

Magalhães Vianna, Solon

A Seguridade Social e o SUS: re-visitando o tema

Saúde e Sociedade, vol. 14, núm. 1, enero-abril, 2005, pp. 7-22

Universidade de São Paulo

São Paulo, Brasil

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406263732003>

# A Seguridade Social e o SUS: re-visitando o tema

## Social Security and SUS: re-visiting the theme

**Solon Magalhães Vianna**

Odontólogo e Sanitarista, Livre Docente em Saúde Pública. Ex-Pesquisador do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA. Consultor  
E-mail: solon@yawl.com.br

### Resumo

Esta é uma re-visita feita pelo próprio autor a artigo publicado em Saúde e Sociedade em seu número inaugural, em 1992. A constatação básica desta re-visita é a atualidade, treze anos depois, da temática abordada. O texto discute os argumentos mais freqüentes contrários e favoráveis à vinculação orçamentária no âmbito do SUS. e os principais aspectos da CPMF, criada para incrementar recursos para a saúde e da EC n.º 29. Aborda, ainda as mudanças constitucionais e legais recentes, ocorridas nos campos tributário e previdenciário. Conclui que dificilmente haverá no Brasil um sistema de saúde universal, igualitário que ofereça atenção integral de qualidade, tal como nos países de *welfare state* consolidado, enquanto os segmentos sociais de maior capacidade de pressão resolverem suas necessidades de atendimento médico fora desse sistema. Contudo reconhece os avanços importantes presentes no desenvolvimento do SUS, o qual, a despeito de suas vicissitudes, tem permanecido à margem do *main stream* das reformas sanitárias internacionais de corte neoliberal.

**Palavras-chave:** Sistema Único de Saúde - SUS; Seguridade Social; Reforma previdenciária; Financiamento do SUS; Vinculação de recursos.

## Abstract

This is a revisit to an article published in the first issue of *Saúde e Sociedade*, in 1992, done by the author himself. The original article is still up to date, thirteen years after its publication. In the text there is a discussion on the most common arguments in favor and contrary to the ties of SUS (Health System) to the budget and on the main aspects of CPMF (Contribution over Financial Movements), approved to increase financial resources of SUS and the EC (Constitution Amendment) n. 29. The article also discusses recent legal and constitutional changes in tributary and security areas. The conclusion points out that hardly there will be in Brazil an universal health system able to offer integral attention with quality, as in the countries with consolidated welfare state, while social groups with stronger power solve their health services problems out of this system. However it recognizes important advances of SUS that, in spite of its problems, has been kept out of the international sanitary reforms of liberal viewpoint.

**Keywords:** Unique Health System; Social Security; Reform of the Social Security System; Financing of the Health System; Ties of resources

## Introdução

Este artigo re-visita texto do autor<sup>1</sup> cujo foco incidia sobre quatro questões controversas, que, de alguma forma, afetavam a partilha dos recursos do Orçamento da Seguridade Social – OSS entre os componentes desse sistema (saúde, previdência e assistência social) criado pela Constituição de 1988:

- (i) o papel peculiar do então Ministério do Trabalho e Previdência Social – MTPS, “caixa” da seguridade social e, ao mesmo tempo, gestor de seu principal programa (benefícios previdenciários) e da fonte mais importante do OSS (contribuição de empregados e empregadores);
- (ii) a vinculação de recursos para financiar o Sistema Único de Saúde – SUS diante do retorno à pauta de “... *proposta de instituição de fonte(s) específica(s) para o setor (saúde)*” com objetivo de reduzir as incertezas do financiamento;
- (iii) as responsabilidades do Orçamento da Seguridade Social – OSS, ou, mais especificamente, das Contribuições Sociais usadas para financiar políticas públicas (saneamento, merenda escolar) e Encargos Previdenciários da União – EPU (pagamento de inativos e pensionistas), estranhas ao conceito de Seguridade Social e que, historicamente, eram custeadas com os chamados Recursos Ordinários do Tesouro (Orçamento Fiscal); e
- (iv) a repercussão da estratégia de contingenciamento adotada pelo governo, atingindo as contribuições re-colhidas pela Receita Federal (na época o Finsocial, e as contribuições sobre lucros e loterias).

A constatação básica desta revisita é a atualidade, treze anos depois, da temática abordada em 1991/1992, salvo no que diz respeito à primeira questão: o *duplo papel* do MTPS, superado desde 1993, foi substituído, no contencioso da Seguridade, pela idéia da criação do Ministério da Seguridade Social – MSS, matéria objeto do capítulo seguinte (II) deste artigo.

<sup>1</sup> O texto – *Seguridade Social, o Sistema Único de Saúde e a partilha de recursos* – foi elaborado com base em exposição feita na Mesa Redonda sobre Financiamento da Saúde no Brasil, realizada em 21-6-91 na Faculdade de Saúde Pública da USP (Ciclo de mesas-redondas: “*A crise da saúde: estrangulamento, perspectiva e saída*”). Foi publicado na revista *Saúde e Sociedade* (Faculdade de Saúde Pública/Associação Paulista de Saúde Pública), v. 1, n. 1, p.43-58, 1992.

O capítulo III dá um panorama geral do financiamento da seguridade destacando o caso da saúde, enquanto o capítulo IV confronta os argumentos mais freqüentes contrários à vinculação orçamentária com as razões que levaram a sua adoção no âmbito do SUS. Após examinar os principais aspectos da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira – CPMF, criada para incrementar recursos para a saúde e a EC n.º 29, que impõe patamares mí nimos de dispêndio setorial para as três esferas de governo, discute-se, no mesmo capítulo, os efeitos dessas medidas.

Antecedendo as Considerações Finais, o capítulo V aborda as implicações mais relevantes para a Seguridade Social – SS das mudanças constitucionais e legais recentes, ocorridas nos campos tributário e previdenciário.

## Seguridade Social: Fusão ou Articulação?

A criação de um Ministério reunindo previdência, saúde e assistência social está sugerida no próprio conceito de seguridade social criado pela Constituição de 1988, assumindo-se que “... *um conjunto integrado* (*sic*) *de ações...*” desenvolvido por essas três áreas signifique comando único. Esse entendimento, contudo, não prosperou.<sup>2</sup> Ao contrário, com o passar do tempo a fusão foi ficando cada vez menos provável. Os dois ministérios (MPAS e MS) que formavam a seguridade passaram a ser três com a participação do MPAS em dois: um para a previdência e outro para assistência social. Hoje são quatro, incluindo-se o Ministério de Desenvolvimento Social, criado em 2003 para abrigar inúmeros programas assistenciais.

Até mesmo o conceito de Seguridade Social foi sendo fragilizado. O Orçamento da Seguridade Social OSS perdeu sua identidade. O Conselho Nacional de Seguridade Social, a quem cabia entre outras atribuições aprovar o OSS, foi extinto sem motivar nenhum esforço visível de mobilização social pela sua preservação. E a desvinculação de receitas da União – DRU, cometida pela primeira vez no Governo Fernando Hen-

rique e repetida no atual, não pouparas contribuições sociais – fontes exclusivas da seguridade –, com exceção da que é devida por Empregados e Empregadores.

A XII Conferência Nacional de Saúde – XII CNS, realizada em dezembro de 2003, em Brasília, retomou a polêmica sobre a criação do Ministério da Seguridade Social – MSS. No evento, o Secretário Executivo do Ministério da Previdência Social, ressaltando falar apenas como estudioso do assunto e de não se tratar “*de uma questão de governo ainda*” (*sic*), defendeu a fusão e a gestão quadripartite<sup>3</sup> da SS. O Ministro da Fazenda, ouvido pela mídia, não quis comentar a tese (*Folha de São Paulo*, 12 dez. 2003). O Ministério da Saúde, por sua vez, ficou implicitamente contra, ao sugerir a “... *integração programática das áreas e o fortalecimento do conceito de seguridade social*” (para) “... *facilitar ações conjuntas*” (Solla, 2003).

Ao fim e ao cabo o plenário da XII Conferência rejeitou a unificação (*Folha de São Paulo*, 2003), possivelmente influenciado pelo temor da perda de *status* político da saúde, como ocorreu com as Forças Armadas depois da criação do Ministério da Defesa no governo passado, e, até mesmo, pelo risco da criação de um paquiderme institucional (Cury, 2003).

A motivação para a unificação, tal como defendida na Conferência, seria fortalecer a Seguridade Social frente ao Ministério da Fazenda, uma postura defensiva que enfraquece a idéia no seu nascedouro, além de supor que o tamanho de uma instituição possa, por si só, substituir uma eventual falta de capital político de seu titular.

Não se pode negligenciar, como motivação adicional à fusão, um possível retorno de antigas aspirações de trazer para um hipotético MSS o encargo de arrecadar todas as contribuições sociais vinculadas à seguridade. Esta possibilidade foi aventada no âmbito da burocracia previdenciária no passado, mas já mais chegou perto de se transformar em proposta de governo.

Isso ocorreu, provavelmente, porque, em primeiro lugar, a área econômica – o Ministério da Fazenda –

<sup>2</sup> Se tivesse vingado, a decisão singular do Ministro da Previdência de maio de 1993, cortando os repasses para o MS dos recursos provenientes da taxação sobre a folha de salário, certamente não teria ocorrido.

<sup>3</sup> A Constituição Federal (Art. 194, § único, VIII) determina que a Seguridade Social seja organizada com base em diversos objetivos, entre os quais o “*caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados do Governo, nos órgãos colegiados*” (Redação dada pela EC n.º 20, de 15 dez. 1998.)

MF em particular –, não abria mão do controle sobre receitas do porte das contribuições sociais. E todos os sucessivos titulares do MF – sem exceção conhecida, até onde vai a memória – têm tido poder político suficiente para abortar qualquer tentativa nesse sentido. Segundo, porque embora a previdência tenha estrutura específica de arrecadação e inegável experiência com o recolhimento da receita sobre os salários, não tem o mesmo *know how* no que se refere à fiscalização sobre as demais contribuições sociais. Todas elas, ressalte-se, com *cara e jeito* de imposto, o que pode ser um argumento pragmático para que permaneçam no ambiente institucional da Receita Federal.

Situá-las no MSS não as defenderia de contingimentos. O fato de a receita sobre a folha ter sido poupada do apetite fiscal do MF quando da instituição da Desvinculação das Receitas da União – DRU<sup>4</sup> se deve à ressalva expressa da Lei de Responsabilidade Fiscal. Menos por ser um recurso diretamente arrecadado pela previdência do que, entre outras razões, pela irredutibilidade da despesa com benefícios, que concede aos recursos que os atendem uma certa imunidade natural a medidas de contenção de despesa.

Um superministério desequilibraria ainda mais a distribuição de poder na Esplanada, já comprometida pela convivência – na prática inevitável –, entre ministérios de primeira, segunda e terceira classe. Justificar a fusão com o *enxugamento da máquina* é um argumento, em tese, válido para o futuro, mas inoportuno no presente. Na conjuntura vigente parece remota a possibilidade de o governo jogar pelo ralo o enorme esforço de engenharia política e administrativa para criar sua base de sustentação parlamentar. Tal esforço exigiu uma nova e extravagante estrutura organizacional que hoje totaliza 35 subordinações diretas ao Presidente apenas computando ministérios e secretarias de igual *status*. Ademais, se a criação de novos ministérios e secretarias em 2003 pretendia também sinalizar para a sociedade que as respectivas áreas temáticas<sup>5</sup> são reais prioridades de governo, a extin-

ção do MS, resultado natural da fusão, poderia sugerir o oposto.

Um modelo de gestão participativa pode ser uma alternativa à integração administrativa, dependendo da composição e das atribuições do colegiado. Na proposta discutida na XII CNS, o Conselho seria composto por representantes da saúde, previdência, assistência social e do Conselho de Seguridade Social e teria funções de “*controle e acompanhamento*” (Cury, 2003). A Constituição, alterada em 1998 pela EC n.º 20 (Art. 197, § único, VIII), menciona a “*participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados*”, mas é omissa quanto às competências. Já os conselhos de saúde nas três esferas de governo têm atribuições deliberativas e composição paritária na qual metade das vagas são destinadas a representação dos usuários (Lei n.º 8.142/90, Art. 1.º, §§ 1.º e 4.º). Tais descompassos conceituais permanecem em busca de uma solução de consenso

## A Questão do Financiamento

### Seguridade Social e gasto social

Ainda que insuficiente diante da magnitude da dívida social acumulada, o gasto do Governo Federal na área social tem crescido nos últimos anos. Entre 1995 e 2001, o incremento foi da ordem de 20%, em que pese uma breve interrupção da tendência em 1999 (Abrahão de Castro, 2003)<sup>6</sup>. Este comportamento levou a um dispêndio da ordem de R\$ 171272 (Tabela 1)

No mesmo período, 82,9%<sup>7</sup> do gasto social foi atribuído à seguridade social (Gráfico 1). Porém, quando se retira dessa conta o dispêndio com Encargos Previdenciários da União – EPU, que alguns autores (Velloso, 2003; Soares, 2003; Delgado, 2004)<sup>8</sup> não consideram como despesa da seguridade, esse percentual cai para 62,4%, sem maiores oscilações quando examinado ano a ano (Tabela 1 e Gráfico 1).

<sup>4</sup> Emenda Constitucional que desvincula de seus respectivos destinos 20% de todos os tributos da União.

<sup>5</sup> Conselho de Desenvolvimento Econômico e Social, Desenvolvimento Social e Combate a Fome, Igualdade Racial, Políticas para as Mulheres, Aquicultura e Pesca, Cidades, Direitos Humanos.

<sup>6</sup> Para mais detalhes sobre o gasto social federal (1995-2001), ver Abrahão de Castro e cols, 2003..

<sup>7</sup> Gasto da SS = previdência + benefício a servidores (EPU) + saúde + assistência social

<sup>8</sup> Delgado, Guilherme - Informação pessoal, 2004.

**Tabela 1 - Brasil: Gasto social em grandes áreas, 1995-2001 (Em R\$ milhões constantes de dez./2001)**

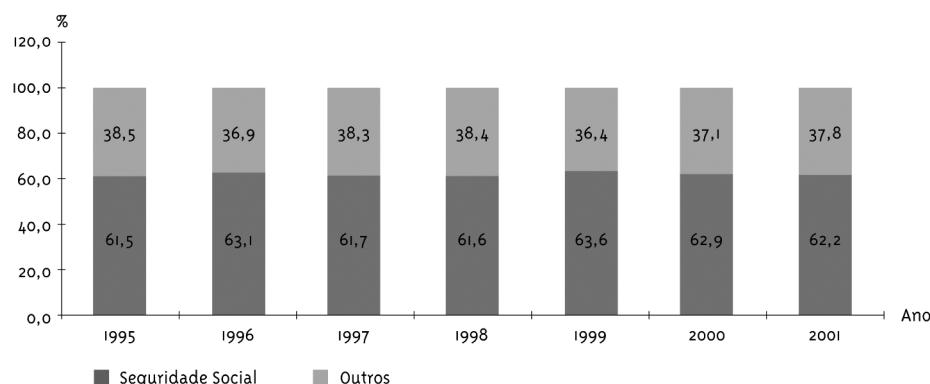
Área de atuação	1995		1996		1997		1998		1999		2000		2001	
	Valor	%												
Seguridade Social <sup>1</sup>	88.295	61,5	95.560	63,1	100.483	61,7	107.193	61,6	106.659	63,6	106.834	62,9	106.608	62,2
Outros <sup>2</sup>	55.224	38,5	55.936	36,9	62.442	38,3	66.806	38,4	60.957	36,4	62.969	37,1	64.664	37,8
Total	143.539	100	151.496	100	162.925	100	173.999	100	167.616	100	169.803	100	171.272	100

Fonte: Abrahão de Castro e cols, 2003, p 127-134.

Notas: 1. Gasto com benefícios a servidores (principalmente despesa com inativos e pensionistas) estão incluídos em "Outros".

2. Outros = educação e cultura, alimentação e nutrição, saneamento e meio ambiente, emprego e defesa do trabalhador, organização agrária, ciência e tecnologia, habitação e urbanismo, treinamento de recursos humanos, benefícios a servidores e gasto social federal.

**Gráfico 1 - Brasil: Percentual do gasto social em grandes áreas, 1995-2001**



### A partilha interna na Seguridade Social

Dentro da seguridade social, a despesa previdenciária – mesmo excluindo o EPU –, é a parcela mais expressiva. Em 2001, no total de R\$ 106,608 bilhões, as despesas previdenciárias representaram 72,30%. Os gastos com Saúde e Assistência Social corresponderam, respectivamente, a 21,74% e 5,96% do total (Tabela 2 e Gráfico 2).

Entre 1995 e 2001, a seguridade social cresceu 20,74%, ligeiramente acima, portanto, da média da área social como um todo. Para tanto pesou, quase exclusivamente, o pagamento com benefícios (+21,58%). A despesa com saúde se manteve estável (+0,65%). Mas o maior crescimento relativo ocorreu na Assistência Social (+242%), devido a ampliação de ações e programas focalizados; esse crescimento, en-

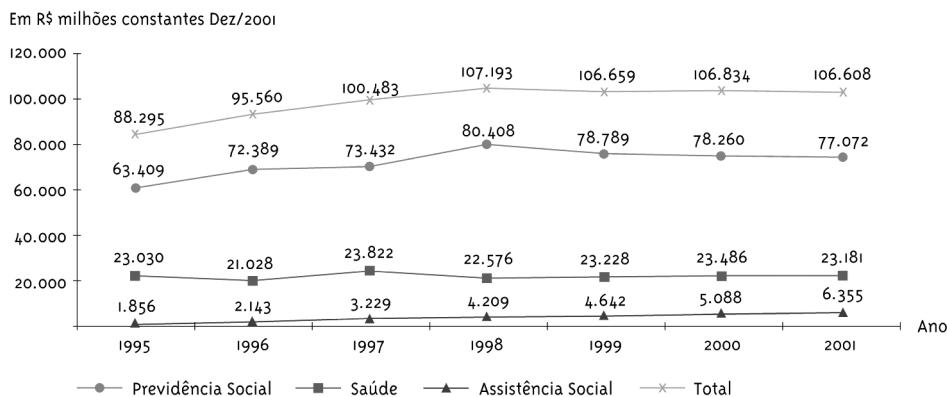
**Tabela 2 - Brasil: Gasto com seguridade social por áreas, 1995-2001 (Em R\$ milhões constantes de dez./2001)**

Áreas	1995		1996		1997		1998		1999		2000		2001	
	Valor	%	Valor	%	Valor	%	Valor	%	Valor	%	Valor	%	Valor	%
Previdência Social <sup>1</sup>	63.409	71,8	72.389	75,8	73.432	73,1	80.408	75,0	78.789	73,9	78.260	73,3	77.072	72,3
Saúde	23.030	26,1	21.028	22,0	23.822	23,7	22.576	21,1	23.228	21,8	23.486	22,0	23.181	21,7
Assistência Social	1.856	2,1	2.143	2,2	3.229	3,2	4.209	3,9	4.642	4,4	5.088	4,8	6.355	6,0
Total	88.295	100	95.560	100	100.483	100	107.193	100	106.659	100	106.834	100	106.608	100

Fonte: Abrahão de Castro e cols, 2003, p 127-134.

Notas: 1. Não inclui despesas com inativos e pensionistas da União.

**Gráfico 2 - Brasil: Gasto com seguridade social por áreas, 1995-2001**



tretanto, teve pouca repercussão no total, devido à reduzida dimensão absoluta do orçamento do setor.

### Dimensão do financiamento da saúde

O gasto nacional (público e privado) em saúde, estimado em 7,7% do PIB, está próximo ao de alguns países desenvolvidos como Reino Unido e Canadá. Contudo, o nosso modelo de saúde inspirado nesses países ainda mantém semelhanças ao vigente nos Estados Unidos e se situa na contramão dos sistemas públicos de acesso universal onde a participação privada, tanto na oferta como no financiamento, é bastante inferior à pública. (Tabela 3)

O financiamento do sistema público de saúde tem sido, histórica e fortemente, dependente de recursos federais. Essa participação da União já foi superior a 75% (1980). Dados do SIOPS referentes a 2002 (atualizados até 21/09/03), indicam uma redução dessa par-

ticipação para 53,1%. Estados (21,8%) e municípios (25,1%) atendem ao restante da despesa pública setorial

Três fatores explicam a atual hegemonia federal:

- a Constituição de 88, que atribui à União a competência exclusiva para criar e arrecadar as Contribuições Sociais, fontes vinculadas à Seguridade Social;
- a tendência dos entes subnacionais de retraírem suas próprias fontes quando surgem recursos federais;
- demora no processo de descentralização no SUS, o que contribuiu para que estados e municípios comprometessem, com outras prioridades, o incremento de suas receitas decorrente da nova partilha tributária instituída em 1988.

Em um quadro de euforia gerado pelo retorno ao regime democrático, parecia que um sistema de saúde universal, integral e gratuito pudesse ser financia-

**Tabela 3 - Gasto em saúde em porcentagem do PIB, per capita e em participação de fontes públicas e privadas, em países selecionados, 1997**

País	% PIB	Gasto (em US\$) per capita*	% Público	% Privado
Alemanha	10,5	2.365	77,7	2,3
Austrália	7,8	1.601	72,0	28,0
<b>Brasil</b>	<b>6,5</b>	<b>428</b>	<b>48,7</b>	<b>51,3</b>
Canadá	8,6	1.051	72,0	28,0
Espanha	8,0	1.211	70,6	29,4
Estados Unidos	13,7	3.724	44,1	55,9
Reino Unido	5,8	1.152	96,9	3,1

\* Em dólares internacionais (PPP).

Fonte: Caminhos da Saúde Pública no Brasil. Jacobo Finkelman (Org.). OPAS/OMS, 2002

da pelas fontes tradicionais (folha de salário e aportes do Tesouro) e pelas novas contribuições (loterias, faturamento, lucro das empresas) criadas em 1988. Fatos novos, no entanto, viriam contribuir para comprometer o financiamento da saúde. O mais importante deles foi o crescimento dos gastos com aposentadorias e pensões, fazendo com que a previdência pressionasse o Orçamento da Seguridade Social, por três razões principais;

- (i) criação pela nova Constituição de novos direitos e regras previdenciárias;
- (ii) decisão do governo de incorporar na conta da seguridade social os gastos federais com pensões e aposentadorias dos funcionários públicos, civis e militares;
- (iii) tendência natural de aumento da despesa previdênciária por força do envelhecimento da população e da possibilidade de aposentadorias percoceas.

Um fato adicional a constranger o financiamento do SUS foi a decisão unilateral da previdência, já referida, de eliminar a folha de salário como fonte do SUS, isso para não mencionar fatores adicionais, como a evasão fiscal e a diminuição das transferências voluntárias do Tesouro.

Por tudo isso, as lideranças setoriais, inclusive no Parlamento, apostaram na vinculação de recursos para saúde, inicialmente com a criação de fonte exclusiva para o setor, a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira – CPMF. Depois com a promulgação da Emenda Constitucional n.º 29, que fixou patamares mínimos de recursos a serem destinados à saúde pelos três níveis de governo.

## Argumentos e Efetividade da Vinculação

### A polêmica<sup>9</sup>

Economistas e gestores de finanças públicas são, de um modo geral, contrários a vinculações. Os primeiros em nome do que poder-se-ia chamar de racionalidade econômica. Os gestores, provavelmente, porque já lhes bastam – como problemas no seu cotidiano fazendário – administrar pressões setoriais por mais recursos e as restrições decorrentes das vinculações *de fato* presentes nos orçamentos públicos. Algumas

dessas vinculações são incontornáveis, como o pagamento de pessoal (ativo e inativo). Outras, como os encargos da dívida, decorrem de decisões de política macroeconômica.

A idéia da vinculação na saúde não é recente. Surgiu, inicialmente, no âmbito da Comissão Nacional da Reforma Sanitária – CNRS, criada pelo Ministério da Saúde em 1986 para atender recomendação da histórica VIII Conferência Nacional de Saúde – VIII CNS. As propostas da Comissão foram incorporadas à Constituição de 1988, salvo no que se refere ao financiamento do sistema de saúde: a CNRS propunha recursos equivalentes a 10% do PIB.

À guisa de compensação, o legislador constituinte estabeleceu no Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (Art. 55) que no mínimo 30% do OSS – excluído o seguro desemprego – deveriam ser destinados à saúde, até que fosse aprovada a primeira Lei de Diretrizes Orçamentárias – LDO, uma outra inovação da nova Constituição (C.F., Art. 165). A tentativa protecionista não teve eficácia (Vianna, 1992).

Sob a ótica da racionalidade econômica, o argumento mais vocalizado contrário a esse tipo de solução permanente é o *engessamento* orçamentário que a vinculação produz ao retirar a flexibilidade na alocação de recursos. Foi por essa razão que o governo anterior (FHC) e o atual (Lula da Silva) investiram porção importante de seu patrimônio político no sentido da alteração constitucional, para desvincular, como antes mencionado, 20% das receitas da União (DRU).

A vinculação também é questionada, seja qual for o setor beneficiado, do ponto de vista político, porque, em certa medida, restringe uma das funções importantes do Congresso no processo orçamentário que é definir a alocação intersetorial. Sem essa possibilidade, resta-lhe o paroquialismo das *emendas parlamentares*, em princípio legítimo, mas que acaba virando moeda de troca na barganha política diante do contingenciamento orçamentário sempre possível, quando, como acontece no Brasil, o orçamento é autorizativo e não impositivo.

Por fim, a vinculação embora de imediato tenda a elevar gasto, pode mais adiante tornar-se, paradoxalmente, um obstáculo a novos incrementos de recur-

<sup>9</sup> Este capítulo está baseado em Vianna (2003).

sos. Nesse sentido, a conduta mais comum, em qualquer esfera de governo, é a Fazenda fazer com que o percentual comprometido pela vinculação como piso passe a ser, na prática, o teto.

Todas essas alegações são respeitáveis mas não desqualificam a posição a favor da vinculação construída como consenso entre as diferentes correntes de pensamento do setor de saúde. A vinculação, no caso brasileiro, é um instrumento importante para fazer com que todas as instâncias de governo cumpram a sua parte no financiamento. Um comportamento deletério constatado desde quando a atenção médica era responsabilidade da previdência social decorre da diminuição das fontes locais e estaduais sempre que a União aporte mais recursos. É o chamado “*efeito gangorra*” – “*Um (uma esfera de governo) aumenta, outro(a) diminui*” (Jorge, 2003).

Ao compelir os entes federativos a gastar um mínimo com essa função de governo, a vinculação ajuda também a disciplinar a chamada *exportação* de doentes (Jorge, 2003). É inaceitável que, por desídia, uma Prefeitura não invista o que deveria na ampliação da capacidade instalada local e passe, rotineira e impunemente, a encaminhar para outros municípios pacientes que poderiam ser tratados na própria localidade. Por outro lado, a *exportação* pode ser necessária sempre que a oferta, dada sua complexidade, só esteja disponível em centros urbanos de maior porte. Em qualquer dos casos, tanto nos encaminhamentos abusivos como nos justificáveis, as localidades que fazem o atendimento devem ser compensadas por seus custos com pacientes de outras jurisdições. O cartão SUS, já implantado em algumas áreas, é um instrumento adequado para equacionar essas situações.

O mérito da proposta de vinculação estaria ainda em encerrar a disputa perversa entre “*aposentadorias e hospitalizações*”. Adicionalmente, criaria a oportunidade de “*automatizar a partilha de recursos entre os entes federativos*” em modalidade similar à adotada para o Fundo de Participação de Estados – FPE e Fundo de Participação de Municípios – FPM, evitando o risco do “*casuísmo inerente às transferências negociadas*” (Vianna, 1992).

Vincular recursos é também uma decisão política legítima para privilegiar um setor, como o da saúde, o qual por sua natureza deve ser prioridade permanente de governo e que exige recursos crescentes por

fatores como os processos demográfico e de desenvolvimento tecnológico.

Quando cumpridas as regras do jogo, a vinculação eleva o patamar de gasto histórico. E se tiver salvaguardas que a protejam de cortes e contingenciamentos, ela permite o planejamento, dada a previsibilidade dos recursos e a garantia contra a incerteza e o arbítrio.

A vinculação é, ainda, crucial para a construção do SUS, porque este - que jamais teve condições de competir com o pagamento de benefícios previdenciários, ficando com o que sobrava-, passou a concorrer também com programas assistenciais, expressivamente ampliados -por justas e fundadas razões - nos últimos anos.

### **O caso da CPMF**

Até maio de 1993, quando deixou de ser partilhada com a saúde e assistência social para se tornar fonte exclusiva do custeio de benefícios previdenciários, a Contribuição de Empregados e Empregadores era, na área federal, a principal fonte de financiamento da saúde. Essa hegemonia surgiu com o crescimento dos serviços médicos da previdência, fazendo com que os recursos originários de impostos gerais, alocados ao MS, fossem perdendo importância relativa, sobretudo depois de 1988, com a criação de outras contribuições sociais constitucionais.

Antes da nova Constituição foi criado o Finsocial (atual Cofins) e depois a CPMF. O primeiro, uma taxação sobre o faturamento das empresas, surgiu em maio de 1982. Seu objetivo declarado era fortalecer o financiamento dos programas sociais federais. A CPMF (ver Box), gerada graças aos esforços e ao capital político do então Ministro da Saúde Adib Jatene, é de 1996 e pretendia superar a carência de recursos federais para a saúde.

### **Os porquês das contribuições sociais**

As contribuições sociais, particularmente as vinculadas a SS, têm sido uma fonte bastante atraente para a União, vis à vis outros tributos, por quatro razões básicas:

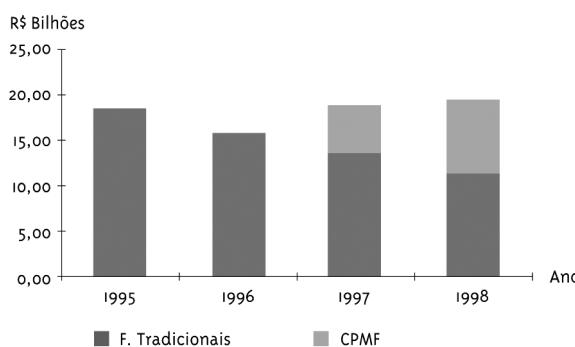
- (i) sua magnitude, já que correspondem a mais da metade da receita tributária federal;
- (ii) não estão sujeitas à obrigatoriedade constitucional de partilha automática com outros níveis de governo;

(iii) podem ser cobradas noventa dias (noventena) depois de sua criação ou modificação (C.F., Art. 195, § 6º); os impostos, submetidos ao chamado princípio da anualidade, só podem ser cobrados no exercício posterior ao de sua criação ou majoração (C.F., Art. 150, III, b);

(iv) dada sua vinculação a uma função nobre – a seguridade social –, encontram menos resistência do Congresso e dos contribuintes à sua criação ou aumento de alíquota. Dificilmente esses tributos, regressivos e pouco transparentes, teriam sido aprovados se não estivessem legitimados por sua destinação específica.

O Finsocial, quando criado, mostrou-se menos um fator de crescimento de recursos para as políticas sociais do que um expediente para evitar que as perdas fossem maiores (Abreu e Lima)<sup>10</sup>. A CPMF teve esse mesmo papel de fonte substitutiva, porque à entrada de recursos da CPMF correspondeu, quase na mesma proporção, a diminuição de outras fontes (Gráfico 3).

**Gráfico 3 - Gastos do MS por fontes, 1995-1998**



Fonte: Piola, Sérgio F. (Ipea/Disoc).

Criado como fonte específica para viabilizar o Sistema Único de Saúde – SUS, o tributo convive com três ironias:

(i) de fonte adicional virou, como já mencionado, fonte substitutiva;

(ii) depois de algum tempo de exclusividade passou a ser partilhada com a previdência social, em uma segunda derrota do setor de saúde na competição desigual com o pagamento de benefícios<sup>11</sup>, embora a alíquota tenha sido elevada para atender a partilha.

(iii) definida como provisória, parece ter adquirido caráter permanente.

Contudo a CPMF tem inúmeras vantagens sobre outras formas declaratórias de impostos: baixos custo de arrecadação e de isenção, além de uma ampla base de contribuintes. Além disso é reconhecida como um bom instrumento de controle fiscal e por sua imunidade à sonegação. Esta última virtude, entretanto, começou ser posta em dúvida quando o Banco Central detectou conluios entre alguns bancos e seus grandes correntistas. Como conclui Marcos Cintra em artigo sobre a matéria, a CPMF, praticamente insonegável pelo contribuinte comum, não dispensa entretanto um competente esquema fiscalizatório “... nos meandros da engenharia financeira e da informática bancária...” “... para auditar os próprios arrecadadores” (Cintra, 2004).

#### **A Emenda Constitucional N. 29**

O amplo movimento social<sup>12</sup> responsável pela mobilização da chamada bancada da saúde no Congresso a favor da Emenda Constitucional n.º 29, promulgada em 13 de setembro de 2000 e outras iniciativas anteriores no âmbito do Poder Legislativo, tinha dois grandes objetivos:

(i) elevar o patamar do gasto federal com saúde e assegurar a sua regularidade;

(ii) aumentar a participação dos entes subnacionais, sobretudo os estados, no financiamento do SUS.

Para a União a Emenda estabeleceu que até 2004 os recursos aplicados em *ações e serviços públicos de saúde* fossem equivalentes a:

(i) no ano 2000, o montante aplicado em 1999 acrescidos de no mínimo 5%;

<sup>10</sup> Abreu e Lima, Mozart – Informação pessoal, s.d.

<sup>11</sup> A primeira, já referida, foi em maio de 1993, quando se tornou fonte exclusiva para o pagamento de pensões e aposentadorias.

<sup>12</sup> O movimento congregava os mais diferentes atores sociais: parlamentares, gestores públicos e privados do SUS, conselhos de saúde, liderados pelo CNS, instituições filantrópicas, benfeiteiros, empresariais, ONGs do setor, profissionais de saúde, formadores de opinião como o ex-Ministro Adib Jatene, o Deputado Eduardo Jorge e o próprio Ministro da Saúde José Serra, este na contramão da área econômica do Governo, no mínimo – como notório –, pouco simpática à proposta.

(ii) entre 2001 e 2004, o valor apurado no ano anterior corrigido pela variação nominal do PIB, o que representa, além da correção da inflação, um acréscimo proporcional ao crescimento da economia como um todo

Para os entes subnacionais a Constituição, a partir da emenda, passou a adotar, também até a promulgação de Lei Complementar, a forma clássica de vinculação, similar à que já vigorava para a educação, ou seja, um percentual da receita de impostos<sup>13</sup>. Para os estados o percentual é de 12%, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos municípios. Para os municípios, o percentual é de 15%<sup>14</sup>. O alcance dessas metas deveria ser gradual, a partir de um patamar de 7% no ano 2000.

Lei Complementar, a ser elaborada até o final de 2004 e, daí em diante, reavaliada a cada cinco anos, deverá regulamentar a Emenda. Essa Lei, além de dispor sobre as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas diferentes esferas de governo, tratará de duas outras questões relevantes:

(i) das normas de cálculo do montante mínimo a ser aplicado pela União e demais entes federados; e  
(ii) dos critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, visando à progressiva redução das disparidades geográficas. Esta diretriz representa a oportunidade para equacionar duas questões centrais no financiamento do SUS: a equidade na repartição dos recursos da União entre os entes federados e o fortalecimento da descentralização mediante a instituição de repasses diretos, globais e automáticos, dispensando convênios e evitando que o uso do recurso seja determinado pela instância de origem.

Com essa concepção, a Emenda a par de buscar a elevação das aplicações subnacionais, atrelou a participação da União ao crescimento da economia e, ao determinar a revisão das normas e critérios a cada cinco anos, neutralizou o risco de rigidez.

Com a intenção de blindar o SUS contra manobras inspiradas por preocupações contábeis, a EC explicita que a vinculação não se refere genericamente a saúde mas a “*ações e serviços públicos de saúde*”. Como

essa expressão ainda permite vários entendimentos, é fundamental que a Lei Complementar deixe claro o que pode e, por precaução, o que não pode ser considerado como despesa elegível para efeito da aplicação da EC n.º 29. Embora seja consensual, intrasetorialmente, que o legislador, ao usar a expressão, se refere a ações e serviços de acesso e a universal e gratuito – vale dizer, SUS –, esse significado não é necessariamente compartilhado por outros setores de governo.

O conflito não é novo. Em 1992 (Britto, 1992) os recursos para saúde só chegaram a 30% do OSS, como determinava a LDO para aquele ano, porque foram incluídos na conta do setor despesas como saneamento básico, merenda escolar, assistência médica-odontológica de servidores públicos, encargos com inativos e pensionistas do MS e até a construção de escolas (CIACs). Conveniências fiscais fizeram dessa artimanha uma prática corrente que persiste até hoje e que tende a se perpetuar. A mais recente foi a tentativa, abortada graças à reação do Movimento Sanitário, de incluir como gasto com saúde para efeito do cumprimento da EC n.º 29, recursos da ordem de R\$ 3,5 bilhões destinados ao Programa Fome Zero, principal iniciativa do Governo Lula no campo social

De qualquer forma a aplicação da EC n.º 29 pode ser considerada bem sucedida sob o ponto de vista de incremento do gasto público com saúde tanto em valores reais como relativos (% do PIB). Entre 2000, primeiro ano da aplicação da Emenda, e 2002, o gasto público (União, estados e municípios) passou de 3,09% do PIB para 3,53%, segundo dados do SIOPS<sup>15</sup>. Embora a participação dos estados (21,8% do gasto público total) seja a menor das três das esferas foi a que mais cresceu no período. Enquanto a União aumentou apenas suas aplicações em apenas em 4,91%, estados e municípios cresceram respectivamente 38,9% e 37,3%, o que proporcionou em 2002 um dispêndio do SUS da ordem de R\$ 46,595 bilhões.

Paradoxalmente, diminuiu o número de estados que superaram a meta fixada pela Emenda. Eram dezenas em 2000 (todos os da região Norte e CE, RN, PE, BA, ES, SP, SC, GO e DF). Caíram para dez em 2002 (Brasil-MS, 2003), conforme Tabela 4.

13 Calculados sobre a base vinculável: receita de impostos + transferências constitucionais - transferências aos municípios.

14 Para os municípios, a Emenda criou ainda uma polêmica subvinculação ao obrigar-los a aplicar em serviços básicos de saúde, no mínimo, 15% dos recursos recebidos da União.

15 Atualizados até 21 de setembro de 2003.

**Tabela 4 - Brasil: Ranking dos dez estados que superaram a meta da EC n. 29 para o ano 2002 na aplicação de recursos próprios na saúde**

Estados	% de receita próprias aplicada em saúde	% mínimo exigido pela EC n. 29
Amazonas	25,11	12,00
Amapá	13,74	12,00
Acre	13,46	12,00
Rio Grande do Norte	13,30	12,00
Tocantins	11,48	9,66
São Paulo	10,74	9,48
Paraíba	10,14	9,00
Pará	9,88	9,45
Alagoas	9,39	9,00
Mato Grosso do Sul	9,22	9,00
Média de 27 unidades	8,92	9,62

Fonte: SIOPS (Brasil – MS, 2003)

O percentual de municípios cobertos pelo SIOPS, até 10 de fevereiro de 2004, era de 4.841, ou 87,1% do total, mas que representam 93,7% da população brasileira. Desses 4.841, 73,5% (3.559) tinham cumprido a EC n.º 29 em 2002. O percentual de municipalidades adimplentes foi superior a 80% em seis estados (RO, AC, RN, ES, RJ e SP) e abaixo de 50% (48,9%) em apenas um (PI).

## A Seguridade Social e as Reformas

Entre os itens que compõem a robusta agenda reformista oficial (reformas agrária, política, trabalhista, sindical, judiciária, tributária e da previdência social), dois deles afetam mais diretamente a seguridade social: as reformas tributária e, evidentemente, a previdenciária.

Promulgada pelo Congresso em 19 de dezembro último, a reforma tributária, embora não fosse um tema novo no Legislativo, acabou apenas atendendo ao que parecia, na ótica do Poder Executivo, mais essencial para a governabilidade, destacando-se:

(i) prorrogação da CPMF até 2007 mantendo a alíquota de 0,38%, partida em 0,20% para saúde e 0,18% para a previdência;

(ii) prorrogação da Desvinculação das Receitas da União – DRU também até 2007, permitindo à União o livre uso de 20% das receitas;

(iii) instituição da partilha da receita da Contribuição sobre a Intervenção no Domínio Econômico – CIDE com estados e municípios;

(iv) adiamento para 2005 da unificação do ICMS;

(v) adiamento para 2007 da criação do Imposto sobre o Valor Agregado – IVA substituindo o ICMS e outros impostos sobre produção e consumo.

Com esses resultados modestos as mudanças constitucionais frustaram expectativas, salvo no que se refere aos interesses mais imediatos do governo federal (prorrogação da DRU e da CPMF). Por isso, citoando Cintra, “*a grande deliberação do Congresso (sobre a reforma tributária) foi a de que o Congresso irá deliberar sobre elas*”.

Na verdade, o que de mais relevante ocorreu na área tributária foi devido à legislação infraconstitucional. O ISS foi alterado pela Lei Complementar n.º 116/2003, o que parece ter sido bom para a banca e prejudicial aos municípios. A Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social – Cofins foi mudada (MP n.º 135) para torná-la não cumulativa<sup>16</sup>, mas,

<sup>16</sup> A Cofins onera todas as empresas e corresponde a uma taxação de 3% da receita bruta gerada pela venda de produtos e serviços. A nova legislação, com vigência a partir de 2/2004, mantém a alíquota de 3% (cumulativa) e cria uma nova, de 7,6% (não cumulativa). Isto quer dizer que a empresa enquadrada na alíquota mais alta poderá “*descontar da Cofins o valor da Contribuição que pagou ao adquirir seus insumos e matérias-primas*”, evitando assim a cumulatividade. Em 2003 essa fonte gerou cerca de R\$ 60,7 bilhões, equivalentes a 22,3% de toda a receita da União (Trevisan, 2004).

segundo alguns analistas, terá de ser corrigida (Cintra, 2003a).

E, como é de praxe, alguns ganham, outros perdem. Ganham, por exemplo, o governo (supostamente a seguridade social com a nova alíquota da Cofins) com o aumento da carga tributária (Monteiro Neto, 2004)<sup>17</sup> e o setor exportador (Freitas Gomes, 2004), que ficará mais competitivo. Perdem o setor de serviços e as empresas nas quais a folha de salário tem grande peso (Nunes, 2004), uma ironia cruel, justo quando o país atravessa uma crise grave de desemprego e informalidade.

Na reforma da Previdência, iniciada em meados da década de noventa, desde logo dois aspectos ficaram claros: a sua índole fiscalista -vale dizer, seu objetivo implícito de aumentar a receita e diminuir a despesa - e a escolha do funcionalismo civil para pagar a conta. No cerne da estratégia política para conquistar corações e mentes na opinião pública e no Congresso Nacional estava o aprofundamento do processo de sathanização do servidor público iniciado no Governo Collor e, depois de breve pausa no Governo Itamar, retomado no Governo FHC (1994-2002) e continuado no atual com o fervor próprio dos neoconvertidos.

A rigor, “*o desequilíbrio não é da Previdência, porque há mistura de benefícios assistenciais com benefícios previdenciários que na Europa ninguém faz, nem nos Estados Unidos. Lá eles separam Previdência Social da Assistência Social*” (Velloso, 2003). Ou, usando outras palavras, “... o propalado déficit da Previdência não se constituiria em grave problema nacional, caso os recursos do OSS fossem utilizados de acordo com suas finalidades constitucionais” (Rocha, 2001).

Na verdade a Seguridade Social como um todo seria até mesmo superavitária se não houvesse a DRU desvinculando 20% de todos os tributos da União. Em 2002 essa medida retirou cerca de R\$ 10,873 bilhões de um OSS originalmente de R\$ 211,711 bi. O corte só não foi maior porque a Contribuição de Empregados e Empregadores<sup>18</sup> não é alcançada pela desvinculação.

O superávit seria ainda mais expressivo se o OSS não fosse levado a assumir despesas em áreas estranhas ao conceito de seguridade. Na concepção original

os chamados Encargos Previdenciários da União – EPU não seriam responsabilidade da Seguridade Social, já que não atendem aos princípios gerais desse sistema (Delgado, 2002). A própria Lei de Custeio da Seguridade (Lei n.º 8.212/91) reconheceu a separação entre o EPU e os gastos com o Regime Geral de Previdência (setor privado), ao prever a redução progressiva dos recursos do OSS para pagar aposentadorias e pensões da União (Estevão, 2003). Entretanto, em 1995, o Governo, mediante Medida Provisória - MP, mudou a Lei.

O *fiscalismo* da reforma se evidencia também nas polêmicas taxação de inativos e aplicação de um redutor das pensões do setor público. Se a preocupação central fosse combater iniquidades, outros desajustes deveriam ser considerados. Isto não está acontecendo. O anunciado reexame dos critérios que regem as aposentadorias e pensões dos militares, por exemplo, parece ter sumido da agenda, o que faz lembrar a reforma *provisional* chilena perpetrada no Governo Pinochet. O subsídio à assistência médica “especial” aos servidores públicos e seus dependentes persiste, ainda que, desde a criação pela Constituição de um sistema único de saúde de acesso universal, custear atenção médica-hospitalar diferenciada a um determinado segmento possa ser visto como iníquo e de constitucionalidade, no mínimo, duvidosa.

A iniquidade também é patente no caso do abatimento da renda bruta, para efeito de dedução do IR, das despesas com saúde. Além de ser um contra-senso em um país que criou um sistema universal e gratuito, o incentivo:

- (i) só alcança aqueles que fazem declaração anual de renda, ou seja, o segmento mais afluente da sociedade;
- (ii) contempla tanto a despesa com um tratamento por alguma razão não obtido no SUS, como um procedimento com finalidade cosmética.

Eliminar tais distorções seria compatível com os princípios da ética e da eqüidade. Dois motivos podem explicar a sua exclusão do cardápio das reformas. O financeiro, porque não produziria resultados fiscais importantes, e o político, porque irritaria a classe média

17 A tendência da carga tem sido de crescimento – o percentual do PIB era de 25,22% em 1991, em 2002 chegou a 35,86 % e, ao que parece, não será interrompida. Não deixa de ser constrangedora a proximidade do Brasil dos países desenvolvidos em termos de carga tributária e a distância deles quanto à qualidade dos serviços públicos oferecidos.

18 Esta fonte responde por mais de 40% do OSS.

como um todo (e não apenas o funcionalismo civil), reconhecidamente penalizada pelo atual regime fiscal.

Não se pode desconhecer os pontos acertados da reforma. É saudável para o sistema, por exemplo, eliminar as aposentadorias precoces; como é oportuno ampliar o teto de contribuição no Regime Geral de Previdência. Elevar a idade mínima e aumentar o tempo de contribuição, como foi feito, é uma medida clássica e universal tomada de tempos em tempos sempre que aumenta a esperança de vida. A possibilidade de pensões e aposentadorias com valores extravagantes parece afastada pelas novas regras, embora dependa da maneira como seja fixado e aplicado o teto salarial no setor público.

Uma reforma, para merecer esse nome, deveria alcançar a seguridade social como um todo. Faltaram, portanto, abrangência e a valorização de uma agenda positiva.

Na assistência social, por exemplo, a unificação da parafernália de bolsas e outras modalidades de transferência de renda demorou mais do que era razoável para ser adotada; o governo preferiu lançar antes mais um programa (Fome Zero) contrariando expectativas dos que esperavam uma concentração de esforços na viabilização da Renda Mínima de Cidadania.

Na saúde, a questão central – a regulamentação da EC n.º 29 –, mesmo sendo preocupação do Ministério da Saúde, não parece estar entre as prioridades de governo, já que este ainda não encaminhou Projeto de Lei Complementar ao Congresso. Ou então, está satisfeito (ou conformado) com o que é auto-aplicável na EC e não quer correr o risco de mudanças.

Mas, ainda que focalizada na previdência, uma reforma deveria valorizar outros aspectos, particularmente no que se refere à participação na gestão, à transparência e à inclusão social. A participação social e a transparência seriam fortalecidas com a institucionalização do livre acesso às bases de dados orçamentários do Governo Federal, a recriação do Conselho Nacional da Seguridade Social, um primeiro passo na direção de uma efetiva gestão participativa, e a recuperação do OSS (Delgado, 2002.) como peça autônoma, nos termos de sua concepção original.

Uma estratégia de inclusão previdenciária envol-

ve dois componentes: a incorporação do trabalho doméstico e do informal, introduzida no Senado (PEC n.º 77/2003), mas que ainda não encerrou (mar. 2003) sua tramitação no Congresso, e a desoneração da folha de salário. Para este último ponto, uma alternativa seria, simplesmente, substituir a contribuição patronal por outra fonte, até porque a reforma tributária, ao alterar a Cofins, penalizou as empresas intensivas em mão-de-obra.

A idéia não é nova. Foi examinada pela Comissão Especial da Reforma Tributária da Câmara dos Deputados na legislatura passada e também em seminário promovido pelo MPS em março de 2003 (Cintra, 2003b). Estudo recente da EESP/FGV de São Paulo aponta que uma contribuição sobre movimentação financeira com uma alíquota de 0,802% faria com vantagens essa substituição de fonte<sup>19</sup>. Viabilizar esta ou outra opção representaria, por si só, um incentivo relevante para a criação de empregos, explícita e saudável obsessão do atual governo.

## Considerações Finais

O processo de implementação da Seguridade Social tem encontrado inúmeros obstáculos. A maioria deles corre por conta das incertezas da economia. O Plano Real, bem sucedido no seu objetivo de debelar a inflação, deixou no entanto um alto preço, que está sendo pago pela sociedade: endividamento externo e interno associado à queda da atividade econômica, gerando informalidade e desemprego, fizeram com que, por exemplo, o percentual de trabalhadores do setor privado que não contribuem para a previdência chegassem a 62%. Esse percentual era de 39% em 1985 (Neri 2003., p. 65).

Os recursos, por sua vez, se tornam cada vez mais escassos. Em que pese o crescimento da carga tributária ano após ano, boa parte dela está sendo consumida pela dívida pública. Estudo do Instituto de Estudos Sociais – INESC mostra que 45,16% e 52,79% (sem excluir os montantes relativos ao refinanciamento da dívida pública) dos orçamentos da União de 2002 e 2003, respectivamente, foram destinados à amortização do endividamento federal.

<sup>19</sup> Para mais detalhes ver Cintra, 2003. O estudo da Escola de Economia de São Paulo foi patrocinado pela Federação de Serviços do Estado de São Paulo. Está disponível em: [www.marcoscintra.org/padrao.asp?id=258](http://www.marcoscintra.org/padrao.asp?id=258)

Não há razão mais importante do que essa para que, na Seguridade Social em geral e no SUS em particular, a questão central permaneça sendo o financiamento. O aumento discreto, a partir de 2000, do gasto em saúde das três esferas de governo não está sendo suficiente para retirar o setor público da sua histórica situação de subfinanciamento. Enquanto isso, a expansão do gasto privado nos últimos quinze anos mais acentua as desigualdades sociais e entre regiões no acesso aos serviços do que compensa as carências do setor público.

A criação da CPMF e a promulgação da EC n.º 29 foram positivas. A primeira, se não elevou os recursos, como era seu propósito, pelo menos impediu perdas. A Emenda Constitucional, porque possibilita ao MS incrementos orçamentários anuais na União e compõe estados e municípios a elevarem seus padrões de dispêndios com saúde. Mas, o prosseguimento dessa tendência depende, em boa medida, de decisões de política macroeconômica e da Lei Complementar que regulamentará a EC n.º 29.

Entre as prerrogativas dessa Lei está a de alterar as regras atuais da vinculação. Há, por conseguinte, uma nova batalha pela frente. Na XIII CNS, realizada em dezembro de 2003 em Brasília, foram discutidas várias opções. Desde a vinculação de 30% do OSS para o SUS, retomando assim o que previa o Ato das Disposições Transitórias da Constituição de 1988, até um piso equivalente a 10% das receitas correntes da União (Jorge, 2004)<sup>20</sup>. Esta última opção, aprovada pelo plenário, coincide com o que propõe substitutivo em andamento no Congresso<sup>21</sup>. Aplicado, por suposição, ao ano de 2004 o novo critério elevaria o orçamento do MS em cerca de 15% (Conferência, 2003). Como o governo não parece empenhado na aprovação da LC, é pouco provável que isto aconteça no prazo previsto (2004). De qualquer forma, enquanto não houver a decisão do Congresso Nacional, continuarão valendo os mínimos alocativos auto-aplicáveis definidos na Emenda.

Alguns pontos das reformas aumentam a carga tributária. É o caso da elevação do teto de contribuição dos empregados e empregadores (setor privado),

a taxação dos inativos e as mudanças na Cofins, que estariam, supostamente, robustecendo o financiamento do OSS, não fora a prioridade absoluta concedida ao pagamento da dívida.

Outras questões paralelas, no entanto, afetam negativamente as receitas e/ou comprometem a estabilidade da fonte. Assim acontece com a queda do emprego formal impactando na contribuição de empregados e empregadores e com a desoneração da folha de salário como política de incentivo a geração de emprego, que alteraria a forma de participação do empregador no financiamento da seguridade. Neste caso a fonte substitutiva dificilmente terá a isenção, como tem a folha de salário, ao “confisco” da DRU, além de diminuir a parcela do OSS sob controle direto do Ministério da Previdência.

Inúmeras outras mudanças em implantação ou presentes na agenda política pressionarão o OSS, o que acaba repercutindo no financiamento do SUS. Por exemplo: o regime especial de previdência (trabalho informal e doméstico), previsto na PEC n.º 77, não parece ter sustentação se instituído com base exclusivamente contributiva, o que quer dizer que exigirá subsídios; o Estatuto do Idoso, ao reduzir a idade mínima de elegibilidade para recebimento de benefício de 67 para 65 anos, requererá recursos adicionais. A todas essas pressões sobre o OSS se associam a PEC n.º 431, que vincula 5% do OSS para Seguridade Social (IPEA, 2004), e a própria regulamentação da EC n.º 29, se o Congresso optar por uma vinculação mais generosa para a saúde do que a atual.

Finalmente, potencializando os obstáculos econômicos estão os óbices políticos que se expressam na baixa prioridade do setor no contexto das políticas públicas em todas as instâncias de governo. Oded Grajew, líder empresarial brasileiro, entre a ironia e a utopia, disse uma vez que só não faltarão recursos para políticas sociais quando houver uma lei obrigando filhos de autoridades a serem atendidos exclusivamente por hospitais do SUS e a freqüentar escolas públicas. Vale dizer, também, como corolário, que dificilmente haverá no Brasil um sistema de saúde universal, igualitário, que ofereça atenção integral de

20 Jorge Elias - Informação pessoal, 2004.

21 Substitutivo do Deputado Guilherme Menezes ao Projeto de Lei Complementar – LC do Deputado Roberto Gouveia tramita na Câmara dos Deputados (Comissão de Seguridade Social e Família).

qualidade, tal como nos países de *welfare state* consolidado, enquanto os segmentos sociais de maior capacidade de pressão resolverem suas necessidades de atendimento médico fora desse sistema. Construir esse sistema em um cenário de restrições como o atual é o grande desafio não só para aqueles que estão engajados nesse projeto mas para toda a sociedade brasileira.

Inobstante esses percalços, o conceito de segurança social introduzido no Brasil pela Constituição de 1988, foi uma etapa importante e na qual ocorreram nos últimos doze anos transformações significativas. As mais polêmicas se situam, como visto, na previdência social. As mais promissoras, estão no âmbito da assistência social, admitindo que não sejam interrompidos os primeiros passos na direção da instituição de uma renda mínima de cidadania, em substituição ao cipoal programático criado nos últimos anos. Enquanto as mais coerentes, pela sua fidelidade aos princípios originais, estão no processo de desenvolvimento do SUS, o qual, a despeito de suas vicissitudes, tem permanecido à margem do *main stream* das reformas sanitárias internacionais de corrente neoliberal.

## Referências

- ABRAHÃO DE CASTRO, Jorge et al. Evolução do gasto social federal, 1995-2001. In: *Políticas Sociais – Acompanhamento e Análise*, IPEA/DISOC, n.º 6, fev. 2003.
- BRASIL. Leis, Decretos... Constituição da República Federativa do Brasil (*atualizada pelas Emendas Constitucionais n.º 21 e 22, de 18/03/99*). 22. ed. Editora Saraiva, 1999.
- BRASIL. Emenda Constitucional n.º 29. Diário Oficial, n. 178-E, 14 set. 2000
- BRASIL. *Lei Orgânica da Seguridade Social*. (Lei n.º 8.212/91, Art. 17).
- BRASIL *Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990*. Dispõe sobre a participação da comunidade no gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. 3. ed. CONASEMS Publicações Técnicas, n.º 2, ago. 1992.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Nota Técnica n.º 51 SCTIER/DES/SIOPS*. Brasília, 2003.
- BRASIL. Instituto de Planejamento Econômico e Social. *IPEA/DISOC Boletim n.º 8*, 2004.
- BRITTO, Antonio. Britto reclama do orçamento. *Correio Braziliense*, 7 dez. 1991..
- CINTRA, Marcos. As suspeitas de sonegação da CPMF. *Folha de São Paulo*, Opinião Econômica, Dinheiro (B2), 26 jan. 2004.
- CINTRA, Marcos. Reforma tributária: o grande blefe. *Folha de São Paulo*, Opinião Econômica, Dinheiro, 29 dez. 2003a.
- CINTRA, Marcos. CPMF e o custeio da Previdência Social. *Folha de São Paulo*, Opinião Econômica, Dinheiro p.B2, 1.º dez. 2003b.
- CURY, Maria Eugênia Carvalhaes. Fusão de três pastas da área social volta a ser debatida em Brasília (Entrevista). *Folha de São Paulo*, A2, 11 dez. 2003.
- DELGADO, Guilherme. O Orçamento da Seguridade Social precisa ser recuperado. In: *Políticas Sociais – Acompanhamento e Análise*, IPEA, n. 5, ago, p.111 - 116, 2002
- ESTEVÃO, Marcelo. Ex-Secretário diz que déficit “desvia” verba da área social. *Folha de São Paulo*, Brasil (A6), 22 jan. 2003.
- FINKELMAN, JACOBO (Org.). *Caminhos da Saúde Pública no Brasil*. OPAS/OMS, Editora Fiocruz, 2002, 328 p.
- CONFERÊNCIA pede verba vinculada para Saúde. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 12 dez. 2003. Cotidiano p.C8.
- FREITAS GOMES, Carlos Thadeu de. Carga aumenta com a Cofins. *Correio Braziliense*, , 24 jan. 2004. Economia p. 12.
- JORGE, Eduardo. Colocar fome zero no orçamento da Saúde é “golpe”, diz ex-petista (Entrevista). *Folha de São Paulo*, A12, 13 out. 2003.
- JORGE, Elias. *Informação Pessoal*, mar. 2004.
- MONTEIRO NETO, Armando. Carga aumenta com a Cofins. *Correio Braziliense*, 24 jan. 2004. Economia, p. 12.
- MUGNATTO, Sílvia. Carga tributária cresce 20% em cinco anos. *Folha de São Paulo*, Dinheiro (B1), 9 maio 2003.

- NERY, Marcelo. Cobertura previdenciária. *Conjuntura Social*, n.º 1, v. 14, maio/ago., 2003. p.65-78.
- NUNES, Vicente. Carga aumenta com a Cofins. *Correio Braziliense*, Economia, 24 jan. 2004, p. 12.
- ROCHA, Marconi de Lima. *Previdência Social: Déficit Financeiro ou Ajuste Fiscal* (Dissertação de Mestrado). IMS/UERJ, Rio de Janeiro, [s.n.], 2001, 120 p.
- SEABRA, Cátia. Pedidos de aposentadoria mais do dobram. *O Globo*, Caderno O País, 20 dez. 2003. p. 8.
- SOARES, Laura T.. Não há déficit no sistema da previdência, diz economista. *Folha de São Paulo*, Brasil (A6), 22 jun. 2003.
- SOLLA, Jorge (Secretário de Atenção à Saúde do MS). Fusão de três pastas da área social volta a ser debatida em Brasília (Entrevista). *Folha de São Paulo*, A2, 11 dez. 2003.
- VELLOSO, Raul.. INSS não tem déficit, afirma economista. *Folha de São Paulo*, Brasil (A6), 7 jul. 2003.
- VIANNA, Solon M. Seguridade Social, o Sistema Único de Saúde e a partilha de recursos. *Saúde e Sociedade*, v.1, n.1, p. 43-58, 1992.
- VIANNA, Solon M . Racionalidade econômica e qualidade de vida: o caso do financiamento da saúde. In: GOLDBERG, P.; MARSIGLIA, R. M. G. & GOMES, M. H. A. (Orgs.). *O Clássico e o Novo*. Tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 2003, 441 p.
- TREVISAN. Cláudia. Nova Cofins entra em vigor e pressiona preços. *Folha de São Paulo*, Dinheiro (B1), 2 fev. 2004.

Recebido em: 02/09/2004

Aprovado em: 05/10/2004