DESDOBRAMENTOS DO AJUSTE FISCAL NO SUS E NO CONTEXTO DA PANDEMIA

Camila da Silva Rocha[1]

Edla Hoffmann[2]

RESUMO

Apesar do reconhecimento jurídico-legal da saúde enquanto direito universal, o tempo presente pós-golpe parlamentar (2016) demarca a radicalização do projeto neoliberal brasileiro com contundentes contrarreformas e severos ajustes fiscais que drenam os recursos do SUS para garantir a sobrevida do capital parasitário, que não arrefece a sanha por lucro diante da pandemia da Covid-19. O trabalho ora apresentado objetiva discutir as inflexões do ajuste fiscal na Política de Saúde, a partir de revisão bibliográfica, coleta e análise de dados acerca da execução orçamentária, tendo como baluarte teórico o método crítico-dialético. Os resultados apontam que o SUS encontra desafios para materializar o texto constituinte na realidade dos/as brasileiros/as através de um orçamento subfinanciado, cujas perdas no orçamento apenas nos últimos anos anunciam a destruição a longo prazo do SUS e a incompatibilidade do ajuste fiscal permanente com um sistema público, universal, equânime e integral.

Palavras-chave: Ajuste Fiscal; Sistema Único de Saúde; Pandemia Covid-19.

ABSTRACT

Despite the juridical-legal recognition of health as a universal right, the present time post 2016 parliamentary coup marks the radicalization of the Brazilian neoliberal project with forceful counter-reforms and severe fiscal adjustments that drain SUS resources in order to ensure the survival of the parasitic capital, whose need for profit not cool off in for the face of the Covid-19 pandemic. The work presented here aims to discuss the inflections of fiscal adjustment in the Health Policy, based on literature review, collection and analysis of data on budget execution, having the critical-dialectical method as a theoretical underpinning. The results show that the SUS faces challenges to materialize the constituent text in the reality of Brazilians through an underfinanced budget, whose budget losses only in recent years announce the long-term destruction of the SUS and the incompatibility of permanent fiscal adjustment with a public, universal, equitable and integral system.

Keywords: Fiscal Adjustment; Unified Health System; Covid-19 Pandemic.

[1] Graduanda em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN); Bolsista de Iniciação Científica; Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Questão Social, Política Social e Serviço Social. E-mail: camilasroccha@gmail.com.

[2] Doutora em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), em Porto Alegre, RS, Brasil; professora no curso de graduação e pós-graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), em Natal, RN, Brasil. Líder do Grupo de Estudos e Pesquisa em Questão Social, Política Social e Serviço Social. E-mail: edla.hoffmann@ufrn.br.

1 INTRODUÇÃO

A relação dialética entre conquistas e desmontes circundam as políticas sociais que constituem o rol da Seguridade Social no Brasil, a Assistência Social, Previdência Social e Saúde, que, tardiamente reconhecidas enquanto direitos sociais, buscam sedimentação no terreno tortuoso da hipotrofia estatal, expressa nas contrarreformas do Estado e nos amiúdes cortes orçamentários através do ajuste fiscal permanente.

Envolto nesse cenário contraditório, o Sistema Único de Saúde (SUS) esbarra no subfinanciamento histórico que, desde seu nascedouro, tem sido impeditivo ao pleno funcionamento da rede de serviços de saúde e, por conseguinte, à materialização dos seus princípios basilares. Apesar do reconhecimento jurídico-legal da saúde enquanto direito universal, o tempo presente marcado pelo golpe parlamentar, radicalizou o projeto de Estado neoliberal brasileiro, em curso desde os anos 1990. Isso reflete incisivos retrocessos na política de saúde e imposição de estratégias mais eficientes para drenar a riqueza socialmente produzida e garantir a acumulação capitalista, que não é intimidada diante da maior crise sanitária do séc. XXI, a pandemia da Covid-19.

O trabalho ora apresentado objetiva discutir sobre as inflexões do ajuste fiscal na Política de Saúde brasileira, sendo este produto de análises e reflexões da pesquisa coletiva “As implicações do ajuste fiscal na efetivação das políticas sociais, no agravamento da pobreza e na desigualdade social” (CNPQ/UFRN) que investiga os anos de 2014 a 2019. Para tanto, recorre-se ao período a partir de 2016 por considerar o cenário pós-golpe como marcador histórico no acirramento dos ataques ao fundo público, avalizado pelo Estado que, para avizinhar-se aos escusos interesses do capital submete a população a condições aviltantes.

O estudo de natureza quantiqualitativa foi realizado através de ampla revisão bibliográfica, coleta e análise de dados acerca da execução orçamentária. À luz da teoria social crítica, alicerçada no método crítico-dialético, pretende-se com as breves sistematizações suscitar elementos para contribuir com o debate que subjaz o desmonte da política de saúde no contexto de aprofundamento do ajuste fiscal.

Este texto está estruturado em três partes, sendo a primeira esta introdução; a segunda, que contextualiza e aponta as expressões do ajuste fiscal na política de saúde e no cenário de pandemia; e a terceira, por fim, à guisa de considerações finais; em sequência, as referências que subsidiaram a construção deste artigo.

2 O AJUSTE FISCAL E SUAS IMPLICAÇÕES NA POLÍTICA DE SAÚDE

Forjada no processo de lutas populares que marcaram o período da redemocratização brasileira, a saúde foi incorporada na agenda pública da Constituição Cidadã que assinalou-a, jurídico-institucionalmente, enquanto direito de cidadania e responsabilidade 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 (Art.196, C.F, 1988)”. O Sistema Único de Saúde (SUS) foi regulamentado através das Leis Orgânicas da Saúde 8080/1990 e 8142/1990, cujos princípios fundamentais, universalidade, integralidade e equidade, assinalam agora, sem distinção: A saúde como direito de todos/a brasileiros/as.

Inegavelmente o direito à saúde e a criação do SUS atestam o reconhecimento das lutas da classe trabalhadora por melhores condições de vida/saúde/direitos que imprimiram novos rumos ao posicionamento do Estado. Todavia, paradoxalmente, o fecundo período que erigiu o sistema de proteção social brasileiro — composto pelas políticas de Saúde, Assistência Social e Previdência — foi o mesmo em que os direitos conquistados foram golpeados pelas refrações de mais uma crise do modo de produção capitalista.

Ressalta-se que as crises são constitutivas do capitalismo (NETTO; BRAZ, 2006), mas é no apogeu da mais severa delas — a Crise Estrutural do Capital,

marcada por um *continuun* depressivo, distinta das anteriores por sua expressão universal, de alcance global, de temporalidade extensa, contínua e permanente e desdobramentos rastejantes, que a diferenciam das crises cíclicas (MÉSZÁROS, 2002) — que são alteradas as bases exigidas pelo capital para manter a acumulação, a saber: reestruturação produtiva, financeirização do capital e o neoliberalismo.

A partir de estratégia econômica, ideológica, política e cultural, o neoliberalismo adquire hegemonia no cenário pós-crise, e sob seus ditames são insufladas ideais de estabilidade monetária, sendo "necessária uma disciplina orçamentária, com a contenção dos gastos com bem-estar, e a restauração da taxa 'natural' de desemprego" (ANDERSON, 1995, p.11) receituário ideal aos capitalistas/rentistas para reverter o cenário decrescente das taxas de lucro.

Nos países da periferia do capitalismo, o neoliberalismo se reflete na forma das contrarreformas do Estado (BEHRING, 2003), das privatizações de empresas estatais, da retração das políticas sociais e nas amiúdes medidas de ajuste fiscal permanente (BEHRING, 2017) que, orientadas pelo Banco Mundial e Fundo Monetário Internacional, foram implementadas no Brasil a partir do Governo de FHC e seguiu ininterrupta pelos seus sucessores.

O ajuste fiscal, enquanto medida macroeconômica para produzir *superávits* primários, pode ser visualizado já em 1993, pelo Fundo Social de Emergência (FSE) que legitimava a retirada dos recursos do Orçamento da Seguridade Social (OSS) para garantir o equilíbrio fiscal (SALVADOR, 2017). Em 2004, pela Desvinculação dos Recursos da União (DRU), 20% do OSS estava comprometido em escamotear o fundo público, para o pagamento dos encargos e juros da dívida, numa "perversa alquimia" (BOSCHETTI; SALVADOR, 2006), que converte os recursos da seguridade em recurso fiscal.

Cabe ressaltar que a DRU é um dispositivo legal que permite o uso indiscriminado do orçamento para finalidades distintas àquela de financiar as políticas sociais, a exemplo da dívida pública tem funcionado como "punção da riqueza socialmente produzida, engendrando também a expropriação de direitos, por meio da captura, da punção do fundo público" (BEHRING, 2017, p.10).

Essas estratégias voltadas ao maculado interesse do capital parasitário/financeiro são aprofundadas, em 2016, sob a Emenda Constitucional (EC) nº 93 que aumentou o percentual da DRU para 30% com vigência até 2023, um expressivo ataque que deixa descoberta as disputas pelo orçamento público. Por meio desse instrumento, a Seguridade perdeu R$ 980,00 bilhões entre os anos de 1995 e 2017 (MENDES; CARNUT, 2020). Danos irreparáveis, no lastro de duas décadas, às recém-conquistadas políticas sociais e, sobremaneira, à população que fica exposta a serviços públicos sucateados e políticas cada vez mais seletivas, restritas e focalizadas. Capturado, o OSS torna-se funcional aos serviços da dívida pública (juros, amortizações e encargos), ao comparecer para socorrer o capital e, principalmente, o mercado financeiro (SALVADOR, 2010).

A intensificação da captura pelo fundo público é recrudescida a partir de 2016, cenário de instabilidade política que culminou no *impeachment* da presidenta Dilma Rousseff através de golpe parlamentar, em que foram implementadas medidas mais contundentes da agenda neoliberal pelo seu sucessor. Além da DRU de 30%, a reforma trabalhista (Lei 13.467/2017) que incentiva a flexibilização dos vínculos trabalhistas; a proposta de reforma previdenciária (aprovada em 2019) e a fatídica "PEC da morte" depois transformada em Emenda Constitucional nº 95/2016. Com objetivo de produzir *superávits* primários, essa emenda se constitui como Novo Regime Fiscal (NRF) que limita um teto para as despesas primárias por vinte (20) exercícios financeiros. Dito de outro modo: a EC nº95 congela os investimentos em educação e saúde e impede a ampliação de políticas e direitos sociais no decurso de vinte anos.

O horizonte orçamentário da saúde com o NRF é o prelúdio da destruição do SUS, pois como apontaram os estudos de Vieira e Benevides (2016), quando a EC ainda era PEC 241, uma perda de R$ 654 bilhões era esperada para a saúde, considerando a Receita Corrente Líquida (RCL) de 13,2% de 2016 e o crescimento anual do PIB em 2%; caso o crescimento fosse em 1%, o valor perdido seria de R$ 416 bilhões. Já com as projeções atuariais à época na Lei de Diretrizes Orçamentárias de 2017 com crescimento previsto em 3% do PIB, as autoras

elucidam que cerca de R$ 1 trilhão deixariam de ser investidos em saúde de 2017 a 2036.

Nesse entendimento, em cenários crescentes a perda no orçamento é ampliada, pois "o único cenário sem perda em relação ao orçamento de 2016 é o de crescimento econômico zero, onde haveria perdas somente na comparação do valor per capita" (VIEIRA; BENEVIDES, 2016, p.12). Portanto, à medida que o PIB aumenta as perdas são ainda maiores, o que, em essência, expressa a iminente contradição do Estado neoliberal brasileiro, uma vez que a melhora nos índices econômicos deveria pressupor a reversão em investimentos nos estabelecimentos públicos, na ampliação de serviços/benefícios/direitos, sobretudo quando a classe cuja força motriz é responsável pelas riquezas socialmente produzidas de uma nação, é também a classe mais atingida com essa retração do estatal.

É oportuno destacar que não são recentes os limites à efetivação do SUS mediante um financiamento pífio: os 30% da seguridade destinados à saúde no limiar da constituinte não conseguiram sustentação nesses 30 anos da sua institucionalização; já a EC nº29/2000 — que determinou percentuais mínimos de recursos orçamentários às ações e os serviços de saúde, no âmbito da União (10%), Estados e Distrito Federal (12%) e municípios (15%) — não esclareceu a origem dos recursos, tampouco a definiu o que eram ações e serviços de saúde. Levou 11 anos para ser aprovada após mobilização social, mas sofreu cortes em sua proposta original, sobretudo a destinação dos 10% da receita bruta da união, a qual destinará o mesmo valor do ano anterior, corrigido pela variação nominal do PIB, dos dois últimos anos.

A Lei Complementar nº 141/2012 regulamenta a EC. 29/2000, mas as incertezas quanto ao financiamento permanecem, "não avançou quanto à alocação adicional de recursos para o SUS, pois manteve a lógica da regra do piso tal qual estabelecido pela EC 29/2000 para as três esferas de governo" (FUNCIA; OCKÉ-REIS, 2018, p.85). Sob a EC 29 de fato houve uma ampliação do gasto em saúde de 2,89% do PIB em 2000 para 3,84%, em 2011, conforme apontam (MENDES; FUNCIA, 2016). Todavia, ressalta-se que o percentual é irrisório e incompatível com um sistema de saúde que prima pelo acesso a todos/as brasileiros/as.

Seguindo a mesma lógica de destruição e fragilidade no orçamento do SUS, em 2015 foi aprovada a EC 86 que institui o "orçamento impositivo", altera a base de cálculo de Receita Corrente Bruta para Receita Corrente Líquida, estabelece que a União não deverá aplicar o montante inferior de 15% da receita líquida para programas e ações de saúde, gradativamente e estabelece o limite de 1,2% da RCL para Emendas Individuais Parlamentares.

Apesar desse histórico de subfinanciamento enfrentado pelo SUS, para Funcia e Ocké-Reis (2018, p.85) "nada foi pior que as regras da Emenda Constitucional 95/2016", os autores justificam tal afirmação à medida que, apesar do suposto ganho em 2016 e 2017, devido

> [...] a antecipação do piso de 15% das Receitas Correntes Líquidas estabelecidos originalmente para 2020 pela EC 86/2015, a nova regra de cálculo do piso a partir de 2018 (cuja base de cálculo até 2036 será o valor dos 15% das Receitas Correntes Líquidas de 2017 atualizado anualmente pela variação do IPCA/IBGE apurada em junho do ano anterior) somada ao teto das despesas primárias congelado nos níveis dos pagamentos realizados em 2016 foi responsável por um crescimento expressivo dos restos a pagar (FUNCIA; OCKÉ-REIS, 2018, p.86).

Não obstante, a EC do teto de gastos surte efeito nos anos seguintes em que é possível mensurar as perdas orçamentárias na política de saúde, em 2018 de R$ 3,98 bilhões e em 2019 de R$ 13,58 bilhões, calculadas pela diferença de valores executados e os 15% da RCL (MORETTI; FUNCIA; OCKÉ-REIS, 2020). Somadas, tais perdas representam um montante superior a R$ 17 bilhões que deixaram de ser investidos nos serviços de saúde. Esse cenário também é atestado por Funcia e Santos (2019) quando o percentual da RCL destinados às ações e serviços públicos de saúde (ASPS), passou de 15% em 2017, para 13,95% em 2018 e 13,85% em 2019.

Em concordância com as análises dos autores, é possível ilustrar o quadro iminente da dilapidação do SUS diante das despesas da União destinadas à política de saúde. Ao considerar os anos de 2016 a 2020, expressos em Tabela 1, percebe-se inicialmente, a diferença entre recursos empenhados e efetivamente pagos nos respectivos anos. Ainda evidencia-se que, em 2018, a despesa empenhada ficou abaixo do ano anterior e, em 2019, o quantitativo destinado não sofreu grandes alterações.

Tabela 1 – Evolução anual das despesas da União em Saúde

Evolução Anual das Despesas em Saúde			
Ano	Fases da despesa		
	Despesa Empenhada	Despesa Executada	Despesa Paga
2016	134,2	133,0	133,8
2017	140,2	139,7	129,9
2018	139,1	138,4	138,4
2019	139,5	139,0	138,6
2020	176,9	176,1	173,0

Fonte: Siga Brasil. Elaboração própria.
Valores em bilhões de reais indexados pelo IPCA.
Referente à atualização de dados em 06 de agosto de 2021.

Já em comparação aos anos de 2019 e 2020, constata-se um incremento nas despesas pagas em saúde, de R$ 138,6 bilhões para R$ 173 bilhões. Depreende-se, que tal acréscimo orçamentário é pertinente ao estado de calamidade instaurado em virtude da pandemia da Covid-19. A doença infectocontagiosa causada pelo novo coronavírus (Sars-CoV-2) de dimensão planetária emergiu em meados de março do ano de 2020 no Brasil e suscitou maiores investimentos na saúde com a construção de hospitais de campanha, reabilitação e ampliação de leitos, aquisição de equipamentos/ medicamentos/insumos, contratação de profissionais, entre outros.

Entretanto, a observância dos demais gastos do orçamento federal, publicizados pelo Siga Brasil, desnuda outra realidade: os valores acrescidos não representam aumento expressivo na política de saúde, ao contrário, atestam uma redução do percentual do orçamento efetivo, pois os R$ 138,6 bilhões correspondem a 5,892% e os R$ 173, a 5,873%. Destaca-se, contudo, a primazia do capital portador de juros, quando no cenário pandêmico o montante destinado ao refinanciamento da dívida (rolagem da dívida) foi ampliado de R$ 530,4 bi (16,61%) em 2019 para R$ 779,3 bi (19,42%) em 2020.

Esses percalços de ordem financeira atravessam a história da consolidação do SUS e caminham numa tendência de recrudescimento com o constrangimento exacerbado dos recursos da política de saúde, em que “o *subfinanciamento* do SUS passou a ser transformado num processo de *desfinanciamento*, configurando um

quadro de aniquilamento, 'a conta-gota' das tentativas de construção de nosso sistema universal" (MENDES; CARNUT, 2020, p.26, grifos nossos).

Além desse quadro explícito do desfinanciamento, Bravo, Pelaez e Menezes (2020) chamam atenção que foi no governo Michel Temer (2016-2018) a intensificação do arsenal de retrocessos no SUS: na política de saúde mental com o fortalecimento de internações psiquiátricas, em detrimento de práticas na perspectiva da luta antimanicomial e Reforma Psiquiátrica; na proposição dos Planos de Saúde Acessíveis, que fomenta o incentivo ao mercado lucrativo dos planos de saúde e evidencia a associação do Estado aos grupos empresariais dessas seguradoras; na revisão na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que sem consulta pública, alterou a composição das equipes, as formas de financiamento e rompeu com a centralidade da Estratégia Saúde da Família (ESF).

À guisa dos resultados parciais do Eixo Saúde da pesquisa "As implicações do ajuste fiscal na efetivação das políticas sociais, no agravamento da pobreza e na desigualdade social", em investigação ao Plano Plurianual (PPA) 2016-2019 do Governo Federal constata-se a incompatibilidade entre as metas propostas para os quatro anos e as metas efetivamente alcançadas, que, embora reduzidas, não alcançam, em sua maioria, índices satisfatórios. Isso ratifica os retrocessos que corroem a política de saúde apresentados pelas autoras supracitadas.

Acerca da saúde mental, que reúne um dos menores orçamentos da política de saúde, atesta-se uma expressiva redução no apoio aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), em contrapartida, houve um maior incentivo orçamentário às comunidades terapêuticas a partir de 2016. Cabe salientar que esses espaços terapêuticos, em maior parte de cariz religioso, centram-se numa perspectiva individualista, culpabilizadora e moralista dos indivíduos, diametralmente oposta aos princípios da Reforma Psiquiátrica a da luta antimanicomial.

Concernente à Atenção Básica, a última alocação de profissionais médicos (estrangeiros e brasileiros) pelo Programa Mais Médicos ocorreu em 2015, nos quatro anos subsequentes percebe-se, na verdade, a redução ano a ano desses profissionais. Em 2019, o programa é extinto, disso resulta a saída de milhares de profissionais e, por conseguinte, ampliação de vazios assistenciais. Além disso,

nota-se a redução de Agentes Comunitários de Saúde, de 265.685 em 2016 para 260.238 em 2019, profissionais que constituem a ESF e são essenciais à cobertura de saúde, pois ao atuar junto à população estabelecem vínculos entre os/as usuários/as e os serviços. Todavia, sob a nova PNAB (2017), o quantitativo por equipe desses profissionais passou a ser indefinido, bastando ter um (01) ACS, diferenciando da PNAB anterior que indicava de quatro (04) a seis (06) ACS por equipe.

Ademais, observa-se uma tendência governamental em direcionar o orçamento às demandas hospitalares, ao passo que as ações voltadas à promoção, prevenção e proteção da saúde, por exemplo, são pouco exploradas. Essa prioridade contribui para ampliar a “privatização não clássica” (GRANNEMAN, 2011), realizada por dentro do SUS, à medida que a partir dos “novos” modelos de gestão o Estado permite, com a gestão hospitalar por Organizações Sociais, a transferência do fundo público para o capital privado (CORREIA, 2015).

É, portanto, sob comando da direita (pós-impeachment) que o projeto da burguesia assumiu desdobramentos mais intensos, cuja continuidade manifesta uma face extremista com a ascensão eleitoral do presidente Jair Messias Bolsonaro (2019-2022) e seus claros aspectos antidemocráticos, antidiversidade, anticiência, com uso da violência do Estado, com forte apelo às políticas neoconservadoras e ultraneoliberais, aliadas ao fundamentalismo religioso; “se trata de um governo com ideias e ações neofascistas, ainda que não haja, até o momento pelo menos, um regime fascista” (MATOS, 2021, p.85).

A agenda neoliberal bolsonarista amplia a irrefutável destruição já iniciada no governo Temer, das contrarreformas aos seguidos projetos que miram na privatização das estatais. Na Saúde, o desfinanciamento do SUS e a associação com parcerias público-privadas são continuados, ademais, tem fim o Programa Mais Médicos, que culminou na debilidade em assistência à saúde nas áreas de maior vulnerabilidade, interiores e periferias (MATOS, 2021).

Aprofundando os desmontes e violação de direitos, em 2019 é lançada a Nota Técnica nº 11/2019 que agrava ainda mais a situação no âmbito da saúde mental, visto que insere as Comunidades Terapêuticas na Rede de Atenção Psicossocial

(RAPS), além dos Hospitais Psiquiátricos, os Ambulatórios Especializados Multiprofissionais e o Hospital Dia, inclusive autorizando a compra de equipamentos de eletrochoque, o que expressa um projeto neoconservador, ultraneoliberal, comprometido com as necessidades do mercado e interesses do capital (SOARES, 2020).

A tragédia anunciada se intensifica com a condução do enfrentamento da pandemia que o atual governo expressa seu desprezo pela saúde e pela vida, com sua política governamental genocida. Pela alta transmissibilidade e letalidade do Sars-CoV-2, as recomendações das autoridades sanitárias nacionais e internacionais envolvem o isolamento/distanciamento social, uso de máscaras de proteção e constante higienização, no intuito de conter o contágio e, por conseguinte, a manifestação da doença.

Na contramão do recomendado, o chefe da nação expressa claramente o negacionismo da doença, visto que minimiza sua gravidade, incentiva a retomada econômica a qualquer custo, menospreza as vidas perdidas pela doença, participa e incita aglomerações, recomenda uso de fármacos sem comprovação científica e questiona a eficácia das vacinas existentes. Na verdade seu discurso antivacina se reflete na morosidade da compra dos imunizantes, na implementação de um Plano Nacional de Imunização e o não investimento em campanhas estratégicas para incentivar a vacinação da população.

Nesse diapasão, escancaram-se os escusos interesses do Capital sobre a saúde que, diante da maior crise sanitária do séc. XXI, encontra subterfúgios para ampliação de lucros cada vez mais predatória. Entre março e maio de 2020, “as 32 empresas mais lucrativas do mundo vão faturar mais U$ 109 bilhões do que a média dos últimos quatro anos fazendo com que a fortuna das 25 pessoas mais ricas do mundo tenha crescido U$ 255 bilhões” (CISLAGHI, 2021, p.17).

No Brasil, enquanto 14,8 milhões de brasileiros/as vivenciam o desemprego (IBGE, 2021) e 116,8 milhões convivem com a insegurança alimentar leve, moderada ou grave (REDE PENSSAN, 2021), um punhado de bilionários/as aumentaram suas fortunas. Sessenta e cinco (65) é o número de brasileiros/as que entraram para a lista da Revista Forbes no ranking mundial e, tendo a doença como

nicho lucrativo, dez desses bilionários/as são da área da saúde, com lucros expandidos em 184% (CARVALHO, 2021).

Ao passo que o capital lucra com o caos sanitário, os recursos das políticas sociais seguem constrangidos, cerca de R$ 22,5 bilhões deixaram de financiar o SUS entre 2018 e 2020 e a tendência prevista para 2021 está na ordem de R$ 40 bilhões (CORREIA; SANTOS; ALVES, 2021). As autoras ainda esclarecem que apenas 30% do orçamento do Ministério da Saúde haviam sido de fato utilizados até julho de 2020.

Aqui cabe ressaltar que para o enfrentamento da pandemia foi criado um orçamento temporário (EC nº106/2020), dessa forma, o acréscimo das despesas aconteceu diante da “suspensão das regras fiscais (regra de ouro e meta de resultado primário) e da não contabilização dos créditos extraordinários no teto de gastos” (MORETTI; FUNCIA; OCKÉ-REIS, 2020). O teto de gastos fica intocado num cenário que exige uma maior intervenção em ações para mitigar os efeitos deletérios da pandemia.

Com mais de 20 milhões de infectados/as e 569 mil vidas ceifadas, entre as quais muitas poderiam ser evitadas, a pandemia descortinou não só o fosso de desigualdades e iniquidades que demarcam a formação sociohistórica brasileira — quando a população negra, pobre e indígena foi brutalmente mais atingida — como também a sanha do capital que, por intermédio do Estado, não encontra limites para usurpar a riqueza da classe produtora diante dos milhares de corpos.

Outrossim, ainda evidenciou os gargalos de ordem orçamentária enfrentados por um Sistema Único de Saúde (público, gratuito e universal), historicamente subfinanciado, que tem sido essencial para responder às demandas dos/as usuários/as no combate da crise sanitária, seja no atendimento/tratamento da doença, sejam nas ações preventivas com a vacinação em massa da população.

3 CONCLUSÕES

Não são recentes os ataques às políticas sociais e aos direitos conquistados a duras penas. Mas é no limiar do cenário pós-golpe de 2016 que o projeto

neoliberal da burguesia aprofunda as estratégias para transpor os recursos do Orçamento da Seguridade Social necessários para garantir a sobrevida do capitalismo financeiro/parasitário.

O Estado, ao instaurar os incisivos mecanismos para apropriação do fundo público (DRU e EC 95) somados às contrarreformas na política de saúde e acenar ao mercado privado dos serviços de saúde, expressa sua face classista que, sob os ditames do capital, esvazia sua responsabilidade e contribui para a mercantilização das políticas sociais e da vida.

Com um orçamento irrisório, a história do SUS encontra desafios para materializar o texto constituinte na realidade dos/as brasileiros/as. As perdas de mais de R$ 20 bilhões, apenas nos últimos 4 anos, anunciam a destruição a longo prazo e incompatibilidade do ajuste fiscal permanente com um sistema público, gratuito e universal e, mais, com a saúde em sua concepção ampliada, cujas condições de vida/trabalho e acesso aos bens e serviços são essenciais. Ademais, anuncia também a necessidade revogar esses mecanismos predatórios com vistas a recuperar o orçamento da política de saúde.

Ainda que subfinanciado e precarizado, no auge da pandemia da covid-19, é o SUS e seu conjunto de trabalhadores/as que estão na linha de frente das trincheiras de luta/resistência em defesa pela vida. Não é o setor privado que atende as demandas da população diante do agravamento da crise sanitária, por essa razão é incontestável a defesa do SUS, público, integral e equânime, direito do cidadão e responsabilidade do Estado para a garantia da vida e da saúde da população.

REFERÊNCIAS

ANDERSON, P. Balanço do neoliberalismo. In: SADER, E.& GENTILI, P.(orgs.) **Pós-neoliberalismo**: as políticas sociais e o Estado democrático. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.

BEHRING, Elaine. **Brasil em contrarreforma**: desestruturação e perdas de direitos. São Paulo: Cortez, 2003.

BOSCHETTI, I; SALVADOR, E. Orçamento da seguridade social e política econômica: perversa alquimia. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, v. 87, p. 25-57, 2006.

BRASIL **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988.

BRAVO, M.I; PELAEZ, E. J; MENEZES, J. S. B. A Saúde nos governos Temer e Bolsonaro: Lutas e resistências. **SER Social**, [S. l.], v. 22, n. 46, p. 191–209, 2020.

CARVALHO, I. Valor médio da fortuna de empresários da saúde saltou 134% em um ano de pandemia. **Brasil de Fato**. São Paulo, 2021. Disponível em: https://www.brasildefato.com.br/2021/04/10/valor-medio-da-fortuna-de-empresarios-da-saude-saltou-134-em-um-ano-de-pandemia. Acesso em: 29 jul. 2021.

CISLAGHI, J.F. Financiamento e privatização da saúde no Brasil em tempos ultraneoliberais. **Revista Humanidades & Inovação**: Política de Saúde e Lutas Sociais em tempos de Pandemia da Covid-19 (Edição Especial), Palmas, v.8 n.35, fev. 2021.

CORREIA, M.V.C. Entre a reforma sanitária e o SUS: os interesses do Capital na Saúde. In CORREIA, M.V.C; SANTOS, V.M (orgs). **Reforma Sanitária e Contrarreforma da Saúde**: Interesses do Capital em Curso. Maceió: EDUFAL, 2015.

_____; SANTOS, V.M.S; ALVES, P.K.L. A mercantilização da saúde no enfrentamento da covid-19: o fortalecimento do setor privado. **Revista Humanidades & Inovação**: Política de Saúde e Lutas Sociais em tempos de Pandemia da Covid-19 (Edição Especial), Palmas, v.8 n.35, fev. 2021.

FUNCIA, F; SANTOS, L. A inconstitucionalidade da EC 95 nos pisos da saúde à luz da matemática. **Revista Domingueira da Saúde**, nº 03/2019. Disponível em: http://idisa.org.br/domingueira/domingueira-n-04-janeiro-2019?lang=pt. Acesso em: 23 jul.2021.

_____;OCKÉ-REIS, C.O In ROSSI,P; DWECK, E; OLIVEIRA, A.L.M. (orgs) **Economia para poucos**: Impactos sociais da austeridade e alternativas para o Brasil.Ed. Autonomia Literária, São Paulo, 2018.

GRANEMANN, S. Fundações Estatais: Projeto de Estado do Capital. In: BRAVO, M I. S.; MENEZES, J. S. B. (Orgs.). **Caderno de Saúde**: Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. 1. ed. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/explica/desemprego.php. Acesso em: 29 jun. de 2021.

MATOS, M. O neofascismo da política de saúde de Bolsonaro em tempos perigosos da pandemia da Covid-19. **Revista Humanidades & Inovação**: Política de Saúde e Lutas Sociais em tempos de Pandemia da Covid-19 (Edição Especial), Palmas, v.8 n.35, fev. 2021.

MENDES, E; FUNCIA, F. O SUS e seu Financiamento. In MARQUES, R.M; PIOLA, S.F; ROA, A.C (orgs). **Sistema de Saúde no Brasil**: organização e financiamento. Rio de Janeiro: ABrES ; Brasília, 2016.

_____; CARNUT, L. Capital, Estado, Crise e a Saúde Pública brasileira: golpe e desfinanciamento. **SER Social**, [S. l.], v. 22, n. 46, p. 9–32, 2020.

MÉSZÁROS, I. **Para além do capital**: rumo à teoria da transição. São Paulo: Boitempo, 2002.

MORETTI, B.; FUNCIA, F. R.; OCKÉ-REIS, C. O teto dos gastos e o "desfinanciamento" do SUS. **Le Monde Diplomatique**, São Paulo, 2020. Disponível em: https://diplomatique.org.br/o-teto-dos-gastos-e-o-desfinanciamento-do-sus/. Acesso em: 12 ago.2021.

NETTO. J. P. e BRAZ, M. **Economia Política**: uma introdução crítica. São Paulo Editora Cortez, 2006.

REDE PENSSAN. **Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no contexto da Covid-19 no Brasil**. Disponível em: http://olheparaafome.com.br/VIGISAN_Inseguranca_alimentar.pdf. Acesso em: 29 jul. 2021.

SALVADOR, E. O desmonte do financiamento da seguridade social em contexto de ajuste fiscal. In: **Revista Serviço social & sociedade**. Nº 130, p.426-446, set/dez 2017.

_____. Fundo público e as políticas sociais na crise do capitalismo. **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, nº104, p.605-631. Out/Dez, 2010.

SIGA BRASIL. **Painel do Cidadão**. Disponível em: http://www9.senado.gov.br/QvAJAXZfc/opendoc.htm?document=senado%2Fsigabrasilpainelcidadao.qvw&host=QVS%40www9&anonymous=true&Sheet=shOrcamentoVisaoGeral. Acesso em 10 ago.2021.

SOARES, R.C.**Contrarreforma no SUS e o serviço Social**. Ed. UFPE, Recife, 2020. 362p.
.

VIEIRA, F.S; BENEVIDES, R.P.S. **Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para efetivação do direito à saúde no Brasil.** Brasília: IPEA, 2016.