

JE

Jornal dos Economistas

Nº 386 Outubro de 2021

Órgão Oficial do Corecon-RJ e Sindecon-RJ



Sistema Único de Saúde

Erika Aragão, Carlos Octávio Ocké-Reis, Francisco R. Funcia, Leonardo Carnut e Flávio Tonelli Vaz discutem aspectos econômicos do SUS, como financiamento, gestão, oportunidades e Teto de Gastos. O Brasil dispõe de recursos para manter um sistema de saúde público e universal de excelência?

Fórum analisa a evolução do gasto em Cultura no Rio de Janeiro

Sistema Único de Saúde

Esta edição discute, sob o ponto de vista econômico, o Sistema Único de Saúde, que voltou ao centro do debate público com a pandemia. Estabelecido pela Constituinte de 1988, o SUS é vítima de subfinanciamento histórico, agravado pelo Teto de Gastos. Afinal, um país de grande população como o Brasil tem condições de ter um sistema de saúde público e universal de excelência?

Erika Aragão, da Abres, adverte que o teto de gastos retirou R\$ 22,5 bilhões do SUS entre 2018 e 2020 e tende a transformar o subfinanciamento histórico do sistema em desfinanciamento. O país requer um arcabouço fiscal que fortaleça o SUS, cujo requisito número 1 é a revogação da EC 95.

Carlos Octávio Ocké-Reis, do Ipea, destaca que o argumento da falta de eficiência é utilizado para justificar a mercantilização e privatização do SUS. Boa parte dos problemas de gestão do SUS decorre da crise de financiamento. De qualquer ângulo, se comparado com países de renda média, o Brasil gasta pouco com suas políticas de saúde.

Francisco R. Funcia, da USCS, alerta que, na programação orçamentária para 2022, somente R\$ 7,1 bilhões foram destinados para o enfrentamento da Covid, insuficientes em comparação aos valores em 2020 e 2021. Diante da crise sanitária, a questão orçamentária do Ministério da Saúde continua sendo tratada nos termos da austeridade fiscal. Até quanto continuará o processo de asfixia financeira do SUS?

Leonardo Carnut, da Unifesp, descreve o processo histórico de “saque neoliberal” no SUS. O Brasil tem condições, sim, de ter um sistema de saúde público e universal de excelência. Ele aponta medidas e alternativas para o refinanciamento do SUS, o que é fundamental para sobrevivermos no cenário pós-pandêmico.

Flávio Tonelli Vaz, assessor técnico da Câmara dos Deputados, ressalta que, no fim de 2020, recursos de R\$ 22,6 bilhões autorizados na saúde não foram sequer empenhados, o que pode explicar o caos do SUS no começo de 2021. A pandemia ainda não acabou e deve trazer muitas consequências para o SUS nos próximos anos, devido a demandas reprimidas e de novas ordens.

O artigo do Fórum analisa a evolução do gasto em Cultura no Rio de Janeiro, com o objetivo de entender como as atuais políticas influenciam na desigualdade social carioca.

Sumário

SUS	3
Para o Brasil respirar, são necessários mais recursos para o SUS	
<i>Erika Aragão</i>	
SUS	5
Para melhorar as condições de saúde da população brasileira, a alternativa é fortalecer o SUS	
<i>Carlos Octávio Ocké-Reis</i>	
SUS	7
O processo de asfixia financeira do SUS: até quando?	
<i>Francisco R. Funcia</i>	
SUS	9
Para sobreviver pós-pandemia, temos que refinar o SUS já!	
<i>Leonardo Carnut</i>	
SUS	11
SUS: desafios federativos de um instrumento vitorioso de construção da cidadania	
<i>Flávio Tonelli Vaz</i>	
Fórum Popular do Orçamento	13
A cultura da desigualdade	
Corecon-RJ anuncia vencedores do Prêmio de Monografia....	16
Eleições	16
Balço Patrimonial	16

O Corecon-RJ apoia e divulga o programa Faixa Livre, veiculado de segunda a sexta de 8h às 10h na Rádio Bandeirantes, AM, do Rio, 1360 kHz. Você também pode ouvir os programas pelos sites www.aepet.org.br/radioaovivo.html e www.programafaixaivre.com.br, canal no Youtube, Facebook, Instagram, podcast no Spotify, Deezer, Castbox e SoundCloud e aplicativo gratuito.

Conselho Editorial: Sidney Pascounto da Rocha, Carlos Henrique Tibiriçá Miranda, Gustavo Souto de Noronha, João Hallak Neto, Marcelo Pereira Fernandes, José Antonio Lutterbach Soares, Wellington Leonardo da Silva, Paulo Sergio Souto, João Manoel Gonçalves Barbosa, José Ricardo de Moraes Lopes e Fernando Machado. **Jornalista Responsável:** Marcelo Cajueiro. **Edição:** Diagrama Comunicações Ltda-ME (CNPJ: 74.155.763/0001-48; tel.: 21 2232-3866). **Projeto Gráfico e diagramação:** Rossana Henriques (rossana.henriques@gmail.com). **Ilustração:** Aliedo. **Revisão:** Bruna Gama. **Fotolito e Impressão:** Edigráfica. **Tiragem:** 15.000 exemplares. **Periodicidade:** Mensal. **Correio eletrônico:** imprensa@corecon-rj.org.br

As matérias assinadas por colaboradores não refletem, necessariamente, a posição das entidades. É permitida a reprodução total ou parcial dos artigos desta edição, desde que citada a fonte.

CORECON - CONSELHO REGIONAL DE ECONOMIA/RJ

Av. Rio Branco, 109 - 19º andar - Rio de Janeiro - RJ - Centro - Cep 20040-906
Telefax: (21) 2103-0178 - Fax: (21) 2103-0106
Correio eletrônico: corecon-rj@corecon-rj.org.br
Internet: <http://www.corecon-rj.org.br>

Presidente: Flávia Vinhaes Santos. **Vice-presidente:** José Antonio Lutterbach Soares. **Conselheiros Efetivos:** 1º TERÇO: (2020-2022) Arthur Camara Cardozo, Marcelo Pereira Fernandes, Sidney Pascounto da Rocha - 2º TERÇO: (2021-2023): Antônio dos Santos Magalhães, Flávia Vinhaes Santos, Fernando D'Angelo Machado - 3º TERÇO: (2019-2021) Carlos Henrique Tibiriçá Miranda, Thiago Leone Mitidieri, José Antonio Lutterbach Soares. **Conselheiros Suplentes:** 1º TERÇO: (2020-2022) Gustavo Souto de Noronha, João Hallak Neto, Regina Lúcia Gadioli dos Santos - 2º TERÇO: (2021-2023): Cesar Homero Fernandes Lopes, Gilberto Caputo Santos, Miguel Antônio Pinho Bruno - 3º TERÇO: (2019-2021) José Ricardo de Moraes Lopes, Cliciano do Couto Oliveira.

SINDECON - SINDICATO DOS ECONOMISTAS DO ESTADO DO RJ

Av. Treze de Maio, 23 - salas 1607 a 1609 - Rio de Janeiro - RJ - Cep 20031-000. Tel.: (21) 2262-2535 Telefax: (21)2533-7891 e 2533-2192. Correio eletrônico: sindecon@sindecon.org.br

Mandato - 2017/2020

Coordenação de Assuntos Institucionais: Antonio Melki Júnior, Cesar Homero Fernandes Lopes, Sidney Pascounto da Rocha (Coordenador Geral) e Wellington Leonardo da Silva. **Coordenação de Relações Sindicais:** Carlos Henrique Tibiriçá Miranda, Gilberto Caputo Santos, João Manoel Gonçalves Barbosa, José Ricardo de Moraes Lopes. **Coordenação de Divulgação Administração e Finanças:** André Luiz Silva de Souza, Gilberto Alcântara da Cruz, José Antonio Lutterbach Soares e Guilherme Tinoco Oliveira dos Anjos. **Conselho Fiscal:** Jorge de Oliveira Camargo, Luciano Amaral Pereira e Regina Lúcia Gadioli dos Santos.

Para o Brasil respirar, são necessários mais recursos para o SUS

Erika Aragão*

O Sistema Único de Saúde (SUS), que nasceu no bojo da Constituição de 1988, é vítima de subfinanciamento desde a sua origem. Os anos 1980 foram marcados por políticas focadas na redução do Estado nas economias centrais, com recomendações nesta perspectiva ainda mais veementes para a América Latina. O controle e/ou redução da dívida pública dos países foram pautados em políticas fiscais concentradoras de renda. De um lado, corte de gastos públicos, o que implica redução destes serviços; do outro, redução da tributação das empresas. Essa era a fórmula básica para o crescimento econômico que saiu do “Consenso de Washington”. Isso implicava a ampliação do setor privado em todas as áreas mediante privatizações e a abertura das economias para o investimento estrangeiro¹.

Não é por acaso que, a despeito de a saúde ser considerada um direito e o SUS ter como princípios fundamentais a universalidade (todos têm direito a acessar os serviços públicos de saúde), integralidade (em todos os níveis de atenção) e igualdade (independente da condição do indivíduo), no Brasil, o segmento privado tem uma maior participação que o setor público como percentual do Produto Interno Bruto, o que vai de encontro ao praticado em países com sistemas de saúde universais. E pior, a participação do gasto com saúde em relação ao gasto total do governo é ainda mais preocupante.

O Novo Regime Fiscal (NRF), criado pela Emenda Constitucional nº 95/2016 (EC 95), ao estabelecer congelamento dos gastos públicos por 20 anos, mesmo que retomado o crescimento econômico, tende a transformar o subfinanciamento crônico do SUS em desfinanciamento. Ao alterar as relações entre as dimensões fiscal e social, submeteu os direitos sociais ao ajuste à fronteira fiscal. Estudo realizado por Moretti e colegas² aponta, por exemplo, que o congelamento do piso determinado pela EC 95 retirou R\$ 22,5 bilhões do Sistema Único de Saúde – SUS entre 2018 e 2020, sem considerar os recursos extraordinários para a Covid-19, se comparado ao marco normativo anterior. Se isso já preocupava, com a crise do novo coronavírus, a necessidade de mais recursos para o SUS foi escancarada.

O combate à Covid-19 tanto evidenciou a necessidade de revisão das políticas econômicas centradas na austeridade fiscal como fez reemergir a tese de que as políticas de saúde devem ser entendidas como políticas de Estado (e não de governos) e que os recursos alocados para seu financiamento representam investimentos para a qualidade de vida da população. A austeridade fiscal e o teto de despesas primárias³, presentes desde 2016, estão levando o país à estagnação, ao desemprego, à queda de renda das famílias trabalhadoras e à piora dos indicadores de saúde e de vários outros.

Mais do que nunca, os investimentos públicos e os gastos sociais deveriam ser avaliados pela sua efetividade, isto é, pelo seu efeito multiplicador na cadeia produtiva e seu impacto no bem-estar so-



cial da população e não apenas pelos efeitos fiscais produzidos sobre as contas públicas. Porém, ocorre o contrário: recursos foram e estão sendo retirados do SUS, mesmo no cenário da pandemia da Covid-19. Ao mesmo tempo, a redução do setor público como um todo tende a tornar o SUS ainda menor, num contexto em que novas necessidades de saúde (enfrentamento da pandemia e suas sequelas) se sobrepõem aos problemas de saúde já existentes, ao crescimento e envelhecimento da população. Com o estado de calamidade pública decretado por conta da pandemia em abril de 2020⁴ e extinto em dezembro de 2020, puderam ser destinados a Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) mais de 60 bilhões acima do piso de R\$ 121 bilhões ano passado. O que sustenta a fragilidade dos argumentos para o teto do gasto.

Devido à natureza da crise atual, vários governos continuam apostando no aumento de gas-

Gasto Público em Saúde nos Países Selecionados (OMS, 2015)

País ¹	Gasto Público com Saúde em % do PIB	Gasto público per capita com Saúde em US\$ PPP ²	Gasto Público com Saúde em % do Gasto Total do Governo
Alemanha	9,4	4.525	21,4
Argentina	4,9	993	12,3
Brasil	3,8	595	7,7
Canadá	7,7	3.383	19,1
Chile	4,9	1.157	19,6
China	3,2	456	10,1
Coreia do Sul	4,2	1.442	12,9
Espanha	6,5	2.261	14,9
Estados Unidos	8,5	4.802	22,6
Itália	6,7	2.509	13,4
Portugal	5,9	1.762	12,3
Reino Unido	7,9	3.330	18,5

Fonte: Rodrigo Benevides a partir de OMS, 2015. Disponível em: <https://www.who.int/data/gho/data/indicators>.

tos públicos. A despeito disso, no Brasil, o foco na redução de gastos públicos tem se aprofundado, afetando fortemente os serviços públicos de saúde, como os segmentos de Pesquisa, Desenvolvimento e Inovação, que tiveram seus orçamentos reduzidos drasticamente. O que, no âmbito da pandemia, deixou o Brasil numa situação ainda mais fragilizada. A compra, desenvolvimento e produção de vacinas é um exemplo da dependência tecnológica externa associada à má gestão da pandemia. Resultado do desmonte das políticas para a autonomia nacional na produção de produtos para a saúde, da desarticulação do Programa Nacional de Imunização e do subfinanciamento da Saúde e das políticas de CT&I.

A falta de planejamento do orçamento do Ministério da Saúde para o enfrentamento da pandemia em 2021 implicou repasse da execução orçamentária ao longo de 2020 e a não previsão de recursos específicos em sua versão inicial enviada ao Congresso, além dos recursos não executados em 2020 e provisionados para a compra de vacinas para 2021, na ordem de R\$ 20 bilhões. Com a extinção do estado de calamidade pública, o governo voltou a ser submetido às regras da EC 95, enquanto os números de casos e mortos aumentavam.⁵ UTIs lotadas e falta de insumos básicos, como oxigênio e anestésicos, foram recorrentes ao longo de 2021.

Mesmo neste momento trágico, o Brasil continuou indo na

contramão das regras fiscais modernas, adotadas na maioria dos países centrais. Por exemplo, na União Europeia, mesmo com a institucionalização da austeridade fiscal, embora haja limite à dívida, o seu monitoramento pelos países se dá por indicadores fiscais estruturais, que descontam os efeitos do ciclo econômico (especialmente a baixa arrecadação) e os gastos extraordinários, como os decorrentes da elevada ociosidade da economia.

Medidas corretivas (análogas aos gatilhos) apenas são ativadas se o desequilíbrio for estrutural, permitindo que a política fiscal apoie a estabilização da economia. Tais medidas também envolvem o aumento de receita, diferente do Brasil, que pratica um ajuste fiscal pelo lado da despesa (redução de gasto), prejudicando os investimentos públicos e os gastos sociais. Além disso, a meta de gasto no âmbito da UE permite crescimento do gasto acompanhando o PIB potencial e ainda há cláusula de escape autorizando que o gasto cresça se houver arrecadação adicional.

Tais regras são, portanto, ajustáveis ao ciclo econômico e permitem que não haja cortes de gastos drásticos num contexto de baixa atividade, o que agravaria o desemprego, a desigualdade e a pobreza. Este traço estabilizador da política fiscal se intensificou com a pandemia, com a previsão de programas de combate à Covid-19 e de recuperação da economia. Mesmo instituições conservadoras como o Banco Mundial e a OCDE, a seu modo, passaram a defender medidas expansionistas para combater a crise.

Por aqui, o governo federal tem mobilizado sua base no Congresso Nacional para a aprovação

de medidas que cortam mais despesas e prejudicam o combate à crise sanitária, econômica e social. Ao invés de flexibilizar as regras fiscais, o foco continua a ser endurecê-las em favor da redução do Estado e dos direitos sociais.

O país requer – urgentemente – um arcabouço fiscal que fortaleça o SUS. Para tanto, é necessário ampliar a participação do gasto federal de saúde no financiamento público, bem como garantir sua estabilidade diante de crises econômicas. Para tanto, a revogação da EC 95 é requisito número 1.

* É professora do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC-Ufba), presidente da Associação Brasileira de Economia da Saúde (Abres) e representante da Abrasco na Comissão de Orçamento e Financiamento do CNS.

1 <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/1500/austeridade-fiscal-e-seus-efeitos-no-complexo-economico-industrial-da-saude-no-contexto-da-pandemia-da-covid-19>

2 <https://www.viomundo.com.br/voce-escreve/dinheiro-novo-aprovado-para-a-saude-devido-a-pandemia-deve-se-tornar-permanente.html>

3 Despesas/Gastos incorridos em serviços públicos à sociedade, desconsiderando o pagamento de empréstimos e financiamentos. Ver: <https://www1.siof.planejamento.gov.br/mto/doku.php/mto2021:cap4>

4 <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/decreto-n-10.683-de-20-de-abril-de-2021-3151482776>

5 <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/1500/austeridade-fiscal-e-seus-efeitos-no-complexo-economico-industrial-da-saude-no-contexto-da-pandemia-da-covid-19>



CLIQUE E OUÇA

Para melhorar as condições de saúde da população brasileira, a alternativa é fortalecer o SUS

Carlos Octávio Ocké-Reis*

Em razão da pandemia, que originou uma grave crise sanitária e que deixou clara a necessidade de aumentar os recursos do Sistema Único de Saúde, pareceu-nos oportuno examinar brevemente a questão da eficiência.

Esse argumento é sistematicamente utilizado para justificar sua mercantilização e privatização, encobrindo, sob um viés tecnocrático, um ataque à democratização do acesso à saúde, promovida pela práxis da reforma sanitária brasileira. Longe de propor um Estado não intervencionista, o neoliberalismo concebe uma política de intervenção estatal em favor do mercado (Oliveira, 1988).

Criado na Constituição Federal de 1988, o SUS sofreu desde seu nascedouro com a fragilização do Orçamento da Seguridade Social, vaticinando uma crise crônica de financiamento de longo prazo. Considerando os pesados encargos da dívida pública, o gasto público em saúde foi inibido, dificultando o preenchimento dos pressupostos constitucionais do SUS, bem como interditando a superação dos seus problemas de gestão.

Ora, se sua gestão pode ser aperfeiçoada, especialmente por meio da ampliação do financiamento dos recursos humanos, este argumento não pode ser usado como pretexto para cortes de gastos, que acabam revelando uma violenta disputa em torno do fundo público, no contexto das políticas de austeridade fiscal aplicadas nos últimos anos.

À primeira vista, visando a melhorar a produção dos bens e serviços públicos de saúde, eficiência deve ser entendida como a relação entre valores ótimos e valores observados dos recursos consumidos e dos resultados obtidos. Logo, as medidas de eficiência podem mensurar quanto poderia ser produzido com os recursos existentes e a quantidade de recursos que deveria ter sido consumida para atingir determinado resultado (Marinho e Façanha, 2006). No entanto, se essa abordagem pode oferecer uma contribuição significativa para a avaliação e formulação das políticas de saúde, a eficiência deve ser cotejada com a eficácia e a efetividade das ações clínicas e epidemiológicas, garantindo o bem-estar da sociedade.

A rigor, a eficiência é condição necessária, mas não suficiente para alcançar a eficácia e a efetividade das ações e serviços públicos de saúde. Em outras palavras, não basta ser eficiente, se os resultados (metas) não são atingidos, tampouco se as necessidades de saúde da população não são atendidas. Por isso, a adoção de medidas de eficiência capazes de levar a melhores práticas não pode *a priori* servir de base para se cortar o nível de recursos financeiros ou organizacionais do SUS.

Nesse contexto, o problema do SUS é frequentemente reduzido à falsa dicotomia financiamento versus gestão. Mas, sem recursos, não há como melhorar a gestão, muito menos sua eficiência. A ampliação dos recursos tornou-se uma precondição essencial

para que o Estado se fortaleça e assegure sua universalidade e integralidade, permitindo, na prática, a afirmação da saúde enquanto direito social.

Nessa direção, independente da renda, da posição no mercado de trabalho e da própria condição de saúde dos indivíduos, o Estado passaria a ser visto pela sociedade como instância legítima para protegê-la dos riscos associados ao adoecimento e outros agravos. Entretanto, considerando, entre outras, a contradição entre o modelo redistributivo pressuposto na Constituição e o nível de gasto público *per capita*, os intelectuais que defendem o fortalecimento do modelo de proteção social, no marco de um novo ciclo de desenvolvimento econômico e social inclusivo, vivem o dilema de apostar na consolidação do sistema público em meio ao aprofundamento da política de austeridade fiscal.

Nesse quadro de restrição orçamentária, parece plausível conceber que boa parte dos problemas de gestão do SUS decorre exatamente dessa crise de financiamento, e, portanto, a adoção de medidas de eficiência não deveria servir de base para cortar seus recursos: se pesarmos, de um lado, o caráter estrutural da pobreza, desigualdade e desemprego (determinantes sociais do processo saúde/doença), e de outro, a presença da tripla carga da doença (infecções, doenças crônicas e causas externas), fica evidente a natureza rudimentar desse tipo de gerencialismo economicista, que atende, em última instância, aos



interesses mercantis e privatistas, que crescem a passos largos dentro e fora do Estado na área da saúde.

De qualquer ângulo, se comparado com países de renda média, o Brasil gasta pouco com suas políticas de saúde: seja examinando sua participação em relação ao produto interno bruto ou à receita corrente líquida da União, seja comparando com o gasto privado *per capita*, ou ainda avaliando o tempo médio de espera nas filas das camadas populares e médias para as consultas dos especialistas, exames diagnósticos/terapêuticos e cirurgias eletivas no SUS.

Além disso, se a qualidade do gasto é passível de crítica por causa dos efeitos negativos que podem ocorrer quando se gasta pouco ou se gasta mal, caso se queira de fato melhorar as condições de saúde da população brasileira, a busca da eficiência em direção à da eficácia e efetividade pode, na realidade, significar e exigir o aumento dos gastos.

Em particular, a melhoria das condições salariais dos profissionais de saúde do SUS – sem menosprezar questões trabalhistas, regulatórias e assistenciais relacionadas ao processo de trabalho no âmbito do *mix* público/privado – merece especial atenção dos analistas das políticas de saúde, dado o impacto que pode ter na qualidade do ato médico, na assistência à saúde em geral e na produção das ações e serviços públicos, com consequências práticas sobre a eficiência do sistema de saúde.

Ao discutir categorias sociológicas fundamentais da vida econômica, há uma formulação weberiana, reproduzida aqui de modo simplificado, que pode contribuir para refletir sobre o conceito de eficiência no setor saúde. Weber atribui à

racionalidade formal da gestão econômica a possibilidade de se aplicar um cálculo tecnicamente possível. No entanto, qualquer que seja sua abrangência, essa racionalidade se materializa por meio de uma ação política guiada por certos postulados de valor definidos historicamente e socialmente (Weber, 1996). Tendo em mente esse argumento, torna-se evidente que a avaliação de eficiência do SUS deve levar em consideração os valores construídos pela sociedade brasileira, objetivados em suas leis e instituições, cuja perenidade extrapola a dimensão puramente econômica.

Paralelamente, a Constituição determina que a administração pública obedecerá ao princípio da eficiência. Entretanto, em momento algum está posto que a noção de eficiência deve ser identificada com cortes ou a delimitação dos recursos do SUS, em dado período no tempo. Essa inflexão nos parece relevante por dois motivos: de um lado, não associa o conceito de eficiência com o corte indiscriminado dos gastos. De outro, obriga que o postulado da eficiência se comprometa com um horizonte de longo prazo. Essa proposição nos coloca diante do seguinte desafio teórico-prático: qualquer avaliação de eficiência, ancorada nas noções de eficácia e efetividade, não pode cancelar a pedra fundamental da arquitetura do SUS, que repousa no pressuposto de que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado.

Na verdade, considerando a restrição orçamentária, o Estado não tem sido capaz de responder às necessidades de assistência médica da população, a um só tempo impedindo que o SUS se fortaleça e abrindo espaço para o crescimento do mercado de planos de saúde

(aproximadamente 25% da população). Desse modo, enfrenta-se um sério obstáculo no campo da saúde pública, porque o financiamento da política de saúde continua sendo constrangido pela mão de ferro fiscalista do governo federal.

Vale dizer que, atualmente, em plena pandemia, a base congressual do governo homologa posições ultrafiscalistas defendidas pelo capital financeiro, ao mesmo tempo que se apropria de recursos de forma discricionária, em conformidade com seus interesses particulares. Em especial, autoriza a execução de recursos selecionados fora das regras fiscais, mediante arranjos jurídicos artificiais, que viabilizam o uso casuístico da política fiscal para financiar programas sociais e o combate à crise econômica.

No setor saúde, é necessário compreender esse aparente paradoxo no campo da economia política, que não é apenas de compressão dos gastos “ordinários” submetidos às regras fiscais, mas também de maior destinação de recursos para as emendas parlamentares, consumindo parte do piso congelado definido pela Emenda Constitucional 95: a austeridade fiscal é flexibilizada, cirurgicamente, como forma de aplicar recursos em despesas selecionadas, permitindo que o governo atenda a pressões de determinados setores econômicos e sociais por mais gastos para aliviar o impacto da pandemia.

Esse processo de austeridade fiscal seletiva se desenvolve em meio à falta de planejamento e de coordenação nacional para o enfrentamento da Covid-19, bem como da captura do fundo público da saúde pelo mercado e pelo clientelismo dentro da casa legislativa (Moretti, Funcia e Ocké-Reis, 2021).

Nesse cenário, a democracia aparece com frequência como um obstáculo e a “eficiência” como uma panaceia administrativa: os mais pobres são acusados de tentar impor uma assimetria nas relações, o que significa levantar exigências de redistribuição de riqueza e de justiça social, que prejudicam o livre jogo do cálculo econômico, dos preços e do movimento do capital. Nesse sentido, o neoliberalismo se revela profundamente antidemocrático (Ruy Fausto, 2020).

* É técnico de planejamento e pesquisa do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea).

Referências

- FAUSTO, R. *Revolução conservadora e neoliberalismo (partes 1 e 2)*. Disponível em <https://revistarosa.com/2/> (acesso em 16 ago. 2021).
- MARINHO, A. FAÇANHA, L. O. F. Programas sociais: efetividade, eficiência e eficácia, como dimensões operacionais da avaliação. In: *Perspectivas para a Economia Brasileira*. Inserção internacional e políticas públicas. Paula, L. F., Ferreira, L. R., Assis, M. (Orgs). Rio de Janeiro: EdUERJ, 2006.
- MORETTI, B.; FUNCIA, F.R.; OCKÉ-REIS, C.O. *Orçamento federal da saúde em 2021*. Austeridade fiscal e clientelismo em meio ao recrudescimento da pandemia. Disponível em: <https://www.ie.ufrj.br/images/IE/grupos/GESP/gespnota202101.pdf> (acesso em 16 ago. 2021).
- OLIVEIRA, F. O surgimento do antivalor: capital, força de trabalho e fundo público. *Novos Estudos*, CEBRAP, n. 22, p. 8-28, out. 1988.
- WEBER, M. *Economia y Sociedad*. Esbozo de sociología comprensiva. México: Fondo de Cultura Económica, 1996.



CLIQUE E ASSISTA

O processo de asfixia financeira do SUS: até quando?

Francisco R. Funcia*

O objetivo deste artigo é caracterizar o processo de asfixia financeira do Sistema Único de Saúde (SUS) como sendo resultado do desfinanciamento promovido pela Emenda Constitucional (EC) nº 95/2016, bem como da manutenção desse processo até mesmo durante a pandemia da Covid-19.

As principais medidas da EC 95/2016 foram o teto de despesas primárias federais (nos valores de 2016 atualizados pela variação do IPCA/IBGE) e o congelamento dos pisos federais da saúde e da educação nos valores dos pisos de 2017 (também atualizados pela variação do IPC/IBGE), com 20 anos de vigência.

De 2018 até o início da pandemia da Covid-19, o SUS federal perdeu R\$ 22,5 bilhões como consequência da EC 95/2016 (com impactos negativos para o financiamento da saúde pelos governos estaduais e municipais, pois cerca de 2/3 do orçamento do Ministério da Saúde são transferências fundo a fundo).

Esse desfinanciamento federal do SUS expressa uma das situações que caracteriza o processo de asfixia financeira do SUS: retirar recursos federais, cujo total já era insuficiente para o atendimento das necessidades de saúde da população – afinal, os gastos públicos em saúde nas três esferas de governo totalizaram R\$ 3,79 *per capita* por dia e representavam 4% do PIB em 2019 (quase a metade dos 7,9% do Reino Unido, conforme dados da Or-

ganização Mundial de Saúde).

A necessidade de recursos adicionais foi manifestada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), que coordenou a mobilização da sociedade em prol dos 10% das Receitas Correntes Brutas (movimento conhecido como “Saúde+10”, com mais de 2,2 milhões de assinaturas protocoladas no Congresso Nacional com o Projeto de Lei PLP 321 em 2013). Se fosse aprovado, o resultado seria o ingresso adicional de recursos para o SUS em torno de R\$ 40 bilhões, o que aumentaria a participação do governo federal do “estagnado” 1,7% do PIB para cerca de 2,4% do PIB.

Esses recursos adicionais (R\$ 40 bilhões) seriam utilizados, conforme deliberação do Conselho Nacional de Saúde, para fortalecer as ações da atenção básica em saúde, de modo que se transformasse na ordenadora da rede de cuidados de saúde, e para valorização dos profissionais do SUS.

À guisa de ilustração, conforme Funcia (2019), esses recursos adicionais poderiam ter sido utilizados para, de forma conjunta, quadruplicar o então Piso da Atenção Básica (PAB Fixo), a Farmácia Básica-PAB, ampliar em 50% o Programa de Agentes Comunitários de Saúde e o Programa de Saúde da Família (PACS/PSF) e quadruplicar o valor das despesas empenhadas com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) pelo Ministério da Saúde. Além dessas ações, seria possível também ampliar o Programa Mais Médicos.

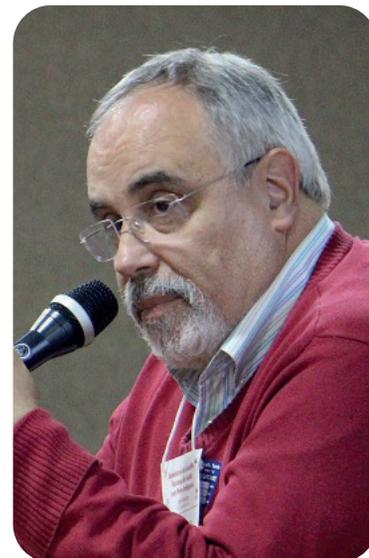
E quais seriam as fontes de fi-

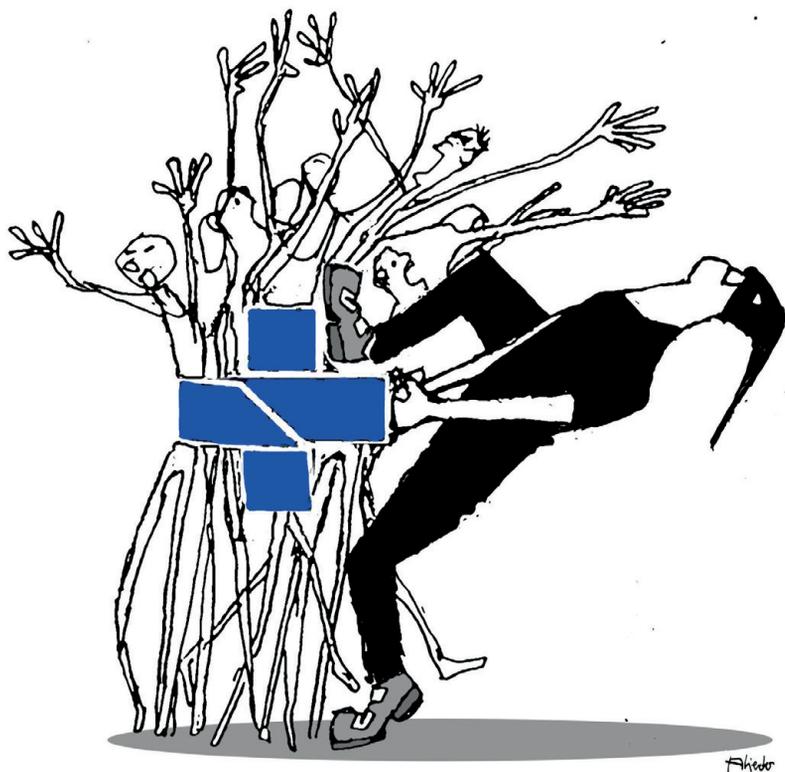
nanciamento? Funcia (2019) indicou duas medidas combinadas para esse fim: a auditoria cidadã da dívida pública e a revisão da renúncia da receita, especialmente aquela vinculada à Função Saúde. Além disso, segundo Alves et al. (2020), se houver gestão eficiente da dívida ativa da União, é possível arrecadar bem mais que os R\$ 24 bilhões de 2019, considerando que o estoque era de R\$ 2,4 trilhões (e desse total, R\$ 800 bilhões classificados em condições positivas de recebimento).

Mas ocorreu o oposto com a rejeição do PLP 321/2013 pelo Congresso Nacional e o início da vigência da EC 95/2016: a retirada de recursos federais a partir de 2018 veio acompanhada, por exemplo, da redução do Programa Mais Médicos (hoje chamado Médicos pelo Brasil) e do novo modelo de financiamento da atenção primária da saúde, com impactos negativos para a manutenção e ampliação das equipes de saúde da família.

Em termos concretos, houve queda do piso federal *per capita* do SUS no período 2017-2019 (e até 2021), bem como na aplicação federal *per capita* – de R\$ 595 em 2017 para R\$ 583 em 2019 (valores calculados a preços de 2019).

Aparentemente, a pandemia da Covid-19 representava a oportunidade concreta do governo federal financiar adequadamente o SUS, considerando a flexibilização do teto de despesas primárias e de outras regras fiscais em consequência da decretação do estado de calamidade pública em 2020.





Mas não foi o que se viu na alocação de recursos adicionais para o Ministério da Saúde (MS), bem como na respectiva execução orçamentária e financeira – segundo apresentação realizada pela Comissão de Orçamento e Financiamento do Conselho Nacional de Saúde (Cofin/CNS) sobre a análise do Relatório de Gestão 2020 do MS na reunião extraordinária do pleno do CNS de 17 de setembro de 2021 (disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=BfPpEZZPTjk>): de um lado, houve tanto lentidão no uso dos recursos orçamentários destinados para o enfrentamento da Covid-19 (o que ocorreu principalmente nos meses de julho e agosto de 2020, depois que o número de casos e de mortes tinha crescido bastante), como atraso na alocação de recursos para vacina (foram acrescidos no orçamento R\$ 20 bilhões somente na segunda quinzena de dezembro de 2020).

Além disso, enquanto o MS alocou R\$ 38,9 bilhões acima do

piso em 2020, as despesas empenhadas com as ações de enfrentamento da Covid-19 totalizaram R\$ 41,7 bilhões, ou seja, houve remanejamento de recursos destinados para o atendimento de outras necessidades de saúde da população, cuja programação foi feita em 2019, quando não se tinha conhecimento da Covid-19.

Essa situação, que também caracteriza o processo de asfixia financeira do SUS, foi agravada pela decisão do MS em encaminhar a peça orçamentária de 2021 sem um centavo programado para o enfrentamento da Covid-19, o que está sendo viabilizado por meio de abertura de créditos extraordinários, procedimento que pode ser adotado somente para despesas emergenciais e imprevistas (como foi em 2020, diferente da situação de 2021).

Mas está havendo queda das transferências do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos de Saúde dos Estados e Municípios, inclusive para o financiamento das ações de enfrentamento da Covid-19 – res-

pectivamente, queda de 17% e 63% no primeiro quadrimestre de 2021 em comparação ao 3º quadrimestre de 2020, mesmo diante do crescimento do número de casos e mortes, conforme avaliação feita pela Cofin/CNS do Relatório Quadrimestral de Prestação de Contas do MS¹.

Na programação orçamentária para 2022, somente R\$ 7,1 bilhões foram destinados para o enfrentamento da Covid-19, insuficiente em comparação aos valores empenhados em 2020 e 2021 (até o momento). Cabe destacar que o CNS reprovou o Plano Nacional de Saúde 2020-2023 na reunião extraordinária de maio de 2021², cuja revisão apresentada em 2021 não tinha nenhum objetivo ou meta referente ao enfrentamento da Covid-19.

Portanto, diante da crise sanitária e das preocupações dos especialistas sobre a lentidão no processo de vacinação em massa, diante da necessidade de aplicação da terceira dose e da possibilidade concreta da vacinação anual por alguns anos, a questão orçamentária do MS continua sendo tratada nos termos da austeridade fiscal: mesmo com a flexibilização das regras em 2020 e com a forma encontrada para “burlar” o teto de despesas primárias em 2021, não há recursos federais disponibilizados para planejar a gestão orçamentária e financeira do SUS federal juntamente com os estados e municípios. Pelo contrário: essa situação é a expressão do Plano Nacional de Saúde 2020-2023, que não apresenta nenhum objetivo e meta para o combate à pandemia. Continua atual a proposta de Moretti et al. (2020): “No contexto do aumento da pobreza e da desigualdade na sociedade brasileira, o governo federal precisa revogar

imediatamente o teto de gastos e a regra estabelecida para o piso federal da saúde (Emenda Constitucional 95/2016) para enfrentar a recessão e o coronavírus”.

Enquanto isso não acontece, o quadro de asfixia financeira do SUS continua e se agrava. Até quando?

* É economista e mestre em Economia Política (PUC-SP), doutorando em Administração no PPGA/Universidade Municipal de São Caetano do Sul (USCS), professor dos cursos de Economia e de Medicina da USCS, coordenador-adjunto do Observatório de Políticas Públicas, Empreendedorismo e Conjuntura da USCS e vice-presidente da Associação Brasileira de Economia da Saúde (Abres).

1 Disponível em <http://www.susconnecta.org.br/cns-considera-como-preocupante-orcamento-do-ministerio-da-saude-no-primeiro-quadrimestre/>.

2 Disponível em http://conselho.saude.gov.br/imagens/Atas_e_Resumo_Executivo/atas/2021/Ata_da_68_RE.pdf.

Referências

- ALVES, Rubens; ALVES, Helder; VIGNOLI, Francisco H.; FUNCIA, Francisco R. Avaliação da Dívida Ativa da União e dos Municípios do Grande ABC. *Carta Conjucos* nº 14, outubro/2020.
- FUNCIA, Francisco R. Subfinanciamento e orçamento federal do SUS: referências preliminares para a alocação adicional de recurso. *Ciência e Saúde Coletiva* 24 (12), dezembro/2019. Disponível em <https://www.scielo.br/j/csc/a/n77WSKwW/hzyBHGXtgLfMj/?lang=pt>.
- MORETTI, Bruno; OCKÉ, Carlos; ARAGÃO, Érika; FUNCIA, Francisco; BENEVIDES, Rodrigo. *Mudar a política econômica e fortalecer o SUS para evitar o caos*. 30/03/2020. Disponível em <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/mudar-a-politica-economica-e-fortalecer-o-sus-para-evitar-o-caos/46220/>.



VÍDEO

CLIQUE E ASSISTA

Para sobreviver pós-pandemia, temos que refinancear o SUS já!

Leonardo Carnut*

Em tempos de culto ao “mito” e descrédito reiterado na ciência, o cenário social tem permitido aventar dúvidas sobre conhecimentos tradicionalmente já sabidos no âmbito da economia da saúde sobre o SUS. Alguns destes questionamentos são recorrentes e tentarei, de maneira muito breve, desmistificar.

Qual é a necessidade de financiamento do SUS?

Para responder esta pergunta reconhecendo sua complexidade, não é possível usar apenas análises econométricas. É essencial compreender a história do constrangimento contínuo dos governos ao financiamento do SUS e como suas decisões políticas optaram por mantê-lo sob “seca permanente”.

Os efeitos do “saque neoliberal” no SUS ocorrem antes mesmo da pandemia. Tudo inicia com o longo processo de subfinanciamento que o SUS passou (1995-2016). Dados relacionados ao orçamento federal executado em 2019 (2,7 trilhões de reais) demonstram que 38,27% do orçamento é gasto com juros e amortização da dívida pública, enquanto apenas 4,21% são gastos gerais em saúde.

Outra característica do subfinanciamento do SUS é a falta de principalidade da saúde no orçamento, especificamente no federal. O financiamento total do SUS é tripartite, ou seja, estados e municípios ajudam a compor o

orçamento final destinado à saúde pública no país como um todo. Se nos detivermos apenas ao orçamento federal, somente 1,7% deste orçamento é destinado para Ações e Serviços Públicos de Saúde (gasto público em saúde) desde 1995 até 2018, enquanto que, em média, 8,5% são destinados ao pagamento de juros da dívida no mesmo período.

Outros aspectos são as medidas que vêm sempre retirando verba de tributos vinculados unicamente ao Orçamento da Seguridade Social (OSS). O OSS é o fundo de arrecadação federal que financia conjuntamente as políticas de saúde, assistência social e previdência social no Brasil. Desde 1995, a Desvinculação das Receitas da União (DRU) é um mecanismo legal criado pelo governo FHC que permite que 20% dos recursos da OSS sejam retirados para outros fins. No governo da presidenta Dilma, este valor aumentou para 30%, podendo ser estendido também a estados e municípios. A soma de recursos já perdidos pela desvinculação chega em torno de 1,1 trilhão de reais (de 1995 a 2018).

Soma-se a estes aspectos o problema do gasto com pessoal nos serviços de saúde, que gira em torno de 70% da folha de pagamento. Com este dado em mente, o governo federal criou a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), com o objetivo de ‘sanear’ as contas públicas e evitar que um governo faça mais despesas do que receitas e deixe o déficit para a gestão se-

guinte. Em que pese a importância desta medida, o problema reside na restrição com o gasto de pessoal em saúde, inviabilizando que o erário público se responsabilize pelo asseguramento dos direitos trabalhistas e, por isso, desmotivando a contratação por concurso público. Essa medida favorece a precarização do trabalho dos profissionais de saúde, que passam a ser contratados por vínculos empregatícios frágeis.

Em adição, do ponto de vista tributário, o setor saúde permite a renúncia fiscal de diversas atividades econômicas que são realizadas no setor. Isto gera uma perda de arrecadação para o financiamento da saúde pública em torno de 32 bilhões de reais por ano. As principais atividades econômicas privadas que são beneficiárias desta isenção fiscal são os planos e seguros de saúde, entidades filantrópicas, venda de medicamentos, indústria farmacêutica e despesas médicas pessoais de caráter privado.

No governo Temer, aprovou-se a Emenda Constitucional 95, que se trata de medida de austeridade mais severa, que não encontra precedente em nenhum país no mundo. O gasto em saúde pelo governo federal foi congelado, ao valor nominal de 2016, durante 20 anos. Para se ter a dimensão da magnitude desta medida, a perda de recursos desde 2018 até 2021 já alcança a marca dos 37 bilhões de reais. Esta medida fez com que o SUS entrasse em um deliberado processo de desfinanciamento.

Diante deste histórico, a per-



gunta muda: não se trata de saber o quanto o SUS necessita e sim, inicialmente, o quanto precisa resgatar do saldo que o processo histórico lhe deve com juros e correção monetária.

Como viabilizar esses recursos?

Através de medidas econômicas que, mesmo sendo de alto custo político, fazem-se essenciais! É importante ressaltar que medidas de refinanceamento do SUS como 1) a revogação da Emenda Constitucional 95 (EC-95); 2) a revogação da cláusula de barreira da LRF (permitindo gasto com pessoal em saúde); 3) a elevação do Gasto Público em Saúde federal (ASPS) a 4% do PIB (298 bi); 4) a revogação da DRU (6,3 bi); e 5) a extinção das Renúncias Fiscais em Saúde (3,2 bi) são totalmente possíveis. Contudo, no cenário vigente, sequer foram pautadas na arena política. Nem mesmo a

pandemia fez com que essas medidas fossem cogitadas.

Além destas fontes de financiamento, alternativas que, a rigor, estão fora do setor saúde podem ajudar a refinar o sistema, tais como: 1) a taxação de grandes fortunas, que poderia arrecadar 100 bi/ano segundo estimativas, caso se utilize uma alíquota de 1%/ano; 2) a devolução da verba do Fundo Eleitoral retirada da Saúde (500 mi); 3) Restituição de 45% do valor do seguro DPVAT (seguro de acidentes de trânsito) ao SUS (aproximadamente 2 bi); 4) a recondução para o planejamento do SUS do recurso das emendas parlamentares, do qual 50% são gastos de investimentos (45 bi), que poderiam ser reorientados ao enfrentamento hospitalar da pandemia.

É possível ter um sistema de saúde público e universal de excelência num país de grande população como o Brasil?

Sim, é possível. O SUS é um sistema baseado em Atenção Primária, característica que, por si só, já é um elemento de racionalidade econômica. Mesmo sabendo que o problema central é a falta de dinheiro, persiste um reiterado discurso relacionado à ‘má gestão’ dos serviços públicos de saúde. É fato que o SUS é um sistema complexo, extremamente descentralizado e com altíssima capilaridade no território nacional. Além do SUS ter dimensões continentais, o acesso difícil e com diversos contrastes entre campo e cidade e com dimensões populacionais muito díspares tornam sua gestão um desafio. Várias regiões ainda permanecem ‘vazios sanitários’ e, em

outras áreas, há um adensamento populacional que inviabilizou a cobertura por serviços de atenção básica, principalmente nas chamadas conurbações metropolitanas. A provisão de serviços de média e alta complexidade, serviços que estão sendo mais requeridos no enfrentamento da pandemia, está mais na mão da iniciativa privada do que da administração direta, o que reforça a tese da necessidade de refinanciamento do SUS em seu componente público e estatal.

Quais são os principais gargalos e desafios do sistema de curto e médio prazos na pandemia e pós-pandemia?

São vários, mas me deterei a apenas dois principais. O primeiro, de curto prazo, é gargalo político. O SUS está, mais do que nunca, no centro da disputa dos interesses políticos de certos grupos econômicos. É importante ressaltar isto porque as medidas de refinanciamento, de fato, só ganham eco quando existe uma apropriação deste debate pela sociedade civil, que, de forma organizada, age como um grupo de pressão sobre o Congresso e Executivo, punindo, no âmbito do voto, aqueles que desconsideram o SUS.

Sabendo bem isso, a abordagem da sociedade civil realizada por Bolsonaro no cenário da pandemia tem sido digna de nota. Usando seu caráter neofascista, o governo Bolsonaro tem feito do debate sobre o enfrentamento da Covid-19 uma verdadeira guerra cultural de desqualificação da ciência e militarização do aparelho do Estado, o que, em conjunto com diversas características, vários

autores têm chamado de ‘neofascismo bolsonarista’.

Bolsonaro tem o perfil de radicalização à direita sempre que provocado (vide último 7 de setembro) e, sabendo disso, manipula uma crise de governo. Em termos dialéticos, podemos dizer que se trata um governo da crise, e não uma crise de governo. Bolsonaro, portanto, precisa da crise para governar. No entanto, não há nada mais fascista que gerir o medo da população em uma situação de crise que nunca acaba. Nesse sentido, sua tática política tem gerado uma fratura nas frações burguesas que o apoiam, podendo ter implicações importantes na conjuntura que se segue, além de ser uma informação importante para a ofensiva política da esquerda.

Assim, as frações burguesas têm se reposicionado no apoio às medidas governamentais sobre a Covid-19, o que pode ser sintetizado da seguinte forma. Um núcleo, claramente neofascista, constituído pela a) burguesia comercial e de serviços (“Movimento” Brasil 200); b) burguesia industrial (CNI, Fiesp) e c) agrogêncio (CNA, Faesc, Faep, Farsul, Faemg, Aprosoja-MT, Abrafrigo). Este núcleo está em disputa com outra fração burguesa, constituída pelo: a) capital bancário nacional; b) burguesia financeira associada; c) indústria automotiva (Anfavea); d) telecomunicações (SindiTeleBrasil); e) indústria de alimentos e supermercados (Abia, Abras, Apas) e f) pequenos e médios produtores rurais (Faesp, Famat, Famasul, Faeg)²⁶.

Já o principal gargalo a longo prazo será a preservação do caráter universal, público, estatal, interprofissional e equânime da Atenção Básica. Ela está atualmente

ameaçada em função do “novo” modelo de financiamento (Portaria 2.979/2019) criado pelo, à época, Secretário de Atenção Primária Erno Harzeim. Apenas para lembrar, a Atenção Básica (AB), que tem sido chamada de Atenção Primária à Saúde (APS) pelo atual governo, é constituída pelas Unidades Básicas de Saúde, que estão presentes de forma descentralizada nos bairros em cada uma das cidades brasileiras, sendo consideradas a “porta de entrada” do sistema.

Sob a égide da Portaria 2.979/2019, também conhecida como ‘Previne Brasil’, a APS vem perdendo recursos. Nos primeiros meses da pandemia (fevereiro a junho), a gestão dos municípios passou a focar no planejamento e execução das ações de enfrentamento da pandemia, tendo que lidar com um ambiente político conturbado, sem uma condução centralizada do MS. Os recursos extraordinários federais (fora do orçamento) chegaram em maior volume apenas a partir de agosto, portanto tardiamente. No entanto, as transferências do MS foram muito estratificadas por áreas, com processos de habilitação demorados e insuficientes e destinações a prestadores não prioritários – prejudicando a aplicação pelos municípios.

Por isso, se quisermos sobreviver neste cenário pós-pandêmico, refinar o SUS é essencial. Mas este refinanciamento deve ser garantido via aumento do gasto em seu componente público e resgatando a fonte suficiente para destinar o montante adequado ao seu orçamento. Só assim o SUS se erguerá de maneira sustentável e a longo prazo.

* É professor adjunto da Unifesp.

SUS: desafios federativos de um instrumento vitorioso de construção da cidadania

Flávio Tonelli Vaz*

A Constituição Federal estabeleceu um modelo de saúde universal, direito de todos, dever do Estado e estabeleceu instrumentos para a implantação desse modelo.

Como um dos principais avanços, a universalidade da cobertura substituiu o modelo anterior de saúde pública, que atendia amplamente apenas os trabalhadores com carteira pela Previdência Social.

A Constituinte construiu um modelo de financiamento capaz de assegurar capacidade do Estado para viabilizar o direito de todos. A criação do Orçamento da Seguridade Social, com a pluralidade de fontes exclusivas, tem capacidade de responder a esse desafio.

A primeira vinculação de recursos para a saúde nasceu no próprio texto constitucional. O Art. 55, do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias – ADCT – assegurava que 30% do Orçamento da Seguridade Social (excluído o seguro-desemprego) seria destinado à saúde.

Em 1996, foi criada a CPMF como fonte exclusiva para a Saúde.

A especificação de gastos mínimos foi uma evolução natural, dada a insuficiência do modelo exclusivo de fonte específica e complementar. Em 2000, foi aprovada a EC nº 29, estabelecendo gastos mínimos para União, estados e municípios. A Lei Complementar nº 141, de 2012, regulamentou os gastos em Ações e Serviços Públicos em Saúde (ASPS). Posteriormente, com a EC nº 86, de 2015,

os gastos mínimos com a saúde, pela União, passaram a ser calculados em função da Receita Corrente Líquida e acrescidos de parcela dos *royalties* de petróleo.

Em 2016, quando o país adotou o teto de gastos (EC nº 95), as aplicações mínimas em saúde ficaram congeladas como todas as demais despesas da União (exceto as financeiras) ao valor inicialmente determinado para 2017 e posteriormente corrigido pelo IPCA para os exercícios seguintes.

Se há vinculações, por que então é voz corrente o processo de desfinanciamento do SUS?

O Brasil aumentou a aplicação de recursos em saúde pública. Entre 1995, um ano antes da CPMF, e 2005, ao término da transição da EC nº 29, essas despesas cresceram 63% em termos reais (Ipea,

2019), de R\$ 96 bilhões para R\$ 156 bilhões. A maior parte desse aumento de R\$ 60 bilhões é atribuída a estados e municípios, que aumentaram a sua aplicação em R\$ 46 bilhões¹.

Em 2015, depois da regulamentação da LC nº 141, de 2012, o quadro de financiamento apresentou números ainda maiores. Foram aplicados R\$ 272 bilhões. No conjunto, comparando-se os dados com 1995, o acréscimo somou 183%.

Como resultado desse processo, a União aumentou em valores reais a sua contribuição em 94%, mas reduziu a sua participação relativa de 63%, em 1995, para 43%, em 2015. Em contrapartida, os estados aplicaram 257% a mais no mesmo período e passaram de 21% para 26%, na participação relativa. A aplicação na saúde dos municí-

pios cresceu 436%, o que resultou em quase dobrar a participação relativa de 16% para 31%.

O crescimento da aplicação pela União em saúde responde à vinculação desse piso ao crescimento real do PIB, contido na EC nº 29. A partir de 2014, esgotou-se essa fase de crescimentos.

Assim, em termos reais, a contribuição da União ficou praticamente estabilizada desde 2013. Como consequência desse congelamento, a pressão por ações e serviços públicos em saúde fez aumentar a participação financeira especialmente dos municípios. Entre 2013 e 2017, a média de recursos aplicados no setor, em todas as unidades da federação, superou o limite mínimo de 15% dos recursos próprios (praticamente a soma da receita de impos-



tos acrescida de valores recebidos por repartição de receitas da União e dos respectivos estados).

O financiamento da saúde pública no ano da pandemia

Em 2020, para enfrentar a pandemia, a União recebeu do Congresso Nacional autorizações para desrespeitar os limites da LRF e, posteriormente, com a EC nº 106, uma autorização praticamente ilimitada de gastos. Foi o ano do chamado Orçamento de Guerra.

Com essas condições excepcionais, em 2020, foram executados pelo governo federal R\$ 41,8 bilhões em despesas de Saúde financiados pelo Regime Fiscal Extraordinário da EC nº 106. A esses valores se somaram R\$ 121,3 bilhões do Orçamento da Seguridade Social. O total foi de R\$ 164,6 bilhões².

Ao final do exercício, existiam R\$ 22,6 bilhões de valores autorizados e que não foram sequer empenhados. Desses valores, R\$ 20 bilhões foram reservados para aquisição de vacinas, o que não ocorreu em 2020. Além da sobra desses bilhões na saúde, ficaram em caixa R\$ 26,7 bilhões autorizados para auxílios emergenciais, R\$ 5 bilhões para micro e pequenas empresas, R\$ 10 bilhões autorizados para manutenção do emprego e da renda, totalizando R\$ 65 bilhões de recursos autorizados que não foram empenhados³.

É preciso analisar em que grau a retenção desses recursos pode responder pelo caos do SUS verificado logo no começo de 2021, com colapso em leitos, medicamentos e insumos para a atenção à Covid.

No último trimestre de 2020, o MS empenhou apenas R\$ 31,8 bilhões, sendo tão somente R\$

4,9 bilhões relativos à Covid. No mesmo período de 2019, foram R\$ 35,2 bilhões. Em 2018, foram R\$ 29,4 bilhões, que em valores atualizados pelo IPCA representam R\$ 33,9 bilhões⁴. Em suma, a execução orçamentária no último trimestre de 2020 foi inferior aos valores de 2019 e de 2018, quando não havia pandemia. Os gastos refletem não o estágio da pandemia, não as necessidades da saúde pública, mas tão somente o discurso governamental de negação da pandemia e dos seus efeitos.

Se a União pôde ampliar as despesas efetivas em saúde, a EC nº 106 não estendeu essa prerrogativa a estados e municípios.

Estados, DF e municípios também ampliaram as suas alocações em saúde em R\$ 45,5 bilhões em relação a 2019. Esse crescimento foi proporcionado, em parte, pelo aumento das transferências federais para essas unidades subnacionais, que passou de R\$ 82,6 bilhões, em 2019, para R\$ 113,1 bilhões, em 2020, mas uma parcela significativa de R\$ 15,0 bilhões foi viabilizada com recursos próprios, em um exercício de queda significativa do PIB e da arrecadação de impostos. Como essas unidades conseguiram fechar seus orçamentos em 2020, para acomodar essas despesas extraordinárias em saúde?

O comprometimento dos orçamentos de estados e municípios com pagamento da dívida é bastante significativo. Em 2020, CN aprovou a LC nº 173, que determinou medidas que resultaram na diminuição dos pagamentos relativos à parcela da dívida de estados e municípios contratada com a União.

Ou seja, a redução dos pagamentos da dívida para com a União foi importante para financiar o aumento das despesas em saúde.

O financiamento da saúde no pós-pandemia

A pandemia ainda não acabou e deve trazer muitas consequências para o SUS nos próximos anos.

Há uma demanda reprimida, porque muitos optaram por não comparecer nas várias unidades de saúde. Cirurgias e outros procedimentos eletivos foram adiados. E há novas demandas. Há sequelas em muitos que se curaram da Covid.

Há desarticulações a serem revertidas, como as que determinaram a volta de doenças evitáveis, a queda dos padrões de vacinação. Vários serviços e unidades de saúde foram precarizados.

Temos que reestruturar a atenção hospitalar, para ampliar a ordenação, ampliar os padrões da vigilância sanitária e da assistência farmacêutica.

Há demandas crescentes relacionadas à incorporação de novas tecnologias e serviços.

Há discussões e propostas legislativas para instituir um plano de carreira nacional para os profissionais da Saúde, com modelos de gestão.

Há necessidades relacionadas à ampliação do parque industrial em saúde, que podem ser um importante instrumento de retomada da economia, do incremento da produção nacional de equipamentos e insumos da saúde, de uma maior autonomia nacional.

Essas são algumas das medidas em discussão sobre as novas demandas para a saúde pública e quase todas exigirão aumento das aplicações orçamentárias na saúde pública.

A experiência de financiamento de 2020 pode ser um ponto de partida para esse debate.

Na esfera federal, os gastos em saúde acabaram excluídos das regras do teto de gastos. A contenção artificial de despesas relacionadas à

promoção da saúde cria um enorme passivo para os orçamentos seguintes, para a cidadania e para a própria economia.

Para estados e municípios, a liberalização de pagamentos financeiros permitiu ampliar as despesas em saúde. É preciso discutir a ideia de trocar esses pagamentos de dívidas pela construção do presente e do futuro, pela melhoria da prestação dos serviços públicos na área de saúde.

* É assessor técnico da Câmara dos Deputados. Formou-se em direito pela UnB e tem especialização em orçamentos públicos.

1 Em valores constantes de dez/2018.

2 Considerando as Ações de Serviços Públicos em Saúde, segundo os dados do Siga Brasil – SF.

3 A execução orçamentária da União em gastos da Covid-19 pode ser acompanhada em <https://www2.camara.leg.br/ig-orcamento/>. (<https://tinyurl.com/yjyemevd>).

4 Siga Brasil - SF

Bibliografia

- BARROS, M. E. D.; PIOLA, S. F. O financiamento dos serviços de saúde no Brasil. In: MARQUES, R.; PIOLA, S. F.; ROA, C. R. (Orgs.). *Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento*. Rio de Janeiro: ABRE; Brasília: MS; Opas; Athalaia Gráfica Editora, 2016
- FUNCIA, R. F.; OCKÉ-REIS, C. O. Efeitos da política de austeridade fiscal sobre o gasto público federal com saúde. In: ROSSI, P.; DWECK, E.; OLIVEIRA, A. M. (Orgs.). *Economia para poucos: impactos sociais da austeridade e alternativas para o Brasil*. São Paulo: Autonomia Literária, 2018.
- JACCOUD, L.; VIEIRA, F. S. *Federalismo, integralidade e autonomia no SUS: desvinculação da aplicação de recursos federais e os desafios da coordenação*. Rio de Janeiro: Ipea, 2018. (Texto para Discussão, n. 2399).
- VIEIRA, Fabiola Sulpino; PIOLA, Sergio Francisco; SÁ e BENEVIDES, Rodrigo Pucci de. *Vinculação orçamentária do gasto em saúde no Brasil: resultados e argumentos a seu favor*. IPEA Brasília, 2019 (Texto para discussão 2516)

A cultura da desigualdade

A definição de cultura, em seu sentido antropológico, prevê que esta é o conjunto de crenças, comportamentos, tradições e conhecimentos que distinguem um grupo social e/ou época. Sendo assim, é fundamental para o desenvolvimento e fortalecimento da identidade de um povo. A cultura, além de um processo natural da sociedade, é um direito constitucional, sendo competência comum da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios proporcionar os meios de acesso.

Apesar de ser possível identificar características próprias das diversas etnias que compõem a cultura brasileira, é histórica a sobreposição da burguesia europeia. No campo das artes não foi diferente: desde a arquitetura até o que era representado nas obras artísticas, os principais aparelhos transmitiam valores e estéticas da Europa.

O conceito de Indústria Cultural, dos sociólogos Theodor Adorno e Max Horkheimer, descreve o processo de expansão do que é considerado racional e esclarecido sobre as outras manifestações. O objetivo é maximizar a extração de valores, principalmente financeiros.

A cidade do Rio de Janeiro, que foi porto para a chegada do maior número de escravizados na América, é marcada em sua história pelo processo de marginalização de culturas e ritos, principalmente os de origem negra, extraíndo seus valores nativos. Em paralelo, na atual região portuária da cidade foi continuado o processo de apagamento histórico: nenhum dos aparelhos culturais engrandece as tradições africanas.

Assim, cabe questionar: para onde apontam as políticas culturais?

Com o objetivo de entender como as atuais políticas de fomento e extensão à cultura influenciam na desigualdade social carioca, analisamos a evolução do gasto cultural no Município do Rio de Janeiro (MRJ), como são os investimentos, se há incentivos para os projetos e artistas e de que maneira estão distribuídos os aparelhos. Por fim, poderemos refletir se as políticas oferecidas colaboram para a desigualdade social ou não.

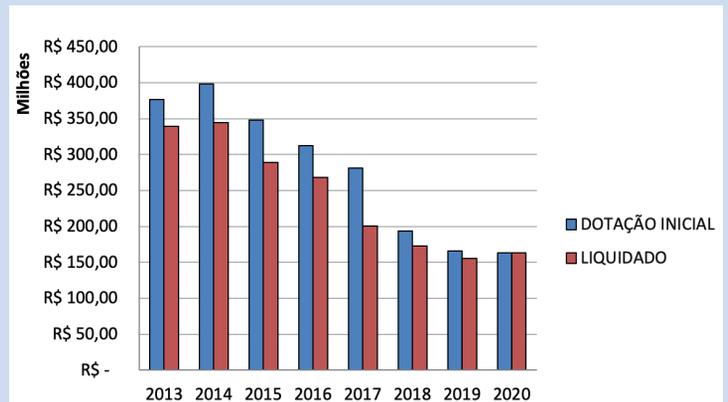
Foram utilizados dados dos Relatórios Resumidos de Execução Orçamentária (RREOs), Contas Rio e Secretaria Municipal de Cultura de 2013 a 2021. Os valores encontram-se deflacionados pelo IPCA de julho de 2021.

A Cultura no Orçamento

Entre 2013 e 2019, a Função Cultura na capital apresentou uma tendência de queda, tanto na previsão quanto em sua execução. A redução do valor liquidado foi de, aproximadamente, 46% (Gráfico 1). Um dos motivos dessa queda significativa foi a diminuição dos recursos destinados à ação de Apoio e Fomento à Produção Cultural”, que visa a promover e apoiar as atividades em geral, ampliando o número e qualidade das obras artísticas criadas na cidade e preservando grupos sociais que geram obras ou atividades culturais. No próximo tópico deste artigo, analisaremos de forma mais detalhada essa questão.

Em 2020, essa função teve aumento de 5% no valor liquidado

Gráfico 1 – Evolução da Função Cultura MRJ de 2013 a 2020 (Em milhões)



Fonte: RREO. Acesso em 27 de agosto de 2021.

em relação ao valor de 2019. A subfunção mais relevante, de Difusão Cultural¹, apresentou variação positiva de R\$ 15,95 milhões nesse mesmo período, ainda muito inferior quando comparado com os valores de 2013 e 2014. A queda dos investimentos também está associada à crise fiscal e à descontinuidade de políticas públicas.

Fomento indireto x Fomento direto

Para essa análise, buscamos a evolução de duas ações: “Apoio e fomento à produção cultural”, que diz respeito aos incentivos diretos, e “Apoio a eventos na área cultural através da lei de incentivos culturais – Lei nº 5.553 de 14/01/2013”², que diz respeito aos incentivos indiretos. Essa Lei estimula a produção cultural por meio de incentivos fiscais e funciona da seguinte forma: os contribuintes do Imposto Sobre Serviços (ISS) podem direcionar até 20% do valor a ser recolhido para patrocinar projetos culturais.

Tabela 1 - Indicador de Oferta Cultural Por Área de Planejamento em 2013 (%)

Equipamento Cultural	Áreas de Planejamento				
	1	2	3	4	5
1. Arena Cultural	0,00	0,00	12,89	0,00	3,77
2. Biblioteca	2,24	4,75	6,63	1,81	1,23
3. Centro Cultural	6,95	4,19	4,46	1,07	0,00
4. Lona Cultural	0,00	0,00	9,65	1,06	5,96
5. Museu	13,26	3,41	0,00	0,00	0,00
6. Teatro	3,47	12,37	0,83	0,00	0,00
Por AP	25,92	24,72	34,46	3,94	10,96

Fonte: DANTAS, 2015.

Gráfico 2 – Fomento indireto x fomento direto no MRJ de 2013 a 2020 (Em milhões)



Fonte: Contas Rio. Acesso em 27 de agosto de 2021.

Desde 2013, os recursos destinados ao fomento direto diminuíram gradualmente. Em 2019, atingiram ínfimos R\$ 135 mil. Por outro lado, o fomento indireto aumentou significativamente: de R\$ 34,21 milhões em 2013 para R\$ 56,04 milhões em 2020. De acordo com os relatórios de gestão e avaliação do município, de 2014 a 2018, 1.807 projetos foram realizados por esses fomentos de produção cultural, sendo a maior parte financiado pelo indireto. Nota-se, assim, uma tendên-

cia de “desresponsabilização” do poder público com o incentivo às manifestações culturais.

O aumento expressivo do valor liquidado em fomento direto no ano de 2020 está relacionado à Lei Aldir Blanc – Lei Federal nº 14.017/2020. A fim de amenizar os impactos da pandemia da Covid-19, o setor cultural do país recebeu recursos oriundos do Fundo Nacional de Cultura, com 50% repassados para os Estados e 50% para Municípios.³

Políticas de incentivo a projetos e artistas

Um dos meios que fazem parte das estratégias de fomento direto são os editais de apoio aos artistas. No entanto, analisando o histórico da cidade, esse tipo de mecanismo não consegue vingar. Em 2016, foi lançado o primeiro projeto voltado ao financiamento de artistas periféricos. No entanto, como algumas das políticas de final de mandato, esta não foi executada durante o exercício seguinte. O governo de Marcelo Crivella não liberou os recursos para os financiamentos, demonstrando, mais uma vez, o que já ficou claro pelos gráficos orçamentários: a cultura não foi prioridade da gestão.

Diversificação espacial dos aparelhos de cultura

A história da cidade do Rio de Janeiro é marcada pela marginalização da cultura popular. Desde movimentos musicais (como o samba e o funk – cada um em sua época) a movimentos de artes visuais foram criminalizados e afastados das regiões mais nobres da cidade. A cultura erudita pôde ocupar, então, as áreas centrais e nobres da cidade com seus teatros e museus, que tratavam, principalmente, a histó-

ria e a cultura europeias.

O ano é 2021 e, apesar de seus belos murais grafitados na região portuária e o funk ganhando o mundo com sua entrada na premiação de música mais famosa, o Grammy Latino, a capital fluminense não se mostra espacialmente diferente. As áreas de planejamento 1 (Região Central) e 2 (Zona Sul, Tijuca e Vila Isabel), historicamente mais aquinhoadas, persistem sendo o centro cultural carioca. Nestas estão localizados mais de 50% dos aparelhos de cultura de toda a cidade⁴. Em paralelo, as áreas de planejamento mais populosas contam com menos de 15% da oferta de aparelhos.

A construção do indicador feito por Dantas (2015) é realizada a partir de duas linhas: (1) uniformização do conjunto de dados; e (2) ponderação dos indicadores a partir dos pesos atribuídos. Na uniformização, foram considerados os Equipamentos Culturais, seus atributos de medição e a dimensão geográfica. A partir disso, a escala é uniformizada para todas as observações. Em seguida foi feita a ponderação em função do número de Equipamentos Culturais e de seus atributos de medição. Visto que o indicador tem distribuição igual, o fator utilizado na ponderação foi uma constante (W) de valor igual a, aproximadamente, 0,0833. Concluídos os processos de uniformização e ponderação e compreendendo que os atributos de medição são um atributo que compõe a informação do equipamento cultural, as parcelas são reunidas representando o indicador final. Este método origina a tabela a seguir.

Vale destacar que a AP3 (que contempla a maior parte dos bairros da Zona Norte) se destacou no cálculo realizado na pesquisa de

Dantas (2015) pela presença dos projetos de arenas, bibliotecas e lonas culturais. Estas foram criadas pela prefeitura para descentralizar a produção e acesso à cultura, levando aparelhos e projetos às regiões mais populares.

De acordo com Dantas (2015, p.80) em 2013 a prefeitura detinha a administração de 52 unidades culturais⁵. Em análise do panorama atual, foram encontradas 54⁶. No entanto, ampliamos a tipologia dos aparelhos para contemplar também os cinemas municipais. Vale destacar que apenas as AP1 e AP2 contam com teatros geridos pelo município.

Em análise do Relatório do Plano Plurianual do exercício de 2018, foi percebido que o município incluiu metas de realização de eventos culturais e de audiovisual apenas nas AP1 e AP2⁷. Ademais, esta última recebeu o maior número de construções, reformas, ampliações e restaurações de unidades culturais (Ação 1460). Apesar do projeto de lonas e areninhas cariocas, a proporção não está perto de se igualar.

Observa-se que, mesmo que os meios estejam presentes, devem ser considerados custos como deslocamento e ingresso, que impedem que parte da população possa realmente ter seu acesso à cultura garantido. No mesmo relatório consta que da meta de distribuição de 1 mil vales-cultura não houve nenhuma realização.

Considerações Finais

A diminuição dos recursos para fomento e difusão cultural dificulta a democratização do desenvol-

vimento da arte local. Isso porque fazer e consumir arte fica restrito a quem possui capital para arcar com os custos físicos dos projetos e de mobilidade.

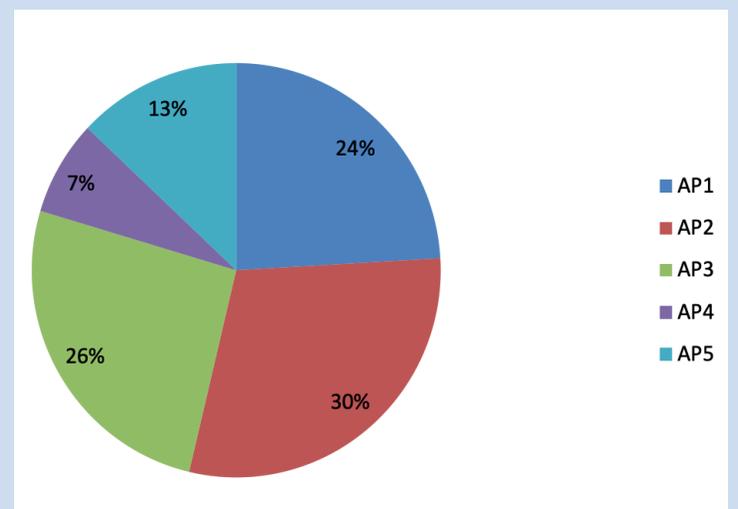
O Estado possui papel central na marginalização da produção. Historicamente, como trouxemos de modo sucinto, o governo, em conjunto à elite artística, ignorou e reprimiu as culturas populares. A perseguição dos movimentos como samba, funk e rap demonstra que o preconceito com a criação de cultura está também relacionado à origem étnica e econômica dos precursores.

Em paralelo a este processo, houve a centralização dos aparelhos de cultura, criados para contemplar a arte produzida pela camada mais nobre da sociedade. Tanto a ausência de meios como teatro quanto a periferação dos bailes e rodas de samba expõem o processo cultural vivido. O acesso a certos tipos de espetáculos era restrito a algumas camadas da população, enquanto os populares não podiam ocorrer nas áreas nobres, principalmente turísticas.

A pouca expressividade do orçamento cultural dentro do geral e o não cumprimento das metas de ações como a de distribuição de vales-cultura aprofundam as desigualdades de oportunidade relacionadas à arte. Ademais, a ausência de bolsas como essa inviabiliza a construção de uma demanda efetiva diversa, pois os custos de ingressos são somados ao de deslocamento até as áreas em que estão os espetáculos ou outros meios.

Retomando o conceito de Indústria Cultural, a inversão de priorização da forma de fomento,

Gráfico 3 - Infraestrutura cultural sob a gestão da Secretaria de Cultura em 2021 (%)



Fonte: Secretaria Municipal de Cultura – RJ. Acesso em 27 de agosto de 2021.

na qual o indireto é sobressalente, terceiriza em partes a escolha do que será investido. Dessa forma, o lucro se torna central nas decisões, prevalecendo em detrimento da diversidade cultural.

1 Engloba ações que visam à valorização da rede de cultura.

2 Em 2013 esta ação baseava-se na antiga lei n. 1.940/92, posteriormente substituída pela lei n. 5.553/13.

3 <http://cultura.rj.gov.br/lei-aldir-blanc-rj/>

4 Fonte: DANTAS, Daniele C. Indicadores e a análise da oferta cultural na Cidade do Rio de Janeiro. *Cadernos do Desenvolvimento Fluminense* 11, p. 84, 2015.

5 Foram considerados no estudo as arenas culturais, bibliotecas, lonas culturais, museus e teatros.

6 Fonte: Dados fornecidos pela Secretaria de Cultura do Rio de Janeiro em 08/09/2021.

7 Produtos 0205 e 4676, respectivamente.



CLIQUE E OUÇA

Corecon-RJ anuncia vencedores do Prêmio de Monografia

O trabalho de conclusão de curso de Izabelli Barreto Cardoso, da UFF – Campos, intitulado *Análise dos impactos ambientais da agropecuária no centro-oeste brasileiro*, obteve a primeira colocação no XXX Prêmio Anual de Monografia Economista Celso Furtado – 2021.

O prêmio do Corecon-RJ, instituído em 1990, tem como objetivo reconhecer os melhores trabalhos de conclusão de curso de graduação em Economia em instituições de ensino no Estado do Rio de Janeiro. Como a edição do ano passado foi cancelada devido à crise sanitária, o certame de 2021 contemplou monografias concluídas em 2019 e 2020.

O trabalho *Uma análise compa-*

rativa entre o regime de repartição do Brasil e o regime de capitalização no Chile, de João Lucas Moreira Moura, da UFF, foi o segundo colocado. *Uma avaliação da relação entre o crescimento econômico e a desigualdade de renda para os estados brasileiros*, monografia de Aline de Souza Vicente, da UFRRJ – Três Rios, ficou em terceiro lugar. A banca examinadora atribuiu ainda menção honrosa ao trabalho *A obra de Maria da Conceição Tavares: uma análise do período 1963-1978*, de autoria de Guilherme Soares Ferreira, do IE-UFRJ. Os autores dos três trabalhos melhores colocados receberão prêmios de 5 mil reais (primeiro lugar), 3,5 mil reais (segundo) e 2,5 mil (terceiro).

CORECON-RJ ELEIÇÕES 2021

27 a 29 de outubro

A votação será via internet e o sistema utilizará as informações constantes do seu cadastro profissional. O eleitor receberá no seu email ou via SMS um link para autenticar o procedimento e criar a sua senha. Desta forma, é imprescindível que seu email e telefone celular estejam atualizados.





BALANÇO PATRIMONIAL					
ATIVO (EM R\$)			PASSIVO (EM R\$)		
REFERÊNCIAS	ATÉ JUN/20	ATÉ JUN/21	REFERÊNCIAS	ATÉ JUN/20	ATÉ JUN/21
ATIVO FINANCEIRO	8.347.728,34	8.758.820,62	PASSIVO FINANCEIRO	419.709,29	371.336,21
DISPONÍVEL	6.295.519,52	3.030.061,04	DÍVIDA FLUTUANTE	67.756,88	72.784,38
RESPONSÁVEL POR SUPRIMENTOS	1.200,00	1.200,00	PESSOAL A PAGAR	438,40	-
CRÉDITOS DE CURTO PRAZO	2.009.126,24	3.671.460,09	ENCARGOS SOCIAIS A PAGAR	45.179,08	52.163,08
RESULTADO PENDENTE	41.882,58	2.056.099,49	OBRIGAÇÕES DE CURTO PRAZO	14.472,25	12.051,55
ATIVO PERMANENTE	25.439.546,49	34.910.099,03	OUTRAS OBRIGAÇÕES	7.667,15	8.569,75
BENS PATRIMONIAIS	1.803.504,18	1.791.062,46	ENTIDADES PÚBLICAS CREDORAS	-	-
VALORES	1.117,64	1.117,64	RESULTADO PENDENTE	351.952,41	298.551,83
CRÉDITOS	23.634.924,67	33.117.918,93	PATRIMÔNIO(ATIVO REAL LÍQUIDO)	33.367.565,54	43.297.583,44
TOTAL GERAL	33.787.274,83	43.668.919,65	TOTAL GERAL	33.787.274,83	43.668.919,65
DEMONSTRATIVO DAS RECEITAS E DESPESAS					
REFERÊNCIAS	PERÍODO EM REAIS		REFERÊNCIAS	VARIACIONES	
	ABRIL A JUN/20	ABRIL A JUN/21		(EM R\$)	(EM %)
RECEITAS			RECEITAS		
ANUIDADES	64.259,68	363.597,38	ANUIDADES	299.337,70	465,8
PATRIMONIAL	61.344,51	24.276,29	PATRIMONIAL	(37.068,22)	-60,4
SERVIÇOS	131,27	11.083,45	SERVIÇOS	10.952,18	8343,2
MULTAS E JUROS DE MORA	-	43.341,32	MULTAS E JUROS DE MORA	43.341,32	-
DÍVIDA ATIVA	116.107,65	355.502,51	DÍVIDA ATIVA	239.394,86	206,2
DIVERSAS	33.666,78	37.478,20	DIVERSAS	3.811,42	11,3
TOTAL GERAL	275.509,89	835.279,15	TOTAL GERAL	559.769,26	203,2
DESPESAS			DESPESAS		
DE CUSTEIO	1.159.090,58	1.263.159,90	DE CUSTEIO	104.069,32	9,0
PESSOAL	628.323,59	768.154,95	PESSOAL	139.831,36	22,3
MATERIAL DE CONSUMO	500,40	10.444,66	MATERIAL DE CONSUMO	9.944,26	1987,3
SERVIÇOS DE TERCEIROS E ENCARGOS	530.266,59	484.560,29	SERVIÇOS DE TERCEIROS E ENCARGOS	(45.706,30)	-8,6
TRANSFERÊNCIAS CORRENTES	42.978,21	162.416,82	TRANSFERÊNCIAS CORRENTES	119.438,61	277,9
DESPESAS DE CAPITAL	-	-	DESPESAS DE CAPITAL	-	#DIV/0!
TOTAL GERAL	1.202.068,79	1.425.576,72	TOTAL GERAL	223.507,93	18,6
RESULTADO = RECEITAS - DESPESAS	(926.558,90)	(590.297,57)	RESULTADO = RECEITAS - DESPESAS	336.261,33	-36,3