

O SUS *versus* as diretrizes da política econômica / *The Brazilian Unified Health System (SUS) versus the economic policy directives*

ROSA MARIA MARQUES*
ÁQUILAS MENDES**

Resumo: O artigo reconstitui o processo de institucionalização do financiamento do SUS, prejudicado, em primeira instância, pela política macroeconômica desenvolvida ao longo dos anos 1990 e 2000, e, em última instância, pelos efeitos provocados pela atual fase do capitalismo, de dominância do capital portador de juros. Principal destaque é dado às iniciativas do governo federal contra o SUS, especialmente no campo do financiamento, e à proposta de reforma tributária do governo Lula.

Palavras-chave: financiamento do SUS, reforma tributária, Seguridade Social.

Abstract: This article rebuilds the process of SUS financing institutionalization, damaged, in the first instance, by the macroeconomic policy developed during the years of 1990s and 2000s, and, in the last instance, by the effects caused by the present phase of capitalism, characterized by the supremacy of a capital loaded with interests. It highlights federal government initiatives against SUS, specially in the financing field and in relation to Lula's government tax reform.

Keywords: SUS financing, tax reform, Social Security.

Introdução

A proposta de reforma tributária encaminhada pelo governo Lula, em 2008, constitui a mais grave ameaça à Seguridade Social desde sua introdução na Constituição de 1988. Depois de sua promulgação, não foram poucas as iniciativas do governo federal

* Professora Titular do Departamento de Economia e do Programa de Estudos Pós-graduados em Economia Política da PUC-SP. E-mail: rosamkmarques@gmail.com

** Professor Doutor do Departamento de Economia da PUC-SP e presidente da Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABRES). E-mail: aquilasn@uol.com.br

no sentido de solapar tanto os princípios básicos de proteção social assegurados pela Seguridade Social quanto suas fontes de financiamento. Apesar dessas tentativas, algumas bem sucedidas, pela primeira vez a natureza de suas fontes de financiamento foram questionadas, o que coloca a destruição da Seguridade Social, tal como a conhecemos hoje, como uma possibilidade concreta. É isso que está subjacente à eliminação das contribuições sociais, não importam sob quais bases fiscais elas estão assentadas, se salários, faturamento ou lucro.

O início das ações contrárias à implementação e ao pleno desenvolvimento da Seguridade Social pode ser datado em 1990, quando o primeiro presidente foi eleito depois de finda a ditadura militar. No plano econômico, a ascensão de Fernando Collor de Mello colocou em marcha a adoção de princípios neoliberais, os quais resultaram nas privatizações, na abertura da economia, na adoção do regime de câmbio flutuante, no (des)aparelhamento do Estado, na eleição de metas da inflação como a principal variável macroeconômica e na busca pela manutenção de elevados superávits primários, entre outros aspectos, o que iniciativas que foram implementadas durante os governos de Fernando Henrique Cardoso.

É a partir deste quadro referencial que este artigo concentra sua discussão. Seu objetivo é reconstituir o processo de institucionalização do financiamento do SUS, determinado, em primeira instância, pelas condições da política macroeconômica desenvolvida ao longo dos anos 1990 e 2000, e, em última instância, por efeitos provocados pela dominância do capital portador de juros, no plano mundial. Trata-se de identificar, nesse quadro econômico e político, as tensões existentes com a área econômica do governo federal, destacando as condicionalidades impostas ao financiamento e ao conceito de saúde, enquanto universal e integrante da Seguridade Social.

Este artigo está estruturado em três partes. A primeira parte destaca os aspectos que condicionaram a definição da universalidade das ações e serviços de saúde no Brasil, iniciando-se

com o Sistema Único de Saúde (SUS) e com a Seguridade Social, com referência para o momento político de seu surgimento. A segunda parte aponta as condições gerais da atual fase do capitalismo, que não eram mais aquelas do período do pós-guerra, indicando como esse novo ambiente interagiu e constrangeu a trajetória brasileira, principalmente quanto à ação de seu Estado, dificultando a aplicação da plena universalidade da saúde. A terceira parte evidencia, a partir desse quadro referencial, a construção da universalidade e os constrangimentos econômicos sofridos pela saúde pública. É dado destaque para as ameaças da proposta de reforma tributária do governo Lula (PEC 233/08) ao financiamento da Seguridade Social e do SUS.

O financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Seguridade Social

Os constituintes consagraram na Constituição de 1988 a garantia de novos direitos sociais e princípios de organização da política social, os quais, pelo menos quanto às suas definições, modificaram alguns pilares básicos do sistema anterior de proteção social¹. Influenciada pelo ambiente político-social da abertura e com um discurso de que era preciso resgatar a enorme dívida social brasileira herdada do regime militar, a Constituição assegurou direitos básicos e universais de cidadania, estabelecendo o direito à saúde, assistência social e previdência em um capítulo específico – o da Seguridade Social.

Em relação à saúde pública, a Constituição e, em seguida, as Leis Federais nº 8.080/90 e nº 8.142/90, consideradas Leis Orgânicas dessa área, apontaram as diretrizes gerais para a organização de um SUS, que deveria propiciar respostas mais adequadas aos problemas de saúde do Brasil. Como é visto adiante, a trajetória desse sistema no período pós-constitucional foi bastante tumultuada em relação ao problema de seu financiamento

¹ Para essa discussão, ver Draibe (1999).

– insuficiência de recursos – e no tocante ao relacionamento entre as esferas de governo e o setor privado prestador de serviço.

Qualquer que seja o diagnóstico, no entanto, é crescente a percepção de que a área da saúde enfrenta problemas no seu esquema de financiamento, inviabilizando a realização de uma política mais efetiva. Em outras palavras, o quadro deteriorado do financiamento da saúde, acrescido do agravamento das questões sociais no País, evidencia, ainda mais, a crise da saúde.

Nessa situação, é preciso analisar o fio condutor que dá origem ao problemático financiamento da saúde nos anos 1990. Para tanto, esse quadro é abordado com base em sua relação com a Previdência Social, tanto no período anterior como posterior à Constituição de 1988.

Em relação ao período anterior à Constituição de 1988, o financiamento do gasto federal em saúde foi em grande parte viabilizado por meio dos recursos do Fundo de Previdência e Assistência Social (FPAS). A participação média dessa fonte no financiamento foi de 80%, o que indica a extrema dependência do financiamento da saúde em relação ao comportamento das receitas do complexo previdenciário². Nesse período, houve um aumento da participação dos recursos do Tesouro: de 13%, em 1980, para 21%, em 1990. Isso não significa, entretanto, que tenha havido um maior aporte de recursos fiscais. O aumento da participação é explicado pelo fato de o governo federal ter incorporado o Finsocial³, como se fosse um recurso do Tesouro, e pela queda do volume de recursos provindos do FPAS.

A acentuada dependência do financiamento do FPAS sugere a importância de se analisar o financiamento do sistema de proteção social como um todo. Registre-se, em primeiro lugar, que,

² Para uma análise do financiamento da saúde nos anos 1980, ver Marques (1999).

³ Finsocial significa “Fundo de Investimento Social”. Trata-se de uma contribuição social criada em 1982 para custear programas sociais federais. Em 1992, seu nome foi modificado para Contribuição para Financiamento da Seguridade Social (Cofins).

a partir da criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), o conjunto de benefícios e ações concedidos pela Previdência Social, Assistência Social e pelo antigo INAMPS era garantido por contribuições de empregados e empregadores, contribuição da União e outras receitas. Nesse ponto, é preciso assinalar que a legislação que regulava o financiamento da área previdenciária determinava que o custo com pessoal, as insuficiências financeiras e as pensões e aposentadorias do funcionalismo federal (Encargos Previdenciários da União – EPU) deveriam ser financiados por recursos fiscais, o que caracterizaria a contribuição da União. Contudo, pode-se verificar que, durante os anos 1980, o governo federal quase sempre desconsiderou essa determinação.

Nesse período, de longe, a principal fonte de financiamento do SINPAS foi constituída por recursos da contribuição de empregado e empregador. Uma vez que essa receita é produzida pela aplicação de alíquotas sobre o salário, o volume arrecadado depende do nível de emprego do mercado formal de trabalho e do salário médio. Isso significa que a disponibilidade para o financiamento do SINPAS e, por decorrência, da saúde, nos anos 1980, dependia do movimento cíclico da economia.

Em relação aos anos 1980, portanto, o financiamento da saúde, ao ser realizado basicamente por meio de recursos do FPAS, era extremamente dependente da evolução das contribuições de empregados e empregadores.

Para garantir o financiamento das despesas de proteção social, ampliadas pela adoção da Seguridade Social, os constituintes definiram que o financiamento da Seguridade Social seria realizado “mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios” e das contribuições sociais dos empregadores (incidentes sobre a folha de salários, o faturamento — Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins) - e o lucro (Contribuição Social sobre o Lucro

Líquido (CSLL), dos trabalhadores e 50% da receita de concursos e prognósticos (loteria). A Constituição dizia, ainda, que os recursos da Seguridade Social não integrariam o orçamento da União e sim o da Seguridade Social (artigo 195). A incorporação das novas fontes, Cofins e CSLL, também visava tornar o financiamento menos dependente das variações cíclicas da economia.

Por meio de lei complementar, dispôs-se que 30% dos recursos do OSS deveriam ser destinados ao SUS. A esses recursos, de origem federal, deveriam ser acrescidas, segundo a Constituição, receitas provenientes dos Tesouros Estaduais e Municipais, que viabilizassem a implementação desse sistema. A Constituição de 1988 não definia, entretanto, como seria a participação dos entes federados no financiamento da Seguridade Social. Em 1997, foi criada a Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF), cujos recursos se somaram àqueles definidos na Constituição. Somente em 13 de setembro de 2000 foi aprovada a Emenda Constitucional nº 29, estipulando a forma da inserção da União, dos estados e dos municípios no financiamento do Sistema Único de Saúde.

Os constituintes também tiveram o cuidado de definir que as contribuições sociais e os recursos dos entes governamentais seriam de uso exclusivo da Seguridade Social. Infelizmente, nenhum governo que se seguiu à promulgação da Constituição de 1988 cumpriu esse dispositivo.

A saúde pública e a dominância do capital portador de juros⁴

A universalização de direitos e a participação da comunidade na definição das políticas sociais, estabelecidas pela Constituição de 1988, tiveram como princípio fundador a superação do caráter meritocrático e a adoção da cidadania como critério de acesso. A cidadania é facilmente reconhecível na área da saúde.

⁴ Esta parte apóia-se em Marques e Mendes (2007).

De uma situação em que o serviço público era voltado apenas aos trabalhadores contribuintes do mercado formal, passou-se à garantia do direito para todos.

Contudo, para o entendimento do que está em disputa quando se discute a saúde, cabe registrar que esse padrão de proteção social, que garantiu o direito de universalização da saúde pública no Brasil, desenvolveu-se, em relação aos países desenvolvidos, de forma “tardia”, tanto em relação ao tempo quanto ao momento histórico que lhe fundamentou.

Ao contrário do que ocorreu no período em que a proteção social do Estado de Bem-estar Social europeu e norte-americano se desenvolveu, não era mais o capital industrial que comandava o processo capitalista. É fato que, a partir do início dos anos 1980, o ressurgimento do capital produtor de juros era incontestável e que ele determinava as relações econômicas e sociais do capitalismo contemporâneo. “O capital portador de juros”, segundo Chesnais (2005), “busca fazer dinheiro sem sair da esfera financeira, sob a forma de juros de empréstimos, de dividendos e outros pagamentos a título da posse de ações e de lucros nascidos da especulação bem sucedida” (CHESNAIS, 2005, p. 35).

O domínio do capital portador de juros teve grande impacto sobre o arranjo da proteção social conhecido como Estado de Bem-estar Social e sobre a relação capital/trabalho. Desde o início da crise, os ataques e os questionamentos ao Estado de Bem-estar Social intensificaram-se, não sendo poucos os países que introduziram dispositivos que aumentaram a participação do usuário no custeio das ações e serviços de saúde e limitaram a lista de medicamentos gratuitos, entre outros (MESA-LAGO, 2000).

Nesse mesmo período, o mercado de trabalho apresentava alterações significativas em relação à sua realidade anterior, a do período chamado de trinta anos dourados, que se seguiu ao pós-guerra. O desemprego, antes restrito a problemas decorrentes do sistema imperfeito de informações entre a demanda e a oferta

(o chamado desemprego friccional), passou a registrar elevadas taxas no mundo desenvolvido. Nesse contexto, a ação do capital sob os trabalhadores se intensificou, jogando parte substantiva da força de trabalho na precarização. Segundo Husson (2003), o capital produtivo, e também o capital portador de juros, impôs a diminuição dos níveis salariais e fez a defesa da eliminação dos encargos sociais e a e da redução substantiva dos impostos, elementos constitutivos do financiamento da proteção social de diversos países.

No Brasil, no entanto, as determinações do capital portador de juros somente irão se impor tardiamente. Isso porque era necessário, antes de tudo, criar as condições políticas para que reformas fossem realizadas e suas políticas implementadas. E isso não era uma tarefa fácil de fazer, pois o país vivenciava nos anos oitenta um período de redemocratização, onde uma das principais aspirações era a ampliação da proteção social. É nesse ambiente de novos constrangimentos para a economia brasileira e de pressão para o alargamento da cobertura social garantida pelo Estado que a Constituição de 1988 introduziu o conceito de Seguridade Social e definiu a saúde pública como um direito de todos e um dever do Estado. Mas, contrário do ao que ocorreu quando da universalização da saúde nos países desenvolvidos europeus, o Brasil não mais crescia de forma duradoura e seu Estado havia perdido sua capacidade de investir, por força dos constrangimentos das dívidas externa e interna, das exigências do Fundo Monetário Internacional (FMI) e do convencimento crescente na superioridade do mercado.

Durante os anos que se seguiram à eleição de Collor, ocorreram tentativas de diminuição dos gastos na saúde e a redução da participação dos recursos fiscais no financiamento da saúde. A restrição do Estado, mencionada acima, foi ainda mais intensa quando a política econômica passou a perseguir metas de inflação e superávit primário, o que resultou em montantes insuficientes e indefinidos para a área da saúde.

Os conflitos na trajetória do financiamento do SUS⁵

Para abordar o financiamento do SUS a partir da Constituição de 1988, considera-se importante, antes de tudo, identificar a existência de um duplo movimento em seu caminho, resultado de ação permanente e contraditória de dois princípios que se embricam, embora cada um deles aponte para objetivos específicos⁶. Por um lado, destaca-se o “princípio da construção da universalidade”, que afirma o direito de cidadania às ações e serviços de saúde, viabilizando o acesso de todos, por meio da defesa permanente de recursos financeiros seguros. De outro lado, identifica-se o princípio da “contenção de gasto”, uma reação que se articula em torno da defesa da racionalidade econômica, na qual a diminuição das despesas públicas é o instrumento-chave para combater o déficit público, propiciado por uma política fiscal contractionista e pela manutenção de alto superávit primário em todas as esferas de atuação estatal. Entre os vários argumentos na defesa desse princípio, destaca-se aquele que atribui aos direitos introduzidos pela Constituição a forte causa dos desequilíbrios nas contas do governo, provocando o déficit público. Desse modo, decorre a idéia de redução do gasto em saúde e, em consequência, indaga-se sobre qual deveria ser a extensão da cobertura dos serviços realizados pelo SUS.

Essa idéia do duplo movimento no caminho do financiamento do SUS após a Constituição de 1988 não deve ser entendida como se fosse uma seqüência no tempo ou um movimento pendular. Trata-se de um movimento dialético, pois os dois princípios têm

⁵ Esta parte se beneficia largamente de Mendes (2005). Contudo, seu conteúdo foi ampliado e atualizado.

⁶ A idéia do duplo movimento apóia-se na contribuição de Polanyi (1980, apud FIORI, 1999) quando procura explicar as origens da “grande transformação/crise” que destruíram a civilização liberal do século XIX, entre as duas grandes guerras mundiais do século XX e, ainda, as forças de longo prazo que levaram ao surgimento, depois dos anos 1930 e das guerras, de um novo consenso econômico e político favorável à construção dos Estados de Bem-estar Social. Para Polanyi, é possível identificar um duplo movimento na história do capitalismo. São eles: o princípio do liberalismo econômico e o princípio da autoproteção social. Essa idéia de Polanyi contribui para a reflexão sobre a trajetória dos embates políticos e econômicos do financiamento do SUS — ancorado na universalização do direito à saúde.

raízes materiais e sociais que convivem de forma permanente e contraditória ao longo do processo de implementação do SUS. A defesa do princípio da construção da universalidade das ações e dos serviços de saúde, que acaba corrigindo a expansão da política econômica ortodoxa, manifesta-se, principalmente, no embate contra os ditames dessa política econômica, por meio da busca da garantia de recursos financeiros.

Os embates por recursos financeiros

A situação financeira da área da saúde, ao longo de todos os anos posteriores à Constituição, tem sido orientada por dois determinantes: a preocupação dada à Previdência no interior do orçamento da Seguridade Social e a política fiscal contracionista, implementada pelo governo federal no campo social, decorrente de sua meta de redução de despesas.

No que diz respeito à relação entre SUS e orçamento da Seguridade Social, houve um embate constante pela disputa de recursos ao longo de todos esses anos. Tendo em vista os novos direitos introduzidos na área previdenciária, a universalização da saúde e a criação da Assistência Social como política pública, a Constituição de 1988 preocupou-se em ampliar os recursos por meio de financiamento específico da Seguridade Social, como mencionado na seção 1. Contudo, de 1989 a 2008, os cuidados estabelecidos pelos constituintes foram sendo deixados de lado, não só pela utilização dos recursos em fins distintos à Seguridade Social como também pelo rompimento do próprio conceito de Seguridade⁷.

O primeiro enfrentamento verificou-se em 1989 e 1990, quando recursos do então Finsocial não foram totalmente destinados ao financiamento da Seguridade Social. Isto porque

⁷ Esse conceito, que concebe a proteção como uma totalidade, se expressava no plano do financiamento, no entendimento de que nenhuma fonte de recursos da Seguridade poderia ser considerada como de uso exclusivo de um de seus setores, isto é, Previdência, Saúde ou Assistência.

esses recursos contribuíram para o financiamento dos encargos previdenciários da União – despesa que não faz parte do orçamento da Seguridade Social. Ainda que a Constituição de 1988 tenha determinado, em suas Disposições Transitórias, que pelo menos 30% do total de recursos da Seguridade Social, com exceção da receita do PIS/PASEP, que é vinculada, deveriam ser destinados à área da saúde, com a aprovação da Lei Orgânica da Saúde, em fins de 1990, foi possível, ao Ministério da Previdência Social, reduzir o volume desse repasse. A transferência para o Ministério da Saúde, que representava 33,1% da receita de contribuições em 1991, passou para apenas 20,9% em 1992.

O segundo momento de tensão e enfrentamento aconteceu em 1993. Neste ano, a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) estipulava que 15,5% do total arrecadado a título de contribuições deveriam ser repassados para a área da saúde. Contudo, apesar do disposto na LDO, não foi efetuado nenhum repasse para a saúde em maio de 1993. A justificativa alegada foi que a Previdência Social estava apresentando problemas de caixa de tal ordem que, caso as transferências prosseguissem, acabaria por encerrar o ano com déficit. Com a situação financeira estabelecida na saúde, buscou-se a liberação de recursos sob a forma de empréstimo do Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT).

Além disso, entre 1989 e 1993, houve certa especialização das fontes da Seguridade Social: os orçamentos destinaram a maior parte dos recursos da Cofins para a Saúde, da Contribuição sobre o Lucro para a Assistência e das contribuições de empregados e empregadores para a Previdência Social. Essa forma de utilizar as fontes de financiamento da Seguridade Social teve conseqüências, especialmente para a saúde.

Um terceiro conflito ocorreu com a criação do Fundo Social de Emergência (posteriormente denominado Fundo de Estabilização Fiscal e atualmente Desvinculação das Receitas da União – DRU), em 1994. Isso porque ficou definido, entre outros aspectos, que 20% da arrecadação das contribuições sociais seriam

desvinculados de sua finalidade e estariam disponíveis para uso do governo federal.

Nesse quadro de deterioração da situação financeira da Previdência, em que a baixa arrecadação das contribuições sociais refletia o não crescimento da economia, com altas taxas de desemprego e o crescimento do mercado informal do trabalho, a Previdência incorporou como fonte os demais recursos que integram a Seguridade Social, além de já utilizar, de forma exclusiva, as contribuições sobre a folha de salários. Desse modo, o constrangimento financeiro assumido pela Saúde não encontrava paralelo na sua história recente.

Como forma de encontrar fontes alternativas de recursos, o Conselho Nacional de Saúde e a Comissão de Seguridade Social da Câmara buscaram soluções transitórias por meio da criação, em 1994, do Imposto Provisório sobre a Movimentação Financeira (IPMF). Na realidade, essa solução veio a vigorar a partir de 1997, sob a denominação de Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF). Neste ano, a participação da CPMF, em bilhões de reais correntes, foi de R\$ 6,7 bilhões, correspondendo a 27,8% do total das fontes do financiamento da saúde. Em 1998, essa participação passou para 37,% e, em 1999, significou 22,6%. Neste último ano, essa redução foi proveniente da ausência de arrecadação durante alguns meses (MENDES; MARQUES, 2006). Nos anos seguintes, sua participação em relação ao total das fontes de financiamento recuperou-se, registrando cerca de 30% até 2007, último ano de sua vigência.

O novo volume de recursos da CPMF não significou o volume de recursos esperado, uma vez que a Cofins e a Contribuição Social sobre o Lucro Líquido das Empresas (pessoa jurídica) foram reduzidas — especialmente em 1997, quando passaram a ser transferidas crescentemente para a área previdenciária. Além disso, parte dos recursos da CPMF foi destinada a atividades alheias à saúde, pela desvinculação do Fundo de Estabilização

Fiscal (FEF), de então, e atual DRU. É importante dizer que a DRU já foi ampliada até 2011.

A crise provocada pelo não recebimento do repasse das contribuições, pela diminuição da presença de outras fontes da Seguridade Social e ainda pela desvinculação da CPMF, Cofins e CSLL teve repercussões no desempenho do gasto federal com saúde, a partir da segunda metade da década de 1990.

No tocante ao gasto líquido com ações e serviços de saúde, excluindo os valores da dívida e de inativos e pensionistas, realizado pelo Ministério da Saúde, em proporção ao Produto Interno Bruto (PIB), no período 1995 e 2008, este manteve-se praticamente estabilizado (1,7%), indicando quase nenhum esforço do Ministério (Tabela 1).

Tabela 1: Despesas com Ações e Serviços de Saúde do Ministério da Saúde para Cumprimento da Emenda Constitucional nº 29/2000, em proporção ao PIB 1995-2008

Anos	Empenhado R\$ milhões correntes	PIB R\$ milhões correntes	Despesa em % do PIB
1995	12.212	705.641	1,7
1996	12.407	843.966	1,5
1997	15.464	939.147	1,6
1998	15.245	979.276	1,6
1999	18.353	1.065.000	1,7
2000	20.352	1.179.482	1,7
2001	22.474	1.302.136	1,7
2002	24.737	1.477.822	1,7
2003	27.181	1.699.948	1,6
2004	32.703	1.941.498	1,7
2005	37.146	2.147.239	1,7
2006	40.778	2.369.797	1,7
2007	44.100	2.597.611	1,7
2008	48.670	2.889.719	1,7

Fonte: Cofin/Conselho Nacional de Saúde

O reduzido esforço do gasto em “ações e serviços de saúde” em proporção ao PIB, realizado pelo Ministério da Saúde, pode ser verificado também pelo comprometimento mais significativo do

governo federal com o pagamento de Juros e Encargos da Dívida também em proporção ao PIB, conforme indica o gráfico 1.

Tem-se, então, que a política econômica ortodoxa em vigor, no período, tende a sacrificar os gastos sociais, como os voltados para a saúde pública, sem diminuir o ônus financeiro da dívida. Em 1995, foram gastos, em proporção ao PIB, cerca de 7,5% com juros da dívida e somente 1,7% com ações e serviços de saúde. Passada uma década, a discrepância entre esses gastos em proporção ao PIB se mantém. Registre-se: em 2008, 5,9% e 1,7%, respectivamente (Gráfico 1).

Principalmente a partir de 1995, se tornou mais clara a adoção de um conjunto de iniciativas voltadas ao ajustamento das finanças públicas. Contudo, caso fosse respeitado pelo governo federal o conceito de Seguridade Social definido na Constituição de 1988 e não fosse utilizado o mecanismo de desvinculação dos 20% do antigo Fundo de Estabilização Fiscal e atual DRU, o orçamento da Seguridade contaria com superávits significativos, sendo R\$ 27,3 bilhões, em 2000, e R\$ 60,9 bilhões, em 2007, todos em valores correntes. Esses recursos excedentes, segundo a Associação Nacional dos Fiscais da Previdência, foram alocados no pagamento de gastos fiscais ou contabilizados diretamente no cálculo do superávit primário (ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS FISCALIS DA PREVIDÊNCIA, 2008).

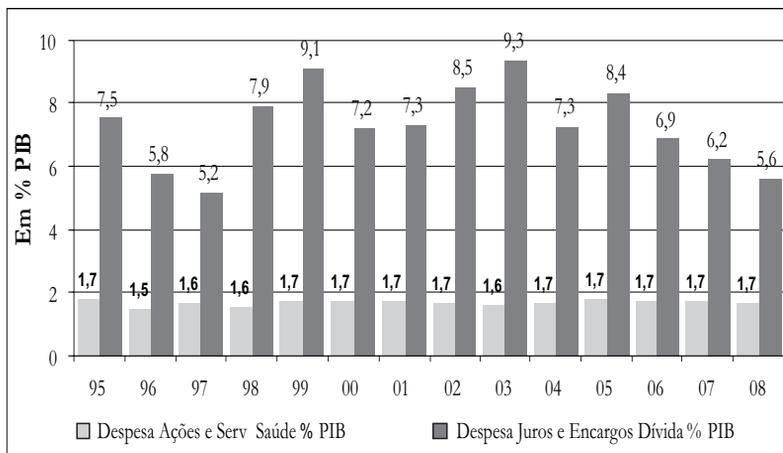


Gráfico 1: Evolução das despesas com ações e serviços de saúde do Ministério da Saúde e dos Juros da Dívida, ambos em proporção do ao PIB, em % - 1995 – 2008.

Fonte: Cofin/CNS; Banco Central do Brasil

Esse resultado positivo não alterou a posição do governo federal, que durante todos esses anos manteve acessa a idéia de defesa do déficit da Previdência, desconsiderando assim a sua vinculação ao orçamento da Seguridade Social. Foi essa atitude que contribuiu para a aprovação de reformas na Previdência, seja no governo FHC seja no governo Lula (MARQUES; MENDES, 2005).

A situação de incerteza e indefinição dos recursos financeiros para a área da saúde levou à busca de uma solução mais definitiva, qual seja: a vinculação dos recursos orçamentários das três esferas de poder. A história de construção de uma medida de consenso no âmbito da vinculação de recursos levou sete anos tramitando pelo Congresso Nacional até a aprovação da Emenda Constitucional nº 29 (EC 29), em agosto de 2000.

A primeira Proposta de Emenda Constitucional (PEC 169), de autoria dos deputados Eduardo Jorge e Waldir Pires, foi formulada em 1993, quando o Ministério da Saúde solicitou

o primeiro empréstimo junto ao FAT. Depois disso, várias outras propostas de vinculação foram elaboradas e discutidas no Congresso Nacional, mas nenhuma delas sustentava a idéia original de vinculação tanto no âmbito das contribuições sociais (30%) como no orçamento de cada nível de governo. A última proposta de vinculação dos recursos para a saúde restringiu-se aos recursos orçamentários da União, dos estados e municípios, materializando-se na EC 29.

A Emenda Constitucional nº 29 estabeleceu que estados e municípios devem alocar, no primeiro ano, pelo menos, 7% dessas receitas, sendo que esse percentual deve crescer anualmente até atingir, para os estados, 12% no mínimo, em 2004, e, para os municípios, 15% no mínimo. Em relação à União, a EC 29 determinou que, para o primeiro ano, deveria ser aplicado o aporte de pelo menos 5% em relação ao orçamento empenhado do período anterior; para os seguintes, o valor apurado no ano anterior é corrigido pela variação do PIB nominal. Cabe ressaltar que para a União, a EC 29 não explicita a origem dos recursos e em relação à Seguridade Social foi omissa, como se não houvesse disputa por seus recursos, como mencionado anteriormente.

Pode-se perceber, portanto, que essas disputas por recursos foram presentes antes e após o estabelecimento da EC 29. Como mencionado anteriormente, a luta do SUS por recursos já vem de longo período, podendo seu primeiro conflito ser situado em 1993. Para os objetivos deste texto, no entanto, o importante é assinalar aquelas situações em que os constrangimentos econômicos, especialmente os derivados do esforço da lógica da política econômica dos governos após o Plano Real, refletiram-se em ações que resultariam em menor disponibilidade de recursos para a saúde pública. Reconhecer o sentido das reformas econômicas e sociais implantadas nesse período, particularmente no governo Lula, é fundamental para evidenciar as fragilidades do esquema de financiamento das políticas sociais, em destaque a área da saúde pública.

As iniciativas contra o SUS no governo Lula

A ausência de cumprimento do conceito de ações e serviços de saúde na União, nos estados e nos municípios

Em todos os anos do primeiro governo Lula, a equipe econômica tentou introduzir itens de despesa que não são considerados gastos em saúde no orçamento do Ministério da Saúde. Entre esses itens figuraram, entre outros, o pagamento de juros e a despesa com a aposentadoria dos ex-funcionários desse ministério. Embora essas tentativas tivessem o apoio de toda a área econômica do governo, elas não se consolidaram, pois as entidades da área de saúde — o Fórum da Reforma Sanitária (Abrasco, Cebes, Abres, Rede Unida e Ampasa) —, o Conselho Nacional de Saúde e a Frente Parlamentar da Saúde rapidamente se mobilizaram e fizeram o governo recuar.

O mesmo não se conseguiu evitar no caso dos estados. Alguns deles, para cumprir o disposto na Emenda Constitucional nº 29, incluíram indevidamente como despesas em ações e serviços de saúde os gastos com inativos da área da saúde, empresas de saneamento, habitação urbana, recursos hídricos, merenda escolar, alimentação de presos e hospitais de “clientela fechada” (como hospitais de servidores estaduais). Esses registros indevidos ocorreram apesar de anteriormente terem sido estabelecidos parâmetros que definiam quais ações e serviços poderiam ser considerados como gastos SUS. Esses parâmetros foram acordados entre o Ministério da Saúde, os estados e seus tribunais de contas⁸.

Em alguns municípios o mesmo ocorreu, sendo o gasto com inativos da área da saúde e outros itens entendidos como despesa com saúde e o percentual de 12%, para os estados, e 15%, para os municípios, estabelecidos na EC 29 como os mínimos a serem aplicados, exatamente os percentuais a serem utilizados, mesmo que as necessidades exigissem gastos maiores.

⁸ Resolução nº 322 do Conselho Nacional de Saúde, de 8 de maio de 2003, homologada pelo ministro da Saúde.

Tentativas de diminuição do orçamento do Ministério da Saúde

A Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) para o orçamento de 2004 previa que os encargos previdenciários da União (EPU), o serviço da dívida e os recursos alocados no Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza fossem contabilizados como gastos SUS do Ministério da Saúde. Contudo, a forte reação contrária do Conselho Nacional de Saúde e da Frente Parlamentar da Saúde determinou que o Poder Executivo enviasse mensagem ao Congresso Nacional estabelecendo que, para efeito das ações em saúde, seriam deduzidos o EPU e o serviço da dívida. Em relação ao Fundo da Pobreza, a mensagem era omissa. Essa omissão resultaria na redução de R\$ 3,5 bilhões no orçamento SUS do Ministério da Saúde.

Apesar de diversos e intensos debates ocorridos entre entidades vinculadas ao SUS e o Ministério do Planejamento, nada foi modificado sobre essa questão. Somente após o parecer do Ministério Público Federal, contrariando a decisão presidencial, sob pena de o orçamento aprovado vir a ser considerado inconstitucional, o governo recuou. Foi assim que a Lei nº 10.777, de 25 de novembro de 2003, contemplou, no parágrafo segundo do artigo 59, que o EPU, o serviço da dívida e as despesas do MS com o Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza não seriam considerados como ações e serviços públicos de saúde.

Da mesma forma, o projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) para o orçamento de 2006, encaminhado pelo governo federal à Câmara, previa que as despesas com assistência médica hospitalar dos militares e seus dependentes (sistema fechado) fossem consideradas no cálculo de ações e serviços de saúde. Caso essa despesa fosse considerada, os recursos destinados para o Ministério da Saúde seriam diminuídos em cerca de R\$ 500 milhões. Frente à declaração pública do MS, repudiando essa interpretação, e frente à mobilização das entidades da saúde, o governo federal foi obrigado a recuar, reformulando sua proposta.

A vinculação de recursos da EC 29 como preocupação da área econômica

Em fins de 2003, o governo federal encaminhou documento referente ao novo acordo com o Fundo Monetário Internacional⁹, comunicando sua intenção de preparar um estudo sobre as implicações das vinculações constitucionais das despesas sociais — saúde e educação — sobre as receitas dos orçamentos da União, dos estados ou dos municípios. A justificativa apoiava-se na idéia de que a flexibilização da alocação dos recursos públicos poderia assegurar uma trajetória de crescimento ao País (BRASIL, 2004, p. 3). No âmbito do SUS, a intenção do governo era tirar do MS a obrigação de gastar, em relação ao ano anterior, valor igual acrescido da variação nominal do PIB; dos estados, 12% de sua receita de impostos, compreendidas as transferências constitucionais; e, dos municípios, 15%, tal como define a EC 29. Se os estudos foram realizados, seus resultados não foram divulgados. De qualquer forma, a proposta de reforma tributária encaminhada pelo governo Lula no final de 2008 apontava nessa direção, o que será visto mais adiante.

Quando Lula foi eleito pela primeira vez, pensava-se que não havia obstáculos para que finalmente saísse a regulamentação do financiamento do SUS — EC 29, por meio da aprovação do PLP 01/2003. Afinal, os temas tratados por ela haviam sido objeto de longa discussão entre representantes dos conselhos municipais e estaduais, do Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, Tribunais de Contas dos Estados e Municípios e das demais entidades associadas à saúde pública.

Entre os principais itens do projeto de regulamentação da EC 29, destacam-se dois deles: 1 - a modificação da base de cálculo para a vinculação dos recursos da União, passando do valor apurado no ano anterior corrigido pela variação do PIB nominal para 10%, no mínimo, da sua Receita Corrente Bruta.

⁹ O documento referente ao novo acordo com o FMI é dirigido ao seu diretor executivo, Köhler (BRASIL, 2004).

2 - o PLP 01/2003 trata da definição das despesas que devem ser consideradas como ações e serviços de saúde e daquelas que não se enquadram nesse conceito. A forma de onerar o SUS, às custas da inclusão nos Fundos de Saúde de gastos como o Bolsa-Família e o saneamento, alimentação, planos privados de servidores, pagamento de inativos e outros nos estados tem se agravado nos últimos anos. Segundo Santos (2007), tais fatos referem-se às famigeradas “caronas”.

A regulamentação da EC 29 não se constituiu prioridade no governo Lula. Sua inclusão na pauta do Congresso, em abril de 2006, deveu-se à ação da Frente Parlamentar da Saúde. Contudo, até hoje a matéria encontra dificuldades para a sua aprovação.

O interesse do governo pela regulamentação somente se manifestou quando da discussão sobre a continuidade da CPMF, ao final de 2007. Nesta oportunidade, ele apresentou uma contraproposta ao PLP 01/2003, na qual, no lugar de garantir para a saúde um percentual mínimo das receitas de seu âmbito, propunha um acréscimo escalonado da participação da CPMF em seu financiamento (que atingiria R\$ 24 bilhões em 2011). Pensava o governo que essa imbricação entre a continuidade da CPMF e o financiamento da saúde iria assegurar a prorrogação dessa contribuição. Mas já que o Senado não aprovou a CPMF, a proposta do governo para o financiamento da saúde foi abortada. E a não resolução do financiamento da saúde permanece.

A CPMF surgiu para ser utilizada exclusivamente pela saúde. Mas no primeiro ano de sua vigência, como mencionado na seção 1 deste artigo, o aporte de recursos na área foi acompanhado pela diminuição da participação da Cofins e da CSLL. Isso somente foi possível porque o governo federal poderia dispor de 20% da receita da Seguridade Social mediante a atual DRU.

É preciso considerar que, além do Senado ter aprovado a continuidade da DRU, a extinção da CPMF prejudica de forma considerável a saúde. Não só o SUS não conta com os recursos

dela originados, como não foi definido qual seria a fonte que iria substituí-la. Em 2007, a receita da CPMF correspondeu a R\$ 36,4 bilhões, sendo que cerca de 40,% foram destinados à saúde. Sem a CPMF e se considerarmos constante essa participação, a saúde corre o risco de perder R\$ 16 bilhões, e essa perda ocorre num cenário de não definição das fontes de seu financiamento, seja via contribuições seja via impostos.

Diante da relevância do problemático financiamento do SUS, cabe salientar que, ainda em 2008, essa situação permanece sem resolução. Isso porque, em abril deste mesmo ano, o projeto similar ao PLP n° 01/2003 da Câmara, no Senado — PLS n° 121/2007 — foi aprovado com modificações importantes. A fórmula de cálculo para aplicação do governo federal, de no mínimo 10% da receita corrente bruta, foi alterada por meio da criação de um escalonamento. Isso significa que, em 2008, seriam aplicados 8,5% dessa receita, passando para 9%, em 2009, 9,5%, em 2010, e 10%, em 2011. Esse projeto de regulamentação da EC 29, aprovado em abril no Senado, foi para exame na Câmara dos Deputados, sob uma nova denominação — PLP 306/2008. Por meio dele, deveriam ser elevados os recursos para a saúde dos R\$ 48,5 bilhões previstos no orçamento de 2008 para R\$ 58,4 bilhões. Até 2011, os recursos extras seriam de mais de R\$ 20 bilhões anuais. Sabe-se que a sua aprovação não conta com o interesse da área econômica do governo e, neste sentido, todo esforço para o seu bloqueio deverá ser realizado.

Os riscos da proposta de reforma tributária do governo Lula para a Seguridade Social e o SUS

Após a derrota da CPMF e a conseqüente subtração de recursos para a Seguridade Social e o SUS, outro movimento contrário aparece no cenário do financiamento dessas áreas: a proposta de Reforma Tributária (PEC 233/2008) do governo Lula. Tal PEC encontra-se na Câmara dos Deputados para ser votada

em plenário, a qualquer momento, tendo sido aprovada por todas as comissões dessa Casa legislativa.

Essa proposta ameaça os direitos sociais da Constituição de 1988, particularmente o sistema de Seguridade Social, uma vez que subtrai recursos e rompe com as conquistas sociais, atualmente protegidas pelo artigo 195 da Constituição de 1988. Contudo, o prejuízo não é exclusivo da Seguridade Social (previdência, saúde e assistência social, pois atinge também as áreas de educação e trabalho.

A reforma simplifica o sistema por meio de uma consolidação tributária. No âmbito da União, essa reforma agrega impostos e extingue contribuições sociais e econômicas que possuem semelhanças em sua base de incidência. No nível dos estados, a emenda constitucional propõe que o imposto sobre circulação de mercadorias e serviços (ICMS) passe a ser de competência conjunta dos estados, reduzindo a autonomia da administração tributária das unidades federadas e inibindo a guerra fiscal hoje existente.

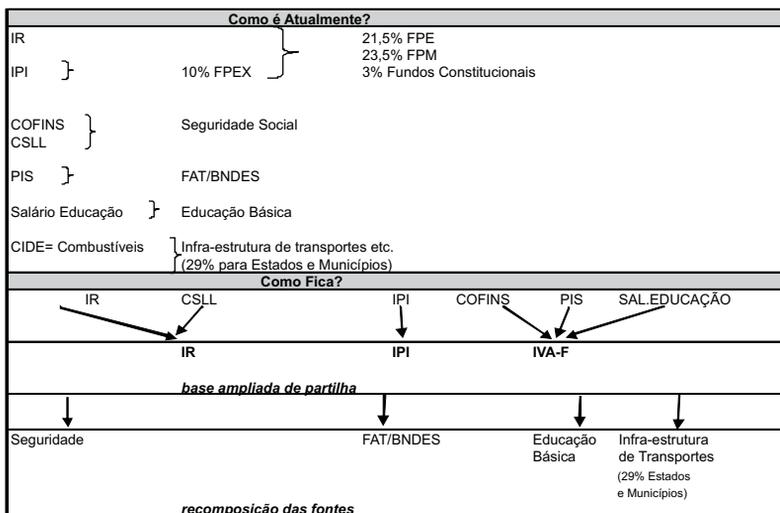
A partir da idéia de simplificação dos tributos federais, o governo espera conseguir: maior facilidade na desoneração dos investimentos produtivos; desoneração da folha de salários; e redução do efeito cumulativo da incidência dos diversos tributos nas várias etapas do processo de produção e circulação de bens e serviços. Três são as justificativas para esses alcances: 1 - importância para um modelo de desenvolvimento; 2 - garantia para a formalização da mão-de-obra; 3 - condição importante para reduzir a concorrência predatória das importações¹⁰.

A proposta também altera os dispositivos em relação aos fundos regionais de financiamento do setor produtivo. Como forma de manter a prioridade para as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, os fundos serão unificados com abrangência nacional, com o total de recursos envolvido ampliado e utilizado

¹⁰ Para o entendimento mais completo de todo o conteúdo da Proposta de Reforma Tributária, ver site www.nossareformatributaria.com.br.

de acordo com as diretrizes de uma política de desenvolvimento regional. O governo tem a pretensão de que o gerenciamento desses recursos, e não a guerra fiscal, seja o principal elemento de atração dos investimentos privados para o combate às desigualdades regionais.

No que diz respeito às contribuições sociais, são extintas o PIS, a Cofins e a Contribuição para o Salário Educação, e criado o IVA-Federal (Imposto sobre Valor Agregado). Já a CSLL e o Imposto de Renda são unificados e substituídos por um IR mais amplo. Todas as destinações e entregas de recursos seguem uma mesma base ampla de cálculo (IR + IPI + IVA-F). Assim, seria utilizada a mesma base de partilha como referência para a Seguridade Social, FPE (Fundo de Participação dos Estados), FPM (dos municípios), etc. Municípios e estados iriam receber sobre a base ampla de partilha dos fundos (FPE/FPM). O quadro 1 apresenta a situação dos impostos e contribuições até o momento e como ficaria com a aprovação e implementação da reforma.



Quadro 1: Como é atualmente e como ficará a situação dos impostos e contribuições sociais com a PEC 233 da Reforma Tributária.

Fonte: www.nossareformatributaria.com.br

A PEC da reforma tributária não aponta para a construção de um sistema tributário progressivo, que seria pautado pela tributação da renda e do patrimônio. Além disso, a implicação mais importante da reforma tributária diz respeito ao financiamento da Seguridade Social, do Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT) e da educação básica (Salário-Educação). Os três tributos mais relevantes para a Seguridade Social seriam alterados. A Cofins e a CSLL seriam extintas e haveria desoneração da contribuição patronal sobre a folha de pagamento, por meio de legislação específica, após as alterações constitucionais. Para a Seguridade Social, passariam a ser destinados 39,7%¹¹ do produto da arrecadação dos impostos sobre renda (IR), produtos industrializados (IPI) e operações com bens e prestações de serviços (IVA-F). Esse percentual é correspondente a à proporção entre a arrecadação da Cofins e da CSLL e a receita arrecadada, em 2006, com IR, CSLL, Cofins, PIS, Cide, Salário-Educação e IPI.

Essa modificação significativa constitui-se no sepultamento da diversidade das bases de financiamento da Seguridade Social. A partir da reforma, restarão inscritos no art. 195 da Constituição Federal, como base de financiamento da Seguridade Social, a contribuição sobre a folha de salários, a contribuição do trabalhador para a Previdência Social e a receita de concursos e prognósticos, sendo que a contribuição sobre a folha de pagamento deverá ser reduzida ao longo dos próximos anos.

Se implantado o conteúdo da proposta de reforma tributária do governo Lula, a Seguridade Social não contará mais com recursos exclusivos, de forma que seu financiamento será fragilizado, pois dependerá de uma partilha do IVA-F e da arrecadação das contribuições previdenciárias. Sabe-se que as disputas entre as áreas econômicas e sociais no interior do

¹¹ Esse percentual foi comunicado pelo relator da reforma tributária, deputado Sandro Mabel, quando da apresentação de seu substitutivo em seminário realizado no Centro de Extensão Universitária, em São Paulo, em 13 de março de 2009.

orçamento são históricas e constituem um problema sempre maior para as segundas.

Essa reforma retira as receitas próprias e específicas da área da proteção social e a coloca dependente de um conjunto de receitas concorrentes com as receitas de transferências municipais (FPM) e estaduais (FPE). Pode-se dizer que tal alteração configura-se um retrocesso, na medida em que a criação das Contribuições Sociais, assim como do Orçamento da Seguridade Social, buscou resguardar a área social, historicamente prejudicada pela disputa de recursos intra-orçamentária.

Além disso, é importante lembrar que as contribuições têm características específicas, uma vez que suas alterações podem ser implementadas três meses depois de aprovadas e que contemplam alíquotas variadas. Constitucionalmente, essas fontes são diferentes dos impostos, podendo ser majoradas sempre que solicitadas, até mesmo no próprio ano; caracterizando seu caráter emergencial para o apoio de políticas sociais, podendo também ter alíquotas diferenciadas por porte das empresas, por ramo ou setor de atividade, entre outros quesitos.

Convém lembrar que a desoneração progressiva da Contribuição de Empregados e Empregadores sobre a Folha de Salários tem estimativas de redução em cerca de R\$ 20 bilhões, sem que haja indicação da fonte que a compensará. Essa alteração poderá comprometer o equilíbrio das contas previdenciárias, permitindo que apareçam propostas que restrinjam direitos¹².

Por fim, a reforma tributária propõe alterações no artigo 76 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, garantindo a continuidade da DRU até 31/12/2011. Em 2008, esse mecanismo retirou R\$ 39 bilhões da Seguridade Social, com a finalidade de garantir a meta de superávit primário. A reforma perde a oportunidade de extingui-la, dado que há muito vem prejudicando

¹² Ver Carta em Defesa dos Direitos Sociais Básicos sob Ameaça na Reforma Tributária. Disponível em: www.cebes.org.br

o financiamento da Seguridade Social. Sua manutenção pode provocar o risco de implantação da Desvinculação de Receitas dos Estados (DRE) e até mesmo de Desvinculação de Receitas Municipais, prejudicando enormemente os gastos com saúde dessas esferas de governo.

Considerações Finais

Diante da predominância de políticas econômicas neoliberais adotadas pelos governos FHC e Lula, o financiamento da Seguridade Social em geral e do SUS, em particular, tem sido consideravelmente difícil. Mesmo com a vigência da Emenda Constitucional nº 29, assiste-se ao descumprimento da aplicação dos recursos da União e de grande parte dos estados, aprofundando o seu frágil esquema. Tanto as manobras do primeiro governo Lula, em incluir itens que não se associam ao conceito de saúde universal como atividades do Ministério da Saúde, bem como a recorrente tentativa de propor a desvinculação dos recursos destinados a essa área, indicam que o seu segundo governo não tem muita disposição em aumentar sua participação no gasto com saúde. Acrescente-se a esses aspectos a recente proposta de reforma tributária, que traz graves conseqüências ao financiamento das políticas sociais, ameaçando de forma substancial as fontes exclusivas que dão suporte às políticas de Seguridade Social.

Submetido em 31 de maio de 2009 e aceito para publicação em 11 de novembro de 2009

Referências

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS FISCALIS DA PREVIDÊNCIA. *Análise da Seguridade Social 2007*. Brasília, 2008. Disponível em: <www.anfip.org.br>. Acesso em: 10 mar. 2009.

BRASIL. Ministério da Fazenda. *Carta de intenção referente ao novo acordo*. Disponível em: <<http://www.fazenda.gov.br>>. Acesso em: dez. 2004.

CHESNAIS, F. O capital portador de juros: acumulação, internacionalização, efeitos econômicos e políticos. In: CHESNAIS, F. (Org.). *A finança mundializada: raízes sociais e políticas, configuração, conseqüências*. São Paulo: Boitempo, 2005.

DRAIBE, S. M. As políticas sociais nos anos 90. In: BAUMANN, R. (Org.). *Brasil: uma década em transição*. Rio de Janeiro: Campus, 1999.

FIORI, J. L. Estados, moedas e desenvolvimento. In: FIORI, J. L. (Org.). *Estados e moedas e desenvolvimento das nações*. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1999.

HUSSON, M. *Les casseurs de l'État social: des retraites à la sécu, la grande démolition*. Paris: Découverte, 2003.

MARQUES, R. *O financiamento do sistema público de saúde brasileiro*. Santiago, Chile: CEPAL, 1999. (Série Financiamiento del Desarrollo, 82).

MARQUES, R.; MENDES, A. Os dilemas do financiamento do SUS no interior da seguridade social. *Economia e Sociedade*, Campinas, v. 14, n. 1 (24), p. 159-175, jan./jun. 2005.

_____. Democracia, saúde Pública e universalidade: o difícil caminhar. *Saúde e Sociedade*. São Paulo, v. 16, n. 3, p. 35-51, 2007.

_____. O financiamento do SUS sob os “ventos” da financeirização. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 841-850, Jun. 2009

MENDES, A. *Financiamento, gasto e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS): a gestão descentralizada semiplena e plena do sistema municipal no Estado de São Paulo (1995–2001)*. 2005. 422f. Tese (Doutorado em Economia) – Instituto de Economia, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2005.

MESA-LAGO, C. *Desarrollo social, reforma del estado y de la seguridad social, al umbral del siglo XXI*. Santiago, Chile: ONU; CEPAL, 2000.

SANTOS, N. R. *Regulamentação do financiamento do Sistema Único de Saúde (Da E.C. nº 29): por que debater e aprovar já*. Campinas, abr. 2007. Mimeo.