

Financiamento e equidade em saúde - por um novo contrato social / *Financing and equity in health - for a new social contract*

SONIA FLEURY\*

### A Democratização da Saúde: Avanços e Impasses

A área de saúde tem sido vista como paradigmática por ter alcançado construir, a partir da sociedade civil e na luta pela democratização do Brasil, um projeto de Reforma Sanitária de caráter universal, com base no direito à saúde como direito de cidadania e dever do Estado.

Em outubro de 1979, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) apresentou no 1º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde na Câmara Federal o documento intitulado “A Questão Democrática da Saúde”<sup>1</sup>, identificado, a partir de então, como a proposta coletiva do movimento sanitário para a Reforma Sanitária.

Mais que o desenho de um novo sistema de saúde, o movimento que impulsionou a Reforma Sanitária brasileira colocou-se o desafio de participar da construção de um projeto contra-hegemônico para alcançar um novo patamar civilizatório, o que implica em uma profunda mudança cultural, política e institucional capaz de viabilizar a saúde como um bem público.

A Constituição Federal de 1988 inovou, para além das demandas do movimento sanitário, ao consagrar a Seguridade Social como “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos

\* Doutora em Ciência Política, Professora Titular da Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas (Ebape), da Fundação Getúlio Vargas, e ex-presidente do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes). E-mail: sonia.fleury@fgv.br

<sup>1</sup> CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. A Questão Democrática da Saúde in: FLEURY, S.; BAHIA, L.; AMARANTE, P. *Fundamentos da Reforma Sanitária*. Rio de Janeiro, 2007.

Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 1988, Título VIII, Capítulo II, Seção I, art. 194).

A inclusão da Previdência, da Saúde e da Assistência Social como partes da Seguridade Social, apesar de suas diferenças institucionais e das condições de acesso peculiares, introduz a noção de **direitos sociais universais como parte da condição de cidadania**.

Os benefícios sociais são, assim, desvinculados da existência de contribuições pretéritas, na medida em que os direitos sociais passam a ser financiados pela sociedade, de forma direta ou indireta (art. 195), e devem ser garantidos pelo Estado.

Este novo modelo de proteção social foi expresso nos princípios organizadores da Seguridade Social: universalidade da cobertura e do atendimento; uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais; seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços; irredutibilidade do valor dos benefícios e serviços; equidade na forma de participação do custeio; diversidade da base de financiamento; e gestão participativa, democrática e descentralizada em órgãos colegiados.

Além disso, foi introduzida a noção de uma renda de sobrevivência, de caráter não contributivo, ao assegurar um benefício financeiro de prestação continuada para idosos e deficientes incapazes de trabalhar.

Para garantir as bases legais e financeiras da Seguridade Social foram estabelecidas contribuições específicas, que se caracterizam por sua **diversidade** e sua **vinculação** ao Orçamento da Seguridade Social (OSS). Por meio da diversificação das fontes, buscava-se assegurar fontes alternativas à folha de salários, reduzindo os impactos das crises econômicas e aumentando a solidariedade da sociedade com o custeio da proteção social.

A constitucionalização do direito à saúde nos termos do artigo 6º e dos artigos 196, 197 e 198, além das Leis Orgânicas da Saúde (8.080/90 e 8.142/90), implica na garantia dos princípios fundamentais que informam as ações dos três Poderes Públicos neste campo: UNIVERSALIDADE, INTEGRALIDADE – EQUIDADE, RELEVÂNCIA PÚBLICA, AUTORIDADE PÚBLICA e COMANDO ÚNICO DO SUS.

Com relação à institucionalidade, o SUS operou uma reforma democrática do Estado que, mesmo tendo enfrentado todas as pressões dos governos que adotaram um modelo de reforma distinto e que pressupunha o esvaziamento da função estatal de provedor, conseguiu não apenas se manter como servir de modelo para a reorganização de sistemas de gestão compartilhada em outras áreas (como a Assistência Social e a Segurança Pública).

O SUS reorganizou o Executivo por meio dos seguintes instrumentos e processos:

- mecanismos de participação e controle social representados pelos Conselhos de Saúde, existentes em cada uma das esferas governamentais, com representação paritária de membros do Estado e de membros da sociedade civil. Os Conselhos, para além de instrumentos de controle social, externos ao aparelho de Estado, devem ser entendidos como “componentes do aparelho estatal, onde funcionam como engrenagens institucionais com vigência e efeitos sobre os sistemas de filtros, capazes de operar alterações nos padrões de seletividade das demandas” (CARVALHO, 1997, p. 993)<sup>2</sup>.
- mecanismos de formação da vontade política, efetivados por meio das Conferências de Saúde, realizadas periodicamente em todos os níveis do sistema, que, em

---

<sup>2</sup> CARVALHO, A. I. Conselhos de Saúde, Responsabilidade Pública e Cidadania: a reforma sanitária como reforma do Estado. In: FLEURY, S. (Org). *Saúde e Democracia: a Luta do Cebes*. São Paulo: Lemos, 1997.

uma interação comunicativa e deliberativa, colocam todos os atores sociais em interação em uma esfera pública e comunicacional, de tempos em tempos convocada. Além de mecanismos de aprendizagem e reconhecimento social, as Conferências fortalecem a sociedade organizada, que participa do processo de construção dos delineamentos políticos mais amplos do sistema, embora sem caráter vinculativo.

- mecanismo de gestão compartilhada, negociação e pactuação entre os entes governamentais envolvidos em um sistema descentralizado de saúde. A suposição de interesses distintos e de câmaras institucionais de negociação destas diferenças e de geração de pactos de gestão é uma das grandes inovações deste modelo federativo, que assume a diferenciação como realidade e a igualdade como princípio político e meta institucional.

Criou-se, pois, um federalismo diferenciado pelas desigualdades sociais e regionais existentes na sociedade brasileira, mas igualado pela criação de mecanismos de descentralização, pactuação e participação, que geram novas capacidades e poderes locais. Ao participar da reforma democrática do Estado com a criação do SUS, foi possível:

- Deslocar o poder em direção aos níveis subnacionais, inaugurando um modelo de federalismo pactuado altamente inovador, sem, no entanto, assegurar o estabelecimento de transparência e responsabilização necessárias a um Estado republicano.
- Institucionalizar e constitucionalizar os princípios e diretrizes que operacionalizam o direito e a organização do sistema de saúde, sem conseguir evitar a desmontagem do aparelho administrativo e prestacional do Estado, a deterioração das condições de trabalho, além da politização e patrimonialização dos recursos públicos que implicam na corrupção setorial.

- Criar modelos de gestão pública compartilhada com a sociedade civil, por meio das conferências e conselhos, sem, no entanto, ter capacidade de garantir que estes espaços gerassem efetivos processos comunicacionais e deliberativos de construção de políticas.
- Ampliar a cobertura para os setores mais excluídos, mesmo que isto represente a entronização do modelo de atenção curativo ou, quando alternativamente ampliamos a ação preventiva, que esta represente a possibilidade de ser estruturante de um novo modelo de atenção e de serviços de qualidade.
- Unificar o sistema de saúde público com uma única autoridade em cada nível de governo, sem, no entanto, alcançar romper com a lógica predominante de pagamento por serviços prestados e com as conseqüências deletérias desta modalidade para o sistema.
- Fortalecer os atores políticos que se organizam ao redor das políticas e recursos da saúde, mesmo que isto tenha implicado a sua fragmentação, cooptação e corporativização, reduzindo o potencial do movimento sanitário.
- Resistir a todos os projetos liberais baseados na individualização dos riscos e defender a manutenção de um sistema coletivo e solidário como o SUS, mas convivendo com a incapacidade de garantia de uma fonte regular para o seu financiamento e de patamares de gasto público necessários ao funcionamento do sistema.
- Aumentar a consciência sanitária em relação ao direito à saúde, mesmo que esta compreensão de saúde seja reduzida à atenção médica curativa e permita a crescente judicialização da saúde.
- Fortalecer a saúde como política pública, sem que isto tenha representado sua articulação maior com as políticas

de meio ambiente e da Seguridade Social e um maior comprometimento dos governos com as políticas de saúde.

- Ampliar de forma dramática a produção de consultas e intervenções em todos os tipos de procedimentos, dos mais simples aos mais complexos, sem alcançar definir uma porta única do sistema e uma rede hierarquizada e coordenada de serviços.
- Resistir à privatização da saúde, mas demonstrar incapacidade para romper com os inúmeros fluxos, no interior do SUS, pelos quais os recursos públicos são canalizados em prol de benefícios privados e organizações lucrativas.

## **Direitos Sociais Ameaçados pela Reforma Tributária – PEC 233/08**

A Constituição Federal de 1988 (CF - 88), ao separar a Ordem Social da Ordem Econômica, assumiu a primazia dos direitos sociais na estruturação das relações entre o Estado, o mercado e os indivíduos. Os direitos foram retirados da restrita esfera trabalhista e remetidos aos princípios da justiça social, que fundamentam a universalização da cidadania.

Com a vinculação de contribuições específicas e exclusivas ao Orçamento da Seguridade Social (OSS), o legislador buscou evitar que os recursos oriundos das contribuições sociais fossem utilizados para finalidades alheias à provisão dos direitos sociais. Com a criação do OSS, também se afirmou a precedência da cobertura dos direitos sociais sobre a disponibilidade de recursos. Tornou-se impositiva a busca de novas fontes complementares toda vez que o total de recursos vinculados não fosse suficiente para suportar financeiramente os direitos sociais líquidos.

Passados 20 anos da Constituição de 1988, podemos avaliar as conquistas da Seguridade Social considerando a extraordinária

expansão da cobertura em saúde e assistência, o fortalecimento institucional do SUS e do SUAS, a recente revisão da contabilidade da Previdência Social, que expurgou do cálculo os subsídios concedidos pelo governo que falsificam o déficit previdenciário, e a adoção de medidas que reduzem a sonegação e a evasão das contribuições sociais. Mais recentemente, ainda em 2009, estão sendo lançadas as bases para a inclusão previdenciária de inúmeros profissionais autônomos, o que deve reduzir o nosso ainda elevado índice de exclusão previdenciária.

No entanto, a Seguridade Social tem sido permanentemente ameaçada, a começar pelo fato da União nunca ter feito uma proposta orçamentária e de institucionalização da Seguridade Social. No governo Fernando Henrique foi, inclusive, extinto o Conselho de Seguridade Social. Além disso, a existência da Desvinculação das Receitas da União (DRU), desde 1994, drena 20% dos recursos das contribuições sociais para outras finalidades.

Considerando a questão do financiamento da saúde, verificamos que foram muitas as derrotas enfrentadas nessa trajetória. Inicia-se desde a Constituição Federal de 1988, quando a disposição transitória que destinava 30% dos recursos do Orçamento da Seguridade Social para o SUS não foi cumprida, até porque nunca foi formulada uma proposta de orçamento e um projeto de organização da Seguridade Social.

Posteriormente, ocorre a unificação do sistema público e a fusão do INAMPS ao Ministério da Saúde em 1990. Porém, em 1993 a Previdência deixa de passar recursos (historicamente representavam 25% do seu Orçamento) para o SUS, levando o Ministério da Saúde à bancarrota, o que o forçou a tomar empréstimos junto ao FAT para pagar suas despesas. Com a criação da CPMF, aprovada em 1997 a partir do apelo de que salvaria o financiamento da saúde, houve a confiança do estabelecimento de uma fonte regular de recursos para o setor.

No entanto, mais da metade dos recursos arrecadados com essa contribuição foram destinados a outros fins. Novamente, com a aprovação da Emenda Constitucional nº 29 em 2000, esperou-se poder assegurar uma fonte de recursos para a saúde, estabelecendo uma contribuição mínima de 12% do orçamento dos estados e 15% do orçamento dos municípios, enquanto a União deveria aportar pelo menos 5% a mais em relação ao orçamento empenhado no ano anterior. Além de não explicitar a fonte de recursos e sua relação com a Seguridade Social, essa emenda constitucional não foi até hoje regulamentada, deixando em aberto a possibilidade de que outros gastos alheios ao setor sejam contabilizados como sendo da área de saúde.

A explosão da demanda provocada pela universalização do direito à saúde, sem uma fonte regular e suficiente de financiamento, acarretou conseqüências na qualidade dos serviços, na deterioração dos salários e na insuficiência de insumos. O gasto público em saúde dos três níveis de governo passou de 3,01% do PIB em 1995 para 3,63% em 2007, ficando muito abaixo do recomendado pela OMS para o financiamento dos sistemas universais de saúde, que se situa em algo superior a 6% do PIB<sup>3</sup>.

Na oportunidade das celebrações dos 20 anos da Seguridade Social proveniente da Constituição de 1988, ao invés de congratularmo-nos com os avanços na proteção social e redução da pobreza, o que ocorreu foi uma grave ameaça de erosão da sua base jurídica e financeira, advinda do projeto de Reforma Tributária (PEC 233/2008) encaminhado pelo governo, que agora tramita no Congresso Nacional. Trata-se do projeto de emenda constitucional de reforma tributária, no qual o governo propõe profundas alterações no sistema tributário nacional, com vistas à sua simplificação e desburocratização, eliminação da guerra fiscal, eliminação de distorções e cumulatividades e aumento da competitividade econômica por meio da desoneração parcial da

<sup>3</sup> UGÁ, A.; MENDES, A. *Desenvolvimento, economia e saúde*. Rio de Janeiro: CEBES; Abres, 2009. Texto para discussão.

tributação sobre a folha de salários Nesta proposta, são extintas as Contribuições Sociais vinculadas à Seguridade Social – COFINS, CSLL, PIS/PASEP –, além daquela relativa ao Salário Educação, e criado um Imposto sobre Valor Agregado Federal (IVA-F), do qual um percentual será destinado à Seguridade Social. Também são reduzidos seis pontos percentuais da contribuição patronal para a Previdência Social, em um período de seis anos. Está previsto que tal redução será compensada, posteriormente, por meio de legislação ordinária.

O novo IVA comporá uma base única ampliada de impostos federais, junto com o Imposto de Renda e o Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI). Desse total de recursos, serão alocados 39,7% para a Seguridade Social, 6,5% para o FAT/ BNDES, e outros percentuais serão destinados à Educação Básica, à infra-estrutura de transportes, aos Fundos de Participação de Estados e de Municípios, ao Fundo Nacional de Desenvolvimento Regional e ao Fundo de Equalização Regional. Alega-se que essa racionalização e ampliação da base permitirão maior estabilidade e reforço à solidariedade federativa.

Na proposta, justifica-se que o percentual de 39,7% destinado à Seguridade Social representaria o mesmo volume de recursos resultante das contribuições sociais e carreados à Seguridade Social em 2006. Portanto, afirma-se que a reforma tributária será neutra em relação ao financiamento da Seguridade Social, não havendo nada a temer no tocante aos direitos sociais.

Por que, então, nos posicionamos contra essa reforma?

1 - Porque a Reforma Tributária que queremos está baseada no princípio maior da justiça fiscal, que estabelece a equidade horizontal e vertical como seus fundamentos. Em outros termos, todos que estão na mesma situação devem ser igualmente taxados e as contribuições devem ser progressivas, pagando mais aqueles que mais ganham. Apesar da perversa estrutura tributária brasileira, na qual os mais pobres são os que mais contribuem através dos

impostos indiretos, a proposta atual de reforma não aumenta progressivamente a tributação sobre a renda e patrimônio, concentrando-se nos impostos indiretos, que são altamente regressivos<sup>4</sup>.

2 - A ausência de discussões sobre as conseqüências da política de juros sobre o aumento da dívida pública e para a estabilidade fiscal demonstra que as causas dos problemas não estão sendo tratadas nessa reforma.

3 - Se os governos têm lançado mão das contribuições para aumentar sua arrecadação e gerar maior superávit primário, este é um desvio que deve ser combatido não com a eliminação das contribuições, mas com maior fiscalização sobre o uso que está sendo dado às mesmas e os possíveis desvios destes recursos de suas finalidades originais.

4 - As contribuições sociais, por serem tributações indiretas, são também regressivas, porém, se são regressivas na origem, são, no entanto, progressivas na sua destinação social. Ao determinar que a Seguridade fosse financiada por contribuições, os constituintes preocuparam-se em dar primazia ao social, de forma que as inflexibilidades e restrições relativas aos impostos não se aplicassem às contribuições, assegurando assim maior flexibilidade no atendimento das necessidades sociais.

5 - Ao eliminar as contribuições e substituir o financiamento da Seguridade por um percentual do novo IVA-F, há uma inversão na lógica que presidiu o financiamento da Seguridade até então. A Seguridade, financiada por contribuições específicas e por toda a sociedade, deve contar com o aporte governamental, considerado obrigatório para a manutenção dos benefícios sociais (art. 195 da CF). Esse aporte também foi respaldado pela Lei de Responsabilidade Fiscal (art. 24), que estabeleceu a garantia contra

---

<sup>4</sup> INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. *Receita pública: quem paga e como se gasta no Brasil*. Brasília, 2009.

cortes das despesas vinculadas aos direitos da Seguridade Social, segundo os conceitos das despesas específicas.

6 - Na proposta atual, estabelece-se um percentual do IVA que funcionará como **teto dos gastos com a Seguridade Social**, independentemente da sua capacidade de assegurar os direitos sociais. Coloca-se em risco, assim, a segurança jurídica de todo o sistema da Seguridade. A idéia de um teto de gastos é totalmente estranha às premissas da Seguridade Social da CF - 88. Ela é unicamente adequada a uma política governamental que subordina os direitos sociais às necessidades conjunturais de pagamento de juros e manutenção de superávits primários elevados.

7 - Por perder a exclusividade em relação às contribuições sociais, a Seguridade Social será afetada pelas políticas econômicas de subsídios, como isenção ou redução do IPI, que reduzirão a base ampliada do IVA-F. Da mesma maneira, a perda da exclusividade implicará na disputa de recursos com poderosos interesses regionais e setoriais, o que ameaçará a preservação do percentual que se pensa destinar à Seguridade.

8 - Estudos e projeções<sup>5</sup> indicam que as bases de cálculo do percentual a ser destinado à Seguridade Social representam um valor que está inteiramente defasado em relação às necessidades sociais. Tais recursos alcançariam apenas 40% do atual Orçamento da Seguridade Social, sendo que o equacionamento desta diferença é remetido para “providências posteriores”. A inexistência de garantias sobre a recomposição dos recursos previdenciários, área que deixará de recolher cerca de R\$ 24 bilhões com a desoneração da folha de salários, mostra que se trata de um projeto político que carece de uma base técnica socialmente respaldada, gerando total insegurança jurídica para o financiamento da Seguridade Social.

9 - Ao calcular o percentual da Seguridade Social, sem expurgar os recursos drenados por meio da DRU, o que se fez

---

<sup>5</sup> Ver a respeito a apresentação de Marcia Bassit, secretária executiva do Ministério da Saúde, na Comissão de Seguridade Social e Família em 31/03/2009.

foi entronizar esse desvio de recursos, até aqui considerado temporário.

10 - A área de saúde perdeu cerca de R\$ 16 bilhões do seu orçamento com a revogação da CPMF e continua sem obter a regulamentação da EC nº 29, carecendo de condições mínimas de funcionamento e de uma fonte regular de recursos. Essa situação crítica não foi considerada no cálculo do valor a ser atribuído à Seguridade Social, o que implica em calcular muito por baixo os recursos necessários para assegurar os benefícios e direitos sociais.

## Conclusão

Diante dessa situação, só nos resta repudiar essa proposta de Reforma Tributária e entender a importância política da recente mobilização da sociedade civil em defesa da Seguridade Social<sup>6</sup> como um passo relevante na construção de um novo consenso social, que respalde a continuidade e a ampliação da Seguridade.

Esse consenso é imprescindível para dar origem a um pacto fiscal que assegure, por meio da proteção social, a coesão social. Essa bandeira tem sido levantada pela CEPAL<sup>7</sup>, que propugna um pacto pela proteção social regido pelos princípios da universalidade, solidariedade e eficiência. Pacto que se materialize em um sistema fiscal e tributário justo e suficiente para garantir a exigibilidade dos direitos e a consolidação das democracias na América Latina.

A ausência de um pacto fiscal que respaldasse a construção efetiva da Seguridade Social, proposta na Constituição Federal de 1988, acarretou instabilidades e retrocessos no financiamento dos direitos sociais, que ameaçaram sua institucionalidade e exigibilidade nestes 20 anos. Diferentes manifestações desse

<sup>6</sup> Ver: <[www.direitossociais.org.br](http://www.direitossociais.org.br)>

<sup>7</sup> SOJO, A.; UTHOFF, A. (Ed.). *Cobesión social en América Latina y el Caribe: una revisión perentoria de algunas de sus dimensiones*. Santiago: CEPAL, 2007.

fenômeno se observam, tais como a lentidão na expansão dos benefícios assistenciais, quando não fazem parte de uma estratégia política governamental. Da mesma forma, tornam-se evidentes na contenção da concessão destes benefícios por meio da existência de condições que restringem o acesso dos cidadãos. Esse fenômeno fragiliza também as instituições, ao atribuir o suposto déficit previdenciário à expansão dos direitos sociais, retornando, a cada momento, com a proposta de uma reforma previdenciária que debilite o caráter público da Previdência.

Por fim, a ausência de um pacto fiscal se fez sentir de forma dramática no setor saúde, cuja trajetória de resistências políticas e derrotas financeiras tem sido ilustrativa desse efeito paradoxal de uma reforma que surgiu e se manteve como expressão dos interesses sociais organizados: uma política que, pelo consenso societário em que emerge, alcançou ser de Estado, mas, por não poder ser apropriada politicamente, não é assumida pelos governos.

As limitações apontadas na etapa atual do SUS demonstram as conseqüências do seu subfinanciamento e de deficiências de gestão manifestas ao longo destes 20 anos, mas também indicam as extraordinárias potencialidades desta política para a inclusão social e a construção da cidadania.

## Referências

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988, 292 p.

\_\_\_\_\_. Lei 8080, de 9 de setembro de 1990. Publicada no Diário Oficial da União em 20 de setembro de 1990.

\_\_\_\_\_. Lei 8142, de 28 de dezembro de 1990. Publicada no Diário Oficial da União em 31 de dezembro de 1990.

CARVALHO, A. I. Conselhos de saúde, responsabilidade pública e cidadania: a reforma sanitária como reforma do Estado. In: FLEURY, S. (Org.). *Saúde e democracia: a luta do Cebes*. São Paulo: Lemos, 1997.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. A Questão Democrática da Saúde in: FLEURY, S.; BAHIA, L.; AMARANTE, P. *Fundamentos da Reforma Sanitária*. Rio de Janeiro, 2007.

FLEURY, S. Seguridade social: um novo patamar civilizatório. In: DANTAS, Bruno (Coord.). *Constituição de 1988: o Brasil 20 anos depois*. Brasília: Senado Federal. Instituto Legislativo Brasileiro, 2008. 5 v.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. *Receita pública: quem paga e como se gasta no Brasil*. Brasília, 2009.

SANTOS, N. R. Vinte anos do Sistema Único de Saúde: por onde manter as chamas da utopia. In: DANTAS, Bruno (Coord.). *Constituição de 1988: o Brasil 20 anos depois*. Brasília: Senado Federal. Instituto Legislativo Brasileiro, 2008. 5 v.

SOJO, A.; UTHOFF, A. (Ed.). *Cobesión social en América Latina y el Caribe: una revisión perentoria de algunas de sus dimensiones*. Santiago, Chile: CEPAL, 2007.

UGÁ, A.; MENDES, A. *Desenvolvimento, economia e saúde*. Rio de Janeiro: CEBES; Abres, 2009. Texto para discussão.