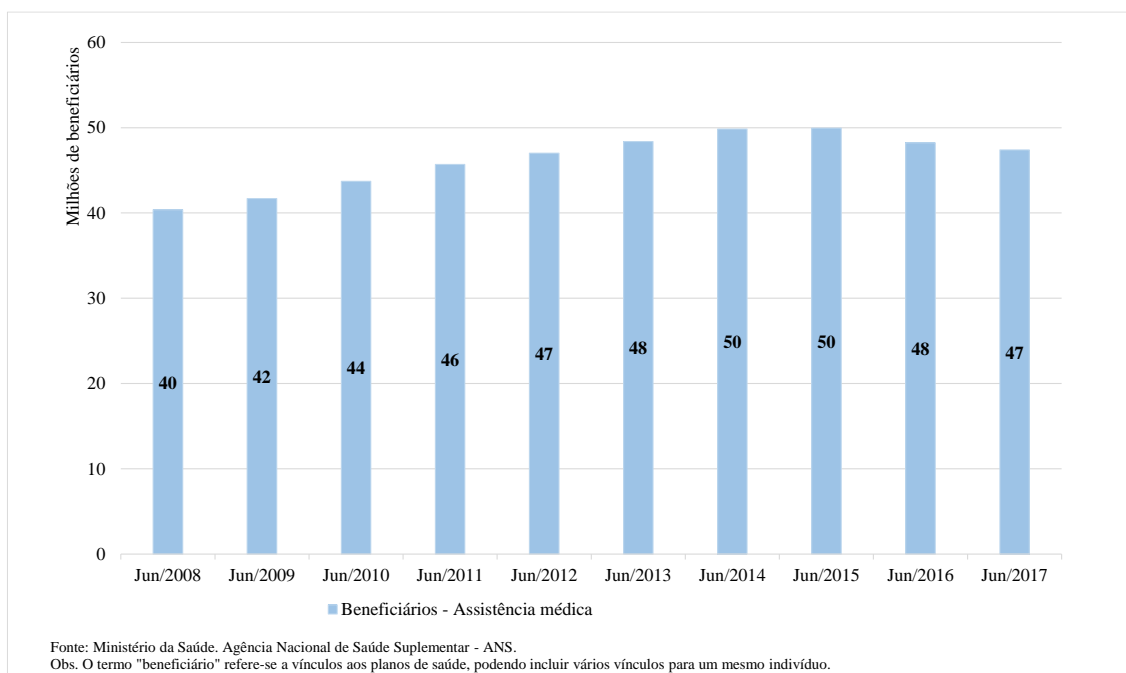
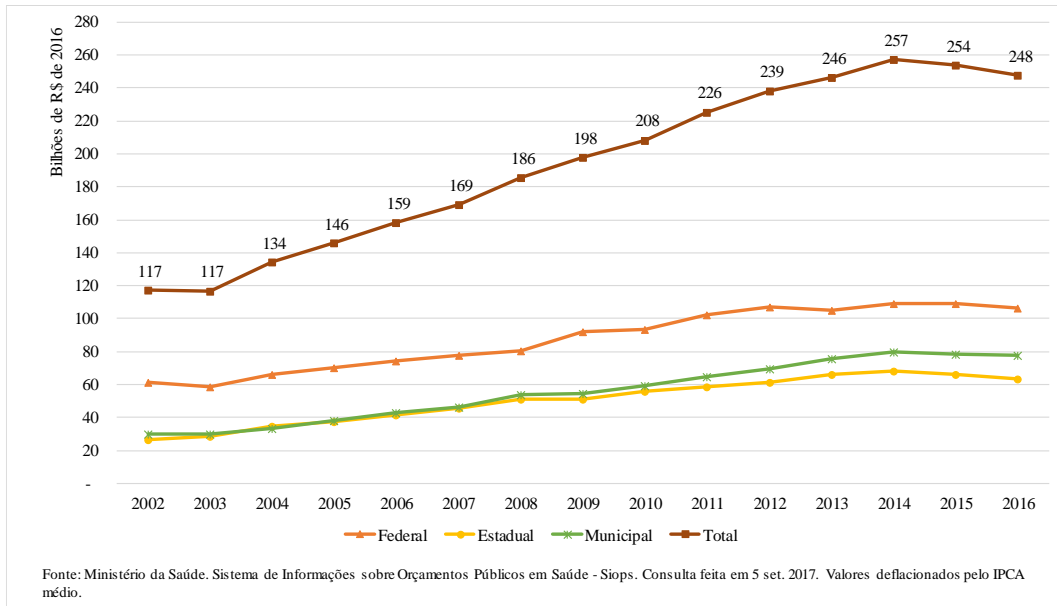
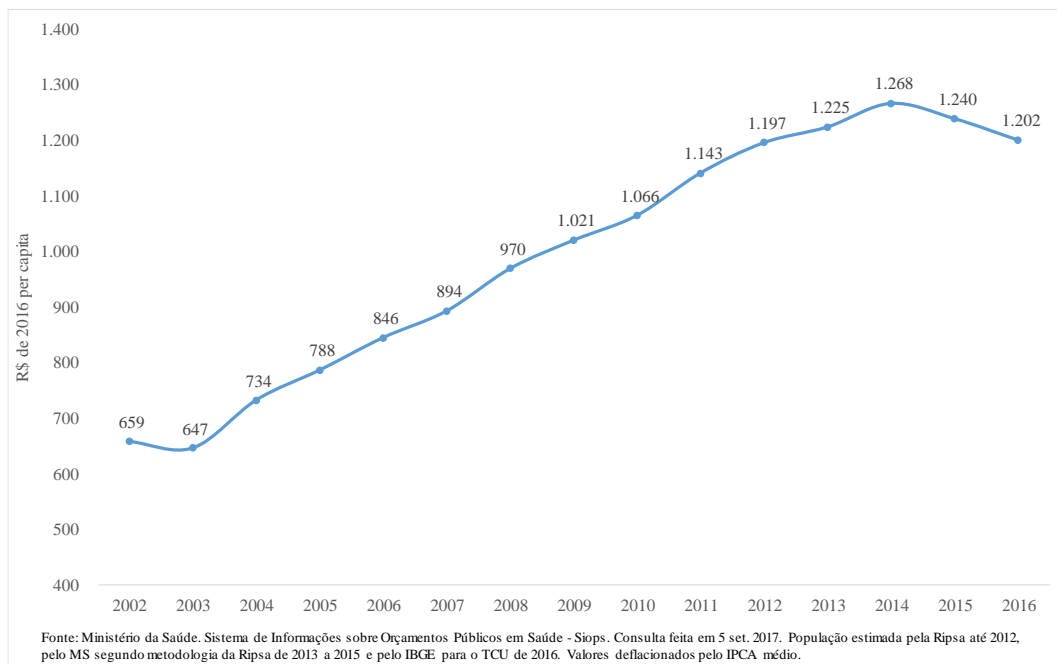


FIGURA 7
Gasto com ações e serviços públicos de saúde (ASPS), Brasil, 2002 – 2016.



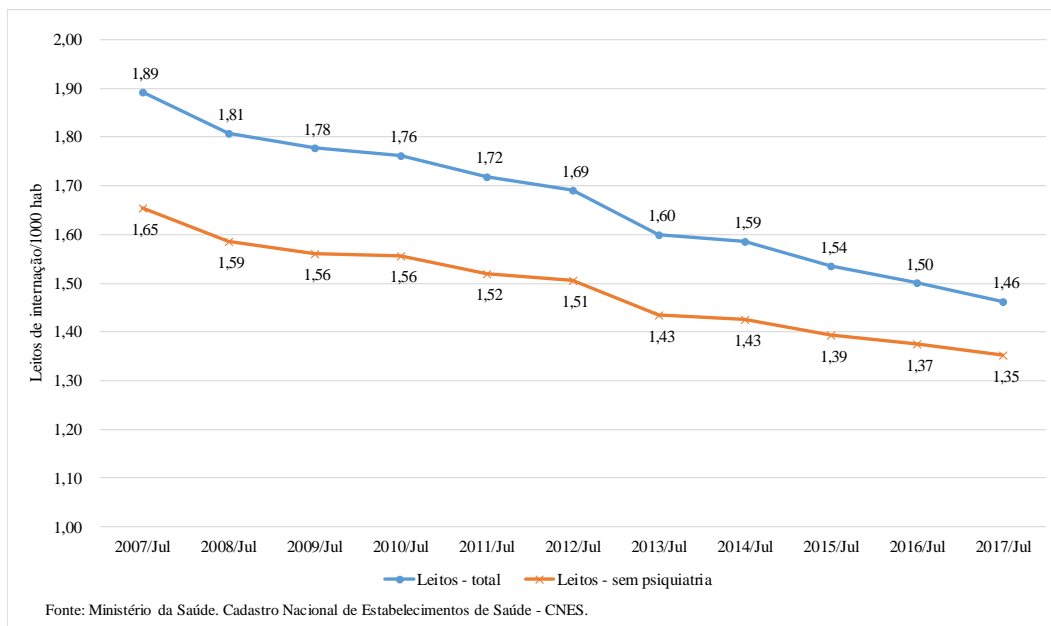
Em valores per capita, a queda do gasto com ASPS foi de 5% entre 2014 e 2016. A taxa de crescimento médio real desse gasto no período de 2004 a 2014 foi de 6,3% ao ano, havendo uma reversão dessa tendência a partir deste último ano, com redução anual média de 2,6% a partir de então (figura 8).

FIGURA 8
Gasto total per capita com ações e serviços públicos de saúde (três esferas de governo), Brasil, 2002 – 2016.



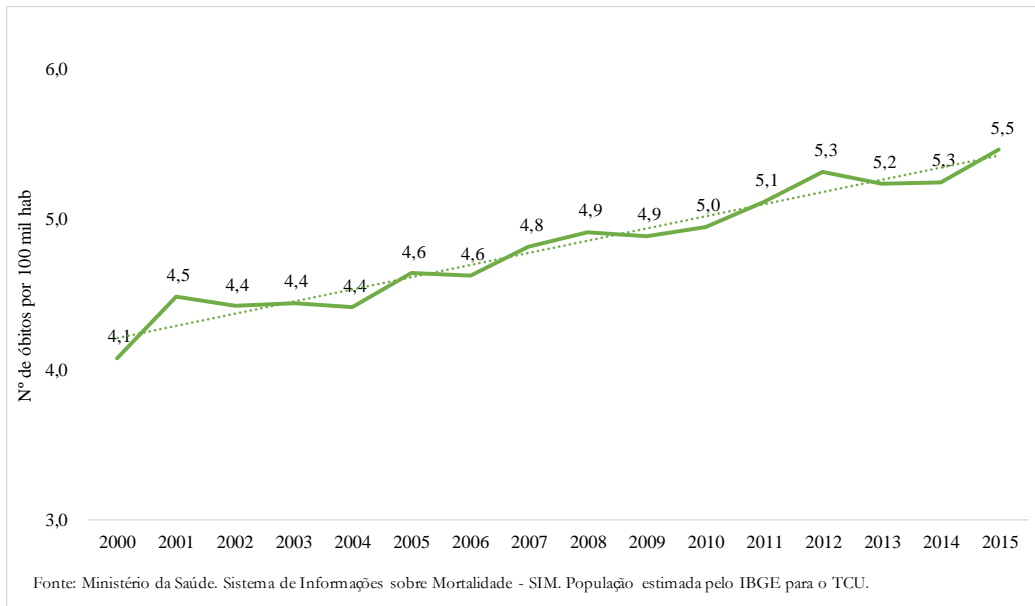
Quanto ao número de leitos, já vinha caindo a disponibilidade de leitos no SUS por mil habitantes e continua a tendência descendente, mesmo quando são subtraídos os leitos psiquiátricos (figura 9). A média de redução dos de leitos de internação, descontados os psiquiátricos, foi de 0,72% no período de 2007 a 2014. A partir de então, a velocidade de redução aumenta, registrando uma queda anual média de 1% entre 2014 e 2017, que pode ser consequência da diminuição do gasto total com ASPS.

FIGURA 9
Leitos de internação por mil habitantes disponíveis para o SUS, Brasil, 2006 - 2017.



Em relação aos suicídios, o número de casos está em trajetória ascendente desde 2000 (figura 10), o que pode refletir, em parte, a melhoria da informação e do registro dos óbitos no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Como os dados não estão disponíveis para 2016, que é justamente o ano de maior impacto da recessão econômica do período recente, uma análise sobre os possíveis efeitos da crise para este desfecho ainda não é possível de ser realizada. A taxa média de crescimento anual do número de casos foi de 3% no período de 2002 a 2015 e de 1,4% nos óbitos por 100 mil habitantes no mesmo período. Considerando que os casos podem ser mais frequentes entre indivíduos mais vulneráveis socioeconomicamente, por exemplo, desempregados e pessoas sofrendo transtornos mentais, a realização de estudos que avaliem a ocorrência deste tipo de óbito por grupos sociais é fundamental para investigar se os efeitos da crise econômica e da austeridade para o aumento dos casos de suicídio observados em outros países também ocorrem no Brasil.

FIGURA 10
Mortalidade por lesões autoprovocadas voluntariamente (suicídios) no Brasil,
2000 – 2015.



O início da implementação do SUS, há 29 anos, coincidiu com o início da financeirização do orçamento público nacional acompanhando de forte restrição nas políticas públicas da área social. Lembramos que para a construção do então novo sistema de saúde, simultaneamente a implementação dos referenciais positivos e diretrizes constitucionais, passaram a ser também implementados outros cinco referenciais, estes negativos, cuja percepção foi se dando ao longo desses anos de SUS – e, note-se, não somente em separado cada um desses referenciais negativos, como também foi clareando a inteligente articulação estratégica entre esses referenciais que revela, hoje, um inequívoco e eficaz engendramento desviante das diretrizes constitucionais.

São os cinco referenciais que estamos denominando de negativos ao SUS: 1) em nome do ajuste fiscal, a esfera federal retraiu sua participação no financiamento do SUS, passando de 75% iniciais para 45% atuais, enquanto as esferas municipal e estadual somadas elevaram sua fatia conjunta de 25% iniciais para 55% atuais, permanecendo o baixíssimo financiamento público entre 3,5 e 3,9% do PIB. Como não bastasse, a execução orçamentária do Ministério da Saúde é induzida aos contingenciamentos do empenho, da liberação e do pagamento, com perdas anuais na execução orçamentária não compensadas ao Fundo Nacional de Saúde como se dá em outros fundos públicos; 2) em nome da complementaridade de serviços privados contratados e conveniados prevista na Constituição, onde predomina o pagamento por produção, o investimento público nos serviços próprios foi rudemente precarizado, tornando-

os minoritários e marginalizados no sistema, o mesmo se dando com os recursos humanos; 3) em nome da livre atuação dos serviços privados no mercado, prevista na Constituição, o campo da oferta privada passou a ser fortemente subsidiado pela esfera federal, tanto para as empresas privadas de planos privados de saúde, inclusive com deduções de multas, como os empréstimos públicos subsidiados para a construção hospitalar privada; 4) em nome da livre negociação nos dissídios trabalhistas, o forte cofinanciamento federal de planos privados de saúde para os trabalhadores dos setores público e privado, passou à condição de primeira moeda de troca nas mesas de negociação, o que descolou os trabalhadores organizados e a estrutura sindical da vanguarda das lutas sociais por políticas públicas de cidadania e; 5) em nome da autonomia constitucional entre as esferas de governo, a federal exacerbou a relação fragmentada com e entre as demais unidades federadas, acarretando grande prejuízo da implementação da diretriz constitucional da Regionalização e, por consequência, do que deveria ter sido o novo modelo de atenção à saúde, vinculado à implementação articulada e sinérgica do conjunto das diretrizes constitucionais, que contaria com uma Atenção Básica universal de alta resolutividade, ordenadora das redes regionais de atenção integral. Paradoxalmente, essa autonomia exacerbada resultou na aceitação das imposições federais para o recebimento de centenas de pequenos repasses financeiros federais, negociados um a um e com prestações de contas burocratizadas, esta sim, configurando importante forma de perda de autonomia.

Qualquer análise da construção do SUS no país deve considerar que esta vem se dando no contexto de hegemonia desses 5 referenciais acima expostos. Ressaltamos que, mesmo sob as distorções herdadas do modelo anterior e limites impostos pelos referenciais negativos hegemônicos, o SUS incluiu quase metade da população antes excluída e aprimorou, qualificou e ampliou a Atenção Básica, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dos Centros Regionais de Saúde do Trabalhador (CEREST), do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e, ainda, consegue ser uma referência internacional na Imunização contra Doenças Transmissíveis, Vigilância em Saúde, controle do HIV/AIDS, Hemocentros e Transplante de tecidos e órgãos.

Cabe considerar que os 5 referenciais negativos se desenvolvem muito menos com o objetivo de obstaculizar e distorcer o SUS e muito mais como os pilares de um outro sistema de saúde, no caso, calcado em: a) redução dos gastos públicos com saúde e austeridade fiscal; b) elevação da contratação de serviços privados de assistência às doenças; c) instituição do copagamento dos usuários do SUS no ato do uso do serviço de saúde; d) gerenciamento de serviços públicos por entes privados; e) estímulo à planos privados populares de saúde (os planos acessíveis, ou “planecos”) e; f) estabelecer indicadores de “cobertura universal de saúde”

em que importa tão somente se a totalidade da população tem cobertura de algum serviços de saúde, independentemente se pago ou não e de sua capacidade de resolução do problema de saúde da pessoa. A implementação desse outro modelo de atenção à saúde, que atualmente está sendo defendido pelas agências internacionais como “Cobertura Universal de Saúde”, vem sendo implementado por alguns organismos e entidades internacionais e nacionais com estratégias e formatos diferenciados conforme o desenvolvimento e o peso geopolítico de cada país.

Essa resistência do SUS e os avanços possíveis, sob os inclementes 5 referenciais negativos hegemônicos, vem sendo a duras penas nos 29 anos pela “militância SUS”. É graças à maioria dos trabalhadores de saúde, dos conselheiros de saúde, dos gestores descentralizados, dos movimentos sociais e das entidades do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira. Possivelmente, nesses 29 anos, a própria consciência ou sentimento de pertencimento que se esboçou na estrutura sindical e nas camadas médias da sociedade durante os debates constitucionais dos anos 80, foram desestimulados; aí certamente reside importante desafio à “militância SUS” de insistir criativa e solidariamente na retomada da consciência de pertencimento do SUS e contribuição à sua construção.

Também é preciso investigar as implicações da crise econômica e da austeridade fiscal para outras políticas sociais, considerando que com a implantação do teto de gasto a redução do gasto público será mais significativa para as áreas de assistência social, trabalho e renda, cultura, desenvolvimento agrário, saneamento básico, habitação, entre outras.

5. Políticas que mitigam os efeitos sociais negativos das crises econômicas

Análises sobre os efeitos das crises econômicas têm demonstrado que os países que optaram por preservar e/ou fortalecer as políticas sociais de caráter universal, evitando a adoção de medidas de austeridade fiscal, não só foram capazes de mitigar os efeitos da crise econômica sobre as condições sociais da população como retomaram o crescimento econômico em prazo mais curto (Stuckler e Basu, 2013).

O estudo de Stuckler e colaboradores (2009) para 26 países europeus, por exemplo, permitiu aos autores atribuir ao sistema de proteção social da Finlândia e da Suécia o fato de que, embora a taxa de desemprego nesses países tenha aumentado, não foi acompanhada de aumento dos casos de suicídio, e que isso também revela a importância dos programas sociais para a mitigação dos efeitos das crises econômicas.

As políticas que têm se destacado nesse sentido envolvem a preservação dos sistemas de proteção social de caráter universal dos países, sendo fundamentais os programas ativos para a reinserção dos indivíduos no mercado de trabalho, de apoio às famílias, à paternidade e à maternidade, de controle do preço e da disponibilidade de bebidas alcólicas, de alívio das dívidas e de fortalecimento do capital social (Wahlbeck e McDaid, 2012).

No âmbito dos sistemas de saúde, tem-se recomendado o uso de evidências no processo de tomada de decisão, a fim de possibilitar a escolha de intervenções em saúde mais efetivas e eficientes; a preservação do gasto com saúde, para que o sistema possa manter o nível do cuidado ofertado; e o aumento da efetividade e da eficiência do gasto com saúde (World Health Organization, 2009).

Cabe destacar que no campo da gestão do SUS a causa do maior desperdício dos recursos alocados, é estrutural, da política de Estado que é a lentidão e por vezes a paralisia da construção das diretrizes constitucionais que levam ao modelo SUS. Essa causa mantém a aquisição e o agravamento de doenças evitáveis mesmo com os conhecimentos e tecnologias de saúde disponíveis. Para exemplificar, somente em relação ao câncer cérvicouterino nossa mortalidade está em torno de 12,5/100.000 enquanto no Canadá, com diagnóstico e tratamento precoces, está em torno de 2,5/100.000.

Além da mortalidade, a sobrevida das pessoas com essa mesma patologia diagnosticada e tratada oportunamente resulta, em média, 12 a 16 anos de sobrevida nos países com bons sistemas públicos de saúde, mas em nosso país são apenas 2 a 4 anos. A espera média no país para seções de quimioterapia estava há poucos anos em mais de 2 meses, radioterapia em mais de 4 meses e metade das cirurgias oncológicas também com longas esperas. Na capital de São Paulo as esperas para consultas de 15 especialidades em 2013 estavam entre 1 mês e 1,5 ano, e para 13 exames diagnósticos, entre 2 meses e 2 anos. A constatação anterior em relação ao câncer cérvicouterino ocorre com as demais doenças, como no câncer de próstata, na hipertensão (que predispõe à doença cardíaca, acidente vascular cerebral e insuficiência renal), no diabetes (idem, mais lesões na retina), doenças do aparelho locomotor, entre outras.

As ações preventivas referentes à vida saudável, identificação e mapeamento de situações de risco, sua prevenção e diagnóstico e tratamento precoces, compõem o campo da Atenção Básica que pode resolver até 90% das necessidades de saúde a um custo unitário expressivamente menor, além de respeitar o direito à vida saudável e à própria vida. Já temos conhecimentos e tecnologias suficientes para mapear as situações de risco e as pessoas mais expostas na população e intervir precocemente com medidas preventivas, diagnóstico e tratamento precoce, assim como a informatização em único cartão de saúde para cada cidadão.

Em que ponto se encontra a realização dessas práticas básicas? Quantos cidadãos e cidadãs estão agravando suas doenças e falecendo diariamente em nosso país desnecessariamente, com os conhecimentos e tecnologias já apropriados na atenção básica e na assistência mais complexa?

Estudos mostram que o SUS é um dos mais eficientes sistemas públicos de saúde no mundo (Marinho et al 2012). Com o per capita de recursos públicos entre 1/5 a 1/6 do per capita médio dos 15 países com melhores sistemas públicos, o SUS conseguiu incluir a população, realizar anualmente mais de 3 bilhões de ações básicas, mais de 2 bilhões de ações especializadas incluindo apoio ao diagnóstico e de terapias, mais de 11 milhões de internações hospitalares, sem contar todas as outras ações e programas que não resultam em assistência direta. Porém, sob o ângulo da eficácia social, pouco avançamos e isso se deve, sobretudo, às ações evitáveis causadas pela permanência do modelo anterior dos 5 referenciais hegemônicos e negativos acima discutido, com atendimento passivo e tardio de demanda. A estes, é acrescido o grave problema do excesso de prescrições, requisições, encaminhamentos e internações evitáveis ou desnecessárias, todos geradas na sobrecarga da demanda aos profissionais e nos interesses de indústria e fornecedores de medicamentos e equipamentos de saúde.

A ingenuidade e/ou desinformação sobre a causalidade estrutural desse desperdício estrutural no SUS, que é gerado e mantido pelos interesses dominantes expressados nos 5 referenciais negativos já relatados, só reforça o raciocínio equivocado de que apenas uma boa gestão resolveria todos os problemas do SUS, como se o financiamento adequado pudesse ser menos importante. Por este motivo, tal falácia deve ser denunciada e superada.

Deve ainda, ser enfatizado outro nível de desperdícios na gestão das esferas estadual, municipal e de cada unidade prestadora de serviços, este sim suscetível de intervenções corretivas desde já, como o não seguimento de protocolos técnicos de condutas técnicas preventivas, diagnósticas e terapêuticas, a deterioração de medicamentos, o absenteísmo, descumprimento de horários, a não avaliação da efetividade dos resultados em relação aos custos, o tempo de reposição de recursos humanos e materiais, os gastos não compatíveis com as prioridades definidas no planejamento aprovado nos conselhos de saúde, as terceirizações mal justificadas e até desvios (temporários ou não) nos fundos de saúde, a falta de carreiras públicas, entre outros.

É fundamental ter-se em mente que este nível de desperdícios, bastante ligado ao burocratismo, ao cartorialismo, ao corporativismo e à extrema lentidão da nossa administração pública na prestação de serviços no campo dos direitos sociais, não podem e nem devem justificar o subfinanciamento do SUS. A própria reestruturação e agilização da administração

pública direta e indireta requerem um patamar operacional de financiamento bem acima do atual. Por outro lado, o esforço incessante de controlar os desperdícios desde já, ampliam e fortalecem a luta maior contra os referenciais hegemônicos que vêm impedindo a implementação do modelo “SUS”.

6. Considerações finais

A conjuntura atual é de intensa turbulência nas áreas política e econômica, com graves consequências para a área social, o que torna relevante a produção de conteúdo para fomentar as discussões sobre as opções de políticas adotadas pelos governos e de seus impactos para o bem-estar da população brasileira. Como assinalado desde o início desse texto, embora sejam imensos os desafios de enfrentamento ao projeto hegemônico ultra-neoliberal, pressupomos que é possível enfrentar, com resistência e formulação de projetos de saída para o Brasil, a destruição da democracia e a causada pelas políticas de austeridade. Os resultados dos estudos trazidos ao longo desse texto contribuem largamente para esse enfrentamento.

A austeridade fiscal que hoje se implanta no Brasil, por meio de medidas como o congelamento das despesas primárias, assim como dos gastos mínimos com saúde e educação, ainda que em termos reais, e da realização de reformas estruturais, representa a hegemonia da visão de corte neoliberal sobre o funcionamento da economia e sobre as funções do Estado no campo das políticas sociais. Embora várias evidências científicas venham demonstrando os impactos negativos da austeridade fiscal em momento de crise econômica para a retomada da economia, os que a defendem continuam apregoando que o arrocho se faz necessário para esta recuperação, ainda que o custo social seja muito elevado e que a sustentabilidade da própria recuperação econômica esteja colocada em xeque com a aplicação de medidas de austeridade. Este custo tem se revelado particularmente alto para os grupos sociais mais vulneráveis. Muitos estudos científicos têm demonstrado os efeitos danosos das crises econômicas e da austeridade para o bem-estar da população geral e, especialmente, para esses indivíduos.

Na atualidade, as mudanças no mercado de trabalho introduzidas pela globalização, com grande competição entre os países, pelo rápido desenvolvimento e incorporação de tecnologias ao processo produtivo e pela ampliação da entrada das mulheres no mercado estão na origem dos novos riscos sociais. Para fazer frente a esses novos desafios, do ponto de vista da garantia de bem-estar às populações, já não basta pensar as políticas sociais de uma forma residual, como mecanismo de proteção aos indivíduos nos momentos de crise econômica ou pessoal. É preciso também prepará-los para enfrentar este processo dinâmico no curso de suas vidas.

Esta abordagem reconhece tanto as limitações das políticas keynesianas quanto das políticas neoliberais no campo social e é conhecida como política de investimento social. Destacamos que o investimento social não se propõe a substituir a proteção social de caráter universal, ao contrário, pressupõe que o alto investimento nesta proteção deve ser mantido e ainda agrega a ele alguns elementos que no caso europeu tem sido discutido há mais tempo que no Brasil, até mesmo pelo maior tempo de convivência daqueles países com os novos riscos sociais.

Ao se fazer a opção pela austeridade fiscal no Brasil, com implicações sobre as políticas de proteção social, além de o Estado não preparar os indivíduos para lidar com a nova dinâmica do mercado de trabalho atual e futura (algo que já não fazia), acaba comprometendo o alívio que é prestado àqueles que dele necessitem para uma vida um pouco mais digna. Esse é um tema que precisa ser amplamente debatido. Afinal, que sociedade queremos? Uma ainda mais desigual e injusta do que a que temos hoje ou uma sociedade baseada em valores de solidariedade e com menor desigualdade?

O debate deve passar pela identificação de a quem interessa maior desigualdade. Os estudos de Piketty (2017) e de Milanovic (2017) mostraram que o Brasil é um dos piores países do mundo em termos de desigualdade, ficando atrás apenas de países do oriente médio e da África do Sul. E sabemos que a com a desigualdade afasta os princípios necessários à democracia, piorando não só a injustiça social, como aumentando os riscos de conservadorismo moralista, racismo, xenofobia, retrocessos em pautas que avançam lentamente como descriminalização das drogas, aborto, liberdade no pensamento artístico, etc.

Nessa linha de ponderações e buscas, muito tem avançado as pesquisas, formulações e proposições científicas e técnicas com base em evidências, bem expressadas nas seções anteriores, que comprovam a monumental mistificação da tese da austeridade fiscal centrada exclusivamente nos gastos públicos e com direitos sociais básicos, ciência e tecnologia e desenvolvimento, permanecendo liberalizada e ilimitada a exponencial acumulação e concentração do capital financeiro-especulativo com financeirização dos orçamentos públicos.

Ademais, diversas análises, prospecções e formulações, também bem expressadas nas seções anteriores, mapeiam o esgotamento de vários pilares do Ebes keynesiano clássico do século passado, em função da globalização inexorável, com relativização do peso dos Estados-nação, há quase 3 décadas reféns da globalização neoliberal. Apontam para o desafio da construção de novos pactos sociais em torno do cumprimento conjugado de metas: fiscais, de redução das desigualdades sociais, de políticas públicas de direitos sociais de caráter universal

e desenvolvimento econômico, desafio este imposto pela complexidade das extensas e inusitadas estratificações sociais e novas relações de trabalho nas sociedades atuais.

Ilustrando o desafio de novos pactos sociais, temos hoje no topo das pirâmides sociais 1 a 2% que detém bem mais que metade da riqueza das sociedades, controle da “sucção” financeira/especulativa, do mercado de capitais e de largo domínio da mídia. Quais os projetos de nação e relações globais, formulações e pactuações existentes e possíveis com horizontes de médio e curto prazos? Considerando o peso da estruturação neoliberal hegemônica há pelo menos 3 décadas, o processo contra-hegemônico em formulação e construção provavelmente estará com realização por décadas e gerações, mas com estratégias, mobilizações, ampliações e fortalecimento desde já, como se os prazos fossem menores, com vistas à sua efetividade. Na Europa temos a Agenda de Lisboa, pactuada e repactuada na duas últimas décadas pela União Europeia, apontando para a refundação/modernização do Ebes, mas na prática, até o momento correspondendo também a uma força contra-hegemônica em relação à hegemonia da Troika. E nos países escandinavos avançam formulações e alternativas ao Ebes e à hegemonia neoliberal.

No Brasil, país estratégico para a hegemonia da globalização neoliberal, tanto pelo tamanho de sua população como pelo seu PIB e importância no hemisfério sul, o Estado permanece capturado pela triangulação grande capital-Poderes Executivo e Legislativo, mas com várias iniciativas contra-hegemônicas. Exemplo disso são documentos que resultam de importante esforço de elaboração de projeto de nação, tais como:

- **“Por um Brasil Justo e Democrático”** (Fundação Perseu Abramo, Plataforma de Política Social e mais 5 entidades, setembro/2015). Disponível em <http://plataformapoliticasocial.com.br/por-um-brasil-justo-e-democratico-2/>
- **“A saúde para o Brasil que queremos”** (Cebes, maio/2016). Disponível em http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2016/05/Propostas_v2.pdf
- **“Manifesto Projeto Brasil Nação”** (Bresser Pereira, Eleonora de Lucena e outros, abril/2017). Disponível em <http://www.bresserpereira.org.br/manifesto.asp> ,
- **“A democracia que queremos”** (Inesc, abril/2017). Disponível em http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2017/06/Rel_PlataformaRP.pdf
- **“Plano Popular de Emergência”** (Frente Brasil Popular, maio/2017). Disponível em <http://frentebrasilpopular.org.br/acao/plano-popular-de-emergencia-5b24/>
- **“Projeto Brasil Popular”** (BR Cidades, setembro/2017)

- **“Da democratização ao golpe: avanços e retrocessos na garantia do direito humano à alimentação e à nutrição adequadas no Brasil”** (FIAN Brasil, IBASE e FBSSAN, junho/2017). Disponível em <http://fianbrasil.org.br/baixar-o-informada-democratizacao-ao-golpe-avancos-e-retrocessos-na-garantia-do-dhano-no-brasil/>

São projetos e proposições de importantes grupos da sociedade civil como entidades acadêmicas, não governamentais (como ANFIP, DIEESE, etc.) ou empresariais (como IEDI, ABIMAQ, Instituto Ethos, etc.), com a característica comum do compromisso com o efetivo desenvolvimento socioeconômico sem a hegemonia do sistema financeiro-especulativo.

Simultaneamente à participação nesta mobilização maior, as lutas setoriais como o resgate do SUS no direito universal à saúde assumem perspectivas mais consequentes. Neste sentido, urge ampliar e potencializar as mobilizações na área da saúde, cuja iniciativa propomos que deva ser combinada entre a sociedade civil, iniciando pelas entidades do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (CEBES, ABRASCO, ABrES, AMPASA, APSP, SBB, IDISA e outras) e o Estado (CONASEMS, CONASS, MS e Conselhos de Saúde). A formulação de um projeto de nação para o setor de saúde poderia trazer a população das classes mais pobres e da classe média, que significasse mobilização também da juventude, todos na construção de programa de luta popular em defesa de um SUS, contemplado num projeto de direitos sociais universais, de modo que essas pessoas pudessem vir a ter desejo de pertencimento necessário para defender os direitos de cidadania e o SUS como projeto democrático de sociedade.

Referências

ABRAHÃO, J.; MOSTAFA, J.; HERCULANO, P. **Gastos com a política social**: alavanca para o crescimento com distribuição de renda. Comunicados do Ipea 75. Brasília, 2011.

BASTOS, P. P. Z. **O que é a austeridade? E por que os neoliberais a defendem?** Carta Capital, 8 ago. 2017. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/politica/o-que-e-a-austeridade-e-por-que-os-neoliberais-a-defendem>. Acesso em: 9 set. 2017.

BOBBIO, N.; MATTEUCCI, N.; PASQUINO, G.. **Dicionário de política**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 11ª ed., 1998.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 95, de 2016**. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Brasília, 2016a. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc95.htm>. Acesso em: 19 dez. 2016.

_____. Ministério do Trabalho e Previdência Social. **Projeções financeiras e atuariais para o Regime Geral de Previdência Social – RGPS**. Metas Fiscais. Anexo IV.6 – PLDO 2017. Brasília, 2016b. Disponível em: <<http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/Arquivos/sof/orcamentos-anuais/2017/anexo-iv-6-projecoes-atuariais-do-rgps.pdf>>. Acesso: 20 jul. 2016.

CANTERBERRY, E. R. **The rise and fall of global austerity** (livro digital). London: World Scientific, 2015.

CHIODI, F. **Desafios das políticas de proteção social na União Europeia e a comparação com a América Latina.** In: CURSO INTERNACIONAL DESENVOLVIMENTO E PROTEÇÃO SOCIAL NA AMÉRICA LATINA E NA EUROPA. Brasília, 2015.

CONSELHO EUROPEU. **Conclusões da Presidência:** Conselho Europeu de Lisboa 23 – 24 de março de 2000. Lisboa: Conselho Europeu, 2000. Disponível em: http://www.europarl.europa.eu/summits/lis1_pt.htm. Acesso em: 5 set. 2017.

DOM, G.; SAMOCHOWIEC, J.; EVANS-LACKO, S.; WAHLBECK, K.; VAN HAL, G.; McDAID, D. The impact of the 2008 economic crisis on substance use patterns in the countries of the European Union. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, v. 13, 122, p. 1-11, 2016.

DRAIBE, S.M.; HENRIQUE, W. "Welfare State, Crise e gestão da crise: um balanço da literatura internacional. Anpocs, Revista Brasileira de Ciências Sociais fev 1988, nº 6, Vol.3: 53-78.

ESPING-ANDERSEN, G. Three worlds of welfare capitalism. Cambridge, Policy Press: 1990.

ESPING-ANDERSEN, G. O futuro do Welfare State na nova ordem mundial. *Rev Lua Nova* 1995, 35: 73-111.

ESPING-ANDERSEN, G. et. Al. Why we need a new Welfare State. Oxford: Oxford University Press, 2002.

FÓRUM 21; FUNDAÇÃO FRIEDRICH EBERT STIFTUNG (FES); GT DE MACRO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE ECONOMIA POLÍTICA (SEP); PLATAFORMA POLÍTICA SOCIAL. **Austeridade e retrocesso:** finanças públicas e política fiscal no Brasil. São Paulo: Fórum 21; FES; SEP e Plataforma Social, 2016.

FUNCIA, F. R. As “pegadinhas” da PEC 55 (antiga PEC 241) que escondem os prejuízos para o SUS. **Domingueira**, n. 35, p. 1-6, 2016.

SIVEIRA, F.G.; FERREIRA, J. **Equidade fiscal no Brasil: impactos distributivos da tributação e do gasto social.** Comunicado Ipea n.92. Brasília: Ipea, 2011.

GIOVANELLA, L. "Austeridade" no Serviço Nacional de Saúde inglês: fragmentação e mercantilização - exemplos para não seguir. **Cad. Saúde Pública**, v. 32, n. 7, e00092716, 2016.

GIOVANELLA, L.; STEGMULLER, K. Crise financeira europeia e sistemas de saúde: universalidade ameaçada? Tendências das reformas de saúde na Alemanha, Reino Unido e Espanha. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, n. 11, p. 2263-81, 2014.

HEMERIJCK, A. A revolução silenciosa do paradigma de investimento social na União Europeia. In: RODRIGUES, P. H. A.; SANTOS, I. S. (Orgs). **Políticas e riscos sociais no Brasil e na Europa:** convergências e divergências. Rio de Janeiro: Cebes; Editora Hucitec, 2017. p. 25-59.

HEMERIJCK, A.; VYDRA, S. Navegando na análise da política de investimento social. In: RODRIGUES, P. H. A.; SANTOS, I. S. (Orgs). **Políticas e riscos sociais no Brasil e na Europa:** convergências e divergências. Rio de Janeiro: Cebes; Editora Hucitec, 2017. p. 61-79.

KARANIKOLOS, M.; HEINO, P.; MCKEE, M.; STUCKLER, D.; LEGIDO-QUIGLEY, H. Effects of the global financial crisis on health in high-income OECD countries: a narrative review. **Int J Health Serv**, v. 46, n. 2, p. 208-40, 2016.

KENTIKELLENIS, A. Bailouts, austerity and the erosion of health coverage in Southern Europe and Ireland. **European Journal of Public Health**, v. 25, n. 3, p. 366-67, 2015.

LABONTÉ, R.; STUCKLER, D. The rise of neoliberalism: how bad economics imperils health and what to do about it. **J Epidemiol Community Health**, v. 70, n. 3, p. 312-18, 2016.

LEGIDO-QUIGLEY, H.; KARANIKOLOS, M.; HERNANDEZ-PLAZA, S.; FREITAS, C.; BERNARDO, L.; PADILLA, B.; MACHADO, R.S.; DIAZ-ORDAZ, K.; STUCKLER, D.; MCKEE, M. Effects of the financial crisis and Troika austerity measures on health and health care access in Portugal. **Health Policy**, v. 120, n. 7, p. 833-839, 2016.

LINERA, AG. Vice-presidente da Bolívia, Discurso "Às Esquerdas da Europa e do Mundo", discurso do Vice-presidente da Bolívia no Congresso do Partido Socialista Europeu, em 2013. Disponível em <http://www.esquerda.net/artigo/%C3%A0s-esquerdas-da-europa-e-do-mundo/30745> . Acesso em 19 nov 2017.

LOPEZ-VALCARED, B. G.; BARBER, P. Economic crisis, austerity policies, health and fairness: lessons learned in Spain. **Appl Health Econ Health Policy**, v. 15, p. 13-21, 2017.

LUYENDIJK, J. **Swimming with Sharks: my journey into the world of the bankers**. London, Guardian Faber: 2015.

MARINHO, A.; CARDOSO, S.S.; ALMEIDA, V.V. **Avaliação de Eficiência em sistemas de saúde: Brasil, América Latina, Caribe e OCDE**. Texto para Discussão n. 1784. Brasília: Ipea, 2012.

MARSHALL, T. H. Cidadania e classe social e status. Zahar editors. 1967.

MAYNARD, A. Enduring problems in healthcare delivery. In: Maynard A (Ed.). The public-private mix for Health. Chapter 14. Oxon, United Kingdom: The Nuffield Trust, Radcliffe publishing Ltd, 2005, 293-309.

MEDEIROS, M.; SOUZA, P.H.G.F. **A Estabilidade da Desigualdade no Brasil entre 2006 e 2012: resultados adicionais**. Texto para Discussão n. 2170. Brasília: Ipea, 2016.

MILANOVIC, B. **The higher the inequality, the more likely we are to move away from democracy**. The Guardian, 02/05/2017. Disponível em <https://www.theguardian.com/inequality/2017/may/02/higher-inequality-move-away-from-democracy-branko-milanovic-big-data> . Acesso em 19 nov 2017.

MUCCI, N.; GIORGI, G.; RONCAIOLI, M.; PEREZ, J. F.; ARCANGELI, G. The correlation between stress and economic crisis: a systematic review. **Neuropsychiatric Disease and Treatment**, v. 12, p. 983-993, 2016.

NOLAN, B. What use is 'social investment'? **Journal of European Social Policy**, Harlow, v. 23, n. 5, p. 459-468, 2013.

ORAIR, R.O.; SIQUEIRA, F.F.; GOBETTI, S.W. **Política fiscal e ciclo econômico: uma análise baseada em multiplicadores do gasto público**. Monografia premiada em 2º lugar. XXI Prêmio Tesouro Nacional 2016. Disponível em: <http://www.esaf.fazenda.gov.br/assuntos/premios/premios-1/premios-viviane-2016/xxi-premio-tesouro-nacional-2016/2o-lugar-rodrigo-octavio-orair-086.pdf>>. Acesso em: 14 nov. 2016.

OSTRY, J. D.; LOUNGANI, P.; FURCERI, D. Neoliberalism: oversold? **Finance & Development**, v. 53, n. 2, p. 38-41, 2016.

PAIVA, A. B.; MESQUITA, A. C. S.; JACCOUD, L.; PASSOS, L. **O Novo Regime Fiscal e suas implicações para a política de assistência social no Brasil**. Brasília: Ipea, 2016. (Nota Técnica nº 27).

PIKETTY, T. 2017. Entrevista ao jornal Folha de S Paulo publicada em 28/09/2017. Disponível em <http://www1.folha.uol.com.br/mercado/2017/09/1922435-brasil-nao-cresce-se-nao-reduzir-sua-desigualdade-diz-thomas-piketty.shtml> . Acesso em 19 nov 2017.

PIRES, M. C. C. **Nota Técnica - Análise da PEC 241**. Brasília: Ipea, 2016. (Carta de Conjuntura nº 33).

REEVES, A.; MCKEE, M.; STUKLER, D. The attack on universal health coverage in Europe: recession, austerity and unmet needs. **European Journal of Public Health**, v. 25, n. 3, p. 364-65, 2015.

RODRIGUES, P. H. A.; SANTOS, I. S. Saúde e cidadania: uma visão histórica e comparada do SUS. Rio de Janeiro: Atheneu, 2011.

RODRIGUES, P. H. A.; SANTOS, I. S. Os novos riscos sociais não são só europeus, também chegaram ao Brasil e exigem respostas das nossas políticas sociais. In: RODRIGUES, P. H. A.; SANTOS, I. S. (Orgs). **Políticas e riscos sociais no Brasil e na Europa: convergências e divergências**. Rio de Janeiro: Cebes; Editora Hucitec, 2017. p. 111-141.

ROSSI, P. Audiência Pública na Comissão de Direitos Humanos do Senado Federal. Brasília, outubro de 2017. Disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=v3ncCN2JrW8> . Acesso em 19 nov 2017.

SANTOS, N.R.S. Os Caixas 1, 2 e 3 para financiamento de campanhas eleitorais. Disponível em: <http://cebes.org.br/2017/03/os-caixas-1-2-e-3-para-financiamento-de-campanhas-eleitorais/>. Acesso em: 04 nov. 2017.

STIGLITZ, J. **A austeridade estrangulou o Reino Unido**. Apenas o Partido Trabalhista poderá relegá-la à História. Tradução de Iago da Silva Caires. Publicado originalmente por The Guardian. Rio de Janeiro: Cebes, 2017. Disponível em: <http://cebes.org.br/2017/06/a-austeridade-estrangulou-o-reino-unido-apenas-o-partido-trabalhista-podera-relega-la-a-historia/>. Acesso em: 9 set. 2017.

STUCKLER, D.; BASU, S. **The body economic**: why austerity kills. New York: Basic Books, 2013.

STUCKLER, D.; BASU, S.; SUHRCKE, M.; COUTTS, A.; MCKEE, M. The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. **Lancet**, v. 374, p. 315-23, 2009.

TAYLOR-GOOBY, P. New risks and social change. In: TAYLOR-GOOBY, P. (edit.). **New Risks, New Welfare: The Transformation of the European Welfare State**. New York: Oxford, 2004. p. 1-28.

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. **Contas do Governo relativas ao exercício de 2016**: Benefícios Tributários, Financeiros e Creditícios. Brasília, 2017. Disponível em: <http://portal.tcu.gov.br/contas/contas-do-governo-da-republica/>. Acesso em: 23 set. 2017.

UGÁ, M.A.D. Ajuste estrutural, governabilidade e democracia. In: Gerschman, S; Vianna; MLW. (Org.) **A miragem da Pós-modernidade: democracia e políticas sociais no contexto da globalização**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ 1997b: 81-99.

UGÁ, M.A.D.; MARQUES, R.M. O Financiamento do SUS: Trajetória, contexto e constrangimentos. In: Lima, NT; Gerschman, S; Edler, FC (Org.). **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ 2005: 93-233.

VIEIRA, F.S. **Crise econômica, austeridade fiscal e saúde**: que lições podem ser aprendidas? Brasília: Ipea, 2016. (Nota Técnica nº 26).

VIEIRA, F.S.; BENEVIDES, R.P.S. O direito à saúde no Brasil em tempos de crise econômica, ajuste fiscal e reforma implícita do Estado. **Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas**, v. 10, n. 3, p. 1-28, 2016b.

VIEIRA, F.S.; BENEVIDES, R.P.S. **Os impactos do Novo Regime Fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil**. Brasília: Ipea, 2016a. (Nota Técnica nº 28).

VOLPE, R. A.; MENDES, G.R.; BATISTA JÚNIOR, S. R.; GREGGIANIN, E.; CAMBRAIA, T.; ALMEIDA, D. P. B.; et al. **Repercussões da Emenda Constitucional nº 95/2016 no processo orçamentário**. Compensação de limites entre o Poder Executivo e os demais Poderes e Órgãos, e implicações na gestão orçamentária e financeira. Brasília: Câmara dos Deputados, 2017. (Nota Técnica nº 23).

WAHLBECK K, MACDAID D. Actions to alleviate the mental health impact of the economic crisis. **World Psychiatry**, v. 11, n. 3, p. 139-145, 2012.

WILLIAMS A. The pervasive role of ideology in the optimisation of the public-private mix in public healthcare systems. In: Maynard A (Ed.). **The public-private mix for Health**. Chapter 2. Oxon, United Kingdom: The Nuffield Trust, Radcliffe publishing Ltd, 2005, 7-19.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The financial crisis and global health**. Report of a High-Level consultation. Geneva: World Health Organization, 2009.