

Linnit Pessoa*

Universidade Federal Fluminense
Niterói, Rio de Janeiro, Brasil

Carmem Feijó**

Universidade Federal Fluminense
Niterói, Rio de Janeiro, Brasil



A política de austeridade e os gastos do governo: impactos sobre o setor de saúde em tempos de pandemia

Recebido em: 30 abr. 2022 Aprovado em: 27 jun. 2022 Publicado em: 23 dez. 2022

DOI: <https://doi.org/10.29327/2148384.17.31-6>

Resumo

Esse artigo discute os impactos da agenda de políticas de austeridade sobre a recuperação econômica e o setor de saúde. Considerando a necessidade de se debater a agenda de políticas que será adotada para enfrentar a crise provocada pela pandemia da Covid-19, discutiremos a lenta recuperação da economia brasileira com a adoção de políticas de austeridade na crise recente (2015-2016), com foco no consumo privado e público. Em seguida, apresentaremos a evolução do consumo e gastos com saúde pública e privada e o impacto sobre a renda familiar, e a dependência de importações que a oferta de bens e serviços de saúde tem. Atenção especial será dada à EC 95/2016, discutindo seu impacto sobre o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e como a medida afeta desproporcionalmente a parcela da população mais vulnerável. Conclui-se que, especialmente no atual cenário de pandemia, é necessário abandonar a agenda de austeridade econômica.

Palavras-chave: Austeridade Fiscal. Saúde Pública. COVID-19.

JEL: E600; E620; I100.

* Doutoranda no Programa de Pós-graduação em Economia da Universidade Federal Fluminense. Mestre e graduada em Economia pela Universidade Federal Fluminense. E-mail: linnitpessoa@gmail.com

<http://lattes.cnpq.br/8641025409391235>

<http://orcid.org/0000-0001-6177-8084>

** Professora Titular da Universidade Federal Fluminense, Centro de Estudos Sociais Aplicados, Instituto de Economia. Doutora em Economia pela University College London, Inglaterra; Mestre em Economia da Produção e graduada em Economia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. E-mail: cbfeijo@gmail.com

<http://lattes.cnpq.br/9040659895653917>

<http://orcid.org/0000-0002-6376-4599>

Linnit Pessoa*

Federal Fluminense University
Niteroi, Rio de Janeiro, Brazil

Carmem Feijó**

Federal Fluminense University
Niteroi, Rio de Janeiro, Brazil



Austerity policy and government spending: impacts on the health sector in times of pandemic

Received: 30 Apr. 2022 Approved: 27 Jun. 2022 Published: 23 Dec. 2022

DOI: <https://doi.org/10.29327/2148384.17.31-6>

Abstract

This paper discusses the impacts of the austerity policy agenda on the economic recovery, focusing on the health sector. Considering the need to debate the political agenda that will be adopted to face the crisis provoked by the Covid-19 pandemic, first will be discussed the Brazilian economy's slow recovery with austerity policies in the recent crisis (2015-2016), focusing on the private e public expenditure. Then, we discuss the evolution of private and public health expenditure and its impact on family income based on IBGE surveys. The importation dependence on the supply of health goods and services will be highlighted. Special attention will be paid to the EC 95/2016, discussing its impact on the Unique System of Health (SUS) financing and how this measure disproportionately affects the vulnerable population. We conclude that especially in the current pandemic scenario, it is necessary to abandon the austerity agenda.

Keywords: Fiscal Austerity. Public Health. Covid-19.

JEL: E600; E620; I100.

* Doctoral Candidate at the Post-graduated Program in Economics at the Fluminense Federal University. MSc and graduated in Economics from the Fluminense Federal University. Email: linnitpessoa@gmail.com

<http://lattes.cnpq.br/8641025409391235>

<http://orcid.org/0000-0001-6177-8084>

** Professor at the Fluminense Federal University, Centre for Applied Social Studies, Institute of Economics. PhD in Economics from University College London, England; MSc in Production Economics and graduated in Economics from the Federal University of Rio de Janeiro. Email: cfeijo@gmail.com

<http://lattes.cnpq.br/9040659895653917>

<http://orcid.org/0000-0002-6376-4599>

Introdução

A crise econômica provocada pela pandemia da Covid-19 encontra a economia brasileira ainda em processo de lenta recuperação da crise de 2015-2016. A recuperação lenta pode ser atribuída, em grande parte, ao aprofundamento da agenda de políticas de austeridade fiscal, que assumiram a centralidade da política fiscal desde 2015. Com o objetivo de recuperar a confiança do setor privado, essa agenda assume um maior protagonismo em 2016 através da EC 95/2016, também conhecida como “Teto de Gastos”. A medida, que impõe limites de crescimento dos gastos do governo por vinte anos, tem impacto sobre diversos componentes dos gastos do Estado, entre eles, o financiamento do sistema de saúde pública.

Apesar dos esforços para reduzir o tamanho do Estado na expectativa de incentivar o crescimento do setor privado, em 2019 o PIB ainda não havia recuperado o patamar pré-crise. Os investimentos públicos têm uma participação cada vez mais tímida na economia, o desemprego e a informalidade se mantem em patamares bastante elevados, o impacto da crise no consumo das famílias ainda não foi revertido e, desde 2015, o consumo do governo apresenta os piores resultados desde o início do século XXI. Um dos efeitos da redução dos gastos do Estado com a provisão de bens e serviços de consumo coletivo é o crescente comprometimento da renda familiar com serviços de direito universal, como saúde.

No dia 11 de março de 2020, a Organização Mundial da Saúde decretou situação de pandemia mundial para o novo coronavírus, após o vírus atingir mais de cem países. O Brasil, que teve seu primeiro caso confirmado no final de fevereiro de 2020, acumula mais de 600 mil mortes até o início de outubro de 2021. Esse cenário traz à tona um debate que há tempos não tem a centralidade necessária em meio ao debate político: a questão do acesso e financiamento do sistema de saúde pública.

O objetivo deste artigo consiste em observar essas duas questões: o resultado que a agenda adotada para recuperar o país da crise econômica de 2015-2016 teve, e seu impacto sobre o setor de saúde – peça chave na atual

crise sanitária. Para isso, o texto está dividido em quatro partes. Primeiramente faremos uma breve apresentação de alguns resultados econômicos, a fim de observar a trajetória de recuperação da economia brasileira no período recente, em particular sobre os gastos com consumo privado e público. Em seguida, apresentaremos as informações acerca da despesa com bens e serviços de saúde das famílias e do governo, através das informações disponíveis nas pesquisas do IBGE. Discutiremos, também, a oferta de bens e serviços de saúde e a dependência de importações. Posteriormente, teremos a discussão sobre as consequências da EC 95/2016 sobre o financiamento do setor de saúde, com esforço de mostrar o diferente impacto que a restrição dos gastos do governo federal tem sobre as diferentes camadas sociais. Nas considerações finais, concluiremos a necessidade de revisão da agenda de políticas de austeridade fiscal.

Austeridade e a lenta recuperação econômica

A adoção de uma agenda de políticas orientadas pela oferta cria um ambiente propício para argumentos que advogam a necessidade de políticas de austeridade fiscal durante períodos recessivos, comumente usados no debate público e econômico. A agenda econômica brasileira de 2011-2014, focada no estímulo ao desenvolvimento industrial, foi marcada por políticas orientadas pela oferta que não apresentaram o efeito que se buscava e

1 A estratégia de crescimento do período 2011-2014 foi marcada pelo estímulo ao desenvolvimento industrial, com esforços para sustentar a redução da taxa básica de juros, a desvalorização cambial e com participação ativa dos bancos públicos. Passado o arrocho inicial do ajuste fiscal realizado em 2011, a principal mudança no gasto público durante esse período ocorreu em sua composição, e não em seu tamanho. O conjunto de políticas concedeu estímulos à oferta, buscando estimular os investimentos privados, sem protagonismo dos investimentos públicos. Em vez da expansão dos investimentos públicos, houve forte aumento nos gastos correntes devido ao significativo crescimento das desonerações e subsídios. A estratégia, que visava incentivar a indústria e aumentar a competitividade do setor, teve como resultado uma grande perda de arrecadação do governo federal. É relevante pontuar que as políticas de subsídios e desonerações, além de serem pouco efetivas para dinamizar a demanda agregada, foram realizadas em detrimento do investimento público, que tem maior efeito multiplicador sobre a renda e o emprego no curto e no longo prazo. Para além da deterioração fiscal, o conjunto de políticas orientadas pela oferta não foi capaz de estimular o investimento privado, que era o objetivo do governo. Apesar dos estímulos à oferta, o investimento privado, que havia crescido 17,9% em 2010, desacelerou nos anos seguintes, crescendo 6,8% em 2011 e 0,8% em 2012 – mostrando o equívoco de se seguir uma agenda de estímulos à oferta em cenários de esfriamento da demanda e elevado endividamento do setor empresarial, como o que se desenhou à época (CARVALHO, 2018; MELLO; ROSSI, 2018; DWECK; TEIXEIRA, 2017; SINGER, 2015).

resultaram grande perda de arrecadação pelo governo federal (MELLO; ROSSI, 2018). Em 2015, apesar da agenda eleita prever um papel ativo do Estado com foco no fortalecimento dos serviços públicos, a baixa governabilidade do governo eleito e a maior aceitação da agenda neoliberal fortaleceram o debate acerca da necessidade de se adotar uma agenda de austeridade fiscal com objetivo de equilibrar o orçamento público e reestimular a economia, que já estava desacelerando em 2014.²

Assim, desde 2015 as políticas de austeridade assumiram maior protagonismo na condução da política fiscal do Brasil. Defende-se que essa medida, que preferencialmente deve ocorrer através da redução dos gastos do governo, recuperaria a economia ao sinalizar responsabilidade com as contas públicas, restaurando a confiança e a expectativa dos investidores, estimulando os investimentos privados que, conseqüentemente, colocaria a economia em trajetória de recuperação sustentável (ALESINA *et al.*, 2019). Ao privilegiar os ajustes fiscais e a contenção de gastos, a concessão de estímulos ao setor privado e as políticas orientadas pela oferta são priorizadas, incumbindo ao setor privado o papel de reestimular a economia.

Todavia, a tendência que as economias de mercado têm de gerar insuficiência de demanda agregada torna problemática essa transferência da

2 O período 2011-2014 foi marcado pela intensificação da tensão entre o governo e os setores dominantes. O governo entrou em um confronto direto com o setor financeiro, que não recebeu bem as determinações de redução da taxa de juros e do *spread* bancário, uma vez que significavam a diminuição dos lucros auferidos pelos bancos privados. A insatisfação também era compartilhada pelas grandes mídias, nacionais e internacionais, que argumentavam que havia uma ameaça de inflação. Grandes veículos de comunicação, como o *The Economist* e o *Financial Times*, se posicionaram de forma contrária à estratégia do governo, argumentando que o Brasil “estragou tudo” que foi construído nos anos anteriores, voltando ao intervencionismo do passado. É importante pontuar que o objetivo não era simplesmente mudar a orientação de políticas do governo, mas reduzir o tamanho do Estado em consonância com o avanço da agenda neoliberal, como fica claro a partir de 2016. O ano de 2013 ainda foi marcado por uma série de manifestações populares com objetivos difusos, que inicialmente revogavam o aumento das passagens de transporte público, mas logo evoluíram para exigências por melhoras nos serviços públicos como um todo, reivindicações dos gastos com a Copa do Mundo e corrupções. As manifestações tiveram um forte efeito sobre a popularidade do governo devido à incapacidade na época em apresentar respostas às questões levantadas nas ruas. Ainda assim, o governo é reeleito garantindo o fortalecimento dos serviços públicos com atuação ativa do Estado, mas vem a adotar a agenda de seu oponente nas urnas, de caráter explicitamente ortodoxo e neoliberal. O forte ajuste fiscal de 2015, realizado quando a economia já estava em desaceleração, provocou uma profunda recessão com queda acumulada de 6,8% do PIB no biênio 2015-2016. Em meio à instabilidade econômica e política da época, e aos escândalos de corrupção da operação Lava Jato (Cf.: PINTO *et al.*, 2019), foi aberto o processo de *impeachment* da presidente eleita em dezembro de 2015 – que trouxe a oportunidade do aprofundamento da agenda neoliberal, que já estava em curso no país (SAAD-FILHO; MORAIS, 2018; SINGER, 2015; MELLO; ROSSI, 2018; MARQUETTI *et al.*, 2016).

responsabilidade de retomada do crescimento para o setor privado. De fato, a concessão de incentivos ao setor privado com a finalidade de induzir uma retomada do crescimento econômico pode vir a trazer resultados em alguns setores específicos, mas certamente não terá a capacidade de atingir tal objetivo na economia como um todo. Isto ocorre pois, em momentos de recessão econômica e incerteza sobre o futuro, os agentes privados não desejam aumentar seu consumo e investimento. Dessa forma, cabe ao Estado eliminar a carência de demanda efetiva para reanimar o crescimento e voltar a investir para reduzir o desemprego e aumentar o nível de renda agregada.

O discurso em torno da defesa da adoção de políticas austeras muitas vezes vem acompanhado da falaciosa comparação da administração do orçamento familiar com o orçamento público, argumentando a necessidade de redução das despesas em períodos de recessão e crise econômica. A comparação é sem cabimento pois, como observa Blyth (2018), o Estado, ao contrário das famílias e empresas, tem a capacidade de gerar renda através dos mecanismos de arrecadação existentes. Em momentos de recessão (e crise) econômica, cabe ao Estado justamente ampliar os gastos públicos para gerar demanda efetiva, e não promover sua redução. Os investimentos públicos, especialmente nesses momentos, devem ser utilizados como mecanismos que equalizem e suavizem as oscilações de mercado, reduzindo a incerteza.

No entanto, o investimento público, um dos motores do crescimento da economia, vem apresentando fraco desempenho, como apontado pelas estatísticas do IBRE (FGV) sobre a participação do investimento público (governo geral e empresas públicas) no PIB: em 2015 o investimento público correspondia a 2,9% do PIB; em 2016 a 2,3%; em 2017 a 1,8% e em 2018 apresentou uma pequena recuperação atingindo 2,4%, percentual bem inferior ao alcançado em 2014 (3,9%).³ Segundo Orair (2016), a partir de uma estimativa do investimento público em termos reais, a taxa de crescimento do investimento público no período 2006-2010 foi de 17% a. a.,

3 A queda no investimento público teve efeito negativo sobre a FBKF (ou seja, um indicativo de que não há *crowding out*), que passou de 19,9% do PIB em 2014 para 15,8% em 2018.

e no período 2011-2015 atingiu -5,2% a. a., levando o autor a concluir que a retração desse quinquênio não só reverteu quase todo avanço anterior, mas fez com que a taxa de investimentos públicos retomasse patamares semelhantes aos da metade da década de 1990.

Além de contribuir negativamente para a atividade econômica, o esforço de ajuste fiscal não recuperou o resultado primário do governo. Em 2014 o governo apresentou o primeiro resultado primário negativo (de -0,4%) desde 1997. A agenda de ajuste implementada nos anos seguintes não reverte a tendência de resultados negativos. Pelo contrário, esses resultados entram em uma trajetória de declínio, atingindo -1,9% em 2015 e -2,5% em 2016, devido em grande parte à queda do PIB. Em 2017, o resultado primário chegou a -1,8%, atingiu -1,7% no ano seguinte, e terminou 2019 em -1,2% (TESOURO NACIONAL, 2020).

O biênio 2015-2016 é marcado por uma crise de múltiplas dimensões que ocorre simultaneamente no plano da acumulação, das instituições e da cena política como um todo (Pinto *et al.*, 2019), culminando no impedimento da presidente eleita e consequente aprofundamento da agenda neoliberal, com mudanças substanciais no Estado brasileiro.⁴ Em 2016, em nome do equilíbrio fiscal, o Governo Federal encaminha ao Congresso Nacional a Proposta de Emenda à Constituição (PEC 55) que vem a ser referendada na Emenda Constitucional 95/2016, que limita o crescimento do gasto primário à inflação do ano anterior por vinte anos – uma nova (e permanente) política de austeridade fiscal. A direção da política econômica adotada desde então intensifica uma agenda que já estava em andamento: uma agenda que privilegia os ajustes fiscais em detrimento de uma política que tenha uma ação ativa do Estado para gerar emprego e renda.

A instituição de uma nova regra fiscal, que se junta às regras de ouro e de metas de superávit primário, bem como as demais medidas liberalizantes (reforma da previdência, reforma trabalhista, dentre outras) não recuperou o crescimento. Como mostra a **Tabela 1**, o PIB – que durante o auge da

4 A intenção de transformar e realizar mudanças estruturais no Estado brasileiro é explícita durante toda a proposta do governo que assume em 2016, que apresenta o novo (e incisivo) ajuste fiscal e as reformas liberalizantes como inevitáveis e imprescindíveis para a recuperação da economia brasileira. Ver *Uma ponte para o futuro* (PMDB, 2016).

recessão retraiu em 3,5% em 2015 e 3,3% em 2016 –, até hoje não apresentou crescimento maior que 1%, não tendo recuperado o nível pré-crise. Nem mesmo durante a crise internacional de 2008 a recuperação da economia foi tão lenta: em 2009, ano que a economia brasileira sente as consequências da crise, o PIB apresentou crescimento negativo de -0,1%, mas no ano seguinte houve recuperação, crescendo 7,5% (IBGE).⁵

Tabela 1 - Taxa de crescimento acumulada ao ano do PIB e de componentes selecionados do consumo, Brasil, 2014-2019.

	PIB	Consumo das famílias	Consumo do Governo
2014	0,5	2,3	0,8
2015	-3,5	-3,2	-1,4
2016	-3,3	-3,8	0,2
2017	1,3	2,0	-0,7
2018	1,3	2,1	0,4
2019	1,1	1,8	-0,4

Fonte: IBGE, Sistema de Contas Nacionais. Elaboração das autoras, 2022.

Para além do PIB, é possível perceber também a trajetória declinante dos gastos governamentais, representado pelo “consumo do governo”, ou seja, os gastos no provimento de bens e serviços de consumo coletivo. Essa rubrica, que desde 2002 apresentava resultados positivos, chegou a representar 4,1% do PIB em 2007. Em 2015, como resultado dos ajustes fiscais, a contração do consumo do governo atingiu -1,4% – a última vez que a economia brasileira tinha vivenciado um resultado negativo do consumo do

5 É interessante observar que durante esse período as políticas de recuperação tinham uma atuação ativa do Estado. O Programa de Aceleração do Crescimento (PAC), por exemplo, apesar de ter sido criado em 2007, teve importância fundamental para recuperação econômica da crise internacional, pois garantiu emprego e renda às famílias, que puderam continuar consumindo bens e serviços, mantendo a economia ativa e aliviando os efeitos da crise.

governo maior que um por cento foi em 1997. Sem apresentar sinais de recuperação consistentes, em 2019 o gasto do governo se retrai em -0,4%.

Apesar da literatura econômica heterodoxa mostrar que especialmente em momentos recessivos se faz necessária a atuação ativa do Estado, o Brasil vem praticando uma política fiscal ortodoxa, apostando na redução do espaço dos gastos públicos para conter o endividamento público na expectativa de recuperar a economia. Esquece-se que quando a economia está em processo de desalavancagem, em meio a um cenário de elevada incerteza sobre o futuro, o setor privado adota posturas defensivas de contração da demanda. Principalmente nessas situações (mas não somente nelas), cabe ao Estado o papel de reestimar a economia gerando emprego e renda.

Em particular em relação à política de emprego, a falta do papel ativo do Estado para garantir o pleno emprego implica que a perda de poder aquisitivo das famílias impacte negativamente no consumo privado – e consequentemente no *animal spirits* dos empresários, que não enxergam potencial de crescimento no mercado interno. O consumo das famílias, que apresentou resultado negativo pela última vez em 2003, quando chegou a -0,5%, em 2015 se retrai em -3,2%, e em 2016 atinge -3,8%. Em 2019, apesar das reformas e ajustes fiscais, o consumo das famílias ainda não voltou ao patamar pré-crise, fechando o ano com um pequeno crescimento de 1,8%.⁶

Para além da falta de sinais de recuperação econômica, a crise econômica provocada pela pandemia da Covid-19 põe em xeque o sistema de saúde nacional, por um lado, e a capacidade de retomada de crescimento da economia no período pós pandemia, por outro. A ação ativa do Estado é essencial na situação atual, e a capacidade de recuperação econômica é maior quanto mais a estrutura produtiva e de renda e emprego são preservadas durante o período da pandemia. A lentidão nas medidas econômicas do

6 É relevante mencionar o cenário de elevado desemprego do momento, que afeta a renda e as condições de vida das famílias. A taxa de desocupação passa de 6,6% em dezembro de 2014 para 9,1% em dezembro de 2015, atingindo 12,2% em dezembro do ano seguinte. Março de 2017 marca o ponto mais alto da série (que tem início em 2012) até aquele momento, quando a taxa de desocupação atinge 13,9% da população. Apesar da reforma trabalhista realizada em 2017 com objetivo de estimular o mercado de trabalho, a retomada não veio, e a taxa de desocupação se manteve acima dos dois dígitos desde 2016 até hoje (IPEADATA, s. d.).

governo brasileiro em socorrer famílias e empresas em dificuldade por conta do isolamento social imposto para conter a contaminação pelo vírus, refém de uma agenda de austeridade fiscal, ameaça as possibilidades de recuperação da economia pós pandemia.

Evolução do consumo final de bens e serviços de saúde

A Constituição Federal de 1988 determina que

a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

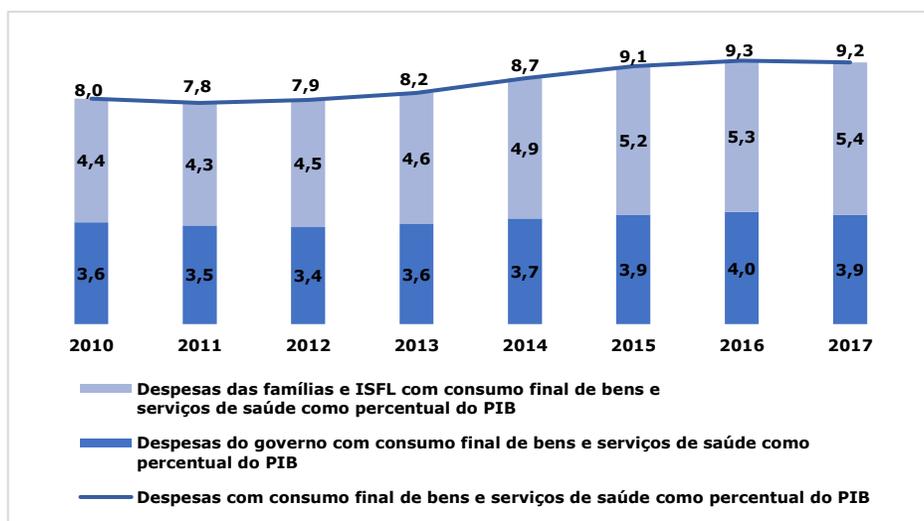
Desde então houve significativa ampliação do acesso da população à saúde. Entre 2003 e 2019, foi verificado um aumento de 55% para 76,2% da proporção de pessoas que consultaram médicos (PNS, 2020; BAHIA, 2015). Contudo, é possível observar que a procura por alternativas de assistência à saúde fornecidas pelo setor privado é crescente. O subfinanciamento da saúde pública e a redução dos gastos governamentais impactam negativamente a provisão de serviços considerados como direto à cidadania.

De acordo com a pesquisa especial realizada pelo IBGE sobre o perfil e evolução do setor de saúde, a despesa com consumo final de bens e serviços de saúde (famílias e governo) aumentou de 8,0% do PIB em 2010 para 9,2% do PIB em 2017. Como ilustrado no Gráfico 1, o crescimento da despesa das famílias foi mais significativo que o do governo: enquanto as famílias e as instituições sem fins lucrativos à serviço das famílias (ISFL)⁷ aumentaram suas despesas com bens e serviços de saúde de 4,4% do PIB em 2010 para 5,4% em 2017, o governo passou de 3,6% para 3,9%, respectivamente.

7 As Instituições sem fins de lucro a serviço das famílias (ISFL) representaram 0,1 p. p. do consumo final de bens e serviços de saúde das famílias durante todo o período.

Além disso, o protagonismo que o setor de saúde tem atualmente traz à tona a reflexão sobre o impacto que a adoção de tal agenda tem sobre o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS), que configura a única forma de acesso à saúde de grande parte da população, especialmente entre os mais pobres. Como veremos, ao impactar o financiamento do sistema de saúde, essa agenda também afeta a renda familiar. Além de penalizar de forma desproporcional as diferentes parcelas da população, a insistência na agenda de reformas econômicas após o período de emergência fiscal, seguindo a orientação ortodoxa, irá limitar ainda mais as oportunidades de recuperação econômica, e possivelmente virá a acentuar a grande desigualdade já existente no país.

Gráfico 1 - Despesas com consumo final de bens e serviços de saúde como percentual do PIB, segundo setores institucionais, Brasil, 2010-2017.



Fonte: IBGE, Conta-satélite de Saúde. Elaboração das autoras, 2022.

O aumento mais significativo da despesa das famílias é reflexo do baixo

gasto público com saúde, que de acordo com Barros e Piola (2016) se encontra bastante inferior se comparado aos demais países que possuem um sistema de saúde pública, sendo insuficiente para atender integralmente a toda população. Apesar do Brasil ter um dispêndio total (público e privado) em saúde próximo ao de demais países da OCDE que possuem sistema universal de saúde, o gasto público no financiamento do sistema é bastante inferior. Segundo Vieira e Benevides (2016b), o gasto público brasileiro com saúde também é inferior ao gasto de países da América Latina em que a saúde não constitui um dever do Estado. De fato, as informações da Organização Mundial de Saúde comprovam tal constatação, como indica a seguir:

Tabela 2 - Despesas com saúde de países selecionados em 2018 em Paridade do Poder de Compra (PPC).

País	Despesa corrente <i>per capita</i> em saúde em PPC	Despesa <i>per capita</i> do governo geral em saúde em PPC	Despesa do governo geral em saúde como % da despesa corrente com saúde	Despesa <i>per capita</i> privada em saúde em PPC	Despesa privada em saúde como % da despesa corrente com saúde
Brasil	1.531	638	42%	892	58%
Canadá	5.200	3.822	73%	1.378	27%
Chile	2.306	1.172	51%	1.134	49%
Cuba	2.519	2.240	89%	277	11%
Espanha	3.576	2.518	70%	1.059	30%
Estados Unidos	10.624	5.356	50%	5.268	50%
México	1.066	534	50%	532	50%
Paraguai	935	409	44%	525	56%
Portugal	3.242	1.992	61%	1.247	38%

País	Despesa corrente <i>per capita</i> em saúde em PPC	Despesa <i>per capita</i> do governo geral em saúde em PPC	Despesa do governo geral em saúde como % da despesa corrente com saúde	Despesa <i>per capita</i> privada em saúde em PPC	Despesa privada em saúde como % da despesa corrente com saúde
Reino Unido	4.620	3.631	79%	988	21%
Suécia	5.828	4.960	85%	869	15%
Venezuela	384	183	48%	200	52%

Fonte: OMS. Elaboração das autoras, 2022.

Barros e Piola (2016) afirmam que o Brasil é o único país com sistema universal de saúde onde o gasto privado supera o público. A combinação do crônico subfinanciamento da saúde pública e dos vastos e diversos incentivos do governo ao mercado de saúde privada contribuem para que a participação do gasto privado no gasto total com saúde do Brasil seja superior ao gasto público, apesar da saúde constituir um direito universal e dever do Estado. Bahia (2015) constata que enquanto o orçamento federal para a saúde em 2016 foi menor que o aprovado em 2000, no mesmo período as renúncias fiscais para gastos privados com saúde passaram de R\$ 2 bilhões para R\$ 20 bilhões.

Apesar do problema de financiamento não ser inédito, a adoção de uma agenda de políticas de austeridade acentua a fragilidade já existente no financiamento do setor, pois reduz a capacidade do Estado de custear a provisão desses bens e serviços. Por conseguinte, a redução da participação do Estado na provisão de saúde pública se reflete no padrão de consumo das famílias. De acordo com os dados da conta-satélite de saúde, pesquisa especial realizada pelo IBGE (2019), em 2010 o consumo final de bens e serviços de saúde das famílias (inclui serviços privados e públicos) correspondeu a 4,3% do PIB, passando para 5,3% em 2017. Esse aumento de 1,0 p.p. foi resultado da crescente procura por bens e serviços de saúde privada – que passou de 2,5% de 2010 para 3,5% do PIB em 2017.

Com o aumento do consumo de bens e serviços de saúde privada, uma

maior parcela da renda familiar passou a ser comprometida com despesas de saúde. A Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) mostra que desde 2002-2003 a parcela dos gastos das famílias destinados a assistência à saúde aumentou, assim como cresceu a procura por planos e seguros de saúde, como demonstrado na Tabela 3. De 2002-2003 a 2017-2018, o peso com despesas de saúde no orçamento familiar passou de 5,7% para 6,5%, com o crescimento mais expressivo sendo das despesas relacionadas à planos e seguros de saúde.

Tabela 3 - Despesas com saúde de países selecionados em 2018 em Paridade do Poder de Compra (PPC).

	Assistência à saúde	Remédios	Plano/Seguro saúde
2002-2003	5,7	2,6	1,5
2008-2009	5,9	2,8	1,7
2017-2018	6,5	2,9	2,1

Fonte: IBGE, Pesquisa de Orçamentos Familiares – POF. Elaboração das autoras, 2022.

Na comparação do início da década de 2000 com o final da década de 2010, a participação das despesas com assistência à saúde cresceu como proporção da despesa total. Tal crescimento foi puxado principalmente pelo crescimento da despesa com assistência à saúde suplementar. As despesas com planos e seguros de saúde como proporção da despesa total aumentaram de 1,5% para 2,1% entre 2002-2003 e 2017-2018. No último ano da pesquisa as despesas com remédios foram responsáveis por 2,9% das despesas totais das famílias, apresentando crescimento de 0,3 p. p. em comparação com o início da década de 2000. Isto é, as despesas com remédios são maiores do que as com planos e seguros de saúde, contudo, esta última apresentou crescimento mais expressivo. Isto é uma indicação de que está havendo uma crescente mercantilização dos serviços de saúde no país. A participação das despesas com assistência à saúde no total das despesas de consumo das

famílias é ainda mais expressiva,⁸ passando de 6,5% em 2002-2003, para 7,2% em 2008-2009 e atingindo 8,0% em 2017-2018.

De 2010 a 2017, a despesa final do governo com bens e serviços de saúde aumentou tanto na saúde pública, onde oferta diretamente os serviços, quanto na privada, onde compra os serviços para prestar à população. A pesquisa especial de saúde mostra que em 2010 o consumo final do governo com saúde pública foi de 2,7% do PIB, passando para 3,1% em 2017. O consumo final de saúde privada do governo também apresentou um pequeno aumento, passando de 0,6% do PIB em 2010 para 0,7% em 2017. Considerando as cifras do consumo das famílias e do governo com saúde, a preços de 2017, temos que o consumo final de saúde privada das famílias passou de R\$ 155,4 bilhões em 2010 para R\$ 231,1 bilhões em 2017, ou seja, um crescimento real acumulado de 48,7%. Considerando o consumo do governo com bens e serviços de saúde (pública e privada), este crescimento foi de 16,4%.⁹

A evolução das despesas com saúde em relação ao total das despesas de consumo das famílias também foi mais significativa do que a do governo (Tabela 4). Os dados da pesquisa satélite do IBGE mostram que a participação das despesas do governo com saúde no consumo final passou de 18,9% para 19,2%, aumentando 0,2 p.p. entre 2010 e 2017. Em relação às famílias, a participação passou, respectivamente, de 7,3% para 8,3%, apresentando um aumento de 1,1 p.p. no mesmo período. Considerando a evolução da participação das despesas do governo ano a ano, o patamar mais elevado foi observado em 2015, caindo lentamente nos anos seguintes. A participação das despesas das famílias, por outro lado, apresenta uma trajetória ascendente durante todo o período.

8 De acordo com a metodologia do IBGE, as despesas de consumo são referentes à compra de bens e serviços para consumo individual ou doméstico, atendendo às necessidades e desejos pessoais das famílias. Não inclui a compra de materiais ou serviços usados na produção.

9 A preços de 2017, consumo final do governo com saúde pública em 2010 foi de R\$ 167,8 bilhões e com saúde privada foi de R\$ 42,9 bilhões. Em 2017 estes valores foram, respectivamente, de R\$ 201,6 bilhões e R\$ 43,6 bilhões.

Tabela 4 - Participações das despesas com saúde no total das despesas de consumo final das famílias e do governo, 2010-2017.

	Participação das despesas com saúde no total das despesas de consumo final do governo	Participação das despesas com saúde no total das despesas de consumo final das famílias
2010	18,9	7,3
2011	18,7	7,2
2012	18,6	7,3
2013	18,9	7,5
2014	19,5	7,8
2015	19,6	8,2
2016	19,5	8,3
2017	19,2	8,3

Fonte: Indicadores Brasil (2010-2017); IBGE, Conta-satélite de saúde. Elaboração das autoras, 2022.

A pesquisa especial de saúde mostra que o principal gasto das famílias com saúde foi referente a serviços de saúde privada, que corresponderam a 66,8% do total das despesas com saúde em 2017. Todavia, a crescente procura por assistência de planos de saúde privados se verifica em paralelo ao aumento da demanda por serviços públicos. Barros e Piola (2016) observam que, em 2015, 72% da população tinha o acesso a serviços médico hospitalares assegurado exclusivamente pelo sistema público. De fato, considerando a despesa das famílias com saúde como percentual do consumo efetivo de bens e serviços de saúde,¹⁰ observa-se que este aumentou, passando de 53,5% em 2010 para 56,8% em 2017, indicando que apesar da

10 De acordo com a pesquisa realizada pelo IBGE, “consumo efetivo” é definido como “despesas de consumo das famílias mais o consumo realizado por transferências sociais em espécie das unidades das administrações públicas ou das instituições sem fins de lucro a serviço das famílias”, ou seja, inclui o que é ofertado pelo setor privado e público.

procura por bens e serviços de saúde privada ter aumentado, também aumentou a demanda por bens e serviços de saúde pública.

A oferta de bens e serviços de saúde e a dependência de importações

Para atender ao maior consumo de bens e serviços de saúde, o valor adicionado tanto da saúde pública quanto privada cresceram consideravelmente, com uma participação mais significativa da saúde privada. A preços constantes de 2017, o valor adicionado bruto da saúde pública aumentou de R\$ 107,0 bilhões em 2010 para R\$ 129,8 bilhões em 2017, ou seja, um crescimento real acumulado de 21,3%. Na saúde privada, esse valor passou de R\$ 110,6 bilhões em 2010 para R\$ 167,3 bilhões em 2017, com um crescimento real acumulado de 51,3%. Em termos de participação no valor adicionado, os serviços de saúde pública passaram de 2,0% do valor adicionado bruto total da economia em 2010 para 2,3% em 2017, enquanto a participação dos serviços de saúde privada passou de 2,1% para 3,0%, respectivamente – representando o maior aumento de participação do período (IBGE, 2019).

O atual cenário de pandemia e crise sanitária evidencia o quão dependente das importações o país se encontra, recorrendo ao mercado internacional não somente para equipamentos tecnologicamente sofisticados, mas também para equipamentos de proteção individual, como luvas e máscaras.¹¹ De fato, a pesquisa especial do IBGE mostra que no setor de saúde a participação das exportações na demanda total é inferior à participação das importações na oferta total, indicando uma dependência do setor ao mercado externo. Em 2010, a participação das exportações dos produtos relacionados à saúde na demanda total foi de 0,8%, enquanto a

11 De acordo com Carlos Gadelha, em entrevista concedida ao *O Globo*, no dia 12 de abril de 2020, o grau de dependência do Brasil ao mercado internacional chega a cerca de 80%. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/sociedade/coronavirus/nao-podemos-ter-um-sus-com-tamanho-dependencia-diz-pesquisador-da-fiocruz-em-meio-crise-do-coronavirus-24366231>. Acesso em: 12 abr. 2020.

participação das importações na oferta total foi de 4,7%. A tendência não se inverte durante o período da pesquisa, correspondendo, respectivamente, a 0,7% e 4,6% em 2017. A participação das importações na oferta final de bens e serviços de saúde aumentou na grande maioria dos produtos selecionados pela pesquisa, em especial nas preparações farmacêuticas, que pesavam 16,3% em 2010 e passaram para 22,3% em 2017. Em termos de agrupamento de produtos, os farmacêuticos, de maior peso, passaram de 71,2% para 76,4%, respectivamente. Também cresceu a dependência de importações para medicamentos, que passou de 21,9% em 2010 para 24,1% em 2017, e de preparações farmacêuticas, que passou de 16,3% para 22,3%, respectivamente.

Como Fernandes *et al.* (2021) chamam atenção, o Brasil possui uma elevada vulnerabilidade tecnológica que afeta o desenvolvimento da indústria de saúde, resultando na elevada dependência de importações. Os autores observam que o país tem elevada dependência de insumos farmacêuticos ativos para fabricação de medicamentos, um item de elevado valor agregado que representa a maior parte do custo total de um medicamento. Apesar do Brasil ser o principal mercado farmacêutico da América Latina, produz apenas 10% dos insumos farmacêuticos ativos, resultado da perda de mercado para multinacionais que a farmoquímica sofreu desde o período de abertura comercial. O elevado grau de dependência do mercado externo para produtos de base química e biotecnológica se reflete no déficit de USD 11,2 bilhões em 2019, que mostra que a importação desses produtos em muito supera as exportações.

Como os autores bem pontuam, no que diz respeito à gestão macroeconômica, é importante considerar a administração da taxa de câmbio, que por um lado é essencial ao desenvolvimento nacional, mas, por outro, impacta o custo de acesso à saúde devido ao maior custo dos insumos importados – que afeta indústrias que dependem de tecnologia e matéria-prima do exterior, como a indústria farmacêutica nacional. Além disso, é importante pontuar a importância do setor público para o desenvolvimento de inovações tecnológicas, uma questão sensível para o desenvolvimento da

indústria de saúde, devido à capacidade que o setor público tem de assumir os riscos e a incerteza do processo e do financiamento de inovações, sendo capaz de direcionar os investimentos e estabilizar as condições para o crescimento e desenvolvimento de setores e indústrias de alto grau inovativo – como a indústria farmacêutica (FERNANDES *et al.*, 2021; MAZZUCATO, 2018). Essa questão se torna ainda mais relevante no atual contexto de pandemia e crise sanitária, uma vez que, de acordo com Fernandes et al (2021, p. 5),

verifica-se que os países que se capacitaram e que possuem sistemas de inovação mais robustos estão conseguindo responder, de forma mais célere, aos problemas sanitários atuais, não ficando tão dependentes de empresas estrangeiras, ao contrário do Brasil.

A EC 95/2016 e o financiamento do setor de saúde

Apesar da provisão de um sistema de saúde público e universal ser direito da sociedade e dever do Estado, foi possível observar uma redução dos gastos do governo nos últimos anos em concomitância com uma crescente procura das famílias por bens e serviços de saúde privada. A limitação imposta sobre gastos governamentais foi resultado das políticas de austeridade fiscal, que assumiram um protagonismo maior em 2016 através da aprovação da EC 95/2016, ao impor um limite que impede o crescimento real dos gastos do governo por vinte anos. Ao observar as experiências internacionais, Pires (2016) analisa que nenhum país adotou uma regra fiscal que produza tanto impacto para a administração orçamentária¹² – nem mesmo países que apresentavam condições fiscais piores que o Brasil. Para a saúde, a EC 95/2016 propõe um piso de crescimento real igual a zero

12 A experiência internacional com limites para o gasto de 26 países foram analisadas: Argentina, Austrália, Botswana, Bulgária, Croácia, Dinamarca, Equador, Finlândia, França, Hungria, Islândia, Japão, Kosovo, Lituânia, Luxemburgo, Mongólia, Namíbia, Holanda, Peru, Polônia, Romênia, Rússia, Espanha, Suécia, Estados Unidos e Eslovênia. Entre eles, somente o Japão adotou uma regra semelhante à EC 95/2016. Todavia, Pires (2016) ressaltava que, ao contrário do Brasil, o Japão atravessava um período de deflação e não apresentava crescimento populacional.

(PIRES, 2016). Bahia *et al.* (2016) argumentam que a ausência de esforços para identificar os determinantes e problemas conjunturais econômicos e políticos, somada a influência que as agendas empresariais setoriais têm, resultam uma extensão acrítica da expressão “crise” para o setor de saúde, preconizando a austeridade e a redução das responsabilidades sociais do Estado. A agenda de políticas tem impacto sobre o desenvolvimento da indústria de saúde no Brasil (FERNANDES *et al.*, 2021), apesar do mercado interno ser muito grande.

Entre os efeitos da EC 95/2016 ao reduzir o espaço de atuação do Estado, se tem a redução do financiamento dos sistemas de saúde pública, restringindo o raio de assistência à população e acentuando as disparidades sociais existentes. Vieira e Benevides (2016a) observam que, além de congelar o financiamento federal do SUS por vinte anos a valores de 2016, a EC desvincula a despesa federal com saúde de percentuais progressivos da receita corrente líquida (RCL), o que limita as possibilidades de financiamento do SUS. Vale lembrar que a estabilização do financiamento público de saúde ocorreu justamente com a vinculação das despesas, através da EC 29/2000, que estabelecia a correção do orçamento federal do SUS pela variação nominal do PIB. A EC 95/2016, por outro lado, além de incorporar a correção somente pela inflação, desconsidera as transformações demográficas. Entre as consequências da desvinculação das despesas, se tem a desobrigação dos governos a alocarem mais recursos no SUS em períodos de crescimento econômico, impactando o já fragilizado financiamento do sistema universal de saúde e penalizando de forma desproporcional aqueles que dependem unicamente do sistema público de saúde.

Como alternativa, o então Ministro da Saúde, Ricardo Barros, propõe, também em 2016, a expansão dos planos e seguros privados de saúde e ampliação de planos de saúde “acessíveis” – proposta essa que, para Bahia *et al.* (2016), segue a mesma linha da EC 95/2016, contribuindo para o aprofundamento das inequidades no acesso à saúde. De acordo com a proposta, admite-se a possibilidade de estabelecimento de contratos individualizados entre as unidades prestadoras de serviços públicas e as

operadoras, assim como o perdão de dívidas referentes a cobranças do ressarcimento ao SUS não pagas pelos planos de saúde (BAHIA *et al.*, 2016, p. 2). Assim, as empresas de planos de saúde passam a poder contar com os estabelecimentos públicos em sua rede de prestadores credenciados como estratégia para reduzir seus custos, enquanto as despesas das famílias com bens e serviços de saúde aumentam, resultado da necessidade de se custear individualmente o serviço que deve ser assegurado pelo Estado.

Essa é uma questão sensível especialmente atualmente, pois apesar da pandemia atingir toda sociedade, não afeta todas as parcelas da população de forma igual. Isto pois, além das possibilidades de prevenção não serem uniformes, também existem discrepâncias em relação ao acesso à saúde. Nesse cenário, a parcela da população mais pobre se encontra mais exposta a pandemia pelos dois lados: por apresentar mais dificuldade de realizar o isolamento social com finalidade de prevenir a contaminação, devido aos impactos que essa medida tem sobre a renda especialmente daqueles que não estão inseridos no mercado de trabalho formal, e menor possibilidade de arcar individualmente com os custos de planos e seguros de saúde privados, dependendo integralmente do combalido sistema de saúde pública.

A maior vulnerabilidade das classes mais pobres não é exclusividade da pandemia da Covid-19. Estudos sobre pandemias anteriores mostram ainda que, na realidade, essa maior vulnerabilidade não está restrita às classes internas, mas também se verifica ao considerar o nível de renda per capita dos países. Murray *et al.* (2006) constataram que, durante a pandemia da gripe espanhola (1918-1920), a maior taxa de mortalidade se deu entre os países de média e baixa renda per capita. De acordo com as estimativas realizadas pelos autores, um aumento de 10% na renda per capita refletia uma redução de 9-10% da mortalidade, explicitando a maior vulnerabilidade dos países de renda inferior – que, além de se expressar através das taxas de mortalidade mais elevadas, de acordo com os autores exprime também uma maior limitação de prevenção desses países. Simonsen *et al.* (2013), ao estimar as mortes causadas pela pandemia H1N1 (2009) no mundo, também chegam a uma constatação semelhante: a América Central e do Sul, que

possuem renda per capita inferior, apresentaram altas taxas de mortalidade, enquanto a Europa apresentou taxas baixas. Comparando com a Austrália, a Nova Zelândia e grande parte dos países da Europa, a taxa de mortalidade da América chegou a ser vinte vezes maior. O resultado se repete ao analisar somente a Europa: a Romênia, país europeu de menor renda per capita analisado, teve uma taxa de mortalidade seis vezes maior que a Espanha, a França e a Alemanha, que possuem renda per capita alta. Para além da renda, Buss e Pellegrini Filho (2007) ressaltam a importância de existir coesão social, uma vez que a renda não é o único fator determinante – são as sociedades mais igualitárias e com alta coesão social que possuem melhores níveis de saúde. Considerando que os determinantes sociais da saúde (DSS) provocam as inequidades de saúde, a redução da desigualdade de renda e os investimentos sociais são extremamente relevantes, pois contribuem para a promoção da saúde individual e coletiva.¹³

O Brasil, além de não ter uma renda per capita alta, apresenta desigualdades sociais e de renda alarmantes, que resulta a grande disparidade entre as classes que têm acesso ao sistema de saúde privado. De acordo com a última pesquisa nacional de saúde (PNS) do IBGE, realizada em 2019, a parcela da população que mais depende do SUS é de baixa renda ou está em situação de vulnerabilidade econômica. Entre a parcela da população sem instrução ou com ensino fundamental incompleto, que em sua grande parte tem um baixo rendimento mensal, somente 16,1% possuem planos de saúde. Em relação à população com ensino superior completo, 67,6% possuem planos de saúde.

Essa discrepância também fica visível ao analisar as internações realizadas em hospitais do SUS. Dentre as pessoas que ficaram internadas em hospitais do SUS, 79,6% eram sem instrução ou com ensino fundamental incompleto, percentual bastante superior se comparado com aqueles que possuem ensino superior completo (21,1%). Considerando as disparidades regionais, em 2019, 8,9 milhões de pessoas tiveram acesso ao atendimento hospitalar através do SUS, onde as regiões mais pobres registraram as

12 Para mais sobre os “determinantes sociais da saúde” e a criação da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde do Brasil, ver Buss e Pellegrini Filho (2007).

maiores proporções – 77,8% no Nordeste e 76,2% no Norte.

Dessa forma, a redução do gasto do governo com a provisão dos serviços considerados como direito à cidadania, como o acesso à saúde, penaliza desproporcionalmente a população de baixa renda e em situação de vulnerabilidade econômica, acentuando as disparidades sociais já existentes.

Observa-se um processo de terceirização do dever do Estado para o setor privado, através da mercantilização de um direito universal. A adoção da agenda de políticas de austeridade, ao impor a redução das responsabilidades e competências do Estado, impele as famílias a comprometer sua renda elevando suas despesas com bens e serviços de saúde privada. E as famílias que não têm margem de renda disponível para despesas com saúde, nem mesmo através de alternativas de serviços de saúde suplementar de baixo custo (e. g. Doutor Consulta), encontram um sistema público de saúde cada vez mais limitado devido às precárias condições de financiamento, resultado da redução de gastos imposta pela agenda de políticas adotada.

Considerações Finais

Como foi possível observar, a política de austeridade fiscal com corte nos gastos públicos traz problemas de financiamento à saúde pública e afeta não somente o acesso aos bens e serviços de direito universal, mas impacta diretamente a renda familiar, em um momento em que o mercado de trabalho ainda não se recuperou da crise econômica recente. A reforma trabalhista de 2017, que trouxe mudanças na consolidação das leis do trabalho (CLT), flexibilizou o mercado de trabalho sob o argumento de que a diminuição dos custos com mão-de-obra aumentaria o nível de emprego. Entretanto, a medida que visava retomar a confiança dos empresários não apresentou o efeito esperado, tendo como resultado principal a flexibilização dos contratos de trabalho e a facilitação das demissões, e não o aquecimento do mercado de trabalho. De acordo com os dados de emprego do IBGE, em janeiro de

2015, ano de crise econômica, a taxa de desemprego era de 6,9%. Em 2019, além do desemprego atingir o patamar de 11,9%, 41,1% da população ocupada estava em situação de informalidade – maior contingente desde 2016.

Apesar da instabilidade de renda que as situações de desemprego e informalidade implicam, o comprometimento do orçamento familiar com serviços de saúde privada aumentou, evidenciando a falta de seguridade de direitos básicos por parte do Estado. Dessa forma, o reflexo da redução do financiamento do SUS cairá principalmente sobre a parcela da população mais vulnerável, que está mais sujeita as instabilidades do mercado de trabalho, e os estados mais pobres, que têm maior dependência das transferências federais para o financiamento da saúde.

Com efeito, a parcela da população mais vulnerável e de menor renda também está mais suscetível a contaminação pela Covid-19 e tem maior dificuldade de cumprir o isolamento social, devido à insegurança do mercado de trabalho e à necessidade de exercer sua atividade para garantir renda. Em meio a pandemia que atinge todas as parcelas da sociedade, mas afeta mais severamente a população mais vulnerável, se faz necessário que o sistema de saúde público tenha o protagonismo necessário para assistir à toda população. A redução dos gastos governamentais, ao afetar a provisão de bens e serviços de consumo coletivo, atinge diretamente a parcela da população de renda baixa e em situação de vulnerabilidade econômica, que mais depende do sistema público. Destarte, no cenário atual, a agenda de políticas austeras adotada pelo governo ameaça não só a recuperação econômica, mas também a prevenção da vida da população, pois impõe obstáculos à provisão de bens e serviços de direito universal.

Na crise da pandemia, o sistema de saúde pública é peça fundamental e evidencia como a agenda implementada até o momento foi nociva para o setor. O momento necessita da revisão do papel do Estado na economia e suas competências. Os fatores supracitados, somados à rigidez das regras fiscais vigentes no Brasil, atrasam e limitam as respostas das políticas econômicas para enfrentar a crise atual, além de ameaçar as possibilidades

de recuperação econômica de longo prazo.

A retomada dos investimentos públicos em serviços básicos para assistir à população, gerando emprego, renda e provendo os direitos sociais universais, possibilitarão reaquecer a economia no período posterior a pandemia. Investimentos em pesquisa e desenvolvimento se fazem necessários tanto no setor de saúde quanto nos demais setores, onde as inovações tecnológicas podem resultar ganhos de produtividade, beneficiando o desenvolvimento industrial. É fundamental a retomada de uma agenda de desenvolvimento, que concilie o desenvolvimento econômico e social, e tenha o setor de saúde na centralidade do desenho da política econômica. A saúde, que apresenta uma ligação direta com a redução da pobreza e o crescimento econômico a longo prazo (WHO, 2001), é determinante da capacidade de trabalho e estudo da população, interferindo diretamente no nível de desenvolvimento intelectual e de produtividade do trabalho – e configurando um dos pilares para o desenvolvimento da sociedade, essencial para o desenvolvimento econômico.

Referências

- ALESINA, A.; FAVERO, C.; GIAVAZZI, F. *Austerity: When it works and when it doesn't*. Princeton: Princeton Univ. Press, 2019.
- BAHIA, L. O SUS de pé, mas combatido. In: SOUZA, P. (Org.). *Brasil, sociedade em movimento*. São Paulo: Paz e Terra, 2015.
- BAHIA, L.; et al. Planos privados de saúde com coberturas restritas: atualização da agenda privatizante no contexto de crise política e econômica no Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2016; v. 32 (12), e00184516, 2016.
- BARROS, M. E. D.; PIOLA, S. F. O financiamento dos serviços de saúde no Brasil. In: MARQUES, R. M.; PIOLA, S. F.; ROA, A. C. *Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento*. Rio de Janeiro; Brasília: ABRES; Ministério da Saúde; OPAS/OMS no Brasil, 2016.

- BCB. *Calculadora do cidadão*. Banco Central do Brasil. [S. d.]. Disponível em: <https://www3.bcb.gov.br/CALCIDADAOPUBLICO/corrigirPorIndice.do?method=corrigirPorIndice>. Acesso em: 11 abr. 2020.
- BLYTH, M. *Austeridade: A História de uma Ideia Perigosa*. Rio de Janeiro: Autonomia Literária, 2018.
- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília (DF): Senado, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm. Acesso em: 12 abr. 2020.
- BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. Saúde e seus determinantes sociais. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.
- CARVALHO, L. *Valsa brasileira: do boom ao caos econômico*. São Paulo: Todavia, 2018.
- FGV/IBRE. *Investimentos públicos: 1947-2019*. Observatório de política fiscal, FGV. Disponível em: <https://observatorio-politica-fiscal.ibre.fgv.br/posts/observatorio-de-politica-fiscal-atualiza-estatisticas-historicas-de-investimento-publico-1947>. Acesso em: 10 abr. 2020.
- DWECK, E.; TEIXEIRA, R. A. A política fiscal do governo Dilma e a crise econômica. *Texto para Discussão*, Unicamp/IE, Campinas, n. 303, jun. 2017.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Conta-satélite de saúde*. Brasil, 2010-2017. Rio de Janeiro: IBGE, 2019.
- IBGE. *Pesquisa de orçamentos familiares*. Brasil: vários anos. Rio de Janeiro: IBGE, 2019.
- IBGE. *Pesquisa nacional de saúde*. Brasil, 2019. Rio de Janeiro: IBGE, 2020.
- IBGE. *Sistema de Contas Nacionais*, Brasil: vários anos. Rio de Janeiro: IBGE, 2019.
- IPEADATA. *Taxa de desocupação*. PNAD Contínua. Série histórica. Disponível em: <http://www.ipeadata.gov.br/ExibeSerie.aspx?serid=1347352645>. Acesso em: abr. 2022.
- FERNANDES, D. R. A.; GADELHA, C. A G.; MALDONADO, J. M. S. V. Vulnerabilidades das indústrias nacionais de medicamentos e produtos biotecnológicos no contexto da pandemia de COVID-19. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 37, n. 4, e00254720, 2021.
- MARQUETTI, A.; HOFF, C.; MIEBACH, A. Lucratividade e distribuição: a origem econômica da crise brasileira. *Texto para Debate*, PUCRS/Dep. de Economia, out. 2016.

- MAZZUCATO, M. *O Estado empreendedor: Desmascarando o mito do setor público vs. setor privado*. São Paulo: Portfolio-Penguin, 2014.
- MELLO, G.; ROSSI, P. Do industrialismo à austeridade: a política macro dos governos Dilma. In: CARNEIRO, R.; BALTAR, P.; SARTI, F. (Orgs.). *Para além da política econômica*. São Paulo: Ed. UNESP, 2018.
- MURRAY, C. J. L.; *et al.* Estimation of potential global pandemic influenza mortality on the basis of vital registry data from the 1918–20 pandemic: a quantitative analysis. *Lancet*, n. 368, p. 2211–2218, 2006.
- ORAIR, R. O. Investimento público no Brasil: trajetória e relações com o regime fiscal. *Texto para discussão*, IPEA, Rio de Janeiro, n. 2215, jul. 2016.
- PINTO, E. C.; *et al.* A guerra de todos contra todos e a Lava Jato. *Revista da Sociedade Brasileira de Economia Política*, 2019.
- PIRES, M. C. C. Análise da PEC 55. *Nota técnica IPEA, Carta de conjuntura nº 33*, 2016.
- PMDB. *Uma ponte para o futuro*. Programa de governo. Brasília: PMDB, 2016. Disponível em: <https://www.fundacaoullysses.org.br/wp-content/uploads/2016/11/UMA-PONTE-PARA-O-FUTURO.pdf>. Acesso em: 16 jan. 2017.
- SAAD-FILHO, A.; MORAIS, L. *Brasil: Neoliberalismo versus democracia*. São Paulo: Boitempo, 2018.
- SINGER, A. Cutucando onças com varas curtas: O ensaio desenvolvimentista no primeiro mandato de Dilma Rousseff (2011–2014). *Novos Estudos*, v. 34, n. 2, p. 39–67, jul. 2015. Disponível em: <http://novosestudos.uol.com.br/produto/edicao-102/>. Acesso em: mar. 2022.
- SIMONSEN, L. *et al.* Global Mortality Estimates for the 2009 Influenza Pandemic from the GLaMOR Project: A Modeling Study. *PLoS Medicine*, v 10, issue 11, e1001558, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001558>.
- TESOURO NACIONAL. *Resultado do Tesouro Nacional*. 2020. Disponível em: <http://www.tesouro.fazenda.gov.br/resultado-do-tesouro-nacional>. Acesso em: 10 abr. 2020.
- 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. *Texto para discussão*, IPEA, Brasília, n. 28, set. 2016a.
- 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, nov. 2016b.

WHO. World Health Organization. Macroeconomics and health: investing in health for economic development. *Executive Summary, Report of the Commission on Macroeconomics and Health*. Geneva: World Health Organization, 2001.