

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

Douglas Esequiel Dias

Austeridade: o manejo da crise econômica na contramão da saúde.

Juiz de Fora

2020

Douglas Esequiel Dias

Austeridade: o manejo da crise econômica na contramão da saúde.

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para a obtenção do grau de bacharel em Odontologia.

Orientador: Prof. Dr. Henrique Duque de Miranda Chaves Netto

Juiz de Fora

2020

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Dias, Douglas Esequiel.

Austeridade : O manejo da crise econômica na contramão da saúde. / Douglas Esequiel Dias. – 2020.
60 p.

Orientador: Henrique Duque de Miranda Chaves Netto
Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Odontologia, 2020.

1. Austeridade. 2. Crise Econômica. 3. Causação Circular. 4. Determinantes de Saúde. 5. Saúde Pública. I. Netto, Henrique Duque de Miranda Chaves, orient. II. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
REITORIA - FACODONTO - Coordenação do Curso de Odontologia

Douglas Esequiel Dias

Austeridade: o manejo da crise econômica na contramão da saúde

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do título de Cirurgião-Dentista.

Aprovado em 09 de novembro de 2020.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Henrique Duque de Miranda Chaves Netto - Orientador
Universidade Federal de Juiz de Fora

Profª Drª Isabel Cristina Gonçalves Leite
Universidade Federal de Juiz de Fora

Profª Drª Danielle Teles da Cruz
Universidade Federal de Juiz de Fora



Documento assinado eletronicamente por **Henrique Duque de Miranda Chaves Netto, Professor(a)**, em 09/11/2020, às 16:49, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Isabel Cristina Goncalves Leite, Professor(a)**, em 09/11/2020, às 16:52, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Danielle Teles da Cruz, Professor(a)**, em 09/11/2020, às 21:00, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal do SEI-Ufjf (www2.ufjf.br/SEI) através do ícone Conferência de Documentos, informando o código verificador **0163514** e o código CRC **EAD807E7**.

AGRADECIMENTOS

Acima de tudo, agradeço à Essência, que revestida de mente e corpo, forma meu Ser.

À Grande Mãe Gaia, cuja beleza e vida pujantes me acalentam, mas cujo presente nossa espécie não sabe retribuir.

Agradeço ao meu amigo, grande e amado irmão, Adriano, cujo apoio ao longo desses anos foi essencial e sem o qual eu jamais teria conquistado o que conquistei, me tornado quem me tornei e a quem jamais serei capaz de dizer o quão importante é tê-lo como amigo, como irmão. Obrigado, irmão.

Agradeço aos amigos Bruno ‘Polegada’ Gomes, Caio ‘KLB’ Correia, Lucas ‘Buiu’ Rodrigues, Pedro Inácio e Hélio Sanches por toda força, amparo e alegria com que me brindaram por todos esses anos de vida acadêmica e que se tornaram amigos pra uma vida. Amo vocês.

Aos amigos Lucas Chapinoti, Lucas ‘Pato’ Pierangeli e Matheus Montanha pelo apoio no momento mais difícil e sombrio que até então enfrentei.

João Sydney ‘Netin’, que me apresentou a um admirável mundo novo e à mente sem fronteiras.

Minha querida Regina Gabriela, comunistinha sem-terra, veterana, amiga, exemplo de pessoa e de profissional que quero ser.

Gui Thomaz Verli, por cada abraço, te amo, meu amigo.

Victor Marineti, que sempre me salvou, apoio certo, mesmo se atrasando em todas as clínicas de Odontopediatria e Estágio Infantil.

Às minhas muitas e queridas duplas da clínica, Monica Maciel, a dupla mais doida, Victor Marineti, Lucas Chapinoti, Caio ‘KLB’ Correia, Marcelo ‘Pakalolo’ Camargos, Vinicius ‘Fattini’ Paulino, pela paciência, confusões, risos, ensinamentos e apoio a cada clínica e crises de *burnout*.

Aos amigos inúmeros, que caminham comigo, que já se foram levados pelo tempo ou levados pelo Grande Ciclo a repousar no seio da Terra, pela amizade que sempre me deu motivos pra continuar e pra sorrir.

Aos professores, imprescindíveis e inesquecíveis, especialmente à Bel Leite, que com seu carinho e imensa luz, me inspirou a amar e almejar uma Saúde Pública, Universal, Gratuita e de Qualidade pra TODOS, o amor pelo SUS e o desejo de fazer a diferença.

Ao meu orientador, Henrique Duque Netto, por toda a paciência ao longo da construção desse trabalho.

Aos técnicos das ‘casinhas’, André, Denilson, Lurdinha, Edinho, Gisele, Gustavo, ‘Seo’ José, cujo carinho foi essencial para suportar a jornada de aprendizado e que estarão sempre na ‘casinha’ do meu coração.

Às ‘tias’ da manutenção, almas da Faculdade de Odontologia, especialmente à Elaine, pelas inúmeras garrafas de café adoçados com carinho e ½ quilo de açúcar.

À gloriosa República K-Zona, minha casa, e à amada República Poucas & Boas, lares que tive em Ouro Preto, os quais jamais esquecerei.

À amada UFOP – Universidade Federal de Ouro Preto, minha base humana sólida, e à minha casa, UFJF – Universidade Federal de Juiz de Fora, lar, auxílio, amparo, ‘quintal’, mestra.

À Honrosa Faculdade de Odontologia, cujo significado e importância em minha vida são indescritíveis.

Ao Diretório Acadêmico Ottoni Tristão, ao Serviço Especializado de Cirurgia Oral e ao Anjos de Branco, coletivos e projetos dos quais fiz parte e que contribuíram imensamente para a minha formação profissional e humana.

À Liga Acadêmica de Odontologia Psicossocial, cuja história acompanhei desde o princípio, feita dos mais queridos amigos, que ensina mais que Odontologia, que ensina amor.

À família, meus pais Paulinho e Helenice, minha avó Zezé (*in memoriam*), meus tios Cidinha e Araújo, cujo apoio permitiu essa longa jornada.

A todos, gratidão.

“Por isto é que, para os opressores, o que vale é ter *mais* e cada vez *mais*, à custa, inclusive, do ter *menos* ou do *nada* ter dos oprimidos. *Ser*, para eles, é *ter* e ter como classe que tem.” (FREIRE, 2019)

RESUMO

O presente trabalho visa avaliar a relação entre política econômica adotada no Brasil e seus efeitos sobre a Saúde, especialmente a política de austeridade adotada a partir de 2016, bem como avaliar os possíveis efeitos imediatos sobre a população. O estudo identifica relação direta entre a forma como a política econômica vem sendo conduzida, buscando controlar e reverter os efeitos da crise econômica, e a piora já observada em diversas áreas da saúde da população, associada à diminuição da renda, acentuada iniquidade no acesso aos serviços de saúde e ao desfinanciamento dos serviços públicos de saúde. Espera-se piora nas condições de saúde da população, pelas suas características socioeconômicas, especialmente à grande desigualdade social existente no país e que se acentua cada vez mais. Assim, fica clara a necessidade de modificação na política econômica de modo a fortalecer as políticas de Seguridade Social como forma de melhorar a saúde da população, em especial por meio da defesa do SUS contra os ataques do governo.

Palavras-chave: Austeridade. Fatores socioeconômicos. Determinantes sociais da saúde. Saúde pública.

ABSTRACT

The present work aims to assess the relationship between the economic policy adopted in Brazil and its effects on Health, especially the austerity policy adopted since 2016, as well as evaluate the possible immediate effects on the population. The study identifies a direct relationship between the way in which the economic policy has been conducted, seeking to control and reverse the effects of the economic crisis, and the worsening already observed in several areas of the population's health, associated with decreased income, marked inequity in access to health services and the de-financing of public health services. It is expected the worsen in population's health conditions, due to their socioeconomical characteristics, especially the great social inequality that exists in the country, which is becoming more and more accentuated. Thus, there is a clear need for changes in economic policy in order to strengthen the Social Security policies as a way to improve the population's health, especially through the defense the SUS against government attacks.

Keywords: Austerity. Socioeconomic factors. Social health determinants. Public health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva

APS – Atenção Primária em Saúde

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CPO-D – Índice de Dentes Cariados, Perdidos e Obturados

DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

EC – Emenda Constitucional

ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

ESF – Estratégia de Saúde da Família

Fiocruz – Fundação Oswaldo Cruz

FMI – Fundo Monetário Internacional

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICOS – Instituto Coalização Saúde

IPEA – Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas

OMS – Organização Mundial de Saúde

PEC – Proposta de Emenda à Constituição

PIB – Produto Interno Bruto

PNAB – Política Nacional da Atenção Básica

RCL – Receita corrente líquida

SCNES – Sistema de Cadastro nacional de Estabelecimentos de Saúde

SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 REVISÃO DE LITERATURA	17
2.1 A SAÚDE BUCAL.....	22
3 DISCUSSÃO	27
3.1 FATORES DETERMINANTES DE SAÚDE E A CAUSAÇÃO CIRCULAR.....	27
3.2 CRISE E AUSTERIDADE.....	30
3.3 REFORMAS NA SAÚDE PÚBLICA E FINANCIAMENTO.....	34
3.4 SAÚDE – CUSTOS AO USUÁRIO.....	37
3.5 RISCOS DA PRIVATIZAÇÃO.....	40
3.6 O EXEMPLO DA SAÚDE BUCAL.....	42
3.7 EFEITOS DA CRISE.....	45
3.8 COVID-19.....	52
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
REFERÊNCIAS	57

1 INTRODUÇÃO

As políticas econômicas adotadas por um país interferem diretamente sobre os indicadores de saúde de sua população, pelos efeitos que tem sobre a capacidade de investimento do Estado, ao afetar a arrecadação estatal, a formulação de políticas públicas, bem como o poder aquisitivo da população, tanto pela influência direta na renda quanto sua valorização.

Nas últimas décadas, o sistema capitalista tem se transformado por meio de crises, que assumem papel central na sua manutenção, de forma não acidental, de modo a espoliar o excesso de capital acumulado e abrir novas possibilidades de investimento (SCHENKMAN; MORAES BOUSQUAT, 2019). Em 2008, o mundo se vê frente a uma nova grande crise financeira de proporções globais, mergulhando nações em graves problemas econômicos e políticos.

No contexto mundial, a crise econômica de 2008 implicou um conjunto de políticas de austeridade implantadas, principalmente, em países da Europa, envolvendo a limitação de direitos sociais e a reforma de sistemas de Saúde (FIGUEIREDO et al., 2018). A austeridade é uma estratégia recente, neoliberal, que impõe sacrifícios pelos cortes de despesas ou necessidades estruturais do Estado, podendo apresentar efeitos devastadores sobre a saúde da população (ARANHA ROSSI et al., 2019). Skellariou, afirma que tais reformas, além de frequentemente terem um impacto negativo na pobreza, coesão social e crescimento econômico, podem gerar graves efeitos na saúde da população, levando a iniquidades em saúde e aumento de disparidades socioeconômicas. (SAKELLARIOU; ROTAROU, 2017)

No Brasil, os reflexos da crise econômica mundial de 2008 foram percebidos a partir de 2011, com aumento do desemprego e diminuição da demanda das indústrias. O quadro foi agravado pela crise política, que culminou com o golpe parlamentar e o consequente *impeachment* da Presidenta Dilma Rousseff em 2016. Contextos como estes, que envolvem recessão econômica e crise política, causam desestabilização das instituições e diminuição de verbas para áreas fundamentais como a Saúde (PROBST et al., 2019). No caso brasileiro, Paes-Souza *et al* alertam para a possível rápida degradação dos serviços públicos de saúde no país e seus efeitos deletérios sobre os indicadores de saúde da população. (PAES-SOUSA; RASELLA; CAREPA-SOUSA, 2018)

O golpe parlamentar sofrido pela Presidenta Dilma escancarou as portas, que já estavam abertas desde o governo Dilma, para as diversas ações neoliberais implementadas pelos governos Temer e Bolsonaro, notadamente a EC 95/2016, a PNAB editada em 2017, as reformas trabalhistas e da previdência e as recentes modificações no financiamento da atenção básica pela Portaria 2.979/2019, que instituiu o “Previne Brasil”.

As dificuldades geradas, aliadas ao endividamento público mal gerenciado pelos governos, tendem a diminuir a capacidade de ação do Estado frente às necessidades da população e, a visão trazida pelo neoliberalismo toma ações de Seguridade Social como gastos desnecessários e que devem ser eliminados das Políticas de Estado, transferindo a cada um a responsabilidade pelo cuidado, ignorando determinantes socioeconômicos, culturais e ambientais e sua importância no processo saúde-doença. A situação se agrava quando, nessa complexa equação, se adicionam as políticas de renúncias fiscais em saúde, que oneram o Estado em favor de um já privilegiado segmento da sociedade.

O presente trabalho visa, por meio de uma revisão da literatura, analisar como a dimensão econômica, notadamente as políticas de austeridade como as adotadas no Brasil, especialmente a partir de 2016, afetam os indicadores de saúde da nação, como mortalidade infantil, incidência de doenças crônicas não transmissíveis, violência, dentre outros, bem como avaliar os possíveis rumos imediatos da Saúde no Brasil frente às várias modificações no financiamento e organização da Saúde Pública. Para tanto, foram consultadas as bases de dados PubMed, Scielo e Portal de Periódicos CAPES, onde foi realizada a busca pelos termos “saúde”, “saúde pública”, “austeridade”, “crise econômica”, sendo selecionados artigos publicados entre 2015 e 2020. Adicionalmente foram consultados livros, artigos constantes nas referências bibliográficas dos trabalhos encontrados na busca nas bases de dados e das obras consultadas, bem como produção técnica de organizações e instituições, para melhor elucidação de ideias do trabalho.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Sakellariou e Rotarou (2017) analisaram os impactos das reformas neoliberais no acesso a serviços de saúde por pessoas com deficiência, dados os grandes desafios já enfrentados por essa população no acesso a esses serviços, traduzidos em maior vulnerabilidade, valendo-se de uma revisão analítica crítica da literatura e no estudo de dois casos, Chile e Grécia. O Chile está entre os primeiros países a adotarem reformas neoliberais no setor da Saúde, o que gerou profundas iniquidades e estratificação do setor. Grécia é um dos mais recentes exemplos a implementarem extensivas mudanças nos serviços de saúde, o que gerou uma grave deterioração da qualidade destes serviços. Por meio da revisão das políticas adotadas nos dois países, os autores propuseram que as vias pelas quais o acesso a cuidados de saúde por pessoas com deficiência foram afetadas incluem: a) políticas que direta ou indiretamente visam o Sistema de Saúde, afetando toda a população, inclusive as pessoas com deficiência e b) políticas voltadas a indicadores socioeconômicos, que direta ou indiretamente miram pessoas com deficiência e indiretamente impactam o acesso ao cuidado com a saúde. As poderosas diferenças produzidas através de políticas neoliberais que visam a economia em detrimento dos indicadores de direitos humanos podem levar ao desempoderamento¹ da população, cujas necessidades de saúde são subordinadas aos mercados. Os efeitos vão de custos catastróficos de serviços privados, com os quais o usuário precisa arcar, ao comprometimento do acesso aos serviços de saúde. De acordo com os autores, reformas neoliberais podem ser vistas como uma forma de violência estrutural, afetando de modo desproporcional a parcela mais vulnerável da população – incluídas as pessoas com deficiência – e cerceando o acesso a direitos básicos como o cuidado com a saúde.

¹ O conceito de “empoderamento”, em um contexto social/comunitário indica processos que procuram promover a participação social visando ao aumento do controle sobre a vida por parte de indivíduos e comunidades, à eficácia política, a uma maior justiça social e à melhoria da qualidade de vida, pensamento desenvolvido a partir das ideias de Paulo Freire, ou, em um contexto individual, indica um processo que tem como objetivo possibilitar que os indivíduos tenham “um sentimento de maior controle sobre a própria vida”. (GASTALDO, 2008)

Melo *et al.* (2018) realizaram uma análise comparativa entre as versões de 2011 e 2017 da PNAB, avaliando o texto das portarias do Ministério da Saúde, além do presente em algumas outras normas do MS. Os autores apontam algumas melhorias, porém os retrocessos se mostram preocupantes, com supressão de princípios e diretrizes da atenção básica e que podem propiciar a adoção de uma AB Seletiva. Modificações importantes foram feitas na estrutura e funcionamento da Estratégia de Saúde da Família, com a possibilidade de redução do número de ACS por Equipe de Saúde da Família, bem como modificações de suas atribuições, além da redução da cobertura da ESF. Foram também criadas situações de entrave à formação continuada dos profissionais da ESF, prejudicando sua evolução. O financiamento foi reduzido a dois grandes blocos relacionados a manutenção das ações de AB e da ESF. Salientam para o fato de a norma não trazer a obrigatoriedade de adequação aos formatos de ESF e APS, mas deixando a decisão sob o poder da vontade política, que pode se beneficiar da permissividade da norma em favor das contas públicas e interesses políticos, levando a diminuição da ESF e da ação da APS, com ameaça ao acesso universal em prol da cobertura universal a apenas grupos sociais de maior vulnerabilidade, sem, no entanto, definir quais seriam esses grupos. Concluem que, se forem efetivamente considerados os dispositivos da PNAB que induzem, impedem ou condicionam mudanças, pode-se dizer que os propósitos dessa política são a diminuição dos ACS e a mudança de seu perfil, bem como a priorização da AB tradicional em detrimento da ESF, com maior autonomia e flexibilidade para a gestão municipal.

Ocké-Reis (2018) avaliou o impacto das renúncias fiscais em saúde sobre o SUS, com base em dados da Receita Federal e do Ministério da Saúde, entre 2003 e 2015. Tais renúncias significam um considerável volume de recursos que deixa de ser investido em Saúde Pública, sendo vistas como gastos com incentivos à Saúde Suplementar em detrimento do financiamento do SUS. Assim, geram grandes iniquidades ao favorecer os estratos mais ricos da sociedade, fomentando o consumo de serviços privados de saúde ao permitir que pessoas físicas e jurídicas abatem, de maneira irrestrita, de seus impostos de renda, gastos com saúde suplementar. Ocké-Reis conclui afirmando que a renúncia de arrecadação fiscal induz ao crescimento do mercado de planos de saúde em detrimento do fortalecimento do SUS e, também, gera situação de injustiça distributiva, ao favorecer os estratos superiores de renda e determinadas atividades econômicas lucrativas.

Paes-Sousa, Rasella e Carepa-Sousa (2018) revisaram estudos recentes, buscando destacar o que pode ter incidência mais imediata sobre a Saúde Pública, com especial interesse sobre os grupos de maior vulnerabilidade frente às crises econômicas. Assim, segundo os

resultados encontrados pelos pesquisadores, estudos realizados em diversos países destacam a diminuição na rede prestadora de serviços, associada à diminuição de recursos humanos e insumos, o que influi negativamente na qualidade dos serviços ofertados. No âmbito intradomiciliar, a diminuição da renda associada à redução das transferências sociais afetou os hábitos e atitudes das populações mais pobres em sua relação com a saúde. No Brasil, a crise econômica e a política de austeridade adotada no seu enfrentamento afetaram sobremaneira os índices de pobreza e extrema pobreza, que vinham experienciando grande diminuição desde 2003, mas que vêm subindo vertiginosamente nos últimos anos, em especial a partir de 2017. O Brasil vem apresentando piora nos indicadores básicos de saúde, como aumento da mortalidade infantil, diminuição na cobertura vacinal, retorno de doenças já erradicadas no país. Tais resultados são indicativos de que a crise aliada às políticas de austeridade que levaram a diminuição no investimento em Saúde Pública, se faz sentir principalmente na atenção básica, afetando a oferta de serviços de promoção, prevenção e atenção à saúde. Estes episódios indicam, segundo os autores, os primeiros efeitos de um significativo agravamento do quadro de saúde, em especial para a população de baixa renda, como visto em países que experienciaram os efeitos da crise e da implementação de políticas de austeridade.

Eduardo e Aveline (2019) procuram trazer as considerações e os achados decorrentes de artigos científicos sobre a dívida pública, por meio de uma revisão integrativa da literatura, avaliando trabalhos disponíveis nas bases Web of Science e Scielo, disponíveis no Portal de Periódicos CAPES. A dívida pública é tida como instrumento de alocação de recursos, constituindo-se em um mecanismo de alavancagem de investimentos, estratégia para minimizar aumentos da carga tributária, instrumento para o equilíbrio entre as gerações no custeio dos gastos públicos e investimentos e fator de alavancagem da economia. Dessa forma, a revisão integrativa foi feita em dois temas: dívida pública e sustentabilidade; e dívida pública brasileira. A revisão integrativa foi capaz de trazer fundamentação para reflexões e evidências que corroboram aspectos da realidade brasileira. Por meio da integração, observou-se que os artigos sobre dívida pública trataram o teto e o nível de endividamento dos países, gestão dos custos da dívida, alongamento no vencimento, risco de default soberano², tamanho do setor informal e sua relação com o nível de endividamento, aumento das taxas reais de juros acima do

² Refere-se ao risco de inadimplência de um país com relação a suas dívidas públicas. (CAMARGO; CAMARGO CÁRDENAS, 2001)

crescimento do PIB, aumento dos juros reais relacionados à crescente integração do mercado internacional de capitais, austeridade fiscal, dentre outros.

Machado et al. (2019) realizaram uma análise das taxas de homicídios, suicídios e mortes em acidentes de trânsito para cada 100.000 habitantes, nos períodos antes e depois do início da implementação de políticas de austeridade em 2015, por meio de uma análise estatística dos dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM-DATASUS) e das variáveis socioeconômicas disponíveis no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), para todos os municípios do país. No estudo, foi observado um aumento nas taxas de suicídio em todas as regiões do país, entre 2014 e 2018, exceto na região sudeste, onde apresentou leve queda. Para as taxas de homicídio, houve aumento após 2014 no Norte, Nordeste e Sul e decréscimo no Sudeste e Centro-Oeste. As mortes por acidentes de trânsito apresentaram queda em todo o país após 2014, com os maiores decréscimos ocorrendo nas regiões Sudeste e Centro-Oeste. Os autores concluíram que as taxas de mortalidade por causas externas tiveram aumento mais proeminente entre as regiões mais pobres, sugerindo que a crise no Brasil contribuiu na intensificação das desigualdades em um Brasil já deveras desigual.

O'Dwyer et al. (2019) exploraram os efeitos da crise financeira nas receitas e despesas, na produção e no desempenho dos serviços de saúde no município do Rio de Janeiro, no período de 2013 a 2018. O estudo foi feito a partir da análise documental e análise estatística simples de dados secundários, de acesso livre e restrito, examinando o comportamento de receitas, despesas, parâmetros de provisão de serviços e indicadores de saúde. Foi observada a diminuição de recursos financeiros, da cobertura da ESF e do número de médicos e agentes comunitários de saúde, do número de leitos cadastrados no SCNES, no número de vagas para exames e procedimentos cirúrgicos eletivos, o que contribuiu para um aumento na espera para exames e consultas ambulatoriais e no número pendente de solicitações na regulação. Observou-se também um preocupante aumento no tempo de resposta das ambulâncias. Indicadores de saúde e desempenho persistiram, em sua maioria, dentro dos parâmetros anteriores, corroborando a potência assistencial da Atenção Primária, apesar do impacto financeiro e estrutural da austeridade. A EC95/2016 e a nova PNAB foram identificadas como condicionantes dos rumos adotados pelo município do Rio de Janeiro nas políticas de Saúde. Essas medidas, além de potencializarem a desassistência, possibilitam escolhas que privilegiam recursos para a média e alta complexidade em detrimento da APS. A austeridade praticada implicou em redução do desempenho em Saúde Pública e ameaça o direito à saúde.

Oviedo Tejada et al. (2019) avaliaram os efeitos de crises econômicas nas taxas de mortalidade infantil, por meio de uma análise multi-países, entre os anos de 1995 e 2014, incluindo países de baixa, média e alta renda. Também buscou avaliar a modificação deste efeito de acordo com o nível de renda do país e entender como gastos públicos em Saúde podem interferir nesta relação, tendo utilizado dados do Banco Mundial, disponíveis para 127 países no referido período. Os autores encontraram que existe uma relação negativa entre as crises financeiras e as taxas de mortalidade infantil, sendo a diminuição no PIB – Produto Interno Bruto – *per capita*, o aumento do desemprego e da inflação, fatores de forte influência negativa em tais taxas, devido a piora nas condições de moradia, alimentação e cuidado, devido à precarização das condições socioeconômicas de suas famílias, além da piora no acesso a serviços de saúde e a ações de prevenção. Determinaram que o efeito das crises econômicas sobre as taxas de mortalidade infantil são sensíveis aos investimentos em Saúde, ou seja, à medida que o governo aumenta seus investimentos em Saúde Pública, o efeito das crises sobre a saúde das crianças reduz. Assim, concluem os autores, é fundamental que as políticas governamentais sejam pensadas de modo a proteger a população em seu momento de maior vulnerabilidade.

Paes-Sousa, De Andrade Schramm e Pereira Mendes (2019) discutiram os efeitos da recente crise econômica na Saúde Pública, baseados em um estudo similar realizado pelo Centro de Estudos Estratégicos da Fundação Oswaldo Cruz. Em países que optam por medidas de austeridade como forma de enfrentamento de crises econômicas, observa-se significativa piora nos indicadores de saúde. A diminuição do financiamento dos serviços públicos de saúde, com consequente diminuição dos serviços, força de trabalho e qualidade de atendimento, como a perda do poder aquisitivo do cidadão, leva ao adiamento ou suspensão da busca por serviços de saúde. Indicadores como comportamento de risco, suicídio, morbidade, incidência de doenças mentais, doenças infecciosas, sofrem grande piora entre os mais vulneráveis. Por outro lado, países que, face a uma crise econômica, mantêm ou reforçam medidas de bem-estar social, obtiveram uma rápida recuperação do crescimento econômico. No Brasil, a combinação da crise econômica e austeridade fiscal é capaz de produzir uma situação mais sombria que nos países desenvolvidos.

Pinto (2019) escreve que ao longo de 30 anos de vigência da CF/88, a fim de resguardar a sustentabilidade da dívida pública, foram feitos redesenhos normativos fiscais, introduzidos pela União. De modo a equalizar a tensão entre estabilidade econômica e efetividade dos direitos sociais e sua repercussão para o processo de endividamento, os pisos de custeio de

Saúde e Educação foram substancialmente reduzidos. Assim, tem sido compreendido um longo e ainda atual processo de desconstrução orçamentária e financeira dos direitos sociais que restringe a identidade estrutural da CF/88, a pretexto da consolidação fiscal cada vez mais exigente da redução do tamanho do Estado.

Baqui et al. (2020) avaliaram a taxa de mortalidade por COVID-19 a correlacionando com o grupo étnico e a região de residência das vítimas. Foi utilizado o banco de dados SIVEP-Gripe para identificação e classificação das vítimas da doença de acordo com os critérios avaliados. O estudo demonstrou que ser preto, pardo ou o residir nas regiões Norte e Nordeste do Brasil são fatores de risco para morte por COVID-19, devido às condições socioeconômicas a que essas pessoas estão submetidas e dificuldade no acesso aos serviços de saúde.

De Seta, Ocké-Reis e Ramos (2020) avaliaram o Programa Previne Brasil que, entre outras coisas, altera o financiamento e sugere aumento de recursos para APS numa conjuntura de congelamento do gasto social. Desde 2017, o sistema de saúde brasileiro enfrenta uma série de contrarreformas em políticas que ampliaram cobertura e acesso e pretenderam mudar o modelo assistencial. A Atenção Primária à Saúde tem sido atingida por atos oficiais, que se reforçam e complementam, alterando a APS de forma substancial. A criação de serviço social autônomo federal para provisão de médicos, a consulta pública para instituir cesta de serviços, a flexibilização da carga horária semanal de médicos e enfermeiros, que poderão integrar mais de uma equipe, a não fixação de quantitativo mínimo de agentes comunitários de saúde por equipe, formam o contexto em que o Programa Previne Brasil foi lançado para vigorar em 2020. O argumento do governo é de aumento de flexibilidade e autonomia local para organizar serviços, maior eficiência e valorização do desempenho. Críticas de sanitaristas, de alguns conselhos estaduais de gestores municipais e do Conselho Nacional de Saúde apontam o caráter privatizante, mercadológico, seletivo e focalizado da proposta que caminha na direção da cobertura universal em saúde.

2.1 A Saúde Bucal

Antunes et al. (2006) avaliaram os determinantes individuais e contextuais da doença cárie no Brasil, por meio de dados obtidos pela pesquisa realizada em 2003 pelo Ministério da Saúde que buscou identificar as condições de saúde bucal da população brasileira, em 250 cidades do Brasil. Foram observados extremos contrastes geográficos, com as regiões Sul e Sudeste apresentando os menores índices CPOD e menor proporção de crianças com cáries, além de um alto índice de acesso a cuidados odontológicos e de crianças livres de cáries, ao

contrário do observado nas demais regiões do país. Observaram que, crianças que viviam na zona rural e que frequentavam escolas públicas, possuíam índice CPOD mais elevado que aquelas que frequentavam escolas particulares e viviam nas zonas urbanas, sendo tais desigualdades acentuadas nas regiões mais pobres do país. Além disso, observaram que crianças pretas apresentavam menor proporção de dentes tratados que crianças brancas, em especial no Norte e Nordeste, regiões que apresentam menor IDH. Ficou evidente a influência dos fatores socioeconômicos e também étnicos no acesso a saúde bucal.

Narvai et al. (2006) buscaram avaliar a evolução da cárie dentária entre escolares brasileiros entre 1980 e 2003, além de determinar a distribuição da cárie nesse grupo e o acesso ao tratamento da doença, por meio de dados secundários produzidos no período de 1980 a 2003, provenientes de estudos que utilizaram como instrumento de medida o número de dentes cariados, perdidos e restaurados (índice CPOD) e da revisão de artigos e documentos, que abrangem um período maior, desde 1952, ano em que o Brasil começou a intervir em Saúde Bucal nos escolares. Entre 1980 e 2003 o Brasil experienciou uma grande queda no índice CPOD, de 7,3 em 1980 para 2,8 em 2003. Ao se avaliar tal queda por região nota-se que a mesma se deu de forma desigual, com menor queda nos estados das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, quando comparadas à região Sul e Sudeste que apresentam melhor índice CPOD. Segundo os autores, a diferença existente pode estar atrelada a um conjunto diverso de fatores, como acesso a águas fluoretadas, dentifício fluoretado e a um modelo odontológico focado na prevenção e promoção de saúde, bem como pode ser decorrente de mudanças no modelo diagnóstico da cárie. No contexto brasileiro, apesar dos inegáveis avanços no declínio do índice CPOD, ainda persiste um quadro de iniquidade na distribuição da cárie, explicada pelas condições precárias de existência a que é submetida a ampla maioria da população, em especial nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, regiões que possuem grandes diferenças socioeconômicas com relação ao Sul e Sudeste, e que influi sobremaneira na possibilidade de acesso a serviços de saúde pela população.

Moreira, Nations e Alves (2007) avaliaram, por meio de entrevistas etnográficas, a percepção de saúde bucal por moradores do Dendê, comunidade de baixa renda de Recife – PE. Foram colhidos depoimentos e relatos de 31 moradores da comunidade, que apontam clara relação entre a precariedade de saúde bucal e a realidade socioeconômica da população. A falta de conhecimento, precariedade de cuidado e limitação de acesso devido, tanto a incapacidade financeira para arcar com os custos do atendimento privado, quanto a falta de investimento em serviços públicos suficientes, levam as pessoas a buscarem meios alternativos de cuidado, como

uso de fitoterápicos de conhecimento popular, substâncias corrosivas, auxílio de curandeiros, apelo à fé em divindades, apelo a políticos, a preferência por condutas mutiladoras como a exodontia, além de levar a uma visão da odontologia como artigo de luxo reservado aos ricos. A precariedade de saúde bucal leva a profundas marcas físicas, emocionais e sociais, interferindo na vida das pessoas, seja pelo sentimento de vergonha, ou pelo preconceito que enfrentam. Conforme os autores, as necessidades de saúde da população vão além da necessidade de cuidado, demandam também uma melhor compreensão dos determinantes sociais de saúde por parte dos profissionais, formas de reduzir as injustiças no acesso ao tratamento odontológico de qualidade, fortalecer a coesão e a voz da comunidade para que se faça ouvir pelas autoridades, dentre outros.

Paula, Ambrosano e Mialhe (2015) avaliaram o impacto de determinantes sociais de saúde na experiência de cárie em crianças em idade escolar. Para tanto, 515 crianças de 12 anos foram selecionadas, tanto da rede pública de educação quanto privada, na cidade de Juiz de Fora, as quais foram avaliadas quanto a gênero, tipo de escola, renda familiar, tipo de moradia, ambiente familiar e percepção de qualidade de saúde bucal por parte das crianças e de seus pais. Não foi encontrada relação entre a doença cárie e o gênero da criança. As variáveis socioeconômicas (tipo de escola, renda familiar, nível educacional dos pais, tipo de moradia) foram significativamente associadas com pior experiência de cárie nas crianças. A quantidade de pessoas vivendo em uma mesma casa também forma associadas a uma pior experiência de cárie. A renda familiar e o tipo de escola foram as variáveis que mais fortemente impactaram a experiência de cárie nas crianças avaliadas, exercendo um forte efeito negativo, sendo que crianças cuja família tinha uma renda menor que um salário mínimo tinham 1,89 vezes mais chances de serem acometidas pela cárie, enquanto ser de escola pública gerava uma chance 3,8 vezes maior de ter carie. O estudo concluiu que entre os determinantes sociais de saúde bucal investigados, os determinantes socioeconômicos foram os considerados como fator de risco para o desenvolvimento de cárie nas crianças.

Aranha Rossi et al., (2019) realizaram uma análise dos efeitos da austeridade e da crise econômica sobre o financiamento da Saúde Bucal, na utilização dos serviços públicos e acesso a saúde suplementar exclusivamente odontológica no período recente. Para tanto, realizou-se estudo retrospectivo, descritivo, com abordagem quantitativa do caso brasileiro sobre os efeitos da austeridade, de 2003 a 2018, sobre o financiamento da Saúde Bucal, na oferta de serviços públicos e acesso a planos exclusivamente odontológicos, por meio de análise dos repasses do Fundo Nacional de Saúde realizado nas rubricas relacionadas à Saúde Bucal, do número de

equipes de saúde bucal implantadas, dos indicadores de coberturas de primeira consulta odontológica programática e escovação supervisionada, dos indicadores de tratamentos endodônticos concluídos e periodontais. Foram coletados dados das bases do Fundo Nacional de Saúde, da Agência Nacional de Saúde Suplementar, da Sala de Apoio à Gestão Estratégica e do Sistema e-Gestor. Conforme os autores, de 2003 a 2010, estes indicadores apresentaram franca melhora, mantendo-se relativamente estáveis de 2011 a 2015 e apresentando queda a partir de 2016 com grande queda em 2018, condizentes com as tendências observadas nos repasses financeiros nos mesmos períodos. Notou-se, na contramão da crise financeira pública, o fortalecimento do mercado privado, sobretudo dos planos de saúde exclusivamente odontológicos, que de 2,6 milhões de usuários em 2000 passou a 24,3 milhões em 2018, com lucro de mais de R\$240 milhões. A austeridade fiscal apresentou forte influência sobre a utilização dos serviços públicos odontológicos no Brasil, que pode beneficiar o mercado privado. Nesse sentido, a desigualdade social se mantém também na saúde bucal, perpetuando um modelo excludente e reprodutor de desigualdades.

Probst et al. (2019) objetivaram em seu estudo verificar, a partir de uma revisão integrativa da literatura, qual o impacto das crises financeiras sobre os indicadores de saúde bucal. Para tanto, foi realizada busca nas bases PubMed, EMBASE, Scopus e Lilacs, sendo que, no trabalho, foram incluídos apenas estudos primários que associam especificamente os impactos de uma crise econômica ou política de austeridade sobre indicadores de saúde bucal, sendo que, ao final, nove artigos foram incluídos no trabalho. Os autores encontraram que, no contexto geral de diversos países, pode-se afirmar que os efeitos das crises atingem de maneira pronunciada a população mais vulnerável, de menor renda e escolaridade. O estudo afirma que, frente às crises econômicas, a saúde bucal passa a não ser prioridade enquanto centro nucleador de políticas e, assim, problemas de saúde bucal, considerados problemas de saúde pública, podem reemergir dentre os mais vulneráveis.

3 DISCUSSÃO

O Brasil apresentou grande melhora em várias áreas da Saúde, nas primeiras duas décadas de existência do SUS. As políticas de vacinação, melhorias no acesso a Atenção Primária em Saúde, acesso ao saneamento básico, políticas de transferência de renda à população mais pobre, por exemplo, contribuíram para melhorias nos indicadores de saúde ao propiciarem maior equidade e diminuição da desigualdade. (VICTORA et al., 2011).

A economia tem importante papel sobre a saúde e a legislação brasileira reconhece esse papel. A CF/88, no Art. 196, determina que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e também econômicas, que visem a redução ao risco de doenças e de outros agravos, como também determina o Art. 3º da lei 8.080/90 – Lei Orgânica do SUS (LOS). A LOS, ainda em seu Art. 3º, define como determinantes e condicionantes de saúde, dentre outros, o acesso ao trabalho, a renda, bem como o acesso a bens e serviços essenciais.(BRASIL, 1988, 1990)

O legislador, influenciado pelos debates realizados em 1986 na 8ª Conferência Nacional de Saúde e respeitando as resoluções e entendimentos alcançados nesse grande marco da Saúde brasileira, reconheceu e resguardou esse conceito ampliado de saúde, que leva em conta não apenas os determinantes biológicos, mas também sociais, econômicos, culturais, educacionais e ambientais do processo saúde-doença a que o indivíduo está inserido.

No decorrer deste trabalho, buscaremos compreender como as políticas econômicas adotadas pelo governo poderão afetar a saúde da população.

3.1 FATORES DETERMINANTES DE SAÚDE E A CAUSAÇÃO CIRCULAR

Antes de se discutir os efeitos das crises, deve-se ter em mente o que e como afeta a saúde individual e coletiva. Para tanto, algumas reflexões são necessárias.

A primeira delas diz respeito aos determinantes de saúde, entidades que estão relacionadas às condições de vida e trabalho, podendo também ser considerados os fatores sociais, econômicos, culturais, étnico/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e fatores de risco à população. (Fiocruz)

Ao avaliar os efeitos da economia e das políticas econômicas sobre a saúde das populações é importante que se tenha em mente os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença, alocados em duas grandes dimensões, quais sejam: a inserção na

estrutura produtiva, que remete ao mercado de trabalho, às condições e ao processo de trabalho, repercutindo direta e indiretamente na saúde; o modo de vida, que articulado à inserção na estrutura produtiva, pela renda auferida, se desdobra nas condições de vida, ou seja, no acesso a condições materiais necessárias à sobrevivência, e no estilo de vida, referente às formas culturais e sociais que caracterizam a vida cotidiana dos grupos sociais e do indivíduo. Assim, em uma crise, com a piora do acesso ao trabalho, das condições de trabalho e da renda auferida, tanto pela diminuição quanto pela desvalorização, e a conseqüente piora das condições de vida, espera-se uma piora na saúde das populações, especialmente as mais vulneráveis. Também a atuação do Estado por meio de políticas públicas que buscam garantir o atendimento de necessidades básicas para a sobrevivência, se constitui em importante fator determinante de saúde, agregando a dimensão política ao conjunto. (BARATA, 2012)

Os determinantes de saúde tendem, no entanto, a ser abordados de modo reducionista, banalizando sua importância, onde a saúde pode ser entendida como um processo decorrente da mera melhoria nas condições de vida e acumulação de recursos, ignorando as iniquidades existentes, deixando de ver a saúde como um processo social. (BORGHI; OLIVEIRA; SEVALHO, 2018)

O processo saúde-doença deriva de uma complexa interação entre os meios econômicos, políticos, sociais, culturais, ambientais, estruturais e comunitários. A doença não é apenas uma fenomenologia individual, mas resultado da vivência coletiva. Esse processo está profundamente atrelado à existência de iniquidades, desigualdades nas condições de vida e trabalho, no acesso diferenciado a serviços, na distribuição desigual de recursos de saúde e em sua repercussão sobre a incidência, prevalência, morbidade e mortalidade entre diferentes grupos sociais. Essas condições peculiares determinam vulnerabilidades, exposições diferenciadas nas condições de saúde e refletem o lugar das pessoas dentro da hierarquia social. (BORGHI; OLIVEIRA; SEVALHO, 2018; GARBOIS; SODRÉ; DALBELLO-ARAÚJO, 2017)

Tem-se então que a iniquidade, mais que a pobreza, é o grande fator de risco para a ocorrência do adoecimento e seus mais amplos espectros.

Quando se pensa em produção de saúde, deve-se pensar em uma rede intrincada de fatores, condições e situações, interligados, corresponsáveis pelos resultados epidemiológicos comunitários. A influência do capital na organização comunitária por meio dos determinantes comerciais de saúde, afetando hábitos e crenças; as ideologias políticas de governos, atreladas

a visões econômicas, projetos de poder, ao interesse do capital, ou então voltadas ao interesse popular em proposições de cunho social; as próprias relações interpessoais, as condições da vizinhança, a cultura local, dentre inúmeras outras interações, juntas, são capazes de gerar efeitos profundos na produção de saúde comunitária e, conseqüentemente, individual.

Assim é que, juntamente ao conceito de determinantes, compreender o fenômeno da determinação social dos processos de saúde-doença é de crucial importância. Não são os determinantes sociais que atuam na produção de saúde, mas sim a interrelação entre esses determinantes, seus efeitos na coletividade, bem como a forma como a comunidade luta ou pode lutar para transformar esses efeitos. Os determinantes sociais não se traduzem em leis, mas em fatores de risco. (BORDE et al., 2015; BORGHI; OLIVEIRA; SEVALHO, 2018; GARBOIS; SODRÉ; DALBELLO-ARAUJO, 2017)

Outro conceito a ser compreendido é o da causação circular ou o ciclo econômico da doença.

O Prof. Sérgio Arouca, na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, de modo a explicar a teoria do ciclo econômico da doença ou causação circular (teoria criada pelo Nobel de Economia Gunnar Myrdal), que busca explicar como a situação econômica de uma pessoa pode influir em seu estado de saúde, diz (informação verbal)³:

“Esse conceito de saúde e doença diz simplesmente o seguinte: se uma pessoa ganha pouco e não consegue comprar aquilo que é fundamental pra sua sobrevivência, ela não consegue recuperar toda a energia que ela está gastando no trabalho e, portanto, ela se enfraquece. Se uma pessoa mora mal, não consegue que sua casa seja uma proteção contra as agressões do meio ambiente, se uma pessoa não tem acesso a educação, não consegue ter aquele conhecimento que lhe permite controlar a natureza e tudo isso finalmente leva que, se uma pessoa não come, não come o mínimo necessário e adequado a reprodução da vida, essas pessoas se enfraquecem e se enfraquecendo ela perde a luta contra a agressão e adocece e adoecendo não trabalha, e não permite mais vencer todas as lutas que uma sociedade competitiva lhe coloca e portanto trabalha menos, ganha menos, mora pior, tem água em piores condições, se alimenta pior e adocece mais. A ideia desse conceito na sua simplicidade é quase que dizer que quanto são piores as condições de vida de um povo, isso vai se tornando um ciclo vicioso que faz com que cada vez sejam piores.”

A renda auferida pelo trabalhador afetará a qualidade de sua moradia, que poderá se tornar tanto fator de proteção quanto de risco a saúde, afetará o acesso a alimentos que supram de forma adequada suas necessidades nutricionais e energéticas, a qualidade de seu repouso e recuperação de energia, o cuidado com sua saúde. Sem renda adequada, o trabalhador não conseguirá morar adequadamente, estando mais vulnerável a intempéries, a agentes vetores de

³ “Democracia é Saúde”, disponível em <https://youtu.be/-_HmqWCTEeQ>

doenças, terá uma alimentação inadequada e/ou insuficiente, adoecendo e, em adoecendo, se enfraquecendo, tendo sua capacidade produtiva reduzida, sua renda reduzida e tendo suas condições de vida pioradas, num ciclo.

Em que pese não se levar em conta os fatores biológicos, inerentes ao organismo no processo saúde-doença, ou o papel da comunidade na produção de saúde dentre outras falhas, a teoria se mostra como importante ferramenta ao entendimento das influências do meio, sociais, políticas, econômicas, culturais, nos processos de co-construção de saúde em uma sociedade.

A quebra desse ciclo pode residir nas medidas de bem-estar social. Paes-Souza et al afirmam que em países onde, frente a uma crise econômica, se mantiveram ou reforçaram medidas de proteção do welfare state⁴ houve rápida recuperação do crescimento econômico. (PAES-SOUSA et al, 2019) Seja pela manutenção da saúde, que resulta em menos gastos, pela capacidade de consumo preservada ou aumentada e que leva ao aumento do emprego e da renda, da arrecadação estatal e do crescimento econômico.

3.2 CRISE E AUSTRERIDADE

Em economia por definição, conforme Oviedo Tejada *et al*, um país está em crise econômica quando apresenta queda do PIB em dois trimestres consecutivos; uma crise econômica é uma situação em que a economia de um país se deteriora rápida e substancialmente, quando há diminuição do PIB e aumento do desemprego. Em um nível agregado, as crises econômicas afetam diretamente os recursos orçamentários do governo, podendo levar a uma redução dos gastos com Saúde afetando a qualidade dos serviços de saúde prestados. Este efeito é provavelmente mais forte em países de renda baixa e média e naqueles que possuem fracos sistemas de bem-estar social. (OVIEDO TEJADA et al., 2019)

Some-se à crise os efeitos do grande endividamento público, podendo ser tanto causa, ao afetar taxas de juros, a credibilidade do Estado frente ao mercado, diminuindo investimentos no setor produtivo e levando à diminuição de postos de trabalho, causando aumento na inflação e desvalorização na renda do trabalhador, como efeito da crise, dada a necessidade de o Estado manter suas ações sem que possua recursos para isso, levando-o a se endividar.

A dívida pública exerce forte influência no cenário de crise econômica. Ela se justifica pela necessidade de o Estado investir em bens e serviços e infraestrutura, o que demanda altos

⁴ Estado de bem-estar social.

custos ao ente público, custos estes além da capacidade pagadora do Estado no momento de execução do projeto. Espera-se a liquidação da dívida a prazo, financiada pelas gerações presentes e futuras, que poderão, por muito tempo, usufruir dos benefícios da ação estatal que gerou tal dívida. Quando se leva em conta o nível de endividamento de um Estado, naqueles com nível baixo e médio, a dívida em si acarreta poucas consequências sobre a sociedade, já que o Estado consegue manter a capacidade pagadora e sua credibilidade, o que gera baixa de juros, pouca inflação, além de manter suas políticas de investimentos sociais. Já Estados com um alto nível de endividamento, a fim de manter sua credibilidade frente aos credores e às demais nações, ao mercado, a manter o equilíbrio econômico, se veem na necessidade de priorizar a dívida e para isso podem ter que recorrer a políticas de contenção de gastos e aumento de impostos, afetando os setores produtivo e de serviços, bem como a população. O Brasil, por exemplo, além do alto endividamento, que em 2017 somou mais de 60% dos gastos totais do Estado, ainda tem que lidar com os altos encargos e juros da dívida, que são influenciados pelo próprio endividamento, devido ao nível de desconfiança dos credores na capacidade pagadora do Estado, o que acarreta em maiores dificuldades em pagar a dívida. No cenário de crise financeira, a diminuição da arrecadação pode tornar ainda menor a capacidade de o Estado quitar as parcelas da dívida pública. Isso gera insegurança nos credores, conseqüente aumento dos juros e crescimento do endividamento. Os juros da dívida refletem diretamente na economia e no bolso do cidadão, uma vez que as taxas de juros bancários são definidos em função dos juros da dívida pública, o que dificulta o acesso a financiamentos às indústrias, comércios e ao próprio cidadão, levando ao aumento de preços no mercado e diminuindo o poder de compra. (EDUARDO; AVELINE, 2019) Em um país altamente endividado, como o Brasil, em um cenário de crise econômica que leva a uma diminuição da arrecadação estatal, a capacidade de proteção social fica reduzida e o Estado pode, a depender das escolhas que seu governo faça, não ser capaz de garantir as medidas necessárias.

O objetivo principal dos credores do Estado no conflito com seus cidadãos consiste em garantir que, em caso de crise, seja dada prioridade aos seus direitos sobre os direitos do povo do Estado, ou seja, prioridade do serviço da dívida em relação à prestação de serviços de interesse geral. A melhor maneira de o conseguir consiste na criação de instrumentos, como o “travão do endividamento”, que restringem a soberania dos eleitores e dos futuros governos no que diz respeito às finanças públicas. (PINTO, 2019a) No Brasil, pode-se claramente notar o surgimento de tal instrumento com a edição da EC 95/2016.

A crise econômica, o endividamento público, aliados às políticas de austeridade adotadas pelo governo para tentar manter a capacidade de solvência do Estado, geram um impacto ainda maior na população que, com acesso diminuído a bens e serviços essenciais, como Saúde e Educação, e com poder de compra reduzido devido à alta de preços e juros, se vê em condições de moradia e vida cada vez mais precárias.

Políticas de austeridade têm sido utilizadas como uma das respostas à crise econômica e déficit fiscal, tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento. Embora variem quanto ao conteúdo, intensidade e cronograma de implementação, tais modelos preconizam a redução de gastos públicos, promovendo também a diminuição do investimento social, a retração da máquina pública e a substituição do Estado pelo setor privado na provisão de determinados serviços vinculados a políticas sociais. (PAES-SOUSA; DE ANDRADE SCHRAMM; PEREIRA MENDES, 2019) O discurso da austeridade é utilizado pelos neoliberais para justificar a moderação no crescimento de salários e da oferta de bens e serviços públicos, argumentando que, assim, a poupança dos empresários não é prejudicada, garantindo a geração de emprego e bem-estar futuro aos consumidores. Contudo, não se aplica essa moderação ao lucro. Tais políticas, então, protegem mais aos empresários que aos consumidores e a austeridade proposta não é a dos que mais consomem (os ricos), mas sim dos trabalhadores e dos cidadãos que dependem dos serviços públicos, o que aumenta a injustiça social, contribuindo para o aumento da desigualdade. (VIEIRA et al., 2018)

Se as crises econômicas já são suficientes para piorar a saúde das pessoas por aumentarem a pobreza e alterarem outros determinantes sociais de saúde, as políticas de austeridade reforçam esse processo, ao reduzirem a proteção social e diminuírem o aporte de recursos ao Sistema de Saúde. (PROBST et al., 2019)

Após a crise financeira global de 2008, muitos países implementaram programas de ajustes estruturais que afetaram os mais diversos setores, incluindo a Saúde. No entanto, tais reformas de inspiração neoliberal não são um fenômeno recente: tem sido observado desde o início da década de 70 do século passado, quando o Chile adotou em um amplo conjunto de reformas que, além de um efeito negativo na pobreza, coesão social e crescimento econômico, causou severos efeitos na saúde da população, levando a desigualdades na saúde e aumento das disparidades socioeconômicas. Tais reformas neoliberais levaram a severa deterioração da qualidade dos serviços e do setor de saúde e, além disso, resultou em consequências negativas, sérias, para a população do país. (SAKELLARIOU; ROTAROU, 2017)

A Presidenta Dilma Rousseff assumiu o poder em 2011 em meio a uma onda de crescimento econômico e social, apesar das graves denúncias de corrupção na Era Lula: em 2010 a taxa de crescimento da economia era de 7,5% ao ano e o Brasil contava com grande prestígio internacional, sendo procurado como parceiro político e econômico por nações mundo afora, contava com a recente descoberta do Pré-Sal, despontava como a 5ª economia mundial e, entre 2004 e 2009, diminuiu a pobreza de 20% para 7% da população. (KLEINERT; HORTON, 2011) No entanto, a crescente perda de governabilidade da Presidenta Dilma Rousseff – evidente a partir de seu segundo mandato e agravada tanto pelos desdobramentos da crise econômica internacional que então afetaram o Brasil quanto pelas medidas de ajuste fiscal adotadas internamente desde 2014= e sua inépcia política, resultou no golpe parlamentar e em seu impeachment em 2016. Em seguida, com a ascensão de Michel Temer ao poder, a crise se acentua em decorrência das mudanças no marco institucional do país, representadas pelas medidas políticas e econômicas então aplicadas. Estas medidas, materializadas na EC 95/2016, congelaram o teto de gastos federais e repercutiram diretamente no desfinanciamento do SUS, impondo severos limites aos serviços ofertados à população, como Educação e Sehuridade Social. (DE MORAIS; DE OLIVEIRA; VIEIRA-DA-SILVA, 2019) Pode-se notar nesta Emenda à Constituição claro “travão do endividamento” (PINTO, 2019a), já que a medida restringe a ação de futuros presidentes, uma vez que a EC 95/2016 só poderá sofrer alguma modificação em seu texto ou ser suspensa a partir de 2026, dez anos após o início de sua vigência, conforme determina a Emenda.

A EC 95/2016, fruto de um contestado diagnóstico de desequilíbrio fiscal, representa medida econômica entendida como racionalizadora. Estima-se que, a partir do congelamento do orçamento federal, possa haver nos próximos 20 anos uma retirada de cerca de US\$ 200 bilhões de dólares do orçamento do SUS. (O'DWYER et al., 2019)

A Nota Técnica nº 28 do IPEA de setembro de 2016 previa que, num cenário com taxa de crescimento real do PIB de 2% ao ano, a perda acumulada no período (de vigência da EC 95/2016) seria de R\$ 654 bilhões, partindo-se de um limite inicial de 13,2% da RCL⁵ em 2016, e de R\$ 400 bilhões com limite inicial de 15% da RCL. (VIEIRA; BENEVIDES, 2016)

⁵ RCL (receita corrente líquida) é o somatório das receitas tributárias, de contribuições, patrimoniais, industriais, agropecuárias, de serviços, transferências correntes e outras receitas também correntes, deduzidos, principalmente, os valores transferidos, por determinação constitucional ou legal, aos estados e municípios, no caso da União, e aos municípios, no caso dos estados, considerando ainda, as demais deduções previstas em lei. (“Receita Corrente Líquida da União - Conjuntos de dados - Portal Brasileiro de Dados Abertos”, [s.d.]

Na prática, o ajuste fiscal implementado no Brasil pode gerar a redução da participação do Estado na oferta de bens e serviços à população, com a redução dos gastos públicos, o que poderá conduzir a um cenário de redução na participação das despesas primárias do PIB de cerca de 20% em 2016, para 16% a 12%, até 2026. (FIGUEIREDO et al., 2018)

A perpetuação da EC 95 ao longo do tempo, 20 anos, se constitui, indiscutivelmente, em tempo suficiente para alterar as bases do SUS e das demais políticas sociais, conformando um Estado que não mais garantirá nenhuma forma de bem-estar social. (GIOVANELLA et al., 2018)

No entanto, importante ressaltar, a implementação de políticas de austeridade não está atrelada à ocorrência de uma crise, podendo ser implementada mesmo em Estados com um bom panorama econômico e contas públicas equilibradas, constituindo, antes, uma ideologia de governo e não apenas uma forma de enfrentamento a crises.

3.3 REFORMAS NA SAÚDE PÚBLICA E FINANCIAMENTO

Mesmo antes das medidas de austeridade adotadas no Brasil, historicamente os governos brasileiros investem pouco na Saúde. Em 2014, o país investiu apenas 3,8% do PIB para a Saúde Pública, quando se recomenda um investimento mínimo de 6%. (DA SILVA, 2011; FIGUEIREDO et al., 2018)

Embora, desde 2003 tenha havido aumento nominal nos valores investidos no setor de saúde por parte do governo federal, ao se aplicar a correção monetária o que se nota é uma diminuição dos gastos federais com a Saúde, relegando aos estados e municípios um maior peso sobre o financiamento da Saúde Pública. No entanto, estados e municípios apresentam menor arrecadação, quando comparados ao governo federal. Desde 2007, após a suspensão da cobrança da CPMF (Contribuição Provisória sobre Movimentações Financeiras), contribuição social criada em 1997 para uso no financiamento da Saúde Pública, houve maior redução do financiamento federal da Saúde, contrabalanceado apenas em parte pelo aumento dos gastos por estados e municípios. Paes-Souza *et al* apontam impactos de investimentos reduzidos em todas as áreas da saúde: promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos. (PAES-SOUSA *et al*, 2019; PAIM *et al.*, 2011)

Contrariando ainda o discurso da necessidade de contingenciamento de gastos, há a política de renúncia fiscal, definida enquanto uma transferência de recursos públicos realizada mediante a redução da obrigação tributária do contribuinte. (OCKÉ-REIS; GAMA, 2016) Na

prática, a renúncia fiscal é considerada como uma forma de gasto do Estado, significando um volume importante de recursos que deixam de chegar ao serviço público de saúde, funcionando antes como incentivo ao gasto com serviços privados, implicando em seu fortalecimento em detrimento do fortalecimento do SUS. Assim, o sistema de saúde brasileiro passou a funcionar como um “sistema duplicado e paralelo”– na esteira da privatização, do antigo seguro social (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS)”. No contexto do subfinanciamento público, a contradição central da renúncia fiscal associada aos gastos com os planos de saúde, segundo Ocké-Reis, reside em diminuir os gastos dos estratos mais ricos, ao mesmo tempo em que patrocina uma atividade econômica altamente lucrativa, em detrimento de recursos financeiros que poderiam ser alocados para ampliar programas de caráter preventivo, bem como melhorar a qualidade dos serviços especializados, fundamentais para a socialização do SUS. (OCKÉ-REIS, 2018)

A Última versão da PNAB (Portaria 2.436/2017) prevê menos profissionais por equipes de saúde da família e possibilita ao gestor local o corte de postos de trabalho para diminuir custos e põe em risco os avanços conquistados pela ESF, como universalidade, integralidade e equidade na atenção. Além de potencializar desassistência, possibilita escolhas políticas que privilegiam recursos para a média e alta complexidade em detrimento da APS (O’DWYER et al., 2019), gerando maiores custos sobre os ombros do município. Além dessas mudanças, a nova versão da PNAB traz conceitos que, na prática, podem se traduzir no retorno a uma APS seletiva, voltada para a cobertura universal e não ao acesso universal. (GIOVANELLA, 2008; MELO et al., 2018)

A ESF passa a poder contar com apenas um ACS, pode ter reduzida a população coberta, deixando de representar 100% da população da ESF e passando a ser 100% das população em situação de vulnerabilidade, sem especificar o que definiria a vulnerabilidade, assumindo então a ESF um caráter seletivo, além de abrir caminhos para a consolidação de uma AB seletiva. (MELO et al., 2018)

Segundo Giovanella, na América Latina, políticas de ajuste fiscal preconizam concepções de proteção social assistencial focalizada em grupos sociais em extrema pobreza e na saúde, cesta restrita de serviços. Essa cesta é definida no contrato do seguro, com conteúdo variando de acordo com o poder aquisitivo do cidadão. Pacotes mínimos são ofertados aos grupos populacionais mais vulneráveis, resultando em “serviços pobres para pessoas pobres”. (GIOVANELLA, 2008)

Em nota conjunta, de 27 julho de 2017, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), o Centro Brasileiro de Saúde Pública (CEBES) e a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz) se manifestam contrários à PNAB de 2017, mostrando profunda preocupação com as propostas do Ministério da Saúde para a Atenção Básica, afirmando que:

“[...] já não bastasse o estado de sítio fiscal imposto por um governo ilegítimo e golpista com a promulgação da EC 95 que fere de morte o SUS ao agravar o subfinanciamento crônico, reduzindo progressivamente seus recursos por 20 anos, agora nos defrontamos com uma proposta de reformulação da Política Nacional de Atenção Básica.

Causa imensa preocupação a proposição de uma reformulação da PNAB num momento de ataque aos direitos sociais estabelecidos na Constituição Federal de 1988. A revisão das diretrizes para a organização da Atenção Básica proposta pelo Ministério da Saúde revoga a prioridade do modelo assistencial da Estratégia Saúde da Família no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).”

Segundo a nota, a PNAB “revoga a prioridade do modelo assistencial da Estratégia de Saúde da Família no âmbito do Sistema Único de Saúde”, rompendo com a centralidade da estratégia na organização do SUS. Esta decisão, segundo as instituições, abre a possibilidade de organizar a atenção básica com base em princípios opostos aos da Atenção Primária em Saúde, estabelecidos em Alma-Ata e adotados no SUS e colocam em risco a priorização da ESF e da Atenção Básica nos municípios. (ABRASCO; CEBES; ENSP/Fiocruz, 2017)

Em que pese a norma dada pela PNAB 2017 não ser de caráter obrigatório, ela deixa a decisão à mercê da vontade política, que pode se beneficiar da permissividade da norma em favor das contas públicas e interesses políticos, levando a diminuição da ESF e da atuação da APS, com ameaça à universalidade do acesso em prol da cobertura universal voltada a grupos vulneráveis da sociedade, embora a norma não defina tais grupos ou como caracterizá-los. (MELO et al., 2018)

No mesmo sentido, as modificações no financiamento da Atenção Básica pela Portaria 2.979/2019, que instituiu o “Previne Brasil”, alvo de duras críticas do Conselho Nacional de Saúde, pode colocar sobre grave ameaça o princípio da universalidade do SUS, ao limitar o financiamento da atenção básica ao número de pessoas cadastradas pelas equipes de saúde da família e equipes de atenção básica, além de aumentar os custos de financiamento da atenção básica por parte dos municípios, que arcam com cerca de 70% dos custos da APS. Os municípios arcam com maior parcela dos custos e apresentam menor arrecadação fiscal, devido a competência de tributar constitucional, gerando desequilíbrio nas contas públicas e consequente piora na APS, aliado à diminuição do financiamento federal da APS desde o início

dos anos 2000. A edição desta portaria contraria ainda o princípio do SUS que garante o controle social, sendo outra grande crítica feita pelo CNS, órgão esse que, também foi deixado de lado nas discussões, pelo governo e Ministério da Saúde. (DE SETA; OCKÉ-REIS; RAMOS, 2020; PAIM et al., 2011)

A transição para o modelo proposto no “Previne Brasil” pode ser cara e não há previsão de financiamento para essa empreitada. Assim, o provável é que não se consiga, por exemplo, realizar o cadastramento da população adscrita a uma equipe da ESF por falta de recursos humanos, significando assim a perda de recursos financeiros, já que estes passaram a ser condicionados ao número de pessoas cadastradas e não mais da base populacional. (DE SETA; OCKÉ-REIS; RAMOS, 2020)

Se, como afirma Melo *et al*, se tenta configurar uma ‘trama’, relacionando os elementos da PNAB entre si e com a conjuntura do SUS e do país, nota-se que o seu principal efeito tende a ser o desmonte da ESF ao invés do enfrentamento de seus problemas, limites e desafios, em uma conjuntura em que seria desejável manter o que fora conquistado até o momento. (MELO et al., 2018)

Entidades, como CNS, Conselhos de Secretários Municipais de Saúde de alguns estados, sanitaristas, tecem fortes críticas ao modelo proposto pelo Previne Brasil apontando seu caráter mercadológico, privatizante, seletivo, focalizado na concepção de cobertura universal em detrimento ao acesso universal. (DE SETA; OCKÉ-REIS; RAMOS, 2020)

São problemas graves, tendo a Organização Mundial da Saúde, em 2019, ao listar as 10 maiores ameaças a saúde humana atualmente, incluído as condições de vulnerabilidade social e o enfraquecimento da atenção primária na lista, por serem problemas capazes de aumentar a incidência de doenças e limitar ao acesso a serviços de saúde (WHO, 2019)

3.4 SAÚDE – CUSTOS AO USUÁRIO

O Brasil, apesar de figurar entre as dez maiores economias do planeta, é um dos países com mais desigualdade social, onde os 10% mais ricos detiveram 55% do PIB em 2016. No Brasil, o 1% mais rico da população concentrava, em 2015, 27,8% da renda. Nesse cenário de desigualdade acentuada a população mais pobre tem o acesso dificultado a serviços de saúde dependendo, muitas vezes, exclusivamente do SUS. As privatizações, a diminuição de recursos para a Saúde Pública geram amplo cenário de desigualdade em saúde, onde os mais ricos conseguem acesso a serviços privados de qualidade e a população mais pobre permanece

dependente do SUS que, com cortes de verbas e conseqüente diminuição de recursos humanos e materiais, se vê abarrotado e sem condições de atender à crescente demanda de população. (ALVAREDO et al., 2018)

Assim como Oviedo Tejada *et al*, Pinto afirma que crises econômicas trazem conseqüências, entre elas, aumento do desemprego e reflexo na diminuição do PIB, o que impacta a perda substancial de riqueza. (OVIEDO TEJADA et al., 2019; PINTO, 2019a) A crescente taxa de desemprego e conseqüente diminuição de renda da população pode levar a um acesso comprometido a serviços de saúde devido a, por exemplo, dificuldades em arcar com os custos de medicação e cuidados médicos. (SAKELLARIOU; ROTAROU, 2017) De acordo com Figueiredo *et al*, quanto mais pobre é o país, maior é o gasto de próprio bolso com saúde. Em famílias com pessoas idosas e crianças, esse gasto é ainda mais elevado, possuindo um alto componente de medicamentos e serviços hospitalares. (FIGUEIREDO et al., 2018) **No contexto geral dos diversos países, pode-se afirmar que os efeitos das crises atingem, de forma mais pronunciada, a população mais vulnerável, de menor renda e escolaridade. (PROBST et al., 2019)**

A redução ou iminente redução do poder aquisitivo altera a busca de serviços de saúde, sendo o adiamento ou a supressão da busca desses serviços causados pela redução dos gastos familiares ou como forma de evitar o estigma de portador de saúde débil e, portanto, vulnerável a ser incluído no grupo dos prioritários em caso de demissão. (PAES-SOUSA; RASELLA; CAREPA-SOUSA, 2018) Tal se agrava ainda mais com a precarização das relações de trabalho, pela perda de garantias e direitos trabalhistas. O empregador pode enxergar no empregado doente uma potencial fonte de gastos e prejuízos e, em um cenário de dificuldades financeiras, a demissão desse trabalhador pode lhe parecer vantajosa.

Na esfera domiciliar, a redução da renda aliada à redução das transferências sociais, afeta os hábitos e atitudes das populações mais pobres. Essa diminuição de renda afeta quando e se buscarão algum serviço de saúde (PAES-SOUSA; DE ANDRADE SCHRAMM; PEREIRA MENDES, 2019; PAES-SOUSA; RASELLA; CAREPA-SOUSA, 2018), gera mudanças na alimentação, diminuição na prática de atividades físicas, aumento no consumo de álcool, tabaco, aliado ao enfraquecimento do poder regulatório do governo, constituindo, num todo, em piora nos fatores de risco associados a doenças crônicas não transmissíveis, aumentando a incidência, a prevalência e a mortalidade associada (MALTA et al., 2018), além do aumento do *stress* e da incidência de distúrbios mentais, como ansiedade e depressão,

contribuindo, inclusive, para o aumento das taxas de suicídios observadas no período pós-crise em vários países. (PAES-SOUSA; DE ANDRADE SCHRAMM; PEREIRA MENDES, 2019)

Grigorakis *et al*, destacaram o aumento dos custos diretos para a população grega, relativos a saúde e medicamentos, como resultado das dificuldades de acesso aos serviços de saúde. Tal fenômeno foi agravado pela redução da renda familiar como consequência do desemprego, redução de salários, redução na transferência de renda para o bem-estar social e redução do reembolso de despesas médicas pelas seguradoras de saúde, após a grave crise econômica que acometeu a Grécia. (GRIGORAKIS *et al.*, 2016)

O pagamento do próprio bolso restringe o acesso à saúde pela população mais pobre, tendo em vista que as pessoas com menor poder aquisitivo possuem menor capacidade financeira para consumir os serviços de saúde. Dados do IPEA abordados por Figueiredo *et al*, apontam que famílias das camadas inferiores da população gastam essencialmente com medicamentos e, à medida que cresce a renda, os gastos das famílias tornam-se maiores em planos de saúde. (FIGUEIREDO *et al.*, 2018) Esses gastos comprometem sobremaneira o orçamento familiar, especialmente de pessoas idosas que, geralmente submetidos à polifarmácia, têm boa parte de sua renda direcionada à compra de fármacos para tratamentos de problemas de saúde comuns à terceira idade. Tal situação traz consigo graves iniquidades no acesso a serviços de saúde: as camadas mais vulneráveis se veem impossibilitadas de acessar esses serviços, enquanto as camadas mais abastadas têm acesso a serviços particulares de qualidade. De fato, Paim *et al*, afirmam que o percentual de gastos com saúde varia pouco entre os estratos da população, diferindo essencialmente quanto a natureza do serviço de saúde a que se busca. Enquanto, na população mais pobre, 5,83% da renda é gasto essencialmente com a aquisição de remédios, nos estratos mais ricos, cerca de 8,31% da renda é gasto com planos de saúde e seguros. (PAIM *et al.*, 2011)

Quando se analisa a crise econômica e as políticas de austeridade bem como seus efeitos sobre os serviços de saúde, nota-se que estas situações levam a redução na rede prestadora de serviços públicos em vários países, associados à redução de recursos humanos e insumos. Os efeitos da escassez repercutem sobre a qualidade dos serviços prestados, afetando a capacidade administrativa e gerencial.

Citando a Nota Técnica N° 28, do IPEA, Paes-Souza *et al* afirmam que as crises econômicas podem agravar os problemas sociais e aumentar as desigualdades, levando à piora da situação de saúde da população; e as medidas de austeridade, que estabelecem a redução do

gasto com programas de proteção social, tendem a agravar os efeitos da crise sobre a situação de saúde, em particular, e as condições sociais, de forma mais geral. (PAES-SOUSA *et al*, 2018; VIEIRA; BENEVIDES, 2016)

3.5 RISCOS DA PRIVATIZAÇÃO

Em escala internacional, as ameaças aos sistemas de proteção social, nos momentos de crise, que correspondem aos ataques ao princípio da solidariedade, levam as políticas sociais ao descrédito, abrem caminho para a privatização e fazem com que a população deixe de reivindicar direitos e exercer pressão sobre o Estado. (DE MORAIS; DE OLIVEIRA; VIEIRA-DASILVA, 2019) A desilusão do cidadão com o público o leva a perder a fé na atuação do Estado, a questionar a necessidade de custear serviços públicos, uma vez que seus impostos não estão sendo corretamente utilizados, pois os serviços prestados não atendem adequadamente às necessidades reais do usuário. Neste cenário, a iniciativa privada vê uma brecha para tentar convencer o cidadão de que a privatização é a única solução para a resolução dos problemas existentes nos serviços públicos.

A dimensão estatal de bem-estar social é vista, pelo neoliberalismo, como um impedimento ao funcionamento ótimo do mercado, sendo sua retração um importante elemento desta vertente econômica. Essa diminuição do estado de bem-estar social também move a responsabilidade de cuidado da população do Estado para a iniciativa privada e o livre mercado, levando a uma grande disparidade no nível e qualidade do cuidado recebido pela população, como se nota no Chile, por exemplo, onde a população mais pobre tem acesso à saúde por meio do sistema público, subfinanciado e superlotado, enfrentando longas filas de espera, precariedade no atendimento e escassez de recursos, enquanto a população mais abastada acede à saúde por meio de planos de saúde, os quais contribuem para desigualdades no acesso, ao ofertar planos diferenciados – mais caros – a pessoas portadoras de deficiências, doenças crônicas, mulheres em idade fértil, idosos, pacientes que apresentam maiores riscos de gastos aumentados dadas suas especificidades. (SAKELLARIOU; ROTAROU, 2017)

O cenário que desponta no horizonte do país é preocupante. De um lado o desemprego e a diminuição de renda, que, como dito anteriormente, altera os hábitos da população com relação a saúde e cuidados e interfere na sua capacidade de acessar serviços de saúde, e de outro, a diminuição sistemática de recursos financeiros aos sistemas de proteção social brasileiro, diminuindo a capacidade de cuidado do Estado, exatamente no momento em que se faz mais necessária à população. Tal cenário, torna propício o surgimento de propostas da

iniciativa privada, com escusas de dar mais eficiência ao setor público. No entanto, o setor privado, inculcido dos ideais neoliberais, ignora determinantes sociais de saúde, como pobreza, desigualdades, exclusão social, dentre inúmeros outros, e se apoia fortemente sobre ideias individualistas e toma a dimensão biológica como único fator responsável pela saúde das pessoas. Necessitar de assistência é transformado em um problema, associado com dependência e, portanto, perda de produtividade, tanto por quem busca quanto por quem provê ajuda. (SAKELLARIOU; ROTAROU, 2017)

O ICOS – Instituto Coalizão Saúde, no Brasil, formado pela cadeia produtiva da Saúde, é claro exemplo do avanço do setor privado sobre os serviços públicos. Com aspirações de promover uma reforma no sistema de saúde, dizendo-se falar pelos anseios da sociedade e buscar melhorias ao SUS, propondo soluções como a criação de planos de saúde populares, fortalecimento das parcerias público-privadas e da participação da organizações sociais de saúde, se vale de práticas de lobismo para alcançar suas aspirações, tendo, a partir de 2016, encontros periódicos com o presidente da república. Na prática, o projeto político ideológico relativo à Saúde proposto por esse conglomerado empresarial, visa destruir o caráter público, universal e integral do SUS. As intenções desses empresários ficam mais claras quando se leva em conta que o mercado de saúde movimenta quase 10% do PIB. (DE MORAIS; DE OLIVEIRA; VIEIRA-DA-SILVA, 2019)

A expansão do setor privado na saúde pode levar grande segmentação do cuidado e levar a problemas como a negação de serviços, altos custos administrativos, foco na geração de lucro e corrupção além de, a exemplo do que ocorre nos Estados Unidos, deixar uma importante parcela da população sem assistência. Prestadores privados respondem a demandas e não a necessidades de saúde da população, se instalam preferencialmente em áreas de maior desenvolvimento econômico, deixando outras áreas completamente desassistidas pois não é economicamente interessante se instalar nesses locais mais empobrecidos, ofertam serviços mais rentáveis, o que nem sempre corresponde à necessidade populacional ou individual, prestam mais serviços desnecessários, sobretratamentos, frequentemente violando os padrões de boas práticas médicas, são menos eficientes e tem resultados inferiores em saúde em comparação com os serviços públicos. (GIOVANELLA et al., 2018)

Ocké-Reis afirma, em resposta à ideologia que vem sendo pregada no país de que o fortalecimento da Saúde Suplementar desafoga o SUS, que a mesma se trata de uma falácia. Segundo o pesquisador, esse fortalecimento diminui a capacidade do setor público de construir

consenso entre a sociedade para ampliar os recursos destinados à Saúde, além de criticar as políticas de renúncia fiscal em saúde por parte do Estado, que gera iniquidades ao subtrair parte importante de recursos da Saúde Pública e subsidiar a Saúde Suplementar, o que, segundo ele, não desafoga os serviços médico-hospitalares do SUS, dado que os usuários de planos de saúde utilizam também os seus serviços, como vacinação, urgência e emergência, bancos de sangue, transplantes, hemodiálise, serviços de alto custo e complexidade tecnológica dentre outros, onde, paradoxalmente, o sistema acaba socializando parte dos custos das operadoras. Além disso, o enfraquecimento do Estado e de sua capacidade regulatória, devido à crise e às políticas de austeridade, o torna incapaz de fiscalizar e controlar as ações desses planos de saúde e proteger a população dos abusos do setor privado. (OCKÉ-REIS, 2018; SAKELLARIOU; ROTAROU, 2017)

3.6 O EXEMPLO DA SAÚDE BUCAL

O empobrecimento da população pode levar o setor público a ser pressionado pelo aumento da demanda dessa população que, até o período anterior à crise, era atendida pelo setor privado e teve parte desse acesso revogado em decorrência da redução da atividade econômica e aumento do desemprego, justamente quando o próprio setor público enfrenta uma grande retração no seu financiamento e maior dificuldade para oferecer a cobertura necessária. (PAES-SOUSA; RASELLA; CAREPA-SOUSA, 2018) O crescimento do setor privado de saúde e o empobrecimento, aliado a lógica de mercado, pode gerar, então, uma gama de serviços precários, colocando em risco a saúde e a vida da população que faça uso desses serviços, como facilmente observável na Odontologia e na expansão de clínicas populares e planos odontológicos, que além da qualidade duvidosa no atendimento, tornam a relação de trabalho do cirurgião-dentista extremamente precária, sendo motivo de grande demanda da classe junto aos Conselhos Regionais e ao Conselho Federal de Odontologia.

De fato, a relação entre saúde e a dimensão socioeconômica da população, bem como os efeitos danosos da falta de investimento em Saúde pelo poder público são vistos de maneira mais pronunciada na Odontologia.

Múltiplos fatores influenciam na saúde bucal, no ritmo e velocidade com que um problema se expande, como desenvolvimento econômico, ideologia do Estado, a organização do Governo, nível educacional da população, a cultura e a tradição popular que regulam a formação de hábitos alimentares e os hábitos de higiene pessoal e coletiva, fatores estes relacionados intimamente ao processo saúde-doença. A melhora socioeconômica experienciada

pela população brasileira no final do século XX e início do século XXI foi responsável por uma parcela da melhora nos níveis de saúde bucal da população, demonstrando a influência da dimensão econômica na saúde bucal. (NARVAI et al., 2006)

Estudos, como os de Antunes *et al*, Moreira *et al* e De Paula *et al*, apontam relações significativas entre fatores socioeconômicos e a ocorrência de cárie. Em seus trabalhos, estes autores afirmam que crianças pobres, moradoras da zona rural, das periferias, que estudam em escola pública, crianças negras, filhas de pais com pouca ou nenhuma escolaridade, com baixa renda, têm maiores chances de desenvolver cárie que crianças de famílias em melhores condições econômicas e sociais. Afirmam ainda ser estas diferenças na ocorrência da doença mais acentuadas nas regiões Norte e Nordeste do país. (ANTUNES et al., 2006; DE PAULA; AMBROSANO; MIALHE, 2015; MOREIRA; NATIONS; ALVES, 2007)

A Saúde Bucal não costuma figurar no rol de prioridades governamentais em termos de garantia de acesso a saúde, isso em um país onde cerca de 80% da população depende exclusivamente de serviços públicos para aceder a cuidados odontológicos, número esse que com a crise econômica, tende a um aumento. No entanto, com a queda na arrecadação, as políticas de austeridade e o já notório descaso governamental com a Saúde Bucal, os poucos investimentos diminuem ainda mais e, com eles, a capacidade de fornecer tratamento a um número crescente de pessoas SUS-dependentes. (PROBST et al., 2019)

Indicadores de saúde bucal, como financiamento da Saúde Bucal e número de equipes de saúde bucal implantadas, que promoveram melhorias no acesso a Saúde Bucal, números de cobertura de primeira consulta programática e escovação supervisionada, número de tratamentos endodônticos e periodontais concluídos, dentre outros indicadores de investimentos em Saúde Bucal, sofreram considerável melhora na Era Lula, seguindo estáveis no Governo Dilma. No entanto, a partir do Governo Temer, após o Golpe Parlamentar de 2016, estes números sofreram grandes quedas. (ARANHA ROSSI et al., 2019)

Na Era Lula, a criação do programa Brasil Sorridente, a criação dos Centros de Especialidades Odontológicas – CEO – o investimento direto, a inserção de profissionais da Odontologia nas equipes de ESF, que já vinha ocorrendo desde 2000, ainda que aquém do ideal, foram responsáveis por melhoria no acesso e algumas importantes melhorias em índices de saúde bucal. Tais investimentos foram mantidos durante o governo da Presidenta Dilma, período em que também se começa a sentir os efeitos da crise econômica mundial. De fato, em 2008, 40% da população relatava ao menos uma visita ao dentista no ano imediatamente

anterior, valor muito superior aos 17% relatados nas décadas de 1980 e 90. No entanto, a iniquidade no acesso a tratamentos de saúde bucal permaneciam grandes: em 2008, 23,4% da população de mais baixa renda relatavam nunca terem buscado atendimento de um cirurgião-dentista, contra apenas 3,6% da população de alta renda. (ARANHA ROSSI et al., 2019; PAIM et al., 2011)

Vitor Gomes Pinto em Tratado de Saúde Bucal Coletiva afirma que “cada vez mais as doenças bucais se tornam um fator adicional de desigualdades entre as pessoas, atingindo com particular gravidade os mais pobres”. (PINTO, 2019) Será essa, a população mais pobre, a maior prejudicada pelas políticas de austeridade, devido a fatores como piora da situação socioeconômica e seus efeitos sobre alimentação, autocuidado, precarização dos serviços de saúde bucal ligados ao SUS.

As necessidades de saúde bucal são, muitas vezes, consideradas como “luxo” e deixadas de lado pelas pessoas das camadas mais empobrecidas da população. Com jornadas de trabalho mais extenuantes, pouca renda e tempo limitado, necessidades como supervisionar a escovação dos filhos são deixadas de lado. Perder um dia de serviço para levar a criança ao dentista é impraticável. “Sem dinheiro o cuidado dentário complica.” Essas dificuldades, enfrentadas por parte da população, contribuem para que marcas profundas, físicas, psíquicas e sociais surjam, criando o estigma da vergonha, levando a exclusão social, perda de autoestima. A odontologia, nesses estratos sociais passa a ser vista como “luxo”, “coisa de rico”, e as pessoas, quando acometidas pela dor, buscam meios alternativos, seja por meio de fitoterápicos de conhecimento popular, auxílio de benzedadeiras, uso de substâncias corrosivas (e danosas à saúde), apego a fé em divindades e credices populares, apelo a políticos ou, quando conseguem atendimento odontológico, as leva a optarem pela exodontia, como modo de resolução definitiva da dor, embora muitos se sintam arrependidos dessa decisão depois. Com as políticas de austeridade, sucateamento do SUS e empobrecimento da população, estes meios alternativos podem se tornar cada vez mais comuns, com um aumento significativo de procedimentos mutiladores e desnecessários, por serem mais baratos e “resolverem” a dor. (MOREIRA; NATIONS; ALVES, 2007; PINEIRO-MACHADO, 2019)

A falta de acesso à educação de qualidade, capaz de empoderar o indivíduo constitui um fator altamente limitante ao autocuidado. Limita como e o que esse indivíduo poderá ensinar aos filhos, contribuindo para a perpetuação intergeracional de problemas de saúde bucal. A renda constitui fator limitante ao acesso de cuidados de saúde que, aliado ao pouco serviço prestado pelo SUS, leva a deterioração de condições que, caso sofram intervenção no início,

são de fácil e barato cuidado, gerando uma degradação das condições de saúde evitável. A dor leva ao sofrimento, debilitação e ao desespero, fazendo com que o indivíduo recorra a meios perigosos, como uso de ácido de bateria, ou óleo de motor, por exemplo, para diminuir a dor causada por uma cárie profunda ou lesão pulpar.

Essa forma de se relacionar com saúde bucal pode ser facilmente extrapolada à saúde geral, especialmente em um cenário de precarização cada vez maior da estrutura do SUS.

A Odontologia, como é tratada pelo Estado, fornece um vislumbre dos problemas que as políticas de austeridade podem causar à população. Um retorno a um passado onde poucos tinham acesso a tratamentos de saúde e muitos morriam por doenças facilmente tratáveis, onde o acesso a saúde se torne cada vez mais um artigo de luxo, reservado às classes mais abastadas da população, deixando o pobre à mercê de charlatães, aproveitadores da Fé e da boa-fé; a medidas terapêuticas pouco conhecidas pelo paciente, mesmo que possivelmente eficazes, colocando sua saúde em risco; gerando desabilitações graves, incapacitantes para o trabalho, levando a mais pobreza e maior incapacidade, em um ciclo, como dito pelo Prof. Sérgio Arouca ao explicar a teoria de Gunnar Myrdal.

3.7 EFEITOS DA CRISE

Contextos como estes que envolvem recessão econômica, instabilidade política, causam desestabilização das instituições e diminuição de verbas para áreas fundamentais como a Saúde (PROBST et al., 2019), bem como empobrecimento, piora nas condições de vida, moradia, alimentação e etc.

Schmidt *et al* afirmam que o Brasil apresentou, entre 1996 e 2007, 5% de aumento na mortalidade por doenças crônicas, mas, uma vez realizado o ajuste de idade para permitir comparações ao longo do tempo e através da população, houve uma queda média de 2% anuais nas taxas de mortalidade relacionadas a doenças crônicas não transmissíveis, graças a programas como o de combate ao tabagismo, a Estratégia de Saúde da Família, que proporcionou o cuidado integral e prevenção de doenças crônicas, melhora no acesso a Atenção Primária a Saúde e a medicamentos para controle de tais condições, como na Farmácia Popular. Mesmo assim, as doenças crônicas despontavam como o principal problema de saúde pública no Brasil, com aumento na prevalência de tais doenças como consequência da mudança de hábitos alimentares, devido a maior renda, globalização de hábitos nocivos à saúde, melhora no acesso a alimentos ultraprocessados que, aliada a hábitos pouco saudáveis, levou ao aumento

preocupante da obesidade, em consequência também do rápido envelhecimento da população, dentre outros fatores. (SCHMIDT et al., 2011) O relativo ganho em saúde com relação às condições crônicas não transmissíveis se vê ainda mais ameaçado, frente as políticas econômicas adotadas pelo Estado.

As melhoras apontadas no parágrafo acima se mostram relativamente ambíguas, uma vez que, de um lado, a melhora na renda causou aumento, ainda que pequeno, na incidência de comorbidades crônicas não transmissíveis, mas, por outro lado, uma piora na renda também pode causar esse efeito. A diferença reside nos hábitos: com melhor renda, mas, com hábitos inadequados de alimentação e cuidado, o acesso facilitado a alimentos como *fast foods* e ultraprocessados, podem elevar o risco de ocorrência de doenças crônicas; com a pior renda, o acesso a alimentos saudáveis fica restrito, impondo uma dieta altamente calórica mas pouco saudável, acarretando o acometimento dessas mesmas doenças. Alie-se ao exposto o conceito de determinantes comerciais de saúde, definidos como estratégias e medidas utilizadas pelo setor privado para promover escolhas e produtos em detrimento da saúde. Em certo modo, os esforços para prevenir a ocorrência de DCNT vai contra os interesses do mercado e dos poderosos operadores econômicos. (PERES et al., 2019)

A violência constitui um importante problema de saúde pública, sendo fonte de grande taxa de morbidade e mortalidade, resultando em grandes custos individuais e coletivos. Reichenhein *et al*, ao abordar a violência no Brasil, diz que, o grande crescimento da violência, notadamente de homicídios, visto nos anos 80 e 90 do século passado, está relacionado a estagnação econômica e à grande concentração de renda que imperou no Brasil, associado ao amplo processo de urbanização, onde, grande parte da população se viu forçada a se assentar nas periferias das cidades, sem o mínimo de infraestrutura. Relaciona também ao grande crescimento populacional, devido ao “baby boom” dos anos 60, que resultou em altas taxas de desemprego e trabalhos informais entre a população jovem, em especial entre aqueles com baixos níveis educacionais. (REICHENHEIM et al., 2011)

No Brasil, homicídios têm sido relacionados a crimes contra o patrimônio e ao tráfico de drogas. Machado *et al* afirmam que no passado recente, após a implementação e aumento de programas de transferência de renda, que diminuíram a pobreza e garantiram melhor acesso a bens e serviços pela população, as taxas de homicídio e suicídio foram reduzidas, indicando que a situação econômica influencia diretamente as taxas de mortalidade por causas externas no Brasil. De acordo com os autores, as taxas de mortalidade por causas externas são bastante sensíveis a mudanças socioeconômicas, especialmente quando políticas de austeridade são

implementadas, em um momento em que as populações mais precisam de proteção social. (MACHADO et al., 2019)

Homens, pobres e negros, estão entre as principais vítimas e figuram entre os principais autores de violência, enquanto mulheres negras despontam como as principais vítimas de violência doméstica no país. Enquanto as taxas de homicídio diminuíram cerca de 6% entre a população branca, sofreram um aumento de 23% entre a população negra. (MACHADO et al., 2019; REICHENHEIM et al., 2011)

A população negra é a mais atingida pela desigualdade e pela pobreza. Dados do IBGE de 2019 apontam que são maioria dentre os 10% mais pobres da população (IBGE, 2019) e os dados de violência nessa parcela da população é mais um indicativo das condições que lhes são impostas pela sociedade racista. Essa população também possui maiores dificuldades ao acesso a serviços de Saúde, Educação, vivem em condições precárias em comunidades e favelas sem acesso adequado a saneamento, coleta de esgoto e moradia adequada. (BAQUI et al., 2020)

Desde o final do primeiro semestre de 2018, a imprensa informa piora dos indicadores de saúde, notadamente o crescimento de óbitos infantis, o preocupante surto de sarampo, a preocupação do Ministério da Saúde com o retorno de doenças como poliomielite, a queda da cobertura vacinal entre 2016 e 2018, de 95,4% para 83,9%, devido, além dos efeitos econômicos, à influência do denominado “movimento antivacinas”, em um momento onde a OMS alerta que o “movimento” figura como uma das dez maiores ameaças a saúde humana da atualidade. A piora desses indicadores sugere que a redução de investimentos em Saúde se faz sentir na atenção básica, afetando a oferta de serviços de promoção, prevenção e atenção. A situação é particularmente preocupante, já que o Brasil tem grande domínio da tecnologia de imunização, sendo referência no mundo. Esses episódios recentes indicam os primeiros efeitos de um significativo agravamento do quadro de saúde no país, em especial para a população de baixa renda. (PAES-SOUSA *et al*, 2018; WHO, 2019)

A taxa de mortalidade infantil, por exemplo, é um importante indicador de saúde, por refletir as condições sociais, econômicas e ambientais às quais as crianças e membros da sociedade estão inseridos. As diminuições no PIB, o desemprego, até mesmo os problemas de saúde mental que afetam os cuidadores, influem na saúde das crianças. Mal alimentadas, pela diminuição da capacidade de adquirir alimentos saudáveis, vivendo em condições precárias, estas crianças se tornam mais vulneráveis. (OVIDO TEJADA et al., 2019) Dados do SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade – de 2016 já indicam aumento da mortalidade

infantil, interrompendo um ciclo de mais de 20 anos de declínio contínuo no Brasil. Estudos sobre mortalidade relacionada a recessão econômica têm demonstrado que tendências históricas de redução da mortalidade podem, por diversas razões, estarem sujeitas a mudanças na velocidade, estagnação, ou mesmo a aumentos em detrimento a ganhos históricos. Os efeitos das crises econômicas na mortalidade afetam diferentes grupos socioeconômicos, impactando particularmente os grupos mais vulneráveis. (PAES-SOUSA *et al*, 2019)

As taxas de mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis, indicadoras das condições de saúde e hábitos da população adulta, em especial quando se considera que a sua evolução, está particularmente relacionada a determinantes sociais como a pobreza, com piores indicadores nas populações mais vulneráveis, também sofrem aumento frente a crises e políticas de austeridade. Mudanças em hábitos alimentares, como a diminuição do consumo de frutas e verduras e aumento do consumo de alimentos ultraprocessados, diminuição na prática de atividades físicas, se traduzem em aumento dos fatores de risco para a incidência de doenças crônicas não transmissíveis e por serem condições sensíveis à atuação da APS, o desfinanciamento deste setor eleva a incidência e prevalência dessas doenças na população. As doenças crônicas são responsáveis por 36 milhões de mortes anuais em todo o mundo, ocasionando altas taxas de incapacidades, gerando sofrimento e custos materiais diretos e indiretos, aos pacientes e suas famílias, além de criar importantes demandas sobre os custos dos sistemas de saúde. (MALTA *et al.*, 2018)

A crescente tendência à depressão e ansiedade após períodos de turbulência econômica tem sido observada em jovens adultos, particularmente a ocorrência de um primeiro episódio de depressão, enquanto casos de depressão recorrente são observados em indivíduos mais velhos. Essas taxas de depressão aumentadas entre jovens aparecem como um fator significativo para o aumento de prescrição e consumo de medicações. As causas de depressão estão particularmente ligadas ao desemprego, perda de renda, dificuldades de acesso aos serviços psiquiátricos de referência, levando ao aumento das taxas de suicídio, inclusive. (PAES-SOUSA; DE ANDRADE SCHRAMM; PEREIRA MENDES, 2019)

O consumo de álcool apresenta variações dentro do contexto de crise econômica, em alguns casos, devido à diminuição do poder de compra, ocorre a diminuição do consumo e abuso de álcool, enquanto que em outros casos, levando-se em conta o aumento da pobreza em nível domiciliar e consequente aumento das tensões, há um aumento substancial em seu abuso. No Brasil, entre 2010 e 2014, observou-se a diminuição do consumo e abuso de álcool, porém, a partir de 2015, quando a crise se faz sentir de forma acentuada sobre o país, se observou um

aumento no consumo desta droga na população. No mesmo sentido, o consumo de tabaco acompanha essas tendências e, assim como o álcool, isso ocorre em todos os níveis educacionais, principalmente nos estratos mais vulneráveis da população. (MALTA et al., 2018; PAES-SOUSA; DE ANDRADE SCHRAMM; PEREIRA MENDES, 2019)

O empobrecimento da população, limitando seu acesso a bens como gás de cozinha, levando ao uso de biomassa para o preparo de alimento (fogões a lenha, por exemplo), tende a aumentar a exposição a poluentes em ambiente interno, podendo causar sérios problemas de saúde, estando relacionados a doença pulmonar obstrutiva crônica, baixo peso ao nascer, infecções respiratórias agudas em crianças, problemas cardiovasculares, dentre inúmeros outros (ARBEX et al., 2004), tendo potencial de aumento nos gastos com saúde, aumento de mortalidade devido ao acesso precário a serviços de saúde, etc.

O envelhecimento da população imporá grandes desafios à sociedade e ao Estado. Segundo Schmidt *et al*, o Brasil possui uma das populações que mais rapidamente envelhece, no mundo. A maioria dessas pessoas, nasceram em áreas rurais, mas agora vivem nos grandes centros urbanos; suportaram significativas adversidades socioeconômicas ao longo de suas vidas; receberam pouca ou nenhuma educação formal; e trabalharam em ocupações mal remuneradas e que exigiam pouca habilidade e/ou conhecimento. Ainda segundo os autores, a expectativa de vida saudável ao nascer é estimada em 59,8 anos, 12 anos menos que a expectativa de vida total. (SCHMIDT et al., 2011) Essas pessoas necessitarão de medicamentos e acompanhamento médico regular, pois, provenientes dos estratos mais empobrecidos, estão mais propensas ao desenvolvimento de doenças crônicas; necessitarão também de auxílio, uma vez que podem ter sua capacidade de autonomia limitada pelos agravos de saúde a que estão propensas; Tudo isso se traduz em maiores gastos com saúde, constituindo um peso grande sobre a renda dessas pessoas e que, sem o serviço público de saúde, não teriam acesso a atendimento e tratamento, significando maiores taxas de mortalidade.

Face à forma de enfrentamento adotada frente a crise financeira e adotando-se a possibilidade de um cenário de parco crescimento econômico aliado ao aumento do desemprego e das taxas de emprego informal, envelhecimento da população, perda de poder aquisitivo, diminuição de renda, perda de direitos trabalhistas e sociais (como observado nas reformas trabalhista e da previdência, na PNAB de 2017, na Portaria 2.979/2019 que institui o “Previne Brasil” e na possibilidade de aprovação das propostas da PEC do Pacto Federativo), os prospectos para o Brasil não são animadores.

A piora nos fatores de risco à saúde devido a políticas de austeridade é bem documentada na literatura. Segundo Paes-Souza *et al*, tais fatores são, por definição, relacionados a emergência e piora de doenças e interagem entre si em uma complexa cadeia. Fatores ambientais, sociais, comunitários, individuais, estão entre aqueles em interação em tal cadeia. (PAES-SOUSA *et al*, 2019)

A EC 95/2016 reduzirá, nos próximos anos, o valor do PIB destinado à Saúde, conforme a economia cresce, diminuindo os gastos *per capita*, desconsiderando que a população idosa dobrará nesse período. (FIGUEIREDO *et al.*, 2018) A população mais idosa, a qual pertence, em sua maioria, aos estratos sociais mais vulneráveis, demandará maiores recursos para a Saúde, uma vez que, levando-se em conta perda real de ganho nos valores de salário mínimo e as novas regras da aposentadoria, terão diminuição na renda e, como a idade traz consigo a precarização natural da saúde aliada aos problemas gerados/agravados pelas crise econômica e políticas de austeridade, demandarão mais do SUS, que, subfinanciado, com diminuição de pessoas e insumos, não será capaz de absorver as demandas que surgirão.

A diminuição das políticas de transferência de renda e de combate à pobreza impactarão a população de forma duradoura. O arrefecimento no combate à pobreza afetará inúmeras gerações vindouras; conseqüentemente, o agravamento no quadro de saúde da população de maior vulnerabilidade tende a perdurar ainda mais em decorrência da dinâmica social brasileira. (PAES-SOUSA; RASELLA; CAREPA-SOUSA, 2018)

Ainda se observará, devido à redução de investimento em programas sociais, como o Bolsa Família e a ESF, um aumento nos índices de mortalidade infantil, atrelada principalmente à pobreza, bem como por causas evitáveis. (O'DWYER *et al.*, 2019) O Programa Bolsa Família, se constitui em importante fator de proteção da saúde infantil, ao exigir, como contrapartida da mãe e da família, que a criança tenha acesso à saúde e frequente a escola, além de reduzir os níveis de pobreza a que a criança está exposta por meio da transferência direta de renda do governo à família, auxiliando na consecução de recursos fundamentais para a sua sobrevivência. Tanto o Bolsa Família quanto a ESF tiveram importante papel na diminuição da mortalidade infantil no Brasil. (PAES-SOUSA *et al*, 2018)

Paes-Souza *et al* afirmam que as alterações na PNAB de 2017 tendem a enfraquecer a APS, no que tange a cobertura universal, acesso, equipe profissional, organização do processo de trabalho e coordenação nacional da política. A flexibilização pretendida no modelo, em um

contexto de escassez de recursos, levará ao rebaixamento do volume e da qualidade dos serviços prestados. (PAES-SOUSA *et al*, 2018)

A perda de recursos e piora na oferta de serviços de atenção, promoção e prevenção, sendo um dos fatores que tem levado a diminuição preocupante da cobertura vacinal e poderá se observar o ressurgimento de doenças já erradicadas do território nacional. (PAES-SOUSA *et al*, 2018) Os movimentos negacionistas da ciência, como o movimento antivacinas, trazem importante contribuição à diminuição das taxas de vacinação.

Devido ao aumento da pobreza esperado e às consequentes modificações nos hábitos da população, ocorre um aumento preocupante da incidência de doenças crônicas não transmissíveis, que podem se tornar fonte de grande demanda para o SUS, uma vez que tais doenças são sensíveis a determinantes sociais, idade, constituindo-se em um sério problema à Saúde, que, sem financiamento, não conseguirá atender à crescente busca por serviços. (MALTA *et al.*, 2018)

A diminuição de renda e a consequente piora das condições de vida da população, tendem a fazer com que doenças infecciosas ressurgam ou experimentem grande elevação nas taxas de incidência, como diarreia e cólera, ligadas a precariedade no acesso a água e coleta de esgoto e, aliados a precarização da APS, pode significar grande aumento na mortalidade infantil, principalmente. Barreto *et al* apontam que, com a melhoria na APS houve grande diminuição na mortalidade por doenças evitáveis, como a mortalidade por diarreia em crianças, bem como na incidência de diversas doenças infectocontagiosas, como sarampo, rubéola, hepatites, graças a políticas de prevenção, como a vacinação e o acesso a saneamento básico. (BARRETO *et al.*, 2011) A diminuição no financiamento da APS, de ações de prevenção e promoção de saúde e dos recursos humanos da Saúde, aliados à piora nas condições econômicas e sociais da população, poderão levar a perda dessas importantes vitórias da Saúde no país.

Com a precarização da ESF, principalmente a partir da PNAB 2017, e as modificações no financiamento da APS feitas pela Portaria 2.979/19, a qual se espera que gere um significativo aumento dos custos da APS para os municípios, as taxas padronizadas de Internação por Condições Sensíveis à Atenção Primária à Saúde que, segundo O'Dwyer *et al*, vinham sofrendo redução devido ao avanço da cobertura da ESF, sofrerão importante aumento. (O'DWYER *et al.*, 2019) A expansão progressiva da ESF, que vinha ocorrendo nas últimas décadas, foi responsável pela melhora no acesso ao cuidado integral e contínuo, assim,

provendo uma plataforma para prevenção e cuidado de doenças crônicas (VICTORA et al., 2011)

A diminuição da produção cirúrgica, devido à política de austeridade, repercutirá nas já longas filas de espera por cirurgias eletivas. Dada a menor oferta de vagas para exames e consultas com especialistas, aliada ao aumento da demanda por esses serviços e ao número de pedidos pendentes nos setores de regulação aguardando o surgimento de vagas, acarretará em diminuição da oferta com conseqüente redução do acesso. (O'DWYER et al., 2019)

Ainda diante da retração da renda, propostas como a de criação de planos de saúde suplementar populares, poderão gerar custos muito altos, impactando sobremaneira os orçamentos familiares (ARANHA ROSSI et al., 2019) o que contribuirá para situações de postergação ou mesmo suspensão da busca por assistência médica e odontológica, contribuindo para o agravamento dos quadros de saúde, podendo mesmo aumentar as taxas de mortalidade na população.

Dado o grave efeito sobre a desigualdade e na diminuição das políticas de assistência social em razão dos cortes de gastos, a violência, medida principalmente pelo índice do homicídios, poderá aumentar rapidamente, saindo de sua tendência de desaceleração, causada principalmente pela diminuição observada nos estados do Sudeste e Centro-Oeste, já que estas taxas apresentam ampla tendência de aumento nos estados do Norte e Nordeste do país, que se constituem nas regiões mais empobrecidas. (MACHADO et al., 2019)

3.8 COVID-19

A estabilidade econômica, por si só, não é garantia de melhores condições de saúde da população. A recente pandemia de COVID-19 expôs os problemas nos sistemas de saúde de diversos países. A problemática da iniquidade no acesso a serviços de saúde se revelou ao mundo, quando, nos Estados Unidos, a população não coberta por seguro de saúde não conseguia acesso aos testes para detecção de SARS-CoV-2, causador da COVID-19, a não ser mediante pagamento de valores além da capacidade financeira dessas pessoas. A iniquidade no acesso a serviços de saúde, aos testes básicos, desconsiderando aqui a falta destes testes a nível mundial, neste cenário de pandemia tem o potencial de levar à morte de milhões de pessoas.

A população de baixa renda, seguindo o observado por Paes-Souza *et al*, ao não conseguir arcar com os custos de exames e tratamentos médicos, posterga ou mesmo suspende

a busca por cuidados e, isso se torna um grande problema no enfrentamento de uma pandemia. (PAES-SOUSA *et al*, 2019)

A recessão econômica que acompanha a pandemia de COVID-19, já se esperava, no início da crise, que causasse picos de desemprego e redução de renda da população, a deixando mais vulnerável. Assim, aqueles que possuem maiores dificuldades econômicas não conseguem aderir efetivamente ao distanciamento social, pela necessidade de trabalhar e manter seus empregos, agravando os riscos de transmissão do vírus. (BOZORGMEHR *et al.*, 2020)

A falta de medidas de proteção social se tornou o maior empecilho à implantação e manutenção do distanciamento social no Brasil. Grande parte da população se viu com a dura escolha entre se arriscar a contrair a doença ou passar fome. De modo a manter o isolamento social, o Legislativo sancionou um auxílio emergencial para a população desempregada e de trabalhadores autônomos no país.

Populações pobres, com pouco ou nenhum acesso a serviços de saúde em circunstâncias normais, se tornam mais vulneráveis em tempos de crise. (AHMED *et al.*, 2020)

O ciclo econômico da doença se faz notar de forma pronunciada nesta pandemia, não apenas a nível individual, como também a nível comunitário. Segundo Ahmed *et al*, estima-se o PIB global em US\$ 100 trilhões e que a pandemia possa custar cerca de US\$ 10 trilhões ao mundo. A cada ponto percentual reduzido na economia, 10 milhões de pessoas são mergulhadas na pobreza. Ainda segundo Ahmed e seus colaboradores, considerando-se que as populações pobres são mais propensas ao acometimento por doenças crônicas, como também demonstrado por Malta *et al*, estas, portanto, se encontram em maior risco de mortalidade pela COVID-19. (AHMED *et al.*, 2020; MALTA *et al.*, 2018)

Segundo Bororgmehr *et al*, uma década de políticas de austeridade, implementadas após a crise econômica de 2008, teve efeitos devastadores, sociais e na saúde da União Europeia, e tornou grupos desfavorecidos ainda mais vulneráveis à pandemia. Os sistemas de Saúde Pública de vários países da União Europeia, com a capacidade reduzida devido às medidas de austeridade, enfrentam limitações importantes na capacidade de responder efetivamente à pandemia. (BOZORGMEHR *et al.*, 2020)

O Núcleo de Estudos em Desenvolvimento Urbano e Regional da Universidade Federal do Paraná (NEDUR-UFPR) na Nota Técnica NEDUR-UFPR 01-2020, onde avalia os impactos econômicos da COVID-19 sobre a economia no Brasil, demonstra, em suas projeções, o efeito

protetor de políticas de proteção sobre a economia. Segundo a nota técnica, que avalia dois cenários no Brasil, em um primeiro cenário, onde se leva em conta a redução da força de trabalho em decorrência da doença (morbidade e mortalidade de trabalhadores) e a paralização de setores econômicos devido ao isolamento social, espera-se uma retração de 1,87% do PIB para 2020 e uma diminuição de 4,41% no consumo das famílias, enquanto em um segundo cenário, onde se leva em conta as situações abordadas no primeiro cenário acrescidas de medidas de proteção fiscal e de proteção social, a diminuição no PIB é de 1,21% em 2020, e o consumo das famílias apresentaria uma queda menor, de 3,28%. (PORSSE; SOUZA, 2020)

A pandemia expôs as enormes diferenças étnicas existentes no país. Segundo Baqui *et al*, ser preto ou pardo, no Brasil, é fator de risco para a morte por COVID-19. Há grande diferença na admissão à UTI entre negros e pardos e brancos: enquanto negros e pardos dependem majoritariamente dos serviços públicos de saúde, brancos possuem maior acesso a leitos privados. Ainda segundo os autores, esse fato não é exclusivo do cenário da pandemia, tendo sido observado em anos anteriores, se mostrando muito mais uma questão estrutural. (BAQUI *et al.*, 2020) Tais dados fazem ainda mais sentido quando se avalia os dados de desigualdades sociais por cor ou raça no Brasil, publicados pelo IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, em 2019. Segundo tais dados, apesar de a população preta e parda constituírem maioria da população brasileira (55,8%), esse grupo, em 2018 representava apenas 27,7% das pessoas, quando se considerava os 10% com maiores rendimentos, sendo que, por outro lado, ao se avaliar os 10% da população com os menores rendimentos, o grupo preto ou pardo se encontra sobrerrepresentado, constituindo 75,2% do total de pessoas dessa parcela mais desfavorecida. (IBGE, 2019)

O enfrentamento à pandemia exigiu que países mundo afora, mesmo aqueles onde as políticas neoliberais são mais pronunciadas, adotassem medidas de proteção social, com transferência direta de renda, investimento na Saúde Pública, na pesquisa, de modo a possibilitar o isolamento social, o aumento da capacidade de ação dos setores de saúde, proporcionando maior equidade no acesso a serviços pela população mais pobre.

O que se nota é que, mais do que a economia fortalecida, é necessária a implementação de medidas que promovam a equidade no acesso da população a serviços de saúde, de modo a mitigar as desigualdades no acesso causadas pela incapacidade financeira das populações de baixa renda, em maior vulnerabilidade socioeconômica.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O atual cenário parece repetir o que se viu nos anos 1980, segundo Rita Barradas Barata, onde, o neoliberalismo, a desregulação dos mercados financeiros, a globalização da economia, levaram ao abandono dos estudos da importância da dimensão social e econômica como fatores determinantes de saúde. (BARATA, 2012) Analisando as modificações realizadas na Saúde, a PNAB, o Previn Brasil, o que se nota é uma forte negação do componente social da saúde ao reforçar o modelo biomédico e assistencialista e que pode estar ligado a um projeto de poder, onde não interessa aos, conforme os identifica Paulo Freire, opressores, que os oprimidos se emancipem e compreendam os efeitos danosos que a política de austeridade acarreta ao indivíduo, à comunidade e à sociedade, evitando assim a revolta, o que agrada aos opressores pois assim o poder é mantido mais facilmente.

De modo geral, as crises econômicas afetam negativamente a saúde da população, seja pela piora das condições de vida, seja pelo acesso dificultado a serviços de saúde, medicamentos, e seus efeitos negativos são agravados pelas políticas de austeridade que, na tentativa de diminuir o “peso” do Estado, recuperar a economia e manter sua capacidade de solvência, leva a precariedade dos sistemas de proteção social, deixando a população dependente desses sistemas desassistida.

Reformas neoliberais podem ser vistas como uma forma de violência que, de maneira desproporcional, afeta a população mais vulnerável, limitando de maneira direta e indireta, o acesso dessa parcela da população a direitos básicos, como saúde, educação, adequadas condições de trabalho e a uma aposentadoria condigna. (SAKELLARIOU; ROTAROU, 2017)

A crise e as políticas de austeridade já afetam o quadro de saúde da população brasileira, levando a uma piora de indicadores devido a piora no acesso, oferta de serviços, diminuição da capacidade de atenção, prevenção e promoção de saúde e, caso o quadro da economia não apresente melhora ou o Governo não tome providências de modo a mudar a forma como o país vem enfrentando a crise econômica e encara, dentre outras coisas, a terrível corrupção que assola a política e mina recursos importantes da Seguridade Social, os prospectos para o Brasil, nos próximos anos são, no mínimo, preocupantes.

Sem ações de promoção da equidade e bem-estar social, o acesso a bens e serviços e a um dado nível de saúde fica condicionado à posição que o indivíduo ocupa na organização social, ao poder econômico que detém, abandonado à própria sorte. (BARATA, 2012)

Face à crise, ao histórico subfinanciamento, à política nacional, o SUS precisa ser repensado, buscando abraçar seu ideal prevencionista, promovendo saúde não só por meio da assistência mas também da educação em saúde, empoderando a população para que cada cidadão se torne ator, protagonista do próprio cuidado.

Mais estudos são possíveis e necessários a partir das reflexões, dados e situações avaliados. A crise deverá ser acompanhada, possibilitando a formação de um arcabouço teórico amplo que poderá auxiliar na formulação de novas políticas de enfrentamento, com a diminuição do impacto à população.

As relações em saúde bucal demandam maiores pesquisas e estudos, para uma compreensão mais profunda dos efeitos econômicos sobre essa área da Saúde, que pode ser um prenúncio do que virá a ocorrer com o Sistema de Saúde como um todo, bem como para a construção de políticas que contornem a problemática gerada pela realidade econômica do país à população, de modo a identificar e buscar meios de diminuir as inequidades em Saúde Bucal. A Saúde Bucal é um claro exemplo do que a falta de investimentos públicos e o domínio do setor privado podem fazer à Saúde.

Em suma, pode-se concluir que a política de austeridade se mostra extremamente danosa, constituindo-se em violência contra a sociedade. Em um país extremamente desigual como o nosso, contribuiu e contribui para tornar ainda mais frágil a capacidade de resiliência e resistência do povo. Retirou direitos, impôs duros sacrifícios aos mais vulneráveis, sem nada demandar das elites. Seus danos sociais e consequentes efeitos na saúde e na Saúde Pública já são vistos, com uma população quase que abandonada à própria sorte frente a um dos momentos mais sombrios de nossa história recente e gerará ainda mais desigualdades e danos, que demandarão longo tempo e trabalho árduo para serem revertidos.

Defender o SUS e todo o Sistema de Seguridade Social, lutar por sua manutenção, por ações do Estado que visem promover sua melhora, bem como lutar por igualdade social e pela garantia de medidas de equidade, é essencial ao bem-estar da população e dever de todos, dado seu poder de trazer melhora à situação precária que paira sobre o Brasil. O SUS está presente na vida da totalidade da população, seja de modo direto ou indireto, garantindo saúde, qualidade de vida, proteção a cada um e a todos.

REFERÊNCIAS

- AHMED, F. et al. Why inequality could spread COVID-19. **The Lancet Public Health**, v. 5, n. 5, p. e240, 2020.
- ALVAREDO, F. et al. World Inequality Report 2018 Executive Summary. p. 20, 2018.
- ANTUNES, J. L. F. et al. Multilevel assessment of determinants of dental caries experience in Brazil. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v. 34, n. 2, p. 146–152, 2006.
- ARANHA ROSSI, T. R. et al. Economic crisis, austerity and its effects on the financing of oral health and access to public and private services. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 24, n. 12, p. 4427–4436, 2019.
- ARBEX, M. A. et al. Queima de biomassa e efeitos sobre a saúde. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 30, n. 2, p. 158–175, abr. 2004.
- BAQUI, P. et al. Ethnic and regional variations in hospital mortality from COVID-19 in Brazil: a cross-sectional observational study. **The Lancet Global Health**, p. 1–10, 2020.
- BARATA, RITA BARRADAS. Desigualdades Sociais e Saúde. In: **Tratado de Saúde Coletiva**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec Editora, 2012. p. 968.
- BARRETO, M. L. et al. Successes and failures in the control of infectious diseases in Brazil: Social and environmental context, policies, interventions, and research needs. **The Lancet**, v. 377, n. 9780, p. 1877–1889, 2011.
- BORDE, E. et al. Uma análise crítica da abordagem dos Determinantes Sociais de Saúde a partir da medicina social e saúde coletiva latino-americana. **Saúde em Debate**, v. 39, n. 106, p. 841–854, 2015.
- BORGHI, C. M. S. DE O.; OLIVEIRA, R. M. DE; SEVALHO, G. DETERMINAÇÃO OU DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE: TEXTO E CONTEXTO NA AMÉRICA LATINA. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 16, n. 3, p. 869–897, 2018.
- BOZORGMEHR, K. et al. COVID and the convergence of three crises in Europe. **The Lancet Public Health**, v. 5, n. 5, p. e247–e248, 2020.
- BRASIL. **CONSTITUIÇÃO da República Federativa do Brasil [recurso eletrônico]** Brasília - DFSupremo Tribunal Federal, Secretaria de Documentação, , 1988. Disponível em: <<https://www.stf.jus.br/arquivo/cms/legislacaoConstituicao/anexo/CF.pdf>>. Acesso em: 4 ago. 2020
- BRASIL. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990** Brasília - DF, 1990. Disponível em: <<https://portalquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/setembro/30/Lei-8080.pdf>>. Acesso em: 4 ago. 2020
- CAMARGO, G.; CAMARGO CÁRDENAS, M. Country risk: an empirical approach to estimate the probability of default in emergent markets. **Pontificia Universidad Católica del Perú**, 2001.
- Contra a reformulação da PNAB - nota sobre a revisão da Política Nacional de Atenção Básica - ABRASCO**. Abrasco, 2017. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/noticias/posicionamentos-oficiais/contra-reformulacao-da-pnab-nota-sobre-revisao-da-politica-nacional-de-atencao-basica/29798/>>

DA SILVA, S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: Desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 16, n. 6, p. 2753–2762, 2011.

DE MORAIS, H. M. M.; DE OLIVEIRA, R. S.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. The coalition of health entrepreneurs and their proposals for the reform of the Brazilian health system: Political and programmatic setbacks (2014-2018). **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 24, n. 12, p. 4479–4488, 2019.

DE PAULA, J. S.; AMBROSANO, G. M. B.; MIALHE, F. L. The impact of social determinants on schoolchildren's oral health in Brazil. **Brazilian oral research**, v. 29, n. 1, p. 1–9, 2015.

DE SETA, M. H.; OCKÉ-REIS, C. O.; RAMOS, A. L. P. **Programa Previne Brasil: O ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde?** Disponível em: <<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/programa-previne-brasil-o-apice-das-ameacas-a-atencao-primaria-a-saude/17535?id=17535>>. Acesso em: 28 ago. 2020.

Determinantes sociais - SUS: O que são? Leia mais no PenseSUS | Fiocruz. Disponível em: <<https://pensesus.fiocruz.br/determinantes-sociais>>. Acesso em: 13 out. 2020.

EDUARDO, C.; AVELINE, S. **Considerações Sobre a Dívida Pública Brasileira – Uma Revisão Integrativa**XIX USP International Conference in Accounting, 2019.

FIGUEIREDO, J. O. et al. Gastos público e privado com saúde no Brasil e países selecionados. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe2, p. 37–47, 2018.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 71. ed. Rio de Janeiro / São Paulo: Pas e Terra, 2019.

GARBOIS, J. A.; SODRÉ, F.; DALBELLO-ARAUJO, M. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. **Saúde em Debate**, v. 41, n. 112, p. 63–76, 2017.

GASTALDO, D. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista Health promotion and empowerment: a reflection based on critical-social and post-structuralist perspectives. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, p. 2029–2040, 2008.

GIOVANELLA, L. **Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente?**Cadernos de Saude Publica Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, , 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 27 ago. 2020

GIOVANELLA, L. et al. Universal health system and universal health coverage: Assumptions and strategies. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1763–1776, 2018.

GRIGORAKIS, N. et al. Out of pocket payments and social health insurance for private hospital care: Evidence from Greece. **Health Policy**, v. 120, n. 8, p. 948–959, 2016.

IBGE. Desigualdades sociais por cor ou raça no Brasil. **Estudos e Pesquisas. Informações Demográficas e Socioeconômicas**, v. 41, p. 1–12, 2019.

KLEINERT, S.; HORTON, R. Brazil: Towards sustainability and equity in health. **The Lancet**, v. 377, n. 9779, p. 1721–1722, 2011.

MACHADO, D. B. et al. Austerity policies in Brazil may affect violence related outcomes. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 24, n. 12, p. 4385–4394, 2019.

- MALTA, D. C. et al. Fiscal austerity measures hamper noncommunicable disease control goals in Brazil. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 23, n. 10, p. 3115–3122, 2018.
- MELO, E. A. et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 38–51, 2018.
- MOREIRA, T. P.; NATIONS, M. K.; ALVES, M. D. S. C. F. Inequality and damaged teeth: Oral sequelae from living in poverty in the Dendê community, Fortaleza, Ceará, Brazil. **Cadernos de Saude Publica**, v. 23, n. 6, p. 1383–1392, 2007.
- NARVAI, P. C. et al. Dental caries in Brazil: Decline, polarization, inequality and social exclusion. **Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health**, v. 19, n. 6, p. 385–393, 2006.
- O'DWYER, G. et al. Financial crisis and healthcare: The case of the municipality of Rio de Janeiro, Brazil. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 24, n. 12, p. 4555–4568, 2019.
- OCKÉ-REIS, C. O. Financial sustainability of the Brazilian health system and health-related tax expenditures. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 2035–2042, 2018.
- OCKÉ-REIS, C. O.; GAMA, F. N. DA. Radiografia do gasto tributário em saúde – 2003 - 2013. **Ipea Ntº19**, p. 35, 2016.
- OVIDO TEJADA, C. A. et al. Economic crises, child mortality and the protective role of public health expenditure. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 24, n. 12, p. 4395–4404, 2019.
- PAES-SOUSA, R.; DE ANDRADE SCHRAMM, J. M.; PEREIRA MENDES, L. V. Fiscal Austerity and the health sector: The cost of adjustments. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 24, n. 12, p. 4375–4384, 2019.
- PAES-SOUSA, R.; RASELLA, D.; CAREPA-SOUSA, J. Política econômica e saúde pública: equilíbrio fiscal e bem-estar da população. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe3, p. 172–182, 2018.
- PAIM, J. et al. The Brazilian health system: History, advances, and challenges. **The Lancet**, v. 377, n. 9779, p. 1778–1797, 2011.
- PERES, M. A. et al. **Oral diseases: a global public health challenge** *The Lancet* Lancet Publishing Group, , 20 jul. 2019. Disponível em: <<http://www.thelancet.com/article/S0140673619311468/fulltext>>. Acesso em: 24 set. 2020
- PINEIRO-MACHADO, R. **A desigualdade no Brasil medida pelos dentes**. Disponível em: <<https://theintercept.com/2019/05/13/desigualdade-no-brasil-dentes/>>. Acesso em: 14 maio. 2019.
- PINTO, É. G. Budgetary-financial erosion of social rights in the constitution of 1988. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 24, n. 12, p. 4473–4478, 2019a.
- PINTO, V. G. **Saúde Bucal Coletiva**. 7ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019b.
- PORSSE, A. A.; SOUZA, K. B. DE. Impactos Econômicos da COVID-19 no Brasil Nota Técnica NEDUR-UFPR N o 01-2020 Impactos Econômicos da COVID-19 no Brasil. 2020.
- PROBST, L. F. et al. Impact of financial crises on oral health indicators: An integrative review of the literature. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 24, n. 12, p. 4437–4448, 2019.
- Receita Corrente Líquida da União - Conjuntos de dados - Portal Brasileiro de Dados**

Abertos. Disponível em: <<https://dados.gov.br/dataset/receita-corrente-liquida-da-uniao>>. Acesso em: 13 nov. 2020.

REICHENHEIM, M. E. et al. Violence and injuries in Brazil: The effect, progress made, and challenges ahead. **The Lancet**, v. 377, n. 9781, p. 1962–1975, 2011.

SAKELLARIOU, D.; ROTAROU, E. S. The effects of neoliberal policies on access to healthcare for people with disabilities. **International Journal for Equity in Health**, v. 16, n. 1, p. 1–8, 2017.

SANTOS, T.; AZEVEDO, L. **Democracia é Saúde** Brasília - DF, Brasília Video Saúde - Distribuidora da Fiocruz, [s.d.]. Disponível em: <https://youtu.be/_HmqWCTEeQ>

SCHENKMAN, S.; MORAES BOUSQUAT, A. E. Alterity or austerity: A review on the value of health equity in times of international economic crises. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 24, n. 12, p. 4459–4473, 2019.

SCHMIDT, M. I. et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: Burden and current challenges. **The Lancet**, v. 377, n. 9781, p. 1949–1961, 2011.

VICTORA, C. G. et al. Health conditions and health-policy innovations in Brazil: The way forward. **The Lancet**, v. 377, n. 9782, p. 2042–2053, 2011.

VIEIRA, F. S. et al. **Políticas sociais e austeridade fiscal: como as políticas sociais são afetadas pelo austericídio da agenda neoliberal no Brasil e no mundo.** Rio de Janeiro: [s.n.].

VIEIRA, F. S.; BENEVIDES, R. P. DE S. E. Nota Técnica nº 28 - Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do sistema único de saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil. **Ipea**, p. 25pgs, 2016.

WHO. **Ten threats to global health in 2019** World Health Organisation (WHO), 2019. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/feature-stories/ten-threats-to-global-health-in-2019>><<https://www.who.int/emergencies/ten-threats-to-global-health-in-2019>>