

Os dilemas do financiamento do SUS no interior da seguridade social¹

Rosa Maria Marques²
Áquilas Mendes³

Resumo

Ao longo da década de 1990 e nos primeiros anos de 2000, a sociedade brasileira assistiu a freqüentes embates sobre o financiamento do SUS no interior da Seguridade Social. Mesmo após a promulgação da Emenda Constitucional 29/2000, diversos aspectos que definem o financiamento são contestados, apontando quão frágil é o consenso sobre a saúde ser um dever do Estado e um direito do cidadão. Este artigo tem por objetivo reconstituir o processo de institucionalização do financiamento do SUS e as suas 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.

Palavras-chave: Financiamento do SUS; Seguridade Social; Emenda Constitucional 29.

Abstract

During the ninety decade and the first years of 2000, the Brazilian society has seen frequent “disputes” amongst SUS financing inside social security. Even after the Constitutional Amendment 29/2000, several aspects which define financing have been in doubt, indicating how weak is the consensus about concerning health as a State duty and a citizen right. This article has the objective to rebuild the process of SUS financing institutionalization and the existing tensions with the federal government economic area, giving emphasis to the conditions imposed to health financing and health concept, as universal and part of Social Security.

Key words: SUS financing; Social security; Constitutional Amendment 29.

JEL H550.

Introdução

Do ponto de vista social, a Constituição de 1988 significou uma verdadeira inflexão no tratamento até então concedido pelo Estado. Os constituintes progressistas, ao terem clareza quanto à necessidade de serem dados passos concretos em relação ao resgate da imensa dívida social brasileira herdada do regime militar, procuraram assegurar na Constituição direitos básicos e

(1) Trabalho recebido em outubro de 2004 e aprovado em março de 2005.

(2) Professora titular do Departamento de Economia e do Programa de Estudos Pós-Graduados em Economia Política da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUCSP).

(3) Professor de Economia da Fundação Armando Álvares Penteado (FAAP/SP)/Doutorando em Economia pelo Instituto de Economia da Unicamp, vice-presidente da Associação Brasileira de Economia da Saúde e coordenador da Coordenadoria de Gestão de Políticas Públicas do Centro de Estudos e Pesquisas de Administração Municipal (CEPAM/SP).

universais de cidadania, estabelecendo o direito à saúde pública, definindo o campo da assistência social, regulamentando o seguro-desemprego e avançando na cobertura da previdência social. Essas conquistas foram incorporadas como objeto de capítulo específico – o da Seguridade Social, consolidando a solidariedade entre a saúde, a previdência e a assistência social.

Os princípios que nortearam a mudança da questão social foram: ampliação da cobertura para segmentos até então desprotegidos; eliminação das diferenças de tratamento entre trabalhadores rurais e urbanos; implementação da gestão descentralizada nas políticas de saúde e assistência; participação dos setores interessados no processo decisório e no controle da execução das políticas; definição de mecanismos de financiamento mais seguros e estáveis; e garantia de um volume suficiente de recursos para a implementação das políticas contempladas pela proteção social, entre outros objetivos.

No tocante à Previdência Social dirigida aos trabalhadores do setor privado, os novos princípios orientaram a criação de um piso igual ao salário mínimo e a eliminação das diferenças entre os rurais e urbanos quanto aos tipos e valores de benefícios concedidos. A Constituição de 1988 também manteve, em separado, a cobertura previdenciária dos funcionários públicos federais, estaduais e municipais, e introduziu o regime único de contratação para as três esferas de governo, o que levou ao desaparecimento de vínculos de trabalho, no interior do setor público, incompatíveis com a categoria de servidor. As contribuições realizadas anteriormente seriam, conforme a legislação, transferidas para as esferas de governo responsáveis pelo servidor.⁴

A universalização de direitos e a participação da comunidade na definição das políticas sociais foram animadas pelo propósito da superação do caráter meritocrático e da adoção da cidadania como critério de acesso. Esse foi o mesmo princípio que orientou a universalização da proteção social dos países capitalistas desenvolvidos, após a Segunda Guerra Mundial e mesmo durante os anos 1970 e 1980.⁵

Na área da saúde, o conceito de cidadania manifesta-se em sua completa universalização, coroando o processo que vinha ocorrendo desde 1985, iniciado com as Ações Integradas de Saúde (AIS). Já na Previdência Social tal critério

(4) As transferências das contribuições não foram totalmente realizadas, constituindo um dos motivos das dificuldades apontados pelos estados e municípios para fazer frente às despesas com a aposentadoria de seus servidores. Embora esse aspecto não deva ser negligenciado, as dificuldades são mais facilmente atribuídas ao fraco desempenho da arrecadação dos tributos, refletindo as dificuldades econômicas do conjunto da nação, à política de juros altos exercida em quase todo o período dos diferentes governos, por força da não-resolução do problema da dívida e dos compromissos assumidos com o FMI.

(5) Mesmo com os problemas enfrentados em suas economias durante essas décadas, os sistemas de proteção social incorporaram novos segmentos em sua cobertura. Dois exemplos são emblemáticos: a ampliação do conceito de desempregado, reconhecendo como tal o trabalhador sem emprego que nunca trabalhou, e a concessão de renda mínima com base no princípio da cidadania e não no assistencialismo.

ficou imbricado ao anterior: paralelamente aos trabalhadores contribuintes com aposentadoria calculada a partir de suas contribuições, coexistem os trabalhadores rurais⁶ e aqueles com salários muito baixos, os quais recebem o piso de um salário mínimo, valor pago independentemente da ausência de contribuições (rurais) ou do fraco esforço contributivo anterior (em termos atuariais, a contribuição sobre um salário mínimo não criaria provisão capaz de pagar o piso de um salário mínimo). Esse componente cidadão no interior da Previdência Social deveria ser financiado, por sua natureza, por recursos de impostos, mas os constituintes assim não definiram, pois entenderam que o conjunto da Seguridade Social deveria ser financiado pelo mix contributivo-fiscal, incluindo aí as contribuições sobre faturamento e lucro. Essa prática, contudo, nunca foi implementada, pois o piso de um salário mínimo é financiado basicamente pelas contribuições dos trabalhadores (embora o total das despesas previdenciárias já há anos receba o concurso das contribuições sobre o lucro e o faturamento), constituindo uma redistribuição de renda entre os trabalhadores.

Para responder às exigências das despesas de proteção social, agora ampliadas no conceito de Seguridade Social, e também para tornar o financiamento menos dependente das variações cíclicas da economia (principalmente do emprego junto ao mercado formal de trabalho), os constituintes definiram que seus recursos teriam como base o salário (contribuições de empregados e empregadores), o faturamento (trazendo para seu interior o Fundo de Investimento Social – Finsocial⁷ – e o Programa de Integração Social e de Formação do Patrimônio do Servidor Público – PIS/Pasep), o lucro líquido das empresas (contribuição nova introduzida na Constituição, denominada Contribuição sobre o Lucro Líquido – CLL) e a receita de concursos e prognósticos (loterias). Além dessas fontes, a seguridade contaria com recursos de impostos da União, estados e municípios.⁸ Ao mesmo tempo, os constituintes preocuparam-se em definir que esses recursos fossem exclusivos da proteção social. Mas isso não foi cumprido por nenhum governo que se seguiu à Constituição de 1988.

Também houve a preocupação em definir que o tratamento dos recursos da Seguridade Social não poderia ser distinto de seu conceito de proteção, significando que, no seu interior, não teria sentido a vinculação de recursos. Esperava-se que a cada ano, quando da discussão do orçamento, fosse definida a

(6) Para os rurais terem acesso à aposentadoria por idade, é necessária apenas a comprovação de 180 meses de trabalho no campo.

(7) O Finsocial deu lugar, em 1991, à Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins).

(8) 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 vieram somar-se àqueles definidos na Constituição. Somente em 13 de setembro de 2000 foi aprovada a Emenda Constitucional n. 29, estipulando a forma da inserção da União, dos estados e dos municípios no financiamento do Sistema Único de Saúde.

distribuição do conjunto de receitas previstas para as diferentes áreas. A única vinculação prevista ficou para os recursos do PIS/Pasep, isto porque dizem respeito ao programa seguro-desemprego e ao pagamento do abono PIS/Pasep, sendo que 40% de sua arrecadação é destinada a empréstimos realizados pelo BNDES às empresas.

Passados dezesseis anos de promulgação da Constituição de 1988, não foram poucas as tensões ocorridas no interior da Seguridade Social. Para alguns, os conflitos havidos na implementação da Seguridade Social deixaram clara a impossibilidade de sua existência administrativa – na medida em que a legislação ordinária separou as três áreas – e financeira, uma vez que na prática ocorreu uma progressiva especialização das fontes. A nosso ver, a Seguridade Social, como núcleo duro do sistema de proteção social brasileiro instituído na Constituição, não teve oportunidade de ser implantada e concluída, tanto do ponto de vista organizacional como financeiro. Também seus princípios permanecem importantes para os movimentos e lutas sociais, enquanto inspiradores e norteadores dos direitos sociais universais.

Além disso, em que pesem os vários embates provocados pelos constrangimentos econômicos que se apresentaram ao longo desses dezesseis anos, o modelo de Seguridade Social criado demonstrou capacidade de resistência às conjunturas mais problemáticas. Financeiramente, destaca-se o fato de o Orçamento da Seguridade ter permanecido superavitário até hoje. No campo político, o maior exemplo dessa resistência foi dado pelo movimento pela universalização da saúde, na sua trajetória de construção do Sistema Único de Saúde, que será foco da análise a seguir.

1 Os conflitos entre a institucionalização do SUS e os constrangimentos econômicos

A defesa da construção da universalidade das ações e serviços de saúde, que reduz a expansão da política econômica de austeridade fiscal (corte nos gastos sociais), manifesta-se de duas formas: na luta pelo rompimento da centralização das ações e recursos em nível federal, por meio do conflito pela descentralização/municipalização; e no conflito contra os ditames dessa política econômica, defendendo a garantia de recursos financeiros.

1.1 O conflito pela descentralização/municipalização

A adoção da descentralização como um princípio de organização do SUS resulta de um longo processo. Iniciado em período anterior à Constituição de 1988 e nela registrado, sua efetiva construção ocorreu nos anos 1990, quando assumiu lugar de destaque na agenda do SUS, entre outros motivos, porque os diferentes

níveis de governo manifestaram interesses diversos. Esses interesses, somados ao fato de o governo federal não apresentar um projeto que delimitasse as responsabilidades de cada esfera de governo,⁹ fizeram da descentralização um palco de disputa política.

Um dos principais resultados da descentralização foi o maior comprometimento das esferas subnacionais no financiamento da saúde, principalmente dos municípios. A participação dos municípios ocorreu em especial a partir do histórico documento “Municipalização das ações e serviços de saúde a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei” que introduz a Norma Operacional Básica SUS 01/93 (NOB 93), passando de 17,2% para 21,3% entre 1994 e 2001. Mesmo assim, o governo federal é responsável pelo maior aporte de recursos (contribuindo com 56,4% do total dos recursos, em 2001).¹⁰

Segundo Carvalho (1993, p. 143), a NOB 93 representa “um divisor de águas entre os fluxos e refluxos de movimentos de descentralização frustrados, alguns até irresponsáveis, seguidos geralmente de movimentos re-centralizadores e punidores”. Adota como sistemática as transferências regulares e automáticas do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde, mas garante aos municípios habilitados a autonomia da aplicação. Mas exatamente quando a forma transferência “fundo a fundo” se firma como alternativa à remuneração por serviços produzidos e quando o maior comprometimento dos municípios no financiamento se acentua, os recursos federais, principalmente a partir da NOB 96, ganham um “carimbo”, classificando sua destinação.

Entre 1997 e 2001, a queda da participação relativa da Remuneração por Serviços Produzidos efetuados pelo Ministério da Saúde aos prestadores de serviços da saúde, de 71,34% para 33,41%, e o conseqüente crescimento das Transferências Fundo a Fundo, de 28,66% para 66,59%, foram acompanhados pela expansão, no interior desse último item, da Média e Alta Complexidade (de 28,66% para 40,62%) e da Atenção Básica (de 15,68% para 25,06%). Na Média e Alta Complexidade, a prática de “carimbos” manifestou-se através do crescimento do item “Outros” (campanhas¹¹).

A cada ano aumenta o número de itens “carimbados” – campanhas – para os quais se destinam os recursos federais. Em 1997, o Datasus registrava apenas cinco tipos de “carimbos”, quatorze em 1998, 33 em 1999, 43 em 2000 e 77 em

(9) Ver Cohn (2000).

(10) O sistema tributário nacional atribui à União maior disponibilidade de recursos do que as outras esferas de governo. Esses recursos são formados por impostos e contribuições sociais por ele arrecadados. As contribuições sociais, embora visem o financiamento de políticas sociais nacionais, não são compartilhadas com os demais níveis de governo, como ocorre com os impostos, através dos fundos de participação, dos estados e dos municípios.

(11) As campanhas, desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, compreendem, entre outras, a de humanização do pré-natal e dos nascimentos, a do combate ao câncer uterino, de transplantes, e cirurgia de catarata.

2001. Esse crescimento dos itens de despesa não assume apenas seu aspecto contábil. Trata-se de recursos vinculados a programas específicos, de maneira que, para o município ser merecedor dos recursos, é condição sua implementação.

Em síntese, o aumento de importância das Transferências “fundo a fundo” a partir da NOB 96 não foi acompanhado pela autonomia dos municípios na determinação da política de saúde. Esses, dependentes dos recursos federais, passaram a ser meros executores da política estabelecida no âmbito federal, na medida em que os recursos financeiros, na sua maioria, são vinculados aos programas de saúde, incentivados pelo Ministério da Saúde, não podendo ser redirecionados para outros fins. Isso torna a descentralização cada vez mais enfraquecida, isto é, esquecida em nome da “garantia de uma aplicação” do gasto em saúde sob as “rédeas” do controle. Dito de outra maneira, a forma assumida pelo financiamento acaba reforçando a centralização pelo Ministério da Saúde na elaboração da política local da saúde, criando constrangimentos à autonomia do gestor – já exercida quando do período da NOB 93.¹²

1.2 O conflito pela garantia de recursos financeiros

A situação financeira da área da saúde tem sido condicionada por dois determinantes: o tratamento concedido à previdência no interior da Seguridade Social e a política austera implementada pelo governo federal no campo social, decorrente de seu objetivo de promover elevados superávits primários.

• O SUS e a Seguridade Social

Apesar dos cuidados dos constituintes em definir que os recursos da seguridade não poderiam ser utilizados em outros fins que não aqueles da Previdência, da Saúde e da Assistência, e que, ao mesmo tempo, não haveria vinculação das fontes aos diferentes ramos,¹³ entre 1989 e 2003, isso foi sistematicamente descumprido.

A primeira investida ocorreu em 1989, quando o então Finsocial financiou os encargos previdenciários da União, despesa que não integra a seguridade. Esse desvio de uso, embora em menor monta, se repetiu em 1990. Ao final desse mesmo ano, com a aprovação da Lei Orgânica da Saúde, cessa o disposto no artigo 55 do Ato das Disposições Transitórias da Constituição que garantia pelo menos 30% do total dos recursos da Seguridade Social para a Saúde, com exceção da arrecadação do PIS/Pasep, de uso exclusivo do FAT. Ainda assim, o Ministério da Saúde recebeu, em 1991, 33,1% do total das contribuições. Um ano após, essa participação foi reduzida para 20,95%.

(12) Para uma análise dos incentivos financeiros federais nos municípios e seu impacto no processo de planejamento local, ver Marques e Mendes (2003a).

(13) Com exceção do PIS/Pasep, que é destinado ao Fundo de Amparo do Trabalhador (FAT).

A segunda investida aconteceu em 1993, quando o Executivo descumpriu a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), que determinava o repasse para a Saúde de 15,5% da arrecadação das contribuições de empregados e empregadores, obrigando o Ministério da Saúde a solicitar empréstimo ao FAT.¹⁴ Na prática, a partir desse ano, essas contribuições (sobre folha de salários) passaram a ser de uso exclusivo da Previdência, o que foi “legalizado” na reforma previdenciária do governo Fernando Henrique Cardoso. Um terceiro momento, talvez o mais importante, ocorreu em 1994, com a criação do Fundo Social de Emergência (transformado posteriormente no FEF – Fundo de Estabilização Fiscal – e hoje Desvinculação das Receitas da União – DRU), quando foi definido, entre outros aspectos, que 20% da arrecadação das contribuições estariam disponíveis para uso do governo federal.

Ao mesmo tempo, na medida em que se deteriorava a situação financeira da Previdência – o medíocre desempenho das contribuições refletia o não-crescimento da economia, as elevadas taxas de desemprego e o aumento do mercado informal do trabalho – ela passou a dispor crescentemente, além das contribuições sobre a folha, dos outros recursos da Seguridade Social, criando constrangimentos para a Saúde.

Na impossibilidade de continuar solicitando empréstimos junto ao FAT, o Conselho Nacional de Saúde e a Comissão de Seguridade Social da Câmara buscaram soluções transitórias mediante a criação, em 1994, do Imposto Provisório sobre a Movimentação Financeira (IPMF). Posteriormente essa solução assume a forma da Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF), que veio a vigorar a partir de 1997. Contudo, a entrada dos recursos da CPMF no financiamento da saúde – que atingiu R\$ 20,37 bilhões em 2002, representando 12,8% do total da Seguridade Social – foi compensada pela diminuição da presença de outras fontes da seguridade, indicando não só o avanço da Previdência, como também a aplicação da desvinculação de parte dos recursos da seguridade, mencionada anteriormente.

As dificuldades financeiras enfrentadas pela Saúde não tardaram: em primeiro lugar, o gasto líquido – excluindo a dívida e o gasto com inativos e pensionistas – realizado pelo Ministério da Saúde, entre 1995 e 2002, cresceu apenas 2,5%. O dispêndio per capita passou de R\$ 176,93, em 1995, para R\$ 165,17 em 2002, tudo a preços de dezembro de 2002 (IGP-DI). Em segundo lugar, observou-se crescente irregularidade no fluxo de execução orçamentária do Ministério da Saúde, principalmente na segunda metade da década de 1990. Em terceiro lugar, ocorreu crescimento exponencial de Restos a Pagar do Ministério da Saúde, principalmente nos três últimos anos: R\$ 13,6 milhões em 2000, R\$ 560,9 milhões em 2001 e R\$ 2,4 bilhões em 2002.

(14) A Saúde realizou três empréstimos junto ao FAT.

Salienta-se que, apesar da retração econômica, com seus reflexos no mercado de trabalho, a seguridade não foi deficitária ao longo desses anos, confirmando observação acima relativa à permanência do seu superávit. Para se ter uma idéia, nos anos após a problemática década de 1990, caso fosse aplicado o conceito de Seguridade Social escrito na Constituição de 1988 e fosse desconsiderado o confisco dos 20% do antigo Fundo de Estabilização Fiscal e atual DRU, teríamos um superávit de R\$ 26,64 bilhões (2000), R\$ 31,46 bilhões (2001) e R\$ 32,96 bilhões (2002), em valores correntes. Apesar disso, o governo, durante todos esses anos, insistiu em propagar a existência de déficit na Previdência, desconsiderando a seguridade. Essa atitude acabou por facilitar a aprovação de reformas tanto no governo FHC quanto no período inicial do governo Lula.¹⁵

• A trajetória em direção à vinculação de recursos – a EC 29

Quando o Ministério da Saúde recorreu ao primeiro empréstimo junto ao FAT, os deputados Eduardo Jorge e Waldir Pires elaboraram a Proposta de Emenda Constitucional 169 (PEC 169), propondo que 30% dos recursos da Seguridade Social fossem destinados à saúde. Depois disso, várias outras propostas de vinculação foram elaboradas e discutidas no Congresso Nacional, mas somente em 2000 foi aprovada a emenda constitucional (EC 29).¹⁶

Segundo a emenda, 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% em 2004 e, para os municípios, 15%. Quanto à União, define, para o primeiro ano, 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. Em relação à União, a EC 29 não explicita qual é a origem dos recursos e em relação à seguridade é omissa, como se não houvesse disputa por seus recursos.

1.3 A luta pelo cumprimento da EC 29

• O conflito com a União

O texto da EC 29 deu origem a uma acirrada discussão entre o Ministério da Saúde e o da Fazenda. Na interpretação do MS, o ano-base para efeito da aplicação do adicional de 5% seria o de 2000, e o valor apurado para os demais anos é sempre o do ano anterior, ou seja, calculado ano a ano. Para o Ministério da Fazenda, contudo, o ano-base seria o de 1999, somente acrescido das variações nominais do PIB ano a ano.

(15) Para compreender o sentido da reforma do governo Lula, sob o título “O governo Lula e a contra-reforma previdenciária”, ver Marques e Mendes (2003).

(16) Para a caracterização de cada proposta de vinculação/reordenamento de recursos para o financiamento da saúde, ver Marques e Mendes (1999).

A diferença de interpretação resultava, já no orçamento de 2001, em R\$ 1,19 bilhão, o que permitiria, por exemplo, a duplicação dos recursos do Programa Agentes Comunitários em relação a 2000. A Advocacia Geral da União (AGU) deu ganho de causa para o ministro Malan, mas a discussão prosseguiu, não estando ainda resolvida.

Passados os quatro primeiros anos de vigência da EC 29, verifica-se que a União vem descumprindo a sua aplicação a cada ano, indicando um valor de R\$ 1,8 bilhão como a diferença acumulada no não-cumprimento nos anos de 2001, 2002 e 2003.

Para tanto, o Ministério da Saúde deveria ao final de 2004 recompor esse passivo, aplicando R\$ 34,198 bilhões, isto é, a somatória do valor mínimo exigido pela EC 29 referente a R\$ 32,398 bilhões, acrescidos de R\$ 1,8 bilhão – diferença acumulada do não-cumprimento de 2001, 2002 e 2003, conforme mencionado.

• O conflito com os estados e municípios

Considerando que a maioria dos estados destinava, até 2000, 6% de suas receitas de impostos e transferências constitucionais para a saúde, a EC 29 estaria ampliando sua participação. Contudo, nos anos que se seguiram à promulgação da emenda, o cumprimento por parte dos estados tem sido difícil.

Para se ter uma idéia, em 2002, apenas 11 estados cumpriram a emenda, enquanto 16 deixaram de aplicar o percentual mínimo para esse ano (dados sobre despesa empenhada do SIOPS/MS).¹⁷ A rigor, os estados, na média, deveriam ter aplicado em ações e serviços públicos de saúde 9,62% das receitas de impostos, compreendidas as transferências, mas não passaram de 8,97%. Essa diferença entre o mínimo a aplicar conforme a EC 29 e o valor aplicado é de R\$ 1,657 bilhões.

Conforme as informações do SIOPS/MS, essa situação de descumprimento da EC 29, por parte dos estados, vem ocorrendo desde 2000, quando o percentual mínimo de aplicação deveria corresponder a 7% das receitas de impostos, compreendidas as transferências. Nesse ano, onze estados deixaram de cumprir a emenda, correspondendo a um passivo de R\$ 889 milhões.¹⁸ Em 2001, o número de estados que descumpriu cresceu para dezoito,¹⁹ cuja diferença entre o mínimo a aplicar conforme a emenda e o valor aplicado foi de R\$ 1,074 bilhão.

(17) Os estados que descumpriram a EC 29 em 2002 foram: Roraima, Maranhão, Piauí, Ceará, Pernambuco, Sergipe, Bahia, Minas Gerais, Espírito Santo, Rio de Janeiro, Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Mato Grosso, Goiás e Distrito Federal.

(18) Os estados que descumpriram a EC 29 em 2000 foram: Maranhão, Piauí, Paraíba, Alagoas, Sergipe, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Paraná, Rio Grande do Sul, Mato Grosso do Sul e Mato Grosso.

(19) Os estados que descumpriram a EC 29 em 2001 foram: Amapá, Maranhão, Piauí, Ceará, Rio Grande do Norte, Alagoas, Sergipe, Bahia, Minas Gerais, Espírito Santo, Rio de Janeiro, Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Mato Grosso do Sul, Mato Grosso, Goiás e Distrito Federal.

No total, os estados acumulam, nos anos 2000, 2001 e 2002, uma dívida de R\$ 3,622 bilhões com o Sistema Único de Saúde (SUS). Merece menção o fato de alguns estados não terem cumprido a emenda em todos esses anos. Registre-se: Maranhão, Piauí, Sergipe, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Paraná, Rio Grande do e Mato Grosso.

Se somados os valores referentes ao descumprimento da EC 29 pela União e estados, ao longo dos três últimos anos, o montante refere-se à ordem de R\$ 5,4 bilhões (R\$ 1,8 bilhão da União e R\$ 3,6 bilhões dos estados). Nessa perspectiva, pode-se dizer que o financiamento do SUS continua sendo contestado ou colocado em dúvida, prejudicando a saúde dos cidadãos brasileiros.

Por outro lado, há que salientar que, dentre os estados que indicaram o cumprimento da EC 29, nos anos aqui indicados, alguns deles incluíram, como se fossem gastos em saúde, as despesas com inativos, empresas de saneamento, habitação urbana, recursos hídricos, merenda escolar, programas de alimentação, hospitais de "clientela fechada" (como hospitais de servidores estaduais). E tudo isso em que pese já existirem parâmetros claros e acordados entre o Ministério da Saúde, os estados e seus tribunais de contas para o que seria incluído como despesas de ações e serviços de saúde (Ver Resolução 322/2003 do Conselho Nacional de Saúde). Mediante "artifícios", os estados desconhecaram esses parâmetros e incluíram gastos alheios à saúde para atingirem sua meta de aplicação.

Para os municípios, tanto das capitais como do interior, as informações do SIOPS indicam que o cumprimento da EC 29 ao longo desses últimos anos tem sido respeitado. No ano de aprovação da emenda (2000), o percentual médio destinado à saúde foi de 13,64% das receitas de impostos e transferências constitucionais. Em 2001, esse percentual passou para 14,71%; em 2002, atingiu 15,97%; e, em 2003, 17,58%. Isso demonstra que, para os municípios, a vinculação de recursos não alterou o quadro do financiamento da saúde.

Mas também municípios incluíram inativos. Surpreendentemente, mesmo em gestões progressistas, houve um conflito entre a área da saúde e a das finanças. Os secretários de Finanças também defenderam, interpretando indevidamente a emenda, que os 15%, definidos como o mínimo, seriam exatamente o percentual que eles aplicariam, mesmo que as necessidades exigissem gastos maiores. Tal como no plano macroeconômico, a descentralização da saúde subordina-se à lógica do "econômico-contábil", onde os secretários de Finanças entendem que a receita é que condiciona a despesa.

• A construção de um consenso e a regulamentação da EC 29

Para agilizar a aplicação da EC 29, o Conselho Nacional de Saúde, em conjunto com outras entidades, elaborou o documento "Parâmetros consensuais sobre a implementação e regulamentação da EC 29", no primeiro semestre de

2001. A partir daí, o MS promoveu, entre setembro de 2001 e setembro de 2002, três seminários com os tribunais de contas da União, a comissão de Seguridade Social da Câmara e do Senado, o CONASS e o CONASEMS. Esses seminários visavam a construir uma interpretação homogênea e a assegurar os objetivos que motivaram a aprovação da emenda.

Quanto à indefinição do conceito de ações e serviços públicos de saúde, todos os segmentos envolvidos sabiam que, se isso não estivesse acordado e regulamentado, a aplicação da EC 29 estaria comprometida. Depois de um intenso debate, foi aprovada, pelo Conselho Nacional de Saúde, a Resolução n. 316, de 4 de abril de 2002, substituída depois pela Resolução n. 322, de 8 de maio de 2003, a qual foi homologada pelo ministro da Saúde. Essa última resolução, então, ao dispor sobre dez diretrizes a respeito dos temas abordados no âmbito dos Seminários, constituiu-se no grande instrumento-chave do consenso entre as entidades ligadas à saúde e na peça principal de orientação para o projeto de regulamentação da EC 29.

Para finalizar os encaminhamentos pré-regulamentação da EC 29, durante o ano de 2003, foram realizados, em Brasília, mais dois seminários, promovidos pela Câmara Técnica do SIOPS e pela Comissão para Elaboração de Proposta de Lei Complementar (PLC) do Ministério da Saúde, onde foi intensa a discussão das entidades presentes.

Em 2004, foi dado início ao processo de tramitação do Projeto de Lei Complementar sobre a Regulamentação da EC 29 na Câmara Federal. Após intensos debates e conflitos entre os interesses do governo federal, contrários ao projeto de lei, e a Frente Parlamentar da Saúde, o projeto foi aprovado na Comissão de Seguridade Social e Família, ora encaminhado à Comissão de Finanças e Tributação da Câmara. A expectativa é que nessa comissão os embates serão ainda maiores.

O projeto de lei incorpora também todas as postulações aprovadas na 12ª Conferência Nacional de Saúde, na Plenária Nacional de Conselheiros de Saúde e no Conselho Nacional de Saúde. Contudo, sabe-se que a sua aprovação não será isenta de conflitos.

1.4 Os constrangimentos econômicos e o SUS nos anos 2000

A persistência dos problemas relativos ao endividamento interno e externo, a manutenção das elevadas taxas de desemprego e o crescimento do mercado informal do trabalho – elementos que ilustram a falta de perspectiva quanto à retomada sustentável da economia –, constituem constrangimentos no caminho da construção da universalidade do SUS. Mas apesar de todas as investidas dos defensores do “princípio da contenção do gasto” – ancorado no liberalismo –, as estruturas e instituições criadas pelo SUS resistem.

A luta pela defesa de recursos aparece, contudo, como se a saúde estivesse permanentemente em crise. Na verdade, todas as suas manifestações apenas refletem os conflitos de interesse em jogo e o grau de resistência do movimento pela universalização da saúde pública.

• **A saúde e a proposta de reforma tributária do governo Lula**

A proposta de reforma tributária do governo Lula sanciona o comprometimento atual dos municípios e do governo federal, mas abre mão de repensar as condições de sustentação do conjunto da Seguridade Social, em especial da saúde. Além disso, nas negociações para a aprovação da reforma, apareceu a possibilidade de mecanismos semelhantes à DRU serem aplicados aos estados e municípios, o que, segundo estimativa da Comissão de Orçamento e Finanças do Conselho Nacional de Saúde, significaria uma redução de R\$ 3 bilhões em nível dos estados e de R\$ 2,5 bilhões em nível dos municípios, caso a desvinculação de 20% fosse aplicada à arrecadação prevista para 2003. Numa reação defensiva daqueles que lutam pela construção da universalidade da saúde, conseguiu-se o compromisso do governo Lula, após intensas mobilizações, da retirada dessa proposta no âmbito do projeto do Executivo.

O financiamento da saúde pública está longe de estar resolvido no âmbito da proposta de reforma tributária do governo Lula. Isso porque, no momento em que a austeridade fiscal é alçada a prioritária pelo governo – na verdade continuando a política anteriormente executada –, isso se choca diretamente com o interesse daqueles que pretendem assegurar a implementação do SUS como uma política universal. Dito de outra maneira, o SUS universal encontra-se na contramão dos ditames do FMI, que exige corte nos gastos e superávit primário elevado. Essa atitude é emblematicamente registrada na defesa intransigente do governo Lula em manter a CPMF (mas sem dividir os recursos com os outros níveis de governo, é claro) e a DRU.

Nessa dimensão, a discussão da reforma do Estado, envolvendo alterações substantivas das reformas previdenciária e tributária, coloca a possibilidade de o próprio sistema de saúde vir a ser modificado. Na medida em que forem extintas as atuais fontes de financiamento do sistema e a escassez relativa de recursos determinar apenas a manutenção dos cuidados com a saúde da parcela mais carente da população, propostas de adoção de modelos alternativos de gestão da saúde certamente ganharão corpo e importância no debate que está por vir. Isso pode permitir que se coloque qualquer tipo de sistema de proteção social que não se inspire no princípio da universalidade.

• **O descumprimento na proposta orçamentária/2004 do MS**

Em 31 de julho de 2003, a Saúde foi surpreendida com o veto presidencial ao parágrafo 2 do artigo 59 da LDO/2004. Através desse ato, seriam consideradas

como ações e serviços públicos de saúde as despesas realizadas com encargos previdenciários da União (EPU) e com o serviço da dívida, bem como a dotação dos recursos do Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza. A reação contrária do CNS e da Frente Parlamentar da Saúde resultou na mensagem do Poder Executivo ao Congresso Nacional criando o parágrafo 3 para o artigo 59, onde, para efeito das ações em saúde, são deduzidos o EPU e o serviço da dívida. Contudo, nenhuma menção foi feita ao Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza, cujos recursos previstos atingem R\$ 3,571 milhões.

No momento em que o Fundo da Pobreza é considerado como ações de saúde, não só a Saúde deixa de contar com os recursos a ele destinados, como é desrespeitado o processo de construção da definição do que sejam ações típicas de saúde, como anteriormente mencionado. A inclusão da alimentação e nutrição e saneamento básico, atividades previstas para serem financiadas com o Fundo da Pobreza, contrariam o parágrafo 2º do artigo 198 da Constituição, os artigos 5 e 6 da Lei 8.080/1990 e a Resolução n. 322 do Conselho Nacional de Saúde.

Além disso, mesmo se fossem considerados os recursos do Fundo da Pobreza, o orçamento do MS para 2004 não cumpriria o disposto na EC 29: no lugar de R\$ 32,930 bilhões (orçamento de 2003 mais a variação nominal do PIB 2003/2002 de 19,24%, segundo as projeções do IBGE), foi encaminhada uma proposta de R\$ 32,481 bilhões, ou seja, menor em R\$ 449 milhões.

Somando-se esses R\$ 449 milhões aos R\$ 3,571 bilhões do Fundo de Pobreza, o SUS, em nível do Ministério da Saúde, está sendo (des)financiado em R\$ 4,020 bilhões. É como se o orçamento desse ano fosse cortado em 14,8%, lembrando que a inflação atingiu 15,07% entre agosto de 2002 e agosto de 2003. Além dos efeitos negativos dessa redução ao orçamento do MS, o descumprimento da EC 29 pela União abre precedente para que estados atuem da mesma forma, isto é: considerar como despesas em saúde outros itens que não se referem a “ações típicas de saúde”.

Ao final de setembro de 2003, a governadora do Estado do Rio de Janeiro propôs ao Supremo Tribunal Federal uma Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADIN) com pedido de medida cautelar, em razão da Resolução do Conselho Nacional de Saúde n. 322, de 8 de maio de 2003, especialmente para sua invalidação e suspensão imediata dos seus efeitos. Dito de forma direta, a governadora questiona particularmente a diretriz da resolução que define as despesas a serem consideradas como ações e serviços públicos de saúde. Os motivos, todos sabem, são para incluir gastos na saúde que são vedados na resolução. Além desse questionamento, a ADIN indaga sobre o caráter deliberativo do Conselho Nacional de Saúde para determinar as formas de aplicação do gasto com ações e serviços públicos de saúde.

No plano nacional, contudo, ocorreram dois importantes fatos, resultado das negociações realizadas para superar o impasse entre a institucionalização do

SUS e a austeridade fiscal perseguida pela área econômica do governo. O primeiro refere-se à Lei n. 10.777 de 25 de novembro de 2003, que reintroduz o conteúdo do parágrafo 2 do artigo 59 da LDO/2004 vetado pelo presidente, assegurando assim que os encargos previdenciários da União, os serviços da dívida e a parcela das despesas do Ministério financiada com recursos do Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza não sejam considerados como ações e serviços públicos de saúde. O segundo diz respeito ao Projeto de Lei Complementar de Regulamentação da Emenda Constitucional 29, que se encontra em tramitação na Câmara Federal. Espera-se que a aprovação dessa regulamentação, ancorada nas definições da Resolução CNS n. 322/2003, possa estabelecer as bases legais necessárias para que a União e também os estados cumpram o disposto na EC 29.

Mas a continuidade da institucionalização do SUS universal exige, no curto prazo, a derrota da ADIN da governadora do Rio de Janeiro e, mais no longo prazo, a redefinição da posição econômica e política assumida pelos governos federal e estaduais, o que implicará o abandono das “estratégias” ortodoxas adotadas por esses governos.

• O embate da desvinculação dos recursos da saúde

Ao final de 2003, o governo federal – com o intuito de levar adiante o projeto neoliberal que havia ficado inacabado ao final da gestão FHC – encaminha uma correspondência ao FMI²⁰ atestando sua intenção em modificar radicalmente o quadro em cima do qual são desenhados os orçamentos, sejam eles da União, dos estados ou dos municípios. No item “Criando um ambiente para o desenvolvimento” desse documento, é mencionada a flexibilização da alocação dos recursos públicos como uma entre várias ações que seriam necessárias para “trazer o país para uma trajetória de crescimento”. O documento segue dizendo:

... menos de 15% das despesas primárias são alocadas de forma discricionária pelo governo, criando uma rigidez orçamentária que muitas vezes inibe de maneira significativa uma alocação mais justa e eficiente dos recursos públicos”. E termina dizendo: “... o governo planeja preparar um estudo sobre as implicações das vinculações setoriais... (Brasil, 2003, p. 3).

A intenção do governo, como se sabe, é colocar um fim aos preceitos constitucionais que obrigam União, estados e municípios a gastarem um percentual de todo o dinheiro arrecadado para os setores de educação e saúde. Particularmente, na área da saúde, deixaria o Ministério da Saúde de ser obrigado a gastar, em relação ao ano anterior, valor igual acrescido da variação nominal do PIB, os estados 12% de sua receita de impostos, compreendidas as transferências constitucionais, e os municípios 15%.

Ao propor mudanças dessa magnitude o governo Lula tem a intenção de colocar em marcha um movimento duplo com relação ao Orçamento. O primeiro

(20) Carta de intenção do governo brasileiro dirigida a Köhler, referente ao novo acordo com o FMI, datada de 21 de novembro de 2003 (Brasil, 2003).

consiste da desvinculação propriamente dita dos recursos destinados aos gastos sociais em saúde e educação. O segundo movimento refere-se ao uso que seria feito dos recursos assim liberados: além de engrossarem o pagamento da dívida externa, poderiam ser destinados à realização de investimento, provavelmente dentro do espírito do projeto Parceria Público-Privada (PPP).

Esse é o primeiro governo, após a Constituição de 1988, que, sem nenhum constrangimento, tem a “coragem” de propor uma medida como essa: institucionalizar, promovendo mudança no texto da lei, que o pagamento do serviço da dívida preceda completamente a preocupação de realizar os atuais níveis de gastos sociais, quanto mais de ampliá-los. Evidentemente que a DRU, mencionada anteriormente, já tem esse conteúdo, mas anteriormente nenhum governo havia proposto a completa desvinculação dos recursos da Seguridade Social. No caso da saúde, isso significaria direcionar o gasto para algo do tipo cesta básica, ao estilo do que é proposto pelo Banco Mundial, abandonando a idéia da universalização das ações e serviços públicos em saúde.

A universalização do acesso à saúde a partir da Constituição de 1988 pode ser considerada uma das mais inclusivas das políticas sociais no país, uma vez que incorpora cerca de 135 milhões de brasileiros antes sem cobertura. No entanto, os constrangimentos econômicos e conflitos políticos vividos no processo de institucionalização do SUS vêm dificultando sua viabilidade.

2 Em busca do consenso do SUS universal: a valorização da Seguridade Social

Como já mencionado anteriormente, vários são os aspectos que evidenciam as iniciativas e medidas que foram minando o conceito de Seguridade Social ao longo dos governos que se seguiram à promulgação da Constituição de 1988. Entre os principais aspectos destacam-se: a utilização de parte de seus recursos para o financiamento dos Encargos Previdenciários da União (EPU) em 1989 e 1990; a especialização das contribuições de empregados e empregadores para a Previdência Social; a criação de mecanismos que permitiram o acesso da União aos recursos da Seguridade Social e, portanto, a institucionalização de seu uso indevido; as alterações nos critérios de acesso aos benefícios previdenciários, especialmente da aposentadoria; a inclusão, no plano da análise e da discussão pública, do regime dos servidores, em claro rompimento ao artigo 194 da Constituição.

Recuperar esse desmonte é essencial para a compreensão de como foi frágil o consenso que definiu os contornos do capítulo sobre a Seguridade Social. Mais do que isso indica como no Brasil as políticas sociais são permanentemente subsumidas aos objetivos e aos constrangimentos econômicos de toda ordem. A Constituição de 1988, refletindo o anseio por democracia e pelo resgate da então

chamada dívida social foi um daqueles raros momentos onde tal preceito foi contradito.

Como aqui relatado, os caminhos do financiamento da Seguridade Social em geral e da saúde pública, em particular, têm sido tortuosos. Pode-se verificar que, ao mesmo tempo em que se implanta o SUS, com base no princípio da construção da universalidade, agrava-se a crise fiscal e financeira do Estado, limitando o aporte de recursos para a saúde e para a seguridade.

A recorrência de políticas de estabilização e ajuste macroeconômico, desde a primeira gestão de FHC até a atual do governo Lula, não vem contribuindo para promover impactos substantivos sobre o sistema de proteção social brasileiro. De um lado, a presença esmagadora das dívidas interna e externa (esta última carreando sistematicamente recursos para fora do país) impede que se volte a crescer de forma sustentada, redistribuindo renda e promovendo o emprego. Por outro lado, a necessidade de as taxas de juros serem mantidas relativamente altas para garantir o afluxo de capital ao país deprime o investimento e aprofunda o déficit público, por maior que seja o superávit primário obtido mediante o corte de gastos da Seguridade Social em geral e da saúde em particular. Nessa perspectiva, espera-se que as taxas de desemprego mantenham-se altas e que o encolhimento do emprego formal – característica dos anos 1990 após a entrada do Real – se aprofunde ao longo dos anos de 2000.

Como afirmado anteriormente, a perspectiva de uma reforma do Estado, que envolva propostas de alterações substantivas das reformas previdenciária e tributária, coloca a possibilidade de o próprio sistema de saúde vir a ser radicalmente modificado, de modo que os princípios da universalidade e da integralidade sejam abandonados e, no lugar, seja construído uma saúde pública básica, voltada para a parcela mais carente da população.

O fato de a Emenda Constitucional 29 não estar sendo cumprida, seja em nível da União como dos estados, pode resultar no aprofundamento do (des)financiamento da área da saúde. Tanto a manobra do governo Lula em incluir o Fundo de Erradicação da Pobreza como atividade do Ministério da Saúde, quanto a elaboração de seu estudo ao FMI propondo a desvinculação dos recursos destinados às ações e serviços públicos de saúde indicam que o governo federal não tem muita disposição em aumentar sua participação no gasto com saúde e tampouco em definir fontes exclusivas para seus custeios. Espera-se que a aprovação do projeto de regulamentação da EC 29, ancorada nas definições da Resolução CNS n. 322, possa estabelecer as bases legais necessárias para que a União e também os estados cumpram o disposto na emenda. Porém, sabe-se que a aprovação da regulamentação será marcada por intensos conflitos.

A rigor, as possibilidades de financiamento do SUS vão depender de diversos aspectos, condicionados primeiramente, é claro, pela possibilidade de recuperação econômica. Porém, não se pode dizer que se reduzam a esse fator.

Estarão também condicionados pela construção de consensos em relação às políticas e instituições responsáveis pelas políticas universalistas. Nesse sentido, a integração e o fortalecimento das áreas componentes da seguridade, de um lado, e, de outro, a adoção de uma estratégia orientada para inserir a importância da Seguridade Social para a cidadania no projeto econômico e social do governo seriam fundamentais.

Mas, na verdade, a continuidade da institucionalização do SUS universal exige, de forma primordial, a redefinição da posição econômica e política assumida pelo governo atual, o que implicará o abandono das “estratégias” ortodoxas adotadas pelo governo democrático e popular. Isso tem parecido cada vez mais distante. Quem viver, verá!

Referências bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. *Cobertura do setor de saúde suplementar*. 2003. Disponível em: <www.saude.gov.br>.

CARVALHO, G. Saúde: avanços e entraves ao processo de descentralização. In: CEPAM. *O município no século XXI: cenários e perspectivas*. São Paulo, 1999.

COHN, A. Saúde para todos. In: RATTNER, Henrique (Org.). *Brasil no limiar do século XXI: alternativas para a construção de uma sociedade sustentável*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2000.

MARQUES, R.; MENDES, A. Financiamento: a doença crônica da saúde pública brasileira. In: ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA DA SAÚDE, 5, Salvador, 1999. *Anais...* Salvador: Abres, 1999. p. 213-237.

_____; _____. O governo Lula e a contra-reforma previdenciária. Artigo preparado para o VIII Encontro Nacional da ABET (USP, 13 a 16 de outubro de 2003), para o III Colóquio de Economistas Políticos da América Latina (Buenos Aires, 16 a 18 de outubro de 2003) e para a revista *Proteo* (Roma).

_____; _____. *O papel e as conseqüências dos incentivos como estratégia de financiamento das ações de saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde (Opas/OMS); SAS, Ministério da Saúde, 2003a. (Série Técnica Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, 4).

PIOLA, S. F.; BIASOTO Jr., G. Finanças e dispêndios: financiamento do SUS, gasto público e base tributária. In: NEGRI, B.; DI GIOVANNI, G. *Brasil: radiografia da saúde*. Campinas (SP): Unicamp. IE. 2001.