



NOTA DE POLÍTICA ECONÔMICA

••• Agosto 2021 •••

Orçamento federal da saúde em 2021

Austeridade fiscal e clientelismo
em meio ao recrudescimento da
pandemia



Bruno Moretti

Francisco R. Funcia

Carlos O. Ocké-Reis

- **Orçamento federal da saúde em**
- **2021**
- **Austeridade fiscal e clientelismo em meio ao recrudescimento da pandemia**

Bruno Moretti¹
Francisco R. Funcia²
Carlos O. Ocké-Reis³

Resumo

Esta nota mostra que o orçamento federal de saúde, mesmo no contexto da pandemia, foi impactado pela austeridade fiscal e pelo clientelismo na definição dos gastos públicos, especialmente por meio de emendas parlamentares sem critérios objetivos de alocação. Em 2021, o Congresso Nacional aprovou um orçamento de saúde com estimativa de perdas bilionárias em relação a 2020 e com peso inédito de emendas parlamentares. Embora tais perdas tenham sido mitigadas pela aprovação de créditos extraordinários, argumenta-se que as regras restritivas foram nocivas ao combate à pandemia. Para 2022, o padrão orçamentário de 2021 deve se repetir. Conclui-se que é necessário promover uma revisão estrutural das regras fiscais aplicáveis à saúde.

¹ Economista pela UFF, Mestre em Economia pela UFRJ e Doutor em Sociologia pela UnB. Doutorando em Desenvolvimento Econômico pelo IE/Unicamp.

² Economista e Mestre em Economia Política pela PUC-SP, Professor e Doutorando da USCS, Vice-Presidente da ABrES e Secretário de Finanças de Diadema desde jan/2021.

³ Economista, Mestre e Doutor em Saúde Coletiva pela UERJ. Pesquisador do Ipea.

●●● Introdução

Esta nota discute os impactos da política de austeridade fiscal sobre o orçamento federal relativo às ações e serviços públicos de saúde (ASPS) em 2021. Seu objetivo é mostrar que, em meio ao recrudescimento da pandemia do coronavírus, o orçamento federal de saúde em 2021 foi aprovado com perdas em relação aos valores aplicados em 2020. Procura-se mostrar que tais perdas são consequência da retomada das regras fiscais restritivas em 2021, especialmente a Emenda Constitucional nº 95/2016 (EC 95) e impactam particularmente as transferências aos entes subnacionais.

Inicialmente, discute-se a execução do orçamento federal de saúde em 2020, salientando a suspensão das regras fiscais e seus impactos sobre o Sistema Único de Saúde (SUS). Em seguida, são apresentados os números da lei orçamentária de 2021, diante da retomada do arcabouço fiscal restritivo, em meio à ampliação do número de casos e óbitos por covid-19. Mostra-se as perdas para o SUS do orçamento aprovado pelo Congresso Nacional: não apenas o Congresso aprovou um orçamento de saúde com previsão de redução de recursos em meio à pandemia, como também previu que 12% dos recursos do setor ficariam comprometidos com emendas parlamentares – com destaque para as emendas de relator que não obedecem a qualquer critério objetivo para sua execução. Embora as perdas em 2021 tenham sido mitigadas pela edição de créditos extraordinários (aproximando, por meio de piso emergencial, o volume de recursos do valor defendido pelo Conselho Nacional de Saúde), defende-se que o orçamento do SUS está capturado pelas demandas do mercado e por pressões clientelistas, que, inclusive, tenderão a se repetir em 2022.

A última seção analisa a racionalidade que orienta o regime fiscal brasileiro, implicando redução estrutural de gastos primários. Diante do aumento da demanda por serviços de saúde, aponta-se para o fato de que a redução de despesas ocorre simultaneamente à maior pressão por mais gastos para estruturar as redes de saúde de estados e municípios. Diferentemente da União, que é capaz de emitir dívida soberana, os entes subnacionais apresentam maior rigidez nos seus gastos, tendo em vista, particularmente, a Lei de Responsabilidade Fiscal.

A conclusão reforça a necessidade de revisão das regras fiscais, possibilitando o apoio da União aos gastos proporcionalmente crescentes dos

entes subnacionais no setor de saúde, num contexto de pressões conjunturais e estruturais sobre o SUS.

A execução do orçamento federal de saúde em 2020

Esta seção discute o orçamento federal de ações e serviços públicos de saúde em 2020. Para tanto, é preciso entender como as regras fiscais impactam o SUS. O teto de gastos não apenas limitou o crescimento das despesas primárias à variação da inflação, como desvinculou o piso federal de aplicação de saúde em relação à Receita Corrente Líquida (RCL). Desde 2018, os valores mínimos obrigatórios de execução em saúde equivalem a 15% da RCL de 2017, atualizados pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) de 12 meses.

Em outros termos, havendo crescimento da RCL acima da inflação, a regra permite que não ocorra o repasse do acréscimo real de receita para a saúde. Por esta razão, os gastos de saúde foram reduzidos de 15,8% para 13,5% da RCL entre 2017 e 2019, segundo dados do Tesouro Nacional e do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops). Em termos nominais, caso fosse mantido o piso de 15% da RCL, a saúde contaria com mais R\$ 22,5 bilhões entre 2018 e 2020, fora os recursos extraordinários da pandemia (MORETTI ET AL., 2020).

Convém lembrar que tais dados são baseados na execução orçamentária de 2018 e 2019 e nos valores autorizados na lei orçamentária de 2020, bem como na RCL de 2018 e 2019 e na previsão oficial no relatório final da lei orçamentária de 2020. Ou seja, para 2020, o mais relevante é entender em que medida o Congresso autorizou um orçamento abaixo do piso anterior ao teto de gastos, dada a estimativa de RCL vigente no momento de aprovação da lei orçamentária. Isso porque a execução do orçamento de 2020 não teve limitações fiscais, em virtude da suspensão das regras fiscais devido ao estado de calamidade e do fato de que a RCL foi fortemente afetada pela crise.

Adiante serão examinadas as restrições do arcabouço fiscal brasileiro. Neste momento, é suficiente lembrar que determinadas despesas seguem crescendo em termos reais, especialmente as despesas previdenciárias, conforme os dados do Tesouro Nacional. Com isso, a regra segundo a qual a despesa total não pode crescer acima da inflação implica redução dos demais

gastos. Neste contexto, o “congelamento”⁴ do piso da saúde funciona como instrumento de ajuste ao teto no curto prazo, fazendo com que ganhos reais de receitas não se convertam em ampliação de gastos para o setor.

Em 2020, a lei orçamentária anual foi aprovada com R\$ 125,2 bilhões de despesas para ações e serviços públicos de saúde⁵, cerca de R\$ 5 bilhões abaixo do piso anteriormente vigente (15% da RCL), conforme previsão oficial no relatório final da lei orçamentária (DWECK; MORETTI; MELO, 2021).

Em março de 2020, foi reconhecido o estado de calamidade pública. Em maio, o Congresso promulgou a Emenda Constitucional nº 106, criando o regime fiscal extraordinário na vigência do estado de calamidade, que suspendeu as regras fiscais, especialmente a meta de resultado primário e a regra de ouro, que serão abordadas adiante. Além disso, a decretação do estado de calamidade sustentou juridicamente a edição de créditos extraordinários, que não são contabilizados no teto de gastos. A medida perdurou até dezembro de 2020.

Suspensas as regras fiscais e autorizadas despesas fora do teto de gasto, foi possível ampliar o orçamento de saúde em R\$ 58,4 bilhões para combate à pandemia – o total passou de R\$ 125,2 bilhões para R\$ 183,6 bilhões, dos quais foram empenhados R\$ 161 bilhões. Considerando a totalidade dos recursos extraordinários, foram pagos R\$ 524 bilhões, com destaque para R\$ 293 bilhões referentes ao auxílio emergencial, conforme dados do Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento (Siop).

O Brasil fez uma das maiores expansões fiscais para resposta à covid-19 entre os países de renda média, chegando, segundo o FMI, a quase 9% do PIB (IMF, 2021). Tal fato se deveu, em boa medida, às medidas propostas e aprovadas pelo Congresso Nacional, como as já referidas, de flexibilização fiscal, mas também de programas específicos como o Auxílio Emergencial e o Programa Nacional de Apoio às Microempresas e às Empresas de Pequeno Porte (Pronampe).

⁴ O termo congelamento é utilizado para designar o fato de que, nos termos da EC 95, o piso de saúde será dado por 15% da RCL de 2017, reajustado apenas pela inflação.

⁵ Todos os dados orçamentários da União são oriundos de consulta ao Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento, – Siop, na data de 15 de abril de 2021.

Para os nossos propósitos, importa salientar que o tamanho da expansão fiscal brasileira em 2020 desmonta a tese do “país quebrado”, que serviu como justificativa para adoção do teto de gastos. O Brasil é endividado, fundamentalmente, em moeda local, sendo capaz de rolar sua dívida por meio de novos títulos e, portanto, não possui as restrições típicas de países que possuem elevada dívida externa.

Vale lembrar que, tendo em vista as baixas taxas de juros vigentes, o custo médio de emissão em oferta pública da dívida pública mobiliária federal interna em dezembro de 2020 foi de 4,4% ao ano, correspondendo a cerca de um terço do custo de 2016, conforme dados do Tesouro Nacional. Portanto, não se verificou a relação, defendida pela teoria econômica convencional, entre aumento da dívida e elevação das taxas de juros. A rigor, nos países desenvolvidos, a forte ampliação do endividamento ocorre em meio a um contexto de baixas taxas de juros dos títulos públicos, por vezes, até negativas, dada a forte ação dos bancos centrais para ampliar a liquidez da economia e mitigar os impactos da crise. Paula e Martins (2020) lembram que o Japão é o caso mais notável de um conjunto de países que, desde 2010, ampliaram déficits públicos e cujas taxas de juros dos títulos públicos caíram ou se mantiveram estáveis.

Conforme exposto, a União, como ente monetariamente soberano capaz de emitir títulos liquidados na moeda do país, não enfrenta restrições típicas das famílias, assim como, ante as condições atuais, as baixas taxas de juros desse período reduziram os efeitos redistributivos adversos das transferências financeiras aos credores. Não havendo restrições financeiras propriamente ditas, em geral, expostas como falta de recursos para financiar as políticas, cumpre indagar: quais seriam os limites para União ampliar o gasto público e combater a pandemia? Inexoravelmente, a resposta a que se chega é que tais restrições são oriundas dos limites artificiais impostos pelas regras fiscais, especialmente o teto de gastos.

Não por outra razão, tais regras foram suspensas ou contornadas para viabilizar o enfrentamento à pandemia. A Tabela 1 mostra o orçamento destinado ao combate à pandemia no âmbito do SUS, por modalidade de aplicação. Além de R\$ 57,9 bilhões oriundos da ampliação do orçamento da saúde, houve remanejamento para a ação específica de combate à pandemia de cerca de R\$ 5,8 bilhões, totalizando R\$ 63,7 bilhões. Deste valor, R\$ 41,7 bilhões foram empenhados e R\$ 39,4 bilhões foram pagos.

Tabela 1 - Orçamento para enfrentamento à pandemia no Ministério da Saúde - R\$

Modalidades de aplicação	LOA atual	Empenho	Pago
Transferências a estados e municípios	33.196.538.558	33.134.377.385	32.073.035.321
Transferências a Instituições Privadas			
sem Fins Lucrativos	118.632.928	118.632.928	61.489.841
Transferências ao Exterior	1.617.683.319	1.617.683.320	1.590.665.175
Aplicações Diretas	28.705.387.588	6.782.789.336	5.574.941.857
Aplicação Direta Decorrente de Operação entre Órgãos, Fundos e Entidades			
Integrantes dos Orçamentos F/S	103.800.587	103.800.588	103.540.558
A definir	500.000	-	-
TOTAL	63.742.542.980	41.757.283.557	39.403.672.751

Fonte: Siop. Consulta em 15 abr. 2021.

Duas observações são relevantes. Primeiro, em relação às aplicações diretas pelo Ministério da Saúde, R\$ 21,6 bilhões do saldo não empenhado em 2020 foram reabertos em 2021, visando à aquisição de vacinas contra a covid-19. Segundo, dos valores pagos R\$ 32 bilhões foram transferidos a estados, distrito federal e municípios. Tais valores, ainda que repassados com atraso em relação ao aumento do número de casos de covid-19, foram essenciais num contexto que combina aumento da demanda por serviços de saúde e redução da arrecadação pelos entes subnacionais. Para os estados, por exemplo, houve queda nominal de 9% na arrecadação de tributos entre 2019 e 2020, considerando os meses de março a julho⁶.

A irregularidade e os atrasos nas transferências para estados e municípios não foram motivados pela inexistência de saldos orçamentários disponíveis para esse fim, mas sim pela incompetência do Ministério no processo de coordenação tripartite para o enfrentamento da covid-19 (CNS, 2020). Especialmente, a existência desses saldos orçamentários disponíveis desde meados de maio viabilizaria tratativas para a celebração de Termos de

⁶ Disponível em:

<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoieYjE1ZDQzNTAtNTUxMCoMTc2LWEyMTtZjdkZjRlZjk4YzUyYUliwidCI6IjNIYzkyOTY5LTVhNTEtNGYxOC04YWM5LWVmOThmYmFmYTk3OCJ9>.

Cooperação Técnica para o desenvolvimento de vacinas contra covid-19, o que poderia antecipar o calendário do plano nacional de imunização em massa a partir do final de 2020.

Os entes subnacionais, diferente da União, não emitem dívida soberana e dependem da arrecadação prévia para realizar seus gastos. As regras fiscais impõem barreiras rígidas à sua atuação, expressas como proporção da receita corrente líquida, o que força um ajuste pelo lado das despesas nas crises. Neste sentido, a suspensão das regras fiscais federais foi decisiva para que a União compensasse as referidas perdas, ampliando repasses aos entes, cujas redes de saúde são ainda mais demandadas no cenário de crise.

Contudo, na passagem de 2020 para 2021, ainda que com o recrudescimento da pandemia, conforme dados do Painel Coronavírus, houve a retomada das regras fiscais restritivas, com impactos sobre os gastos federais de saúde. A próxima seção aborda o impacto das regras fiscais sobre o SUS em 2021, analisando os dados da lei orçamentária anual (LOA) aprovada pelo Congresso Nacional e destacando os recursos específicos para enfrentamento à pandemia e as transferências para estados e municípios.

O orçamento federal da saúde em 2021

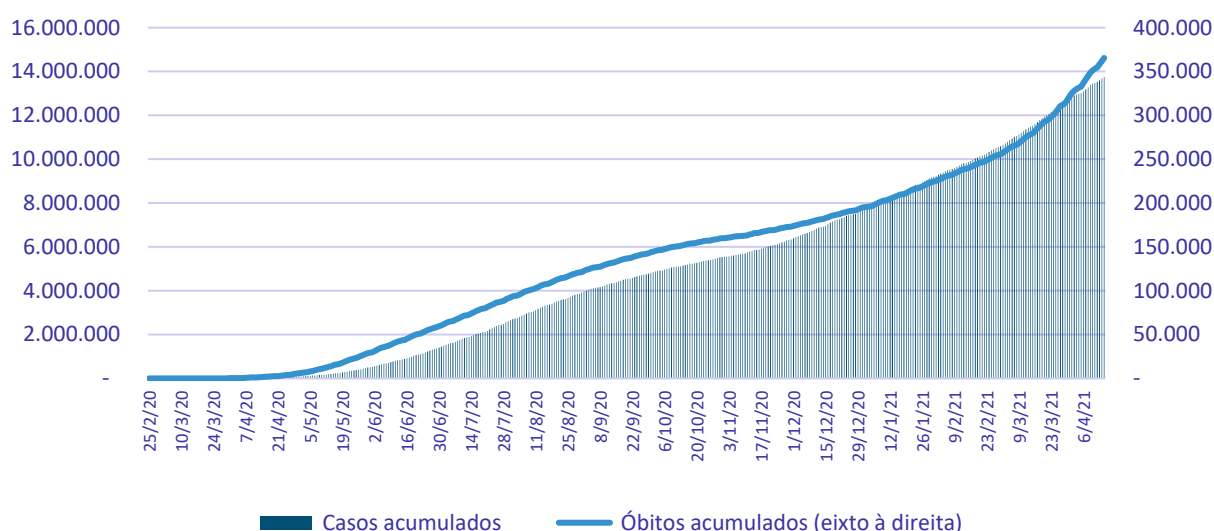
A retomada das regras fiscais em 2021, especialmente a EC 95, tem forte impacto sobre o SUS. O projeto de lei orçamentária (PLOA) foi encaminhado pelo Poder Executivo observando o teto de gastos e, portanto, ampliações de despesas só poderiam ser realizadas se houvesse corte de outras. Vale lembrar que o teto se aplica às despesas primárias e não é flexibilizado, mesmo diante de ampliação das receitas.

Para ações e serviços públicos de saúde, o PLOA previu R\$ 123,8 bilhões, equivalendo ao piso congelado da EC 95. Ademais, no interior desse total, R\$ 7,3 bilhões correspondiam a emendas impositivas de parlamentares e bancadas estaduais, consumindo 6% do piso de saúde. Portanto, o PLOA 2021 indicava uma perda nominal de R\$ 37,2 bilhões em relação aos valores executados em 2020 (R\$ 161 bilhões).

O Gráfico 1 mostra a evolução do número de casos e óbitos de Covid. Percebe-se que, desde o fim de 2020, houve inflexão positiva no número de

casos, refletindo-se em maior demanda por leitos de Unidade de Terapia Intensiva e serviços de saúde. No entanto, a proposta de orçamento sofreu forte redução, reforçando a tese segundo a qual as restrições fiscais artificiais se impõem ao financiamento do SUS, mesmo no contexto da pandemia.

Gráfico 1: casos e óbitos por Covid



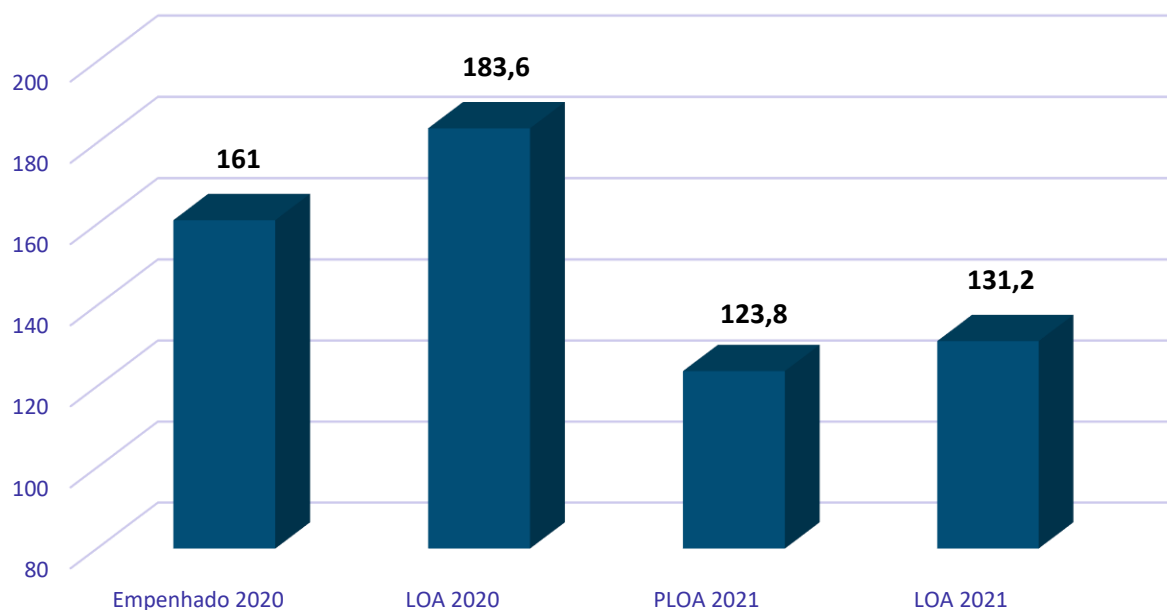
Fonte: Painel Coronavírus. Consulta em 15 abr. 2021.

A partir daqui, vale se deter sobre as alterações efetuadas pelo Congresso Nacional em relação ao orçamento de saúde. O Gráfico 2 traz os valores aplicados em 2020 e os recursos previstos para 2021, considerando o PLOA e a LOA. Percebe-se que o Congresso Nacional aportou R\$ 7,4 bilhões adicionais às ações e serviços públicos de saúde, cujo orçamento alcançou R\$ 131,2 bilhões. Entretanto, mesmo após as modificações do Congresso Nacional, o orçamento de ações e serviços públicos de saúde perdeu aproximadamente R\$ 30 bilhões em relação aos valores executados em 2020 e R\$ 52,4 bilhões em relação ao autorizado no exercício anterior.

Ademais, os recursos incluídos pelo Congresso não foram, em regra, alocados para o combate à pandemia. Os recursos extraordinários, dos quais se tratará adiante, só foram repassados aos entes em março de 2021, mesmo diante do crescimento da curva de casos, evidenciando uma metodologia de repasses *ex-post* às necessidades de saúde da população, inviabilizando o

planejamento das ações para o enfrentamento da covid-19, diante da incerteza da periodicidade de recebimento dos recursos pelos estados e municípios.

Gráfico 2: Orçamento federal de ações e serviços públicos de saúde (R\$ bilhões)



Fonte: Siop. Consulta em 18 mai. 2021. Não inclui reposição de RAP e royalties.

Para uma análise mais completa sobre o orçamento de saúde em 2021, é conveniente ir além dos números gerais, examinando algumas questões específicas. Primeiro, importa observar que os entes subnacionais são os principais afetados pela redução das dotações de saúde. Em 2020, o valor total aplicado, relativo aos repasses para entes subnacionais, foi de R\$ 113,5 bilhões. Já em 2021, a LOA prevê R\$ 89,6 bilhões para estados e municípios. Ou seja, estima-se uma redução de R\$ 23,9 bilhões nos repasses federais aos entes subnacionais em termos nominais.

Outro ângulo possível de análise se refere aos recursos específicos para combate à pandemia. Conforme visto, em 2020, diante dos créditos extraordinários, houve aplicação de R\$ 41,7 bilhões na rubrica específica de enfrentamento à emergência de saúde pública. Em 2021, dado o fim do regime fiscal extraordinário, o Poder Executivo não previu recursos específicos para combate à pandemia. *A posteriori*, o Congresso Nacional criou ação específica com esta finalidade, mas que recebeu tão somente emendas no valor de R\$

621 milhões. Isto é, os recursos específicos para combate à pandemia sofrem perda superior a R\$ 41 bilhões em 2021. Esta perda implicou, por exemplo, redução de leitos de UTI-Covid habilitados pelo Ministério da Saúde e ocorreu em meio ao desabastecimento e sobrepreço de produtos de saúde (p.ex. os medicamentos para intubação), e à demanda de recursos pelos entes subnacionais para aquisição de vacina contra a covid-19.

Os dados apontam para o fato de que a rigidez do regime fiscal brasileiro vem dificultando o combate à pandemia, com implicações drásticas sobre o financiamento do SUS (Sistema Único de Saúde). Em outros termos, a política de austeridade fiscal é um dos elementos centrais para entender e para explicar o caos sanitário experimentado pelo Brasil, impedindo a previsão no orçamento de despesas para combate à pandemia. Em diversos países, as regras fiscais estão suspensas⁷, permitindo o aumento de gastos para combater a emergência de saúde pública, mitigar seus efeitos econômicos e sociais e reconstruir as economias na fase pós-pandemia.

Além do baixo volume de orçamento, há necessidade de discutir a natureza dos acréscimos de orçamento efetuados pelo Congresso Nacional. Especialmente, houve R\$ 7,4 bilhões adicionais ao previsto no projeto orçamentário, referentes, principalmente, a emendas de relator, destinadas a ações e serviços públicos de saúde. Mais de 90% desses valores estão alocados em rubricas de incremento de custeio para atenção básica ou de média e alta complexidade. Usualmente, tais recursos têm destinação definida por parlamentares, visando às suas bases eleitorais, numa racionalidade não necessariamente compatível com as necessidades de saúde e os critérios de repasse pactuados na Comissão Intergestores Tripartite (CIT). A decisão alocativa é do relator em diálogo com o Poder Executivo, sem qualquer transparência sobre os critérios e a autoria dos pleitos. Isto é, são recursos que se somam às ações e serviços públicos de saúde, mas sem critérios transparentes de execução, associados às necessidades de saúde da população.

Considerando todas as emendas classificadas como ações e serviços públicos de saúde (impositivas e não impositivas), elas somam R\$ 15,8 bilhões

⁷ Ver, por exemplo, o caso da União Europeia (BLANCHARD; LEANDRO; ZETTELMEYER, 2021).

na LOA 2021, nos termos aprovados pelo Congresso, equivalendo a 12% do orçamento de saúde.

Esse percentual expressivo aponta para o controle de recursos crescentes da saúde por setores da base parlamentar do governo federal, que, de um lado, homologam posições ultrafiscalistas defendidas pelo mercado (capital financeiro), por meio da aprovação de limites estreitos ao gasto, e de outro, se apropriam de recursos de forma discricionária, em conformidade com seus interesses particulares. É necessário entender esse aparente paradoxo no campo da economia política do processo orçamentário para decifrar esse complexo cenário, que não é apenas de compressão dos gastos ordinários de saúde, mas também de maior destinação de recursos para as emendas parlamentares, inclusive, consumindo o piso congelado de saúde da EC 95.

A saúde é uma das áreas mais afetadas por esta lógica de austeridade no “atacado” e canalização de parte do orçamento para atender a demandas específicas, vinculadas ao interesse de segmentos capazes de influenciar a alocação orçamentária. De um lado, a EC 95 impõe perdas à saúde. De outro, o orçamento de saúde, conforme visto, sofre influência crescente das emendas de destinação arbitrária em termos de ação ou de beneficiários, de modo que mesmo parte do Poder Legislativo se apropria de recursos orçamentários como instrumento de reprodução do seu poder político.

Afinal, o orçamento de saúde ficou R\$ 7,4 bilhões acima desse piso, sendo que R\$ 15,8 bilhões estavam comprometidos com emendas parlamentares. Os defensores do teto advogavam que a restrição imposta pela regra imporia uma utilização mais “eficiente” dos recursos públicos. No entanto, observando-se a LOA, fica evidente que o aprofundamento da austeridade vem acompanhado de controle dos recursos por grupos de pressão com acesso privilegiado aos fundos públicos, como os parlamentares e outros segmentos como militares, que contam, no orçamento de 2021, com R\$ 7,3 bilhões para reajustes, conforme dados da LOA, além de terem ampliado seus investimentos.

Esse controle do orçamento por parcela do Legislativo é reforçado por edição de Portaria da Secretaria de Governo e Ministério da Economia que proíbe o Executivo de contingenciar as emendas de relator em percentual

superior às demais despesas discricionárias⁸. Na prática, ainda que não haja qualquer dispositivo referente ao tema na Lei de Diretrizes Orçamentárias, o Executivo tornou, sem qualquer previsão em lei, a execução de parcela das emendas de relator obrigatória. Ademais, a Portaria prevê que o relator indicará a destinação das referidas emendas. Curiosamente, trata-se de uma espécie de atribuição de autolimites pelo Executivo, que, entre outras consequências, poderá implicar acréscimo de bloqueio de outras despesas discricionárias, que já estão em nível baixo, ampliando-se o risco de *shutdown* da máquina pública.

Em síntese, ainda que o Estado e os serviços públicos sejam ainda mais relevantes ante a pandemia, cristalizou-se uma correlação de forças desfavorável às classes populares e aos usuários de serviços públicos em que as definições mais relevantes sobre o orçamento são controladas: (i) pelos interesses do poder econômico, que relaciona expectativas sobre a economia brasileira à redução de gastos sociais e investimentos públicos; (ii) por grupos de pressão, sediados em posições institucionais que lhes fornecem acesso privilegiado aos fundos públicos.

Desse modo, destaca-se o impacto sobre o SUS dos limites autoimpostos pelas regras fiscais, particularmente a EC 95, com uma perda de R\$ 41 bilhões na rubrica específica de combate à pandemia em 2021. Tais perdas são particularmente nocivas aos entes subnacionais, que, diante do aumento da demanda por serviços, requerem recursos federais para enfrentamento da pandemia. Foi visto que a situação se agrava ante o comprometimento crescente do orçamento de saúde com emendas parlamentares.

Ora, neste contexto, o orçamento deveria ter sido elaborado a partir da suspensão das regras fiscais em 2021, por meio da extensão da vigência do estado de calamidade, viabilizando o combate à pandemia. Com isso, haveria segurança jurídica para editar créditos extraordinários, prevendo-se, particularmente, recursos a serem transferidos regularmente aos entes subnacionais para combater a pandemia.

Emergencialmente, o Congresso Nacional poderia ter aprovado um piso emergencial de recursos para ações e serviços públicos de saúde em 2021,

⁸ Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-interministerial-me/segov-pr-n-6.145-de-24-de-maio-de-2021-321788756>.

viabilizando valores para aquisição de vacinas, ampliação de leitos e compras de produtos como medicamentos de UTI, oxigênio e equipamentos de proteção individual. O piso poderia ser calculado a partir dos valores aplicados em 2020 (R\$ 161 bilhões), mais a variação do IPCA em 2020 (4,52%), tendo em vista a explosão de preços de produtos de saúde, resultando em R\$ 168,3 bilhões, valor próximo ao piso emergencial da saúde defendido pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) ano passado e R\$ 37 bilhões acima do orçamento aprovado pelo Congresso Nacional para ações e serviços públicos de saúde (MORETTI; FUNCIA; OCKÉ-REIS, 2020, p. 179).

Na prática, essa defesa da ampliação de recursos de saúde se mostrou correta, tendo em mente que o governo acabou, ao seu modo, manobrando as regras fiscais para, a um só tempo, viabilizar o orçamento do setor e manter o teto de gastos. Neste contexto, o teto, adotado em meio à narrativa da relevância do ajuste fiscal como instrumento de saída da crise de 2014-2016, é um elemento retórico de credibilidade da política econômica, uma vez que é contornado por artifícios no interior das contas públicas⁹. Essa dinâmica leva e reforça uma espécie de austeridade seletiva, à medida que o governo mantém as despesas primárias dentro do teto (sendo elas afetadas, ademais, pelo crescimento de emendas), ao mesmo tempo em que arbitra gastos a serem executados fora das regras.

Assim, o ajuste do orçamento à retomada das regras fiscais foi parcialmente contornado pela edição de créditos extraordinários para saúde, não contabilizados no teto de gastos. Até a segunda quinzena do mês de julho, foram editados créditos para combate à pandemia, totalizando cerca de R\$ 16 bilhões. Somando-se os créditos abertos e reabertos em 2021 aos valores da LOA, o orçamento de ações e serviços públicos de saúde conta com R\$ 168,8 bilhões em 2021.

Evidente que os créditos extraordinários mitigam a redução de recursos para o SUS, mas é preciso tecer algumas considerações.

⁹ Por exemplo, o governo encaminhou ao Congresso Nacional Proposta de Emenda à Constituição com a finalidade de adiar pagamento de precatórios, abrindo espaço no teto para a ampliação da transferência de renda em 2022. Trata-se, notoriamente, de artifício para atrasar o pagamento de despesas, que, todavia, seguirão como passivos a serem liquidados ao longo do tempo. Neste caso, o efeito da medida será a ampliação de gastos, apesar da retórica oficial da defesa do teto.

Primeiro, há uma questão constitucional acerca da imprevisibilidade dos gastos, que consiste em um dos requisitos para edição de créditos extraordinários. Diante da retomada das regras fiscais, a proposta orçamentária foi encaminhada sem recursos específicos para combate à pandemia. O orçamento deveria ter sido alterado, por meio de mensagem do Poder Executivo ao Legislativo até março de 2021, mas não houve qualquer mudança na proposta para a saúde em função da submissão do gasto de saúde às regras fiscais restritivas.

Segundo, os recursos extraordinários só foram repassados aos entes em março de 2021, mesmo diante do crescimento da curva de casos de covid-19 desde janeiro. Nos termos da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), os recursos de ações e serviços públicos de saúde poderiam ser executados mesmo antes da aprovação da LOA. Por exemplo, neste período, houve redução expressiva do número de leitos de UTI-Covid financiados pelo governo federal, que passaram de 12 mil para 3,2 mil, a despeito do aumento do número de pacientes¹⁰.

E, finalmente, a combinação de teto e meta de resultado primário limitou a possibilidade de crescimento das despesas extraordinárias. Dada a meta de resultado primário, o Poder Executivo não dispunha de espaço fiscal, por exemplo, para realizar gastos extraordinários do SUS, do Pronampe (crédito a micro e pequenas empresas) e do Programa Emergencial de Manutenção do Emprego e da Renda. A situação só foi resolvida por meio de uma emenda da oposição ao Projeto de Lei do Congresso Nacional nº 2, de 2021, alterando a LDO para retirar da meta de resultado primário os gastos com tais programas. Do contrário, a restrição fiscal levaria o governo a escolher quais despesas não financiaria.

O exposto acima demonstra a rigidez do regime fiscal brasileiro, por meio da combinação de regras que impedem o financiamento dos gastos para combate à pandemia. Percebe-se, pois, que a edição de créditos extraordinários fora do teto e da meta de primário, do ponto de vista da ampliação do orçamento de saúde, tem o mesmo efeito que a suspensão das regras e a adoção de um piso emergencial. Contudo, conforme exposto, a solução fiscal improvisada tem diversos custos, como a demora na

¹⁰ Disponível em: <https://www.conass.org.br/nota-a-imprensa-habilitacao-de-leitos-de-uti-para-covid-19/>.

transferência dos recursos emergenciais para os entes subnacionais e mesmo para ampliação dos recursos de execução centralizada para aquisição de vacina contra a covid-19, tendo em vista que o orçamento foi aprovado sem valores específicos para o combate à pandemia.

Para 2022, a LDO foi igualmente aprovada sob a égide das regras fiscais restritivas. Provavelmente, o orçamento de saúde será encaminhado próximo ao piso da EC 95, no valor de R\$ 134,1 bilhões, dado o IPCA de doze meses até junho de 2021, de 8,35%. Com isso, o SUS deve perder R\$ 34,6 bilhões em relação ao autorizado em 2021, inviabilizando, por exemplo, a alocação de recursos para doses de reforço da vacina contra a covid-19, para o atendimento a demandas represadas em função da pandemia e para transferência de tecnologias como estratégia de saída da crise e redução das vulnerabilidades do SUS.

Ao mesmo tempo, a LDO 2022 prevê emendas de relator ao orçamento, novamente sem qualquer critério objetivo, bem como a possível execução fora da meta de resultado primário dos recursos para combate à pandemia do SUS, do Pronampe e do Programa Emergencial de Manutenção do Emprego e da Renda. Isto é, cristaliza-se um arranjo orçamentário em que a austeridade limita o volume de despesas e o clientelismo eleva parcela do orçamento que deve ser consumida com gastos para atender a pressões da base parlamentar do governo. Neste contexto, casuisticamente, prevê-se a possibilidade de flexibilização das regras fiscais para atendimento a demandas emergenciais, inclusive de saúde, ao longo do exercício.

Ante o exposto, reforça-se a necessidade de revisão estrutural do arcabouço fiscal da União, permitindo a ampliação de gastos com forte efeito multiplicador e redistributivo (CASTRO, 2013). Em especial, é necessário a adoção de novas regras fiscais que viabilizem o crescimento real do orçamento de saúde (MORETTI, 2021), considerando: (a) o “desfinanciamento” da saúde; (b) a redução recente do gasto ordinário de saúde, mesmo diante de pressões conjunturais expressivas; e (c) as pressões estruturais por gastos de saúde, tendo em vista a trajetória endógena de custos crescentes, a transição epidemiológica e demográfica, a incorporação tecnológica, os vazios assistenciais e a desestruturação do complexo econômico-industrial de saúde.

A próxima sessão discute, em termos gerais, a racionalidade das regras fiscais atuais, mostrando que elas implicam limites artificiais à atuação do Estado, especialmente, no fortalecimento do SUS.

O arcabouço fiscal da União e os limites autoimpostos à ação estatal

Conforme já exposto, o teto de gastos leva ao ajuste permanente das despesas primárias, independentemente da arrecadação. Como algumas despesas seguem crescendo em termos reais, outras devem ser reduzidas, de modo que o teto é um indutor de reformas neoliberais que visam a reduzir o Estado e os serviços públicos. Neste contexto, as despesas discricionárias (custeio da administração pública e investimentos) são imediatamente afetadas, mas a lógica de “reformas permanentes” afeta também os gastos obrigatórios, conforme exposto pela Reforma da Previdência e pela EC nº 109, que será tratada a seguir. Ademais, o orçamento de saúde tornou-se um instrumento para cumprimento do limite do teto, diante do congelamento do piso do setor.

Outra maneira de compreender os impactos do teto de gastos é mostrar que, havendo crescimento real da atividade econômica, a regra determina a redução da despesa como proporção do Produto Interno Bruto (PIB), já que ela não pode crescer em termos reais. Isto é, impõe um teto de despesa declinante em relação ao tamanho da economia, que força um ajuste permanente nos gastos e na oferta de serviços públicos (ROSSI; DWECK, 2016), além de uma queda do gasto federal per capita em saúde – como foi verificado desde a adoção do teto até 2019 (MORETTI, 2021, p. 33).

O arcabouço fiscal se torna ainda mais rígido diante da combinação de regras fiscais restritivas. Além do teto de gastos, a União tem que perseguir uma meta de resultado primário, dada pela diferença entre receitas e despesas primárias, que excluem a conta de juros. Diante de uma crise, caso não haja alteração da meta, o impacto sobre a arrecadação leva a uma redução de despesas discricionárias, particularmente dos investimentos, aprofundando a crise.

As regras fiscais podem levar à redução da despesa como proporção do PIB (teto de gastos), caso o PIB nominal cresça acima dos gastos primários. Ademais, há risco de as despesas ficarem abaixo do teto, se houver frustração da arrecadação, dada a necessidade de cumprimento da meta de resultado primário. Em outros termos, as regras fiscais são tanto acíclicas, na medida em que implicam redução estrutural da despesa, como pró-cíclicas “para baixo”, uma vez que o orçamento é contingenciado, ficando aquém do teto.

Ademais, a regra de ouro prevê orçamento corrente equilibrado. Isto é, o governo federal não pode se endividar para financiar despesas correntes. Dito de outra forma, as operações de crédito da dívida pública não podem se situar acima do montante das despesas de capital. No entanto, diante da queda de arrecadação e maior necessidade de endividamento, um orçamento corrente equilibrado implicaria um corte de despesas elevado, aprofundando a crise. Não por outra razão, países como a Alemanha e a Inglaterra abandonaram a regra de ouro (PIRES, 2017). Convém lembrar que o cumprimento da regra de ouro implicaria reduzir despesas correntes, associadas a transferência de renda às famílias e a serviços no âmbito da educação e saúde, num momento em que a crise demandaria ainda mais recursos para mitigar seus impactos sociais.

A sobreposição de regras fiscais se tornou ainda maior em função da aprovação da Emenda Constitucional nº 109, de 2021. Para a União, a medida determina que, quando mais de 95% das despesas sujeitas ao teto forem obrigatórias, ficam ativados gatilhos que, por exemplo, proíbem criação de despesas obrigatórias, ainda que elas sejam essenciais para mitigar efeitos de uma crise. Também fica vedada a variação de despesa obrigatória acima da inflação, como reajustes reais do salário-mínimo e do Bolsa Família.

Nessa linha, a nova regra criou para a União um subteto dentro do teto de gasto. Além disso, abrangeu também estados e municípios, prevendo o acionamento de gatilhos que arrocham salários dos servidores públicos e despesas obrigatórias necessárias ao combate à pandemia. Por fim, desvinculou o superávit financeiro de fundos sociais, canalizando-o para a amortização da dívida.

Vê-se que o regime fiscal brasileiro, ao instituir limites artificiais à ação estatal, funciona como indutor de reformas que reduzem a prestação de serviços públicos. O atual arcabouço fiscal pré-determina a redução dos gastos públicos, inviabilizando, particularmente, o financiamento da rede de proteção social. O ajuste fiscal é concentrado na despesa, sem medidas de ampliação da arrecadação por meio de uma reforma tributária progressiva que implique maior tributação de renda e patrimônio (FAGNANI, 2020).

Convém lembrar que, considerando todos os entes federados, os gastos com o SUS equivalem a R\$ 3,79 per capita/dia, para garantir da vacina ao transplante a mais de 200 milhões de brasileiros, conforme dados do Siops. Em comparação internacional, o Brasil gasta cerca de 4% do PIB no SUS, enquanto

o Reino Unido, por exemplo, despense 8% do PIB, conforme dados da Organização Mundial de Saúde (SANTOS; FUNCIA, 2020).

Neste contexto, é preciso articular o arcabouço fiscal com as necessidades de saúde, considerando as demandas emergenciais do SUS em 2021, mas também as pressões estruturais sobre o setor, observando-se a previsão constitucional de universalidade e integralidade do sistema.

Para tanto, é necessário revogar o teto de gasto e redesenhar o arcabouço fiscal, particularmente, definindo regras que permitam crescimento real dos gastos de saúde e forneçam estabilidade ao financiamento do SUS, inclusive, em períodos de crise. O ano de 2020, quando os gastos foram ampliados em mais de R\$ 500 bilhões, demonstrou que não procede a tese do país quebrado, que não dispõe de recursos para financiar políticas públicas. A restrição ao financiamento do SUS não reside na falta de recursos, mas no excesso de regras fiscais e seus limites artificiais. Em outros termos, as limitações não refletem a inexistência de recursos financeiros, antes transformando em regra institucional o objetivo político de redução estrutural dos serviços públicos e engessando a capacidade de ação do Estado, particularmente, no contexto de crise.

Conclusão • • •

O presente artigo demonstrou os impactos das regras fiscais sobre o SUS. Entre 2018 e 2020, fora os recursos extraordinários da pandemia, o congelamento do piso de aplicação de saúde pela EC 95 levou à perda de R\$ 22,5 bilhões para o SUS.

Em meio à ampliação de casos e óbitos por Covid, a LOA 2021 aprovada pelo Congresso: (a) reduziu em aproximadamente R\$ 30 bilhões o orçamento de saúde; (b) diminuiu em R\$ 41 bilhões a dotação específica para o combate à pandemia; e (c) destinou 12% do orçamento da saúde a emendas parlamentares.


Em particular, argumentou-se que os dados anteriormente expostos revelam um padrão de alocação dos fundos públicos marcado por duas características. A primeira é o controle do orçamento pelos critérios de mercado, na medida em que as despesas primárias são constrangidas por um

regime fiscal que determina redução estrutural de serviços públicos e amarras orçamentárias mais elevadas em contexto de crise. A segunda refere-se à captura do orçamento público de saúde (decrecente) por uma lógica estranha à gestão tripartite do SUS, à medida que parcela crescente dos recursos, por meio de emendas, não está sujeita ao controle social, antes atendendo a uma perspectiva particularista e fundada em relações político-eleitorais, que não leva em conta critérios sanitários e epidemiológicos.

Para financiar o SUS, defendeu-se a suspensão das regras fiscais em 2021 e a adoção de piso emergencial que leve em conta os valores aplicados em 2020 mais a variação do IPCA, bem como a realização de mudanças estruturais no arcabouço fiscal, com a revogação do teto de gastos e a adoção de regra que permita crescimento real do gasto per capita em saúde. Desta maneira, O SUS contaria com mais de R\$ 168 bilhões em 2021, cerca de R\$ 37 bilhões de acréscimo em relação ao previsto na LOA, que viabilizariam o combate à pandemia e o apoio aos entes subnacionais na aquisição de vacinas, compra de insumos, ampliação de leitos de UTI, entre outras ações.

A edição dos créditos extraordinários em 2021, bem como a reabertura dos créditos de 2020, acabou por levar o orçamento de ações e serviços públicos de saúde para este patamar, implicando, todavia, atraso na realização das despesas e nos repasses aos entes, que ocorreram apenas em março, mesmo diante do recrudescimento da pandemia desde o fim de 2020, perdurando no primeiro trimestre de 2021 e pressionando as finanças estaduais e municipais. A gravidade da segunda onda, portanto, não pode ser desvinculada dessas decisões, sobretudo em função da demora na alocação de recursos para enfrentamento da crise, à medida que os valores não foram previstos no projeto de lei do orçamento pelo Executivo. Tampouco o Congresso alocou valores compatíveis com a crise sanitária em rubrica própria ao combate à pandemia, antes reforçando dotações que viabilizam repasses que atendem a critérios arbitrários e relacionados à lógica político-eleitoral.

A elaboração da proposta orçamentária do orçamento federal de saúde de 2021 sem recursos para combate à pandemia implicou prejuízos à população – por exemplo, havendo redução dos leitos de UTI-Covid financiados pelo Ministério da Saúde – e ao planejamento adequado dos gastos de saúde. Esse fato ilustra, assim, os impactos do regime fiscal sobre o SUS, remetendo à necessidade de rediscussão estrutural das regras a que se sujeita o orçamento público brasileiro.



Para 2022, a LDO aprovada pelo Congresso já aponta para a repetição do padrão verificado em 2021: (i) projeto orçamentário no piso congelado da EC 95, com perda de mais de R\$ 30 bilhões em relação a 2021; (ii) comprometimento do orçamento de saúde por emendas parlamentares, especialmente emendas de relator sem qualquer critério objetivo de repasse, associado às necessidades de saúde da população; e (iii) possibilidade de gastos extraordinários de saúde fora das regras fiscais, tendo em vista os baixos gastos ordinários, pressionados pelas regras e pelo comprometimento do orçamento com emendas parlamentares.

Nesse sentido, reforça-se a necessidade de revisão estrutural das regras fiscais aplicáveis ao SUS. Evidentemente, as mudanças nas regras de gastos da saúde não envolvem apenas discussões de técnica orçamentária. Ao contrário, pressupõem outra correlação de forças políticas, de modo que o Congresso Nacional possa aprovar um orçamento regido predominantemente pelas necessidades de saúde da população e não pelos critérios de mercado e pelo controle clientelista dos fundos públicos.

Referências bibliográficas

- BLANCHARD, O; LEANDRO, A.; ZETTELMEYER, J. Redesigning EU fiscal rules: from rules to standards. Peterson Institute for International Economics. Working Paper n. 21-1, 2021.
- CASTRO, J. A. Saúde e desenvolvimento no Brasil. In: COHN, A. (org.). **Saúde, cidadania e desenvolvimento**. Rio de Janeiro: Centro Internacional Celso Furtado de Políticas para o Desenvolvimento, p. 107-136, 2013.
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Boletim Cofin, 25 nov. 2020. Disponível em:
http://conselho.saude.gov.br/images/comissoes/cofin/boletim/Boletim_2020_1125_Tab1-4_Graf1_ate_24_RB-FF-CO_VFINAL_OK.pdf (acesso em: 19 jul. 2021).
- DWECK, E.; MORETTI, B.; MELO, M. F. G. C. Pandemia e desafios estruturais do CEIS: financiamento do SUS, federalismo da saúde e as relações público-privadas. **Cadernos do Desenvolvimento**, v. 16, n. 28, p. 239-265, 2021.
- FAGNANI, E. É urgente enfrentar a injustiça fiscal. IREE, 20 set. 2020. Disponível em <https://iree.org.br/eduardo-fagnani-e-urgente-enfrentar-a-injustica-fiscal/> (acesso em: 11 ago. 2021).
- INTERNATIONAL MONETARY FUND. **Fiscal Monitor: A Fair Shot**. Washington DC, IMF, abr. 2021. Disponível em <https://www.imf.org/en/Publications/FM> (acesso em: 10 jun. 2021).
- MORETTI, B. et al. Mudar a política econômica e fortalecer o SUS para evitar o caos. Abrasco, 30 mar. 2020. Disponível em:
<https://www.abrasco.org.br/site/noticias/mudar-a-politica-economica-e-fortalecer-o-sus-para-evitar-o-caos/> (acesso em: 5 jul. 2021).
- MORETTI, B. Questão fiscal e SUS: propostas para o financiamento da saúde. **Revista Brasileira de Planejamento e Orçamento**, v. 11, n. 1, p. 20-36, 2021.
- MORETTI, B.; FUNCIA, F. R.; OCKÉ-REIS, C. O. O teto de gastos faz mal à saúde. In: DWECK, E.; ROSSI, P.; OLIVEIRA, A. L. M. (Orgs.). **Economia pós-**

pandemia: desmontando os mitos da austeridade fiscal e construindo um novo paradigma econômico. São Paulo: Autonomia Literária, p. 172-180, 2020.

PAULA, L. F.; MARTINS, N. Devemos voltar à austeridade fiscal no pós-pandemia de coronavírus? Brasil Debate, 20 mai. de 2020. Disponível em: <https://brasildebate.com.br/devemos-voltar-a-austeridade-fiscal-no-pos-pandemia-de-coronavirus/> (acesso em: 20 jul. 2021).

PIRES, M. Para entender a regra de ouro das finanças públicas. Blog do IBRE/FGV, 01 nov. 2017. Disponível em: <https://blogdoibre.fgv.br/posts/para-entender-regra-de-ouro-das-financas-publicas> (acesso em: 11 ago. 2021).

ROSSI, P.; DWECK, E. Impactos do novo regime fiscal na saúde e educação. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 12, e00194316, 2016.

SANTOS, L.; FUNCIA, F. Histórico do financiamento do SUS: Evidências jurídico-orçamentárias do desinteresse governamental federal sobre a garantia do direito fundamental à saúde. Domingueira da Saúde, n. 21, mai. 2020. Disponível em <http://idisa.org.br/domingueira/domingueira-n-21-maio-2020?lang=pt> (acesso em: 11 ago. 2021).