



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

[cecilia@claves.fiocruz.br](mailto:cecilia@claves.fiocruz.br)

Associação Brasileira de Pós-Graduação em  
Saúde Coletiva  
Brasil

Mendes, Áquilas; Marques, Rosa Maria  
O financiamento do SUS sob os "ventos" da financeirização  
Ciência & Saúde Coletiva, vol. 14, núm. 3, junio, 2009, pp. 841-850  
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva  
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63013535019>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica  
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal  
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

## O financiamento do SUS sob os “ventos” da financeirização

The financing of SUS in a scenario of financialization

Áquilas Mendes <sup>1</sup>  
Rosa Maria Marques <sup>1</sup>

**Abstract** *This article rebuilds the process of the institutionalization process of the financing of Unified Health System (SUS), impaired, initially, by the macroeconomic policy conditions, developed during the decades of 1990 and 2000, and, ultimately, by the effects caused by the present phase of capitalism, concerning financial capital supremacy. It also identifies, within the political and economic framework, conflicts existing with the economic area of the federal government, highlighting the conditions imposed to financing and the concept of health, being universal and an essential component of Social Security.*  
**Key words** *Financial capital supremacy, Financing of SUS, Social security*

**Resumo** *O artigo reconstitui o processo de institucionalização do financiamento do SUS, prejudicado, em primeira instância, pelas condições da política macroeconômica desenvolvida ao longo dos anos 1990 e 2000, e, em última instância, pelos efeitos provocados pela atual fase do capitalismo financeiro. Identificam-se, também, a partir do quadro econômico e político, as tensões existentes com a área econômica do governo federal, destacando as condicionalidades impostas ao financiamento e ao conceito de saúde, enquanto universal e integrante da Seguridade Social.*  
**Palavras-chave** *Dominância financeira, Financiamento do SUS, Seguridade social*

---

<sup>1</sup> Departamento de  
Economia, Faculdade de  
Economia e Administração,  
PUC-SP. Rua Monte Alegre  
984/131, Perdizes.  
05014-901, São Paulo SP.  
aquilasn@uol.com.br

## Introdução

A disputa por recursos financeiros para uma política universal da saúde no Brasil se tornou muito mais intensa a partir do final dos anos 1980. Se há algum tempo atrás ainda se tinha a crise fiscal e financeira do Estado Desenvolvimentista brasileiro como o principal obstáculo à saúde pública, atualmente o principal inimigo é o grande capital financeiro e seus efeitos no corte dos recursos para a área social, em geral, e para a saúde, em particular.

Nesse contexto, no Brasil, a política macroeconômica dos anos 1990 e 2000, e mais recentemente a do governo Lula, vem determinando as difíceis condições de financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Seguridade Social, instituídos pela Constituição Federal de 1988. Não se deve perder de vista que, a partir dos anos oitenta, o capital financeiro regressou poderoso, após o longo período dos trinta anos gloriosos do capitalismo que ficou reprimido, determinando um “novo” papel ao Estado e assegurando o pleno crescimento de sua forma fictícia. De acordo com Marx, trata-se do capital bancário, ou de crédito, e do capital fictício, respectivamente<sup>1</sup>. Para se ter uma idéia de sua força soberana, no Brasil, em 2007, foram despendidos cerca de R\$ 160,0 bilhões com juros da dívida, valor correspondente a 3,3 vezes o gasto do Ministério da Saúde em ações e serviços públicos de saúde.

Fica evidente, nessa relação, que a prioridade dada ao capital financeiro não só inviabiliza um crescimento econômico, como a garantia de um financiamento para as áreas sociais, principalmente da saúde pública brasileira. É da compreensão de que a dominação financeira no Brasil sustenta a permanência de uma política econômica que subordina o social no país. A adoção de políticas macroeconômicas restritivas, isto é, de cumprimento às metas de inflação e de ajuste das contas externas, exige sempre superávits primários fiscais altos e tentativas de redução dos gastos públicos sociais.

É a partir deste quadro referencial maior que este artigo concentra sua discussão. Seu objetivo é reconstituir o processo de institucionalização do financiamento do SUS, determinado, em primeira instância, pelas condições da política macroeconômica desenvolvida nos anos 1990 e 2000, e, em última instância, por efeitos provocados pela atual fase do capitalismo financeiro. Trata-se de identificar, nesse quadro econômico e político, as tensões existentes com a área econômica do governo federal, destacando as condicionalidades impostas ao financiamento e ao conceito de saúde, enquanto universal e integrante da Seguridade Social.

Este artigo está estruturado em três partes. A primeira parte destaca os aspectos que condicionaram o financiamento do SUS e da Seguridade Social, com referência para o momento político de seu surgimento. A segunda parte aponta as condições gerais da atual fase do capitalismo financeiro, que não eram mais aquelas do período do pós-guerra, indicando como esse novo ambiente interagiu e constrangeu a trajetória brasileira, principalmente quanto à ação de seu Estado, dificultando a aplicação da plena universalidade da saúde. A terceira parte evidencia, a partir desse quadro referencial, os constrangimentos econômicos à saúde pública no país.

## O esquema do financiamento do SUS e da Seguridade Social

Os constituintes consagraram na Constituição de 1988 a garantia de novos direitos sociais e princípios de organização da política social, os quais, pelo menos quanto às suas definições, modificaram alguns pilares básicos do sistema anterior de proteção social. Foram garantidos direitos universais de cidadania para à saúde, assistência social e previdência em um capítulo específico: o da Seguridade Social.

Na saúde, a Constituição e, em seguida, as Leis Federais da Saúde nº 8.080/90 e nº 8.142/90, apontaram as diretrizes gerais para a organização do SUS. Como se verá adiante, a trajetória desse sistema no período pós-constitucional foi bastante tumultuada em relação ao problema de seu financiamento — insuficiência de recursos.

O quadro deteriorado do financiamento da saúde, acrescido do agravamento das questões sociais no país — deterioração das condições de vida; desemprego; baixos salários e concentração na distribuição de renda —, aliadas ao aumento populacional e ao surgimento de antigas doenças e novas epidemias, evidencia, ainda mais, a crise da saúde.

Nessa situação, é preciso analisar o fio condutor que dá origem ao problemático financiamento da saúde nos anos noventa. Esse quadro é abordado com base em sua relação com a previdência social, tanto no período anterior como posterior à Constituição.

Em relação ao período anterior à Constituição, o financiamento do gasto federal em saúde foi em grande parte viabilizado por meio dos recursos do Fundo de Previdência e Assistência Social (FPAS). A participação média dessa fonte no financiamento foi de 80%, o que indica a extrema

dependência do financiamento da saúde do comportamento das receitas do complexo previdenciário, largamente apoiadas nas contribuições de empregados e empregadores.

Ressalta-se que essas receitas são produzidas pela aplicação de alíquotas sobre o salário; o volume arrecadado depende do nível de emprego do mercado formal de trabalho e do salário médio. Isso significa que a disponibilidade para o financiamento da previdência e, por decorrência, da saúde, nos anos oitenta, dependia do movimento cíclico da economia.

Com essa lógica, a queda de 4,41% no PIB de 1981, em relação a 1980, provocou uma retração do volume de recursos de contribuições de 1,98%. Em 1982, a continuidade da crise econômica só não acarretou nova queda dessa receita como foram aumentadas as alíquotas, o teto e foi exigida a contribuição do aposentado.

No período posterior à Constituição, os novos direitos introduzidos na universalização da saúde e na previdência foram acompanhados pela ampliação dos recursos destinados ao financiamento das áreas da Seguridade Social. Assim, além das fontes tradicionalmente utilizadas pela previdência, foi criada a Contribuição sobre o Lucro Líquido (CSLL).

Para garantir o financiamento das despesas de proteção social, ampliadas pela adoção da Seguridade Social, os constituintes definiram que esse financiamento seria realizado “mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos estados, do Distrito Federal e dos Municípios”, e das contribuições sociais dos empregadores (incidentes sobre a folha de salários, o faturamento, Cofins e o lucro, CSLL), dos trabalhadores e 50% da receita de concursos e prognósticos (loteria). Esses recursos não integrariam o orçamento da União e sim da Seguridade Social (OSS, artigo 195). Sua proposta de orçamento seria elaborada de forma integrada pelas áreas da Seguridade.

A incorporação das novas fontes Cofins e CSLL também visava tornar o financiamento menos dependente das variações cíclicas da economia. Contudo, estudos posteriores indicaram que essas também foram bastante sensíveis ao desempenho da economia.

Por meio de lei complementar, dispôs-se que 30% dos recursos do OSS deveriam ser destinados ao SUS. A esses recursos, de origem federal, deveriam ser acrescidas, segundo a Constituição, receitas provenientes dos Tesouros estaduais e municipais. A Constituição não definia, entretanto, como seria a participação dos entes federados no financiamento da Seguridade Social. Em 1997, foi criada a Contribuição

Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF), cujos recursos se somaram àqueles definidos na Constituição. Somente em 2000 foi aprovada a Emenda Constitucional nº 29, estipulando a forma da inserção da União, dos estados e dos municípios no financiamento do SUS.

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

## **A Saúde Pública e a financeirização da economia**

Para o entendimento do que está em disputa quando se discute a saúde, cabe registrar que o padrão de proteção social, que garantiu o direito de universalização da saúde pública no Brasil, desenvolveu-se, em relação aos países desenvolvidos, de forma “tardia”, tanto em relação ao tempo como ao momento histórico que lhe fundamentou<sup>2</sup>.

Ao contrário do que ocorreu no período em que a proteção social do Estado de Bem-estar Social europeu e norte-americano se desenvolveu, não era mais o capital industrial que comandava o processo capitalista. A partir dos anos oitenta, o ressurgimento do capital produtor de juros era duradouro e veio determinar as relações econômicas e sociais do capitalismo contemporâneo. “O capital portador de juros”, segundo Chesnais<sup>3</sup>, “busca fazer dinheiro sem sair da esfera financeira, sob a forma de juros de empréstimos, de dividendos e outros pagamentos a título da posse de ações e de lucros nascidos da especulação bem sucedida”.

O domínio desse “capital” teve grande impacto sobre o arranjo de proteção social conhecido como Estado de Bem-estar Social (EBS) e sobre a relação capital/trabalho. Desde o início da crise, os ataques e os questionamentos ao EBS intensificaram-se, não sendo poucos os países que introduziram dispositivos que aumentaram a participação do usuário no custeio da saúde e limitaram a lista de medicamentos gratuitos, entre outros<sup>4</sup>. Nesse mesmo período, o mercado de trabalho apresentava alterações significativas com relação a sua realidade anterior. O desemprego, antes restrito a problemas decorrentes do sistema imperfeito de informações entre a demanda e a oferta (o chamado desemprego friccional), passou a registrar elevadas taxas no mundo desenvolvido. O trabalho assalariado ou por conta própria, sem nenhuma cobertura social ou trabalhista, antes característi-

ca do mercado de trabalho da América Latina e da África, tornou-se componente estrutural da realidade dos países desenvolvidos. Desde a metade dos anos setenta, os aumentos reais dos salários, característica dos trinta anos gloriosos, foram esquecidos e substituídos por reajustes que promovem perda do poder de compra.

O capital produtivo, sufocado pela dominação financeira, foi levado a constranger os trabalhadores. A diminuição do custo da força de trabalho passou a ser fundamental, tendo em vista a força do capital portador de juros ao retirar o excedente criado na produção. Segundo Husson<sup>5</sup>, o capital produtivo impôs diminuição dos níveis salariais e defendeu a eliminação dos encargos sociais e a redução substantiva dos impostos, elementos constitutivos do financiamento da proteção social de diversos países. Mas para manter os salários reduzidos, se faz necessária a permanência do desemprego elevado: é por isso que o capital produtivo não estava interessado em promover nada parecido com uma situação de pleno emprego.

No momento em que os constituintes brasileiros redigiam a Constituição Cidadã de 1988, o país sentia intensamente os efeitos dos problemáticos constrangimentos decorrentes dessa nova situação mundial. A elevação da taxa de juros americana promovida pelo *Federal Reserve* no período 1979-1981 teve resultados dramáticos para os países latino-americanos. Esses países, que haviam sido incentivados a se aproveitar dos créditos associados à reciclagem dos petrodólares, viram, de repente, o serviço da dívida ser multiplicado por três ou mesmo por quatro. Essa situação deu origem ao que ficou conhecido como a crise da dívida.

No Brasil, a elevação da taxa de juros americana incidiu em meio a uma tentativa de reequilibrar as contas externas mediante a promoção de uma recessão. Tendo em vista a dificuldade crescente em obter financiamento do déficit das transações correntes, o que ficou evidente em 1979, o governo militar contraiu a demanda efetiva mediante, entre outras medidas, o controle das despesas públicas e das empresas estatais, a redução violenta do crédito, o aumento do imposto sobre a renda e sobre os produtos importados. Essas medidas resultaram em queda do PIB em 3,1% e um saldo positivo na balança comercial, promovido pelo aumento das exportações e pela redução das importações. Porém, as taxas de juros internacionais aumentaram em quase 4%, de forma que somente os juros da dívida passaram a representar 40% das exportações brasileiras. Acrescenta-se a esse quadro os efeitos da moratória mexicana sobre a situação externa brasileira, tornando as reservas in-

ternacionais negativas, aproximadamente superiores em US\$ 2 bilhões.

É evidente que no tratamento desse artigo não se pretende retomar a trajetória da economia brasileira dos anos oitenta em diante. É importante, sim, ressaltar que, desde a crise da dívida, o Brasil passou a conviver com uma restrição que lhe tomou e ocupa toda sua atenção.

A partir de 1982, quando o país recorreu formalmente ao Fundo Monetário Internacional, impondo o cumprimento das condicionalidades deste organismo, passando ainda pelas várias tentativas de controlar o processo inflacionário galopante que acompanhou todo o desenvolvimento da crise da economia brasileira, pelas privatizações das empresas estatais e pelo estímulo à entrada de capitais externos mediante a manutenção de elevada taxa de juros, o que entre outros motivos, tornou a dívida interna um problema; assistiu-se a mudança do Estado brasileiro. Esse Estado desenvolvimentista, que havia sido elemento-chave do processo de industrialização, investindo em infra-estrutura e criando estatais produtoras de matérias-primas essenciais e que também tinha se preocupado em desenvolver o sistema público de proteção social, estava reduzido a poucas funções. A contenção do gasto público, primeira orientação do Consenso de Washington de 1990, dirigida tanto ao combate à inflação como à criação de um superávit primário fiscal, afastou o Estado de suas antigas funções, associadas ao período de desenvolvimentismo, entre 1930 e 1979.

É nesse ambiente de novos constrangimentos para a economia brasileira e de um Estado manietado que a Constituição de 1988 introduziu o conceito de seguridade social e definiu a saúde pública como um direito universal. Ao contrário do que ocorreu quando da universalização da saúde nos países desenvolvidos europeus, o Brasil não mais crescia de forma duradoura, seu Estado estava encolhido em relação a seu passado, as taxas de desemprego mantinham-se em níveis muito elevados e a informalidade do trabalho crescia, superando a ocupação daqueles com direitos previdenciários e trabalhistas.

É de se admitir que o SUS atravessa uma fase histórica de impasses. Ao longo dos anos 1990 e 2000, o financiamento foi um dos temas mais debatidos e problemáticos na agenda de implementação da saúde no país. A crise do financiamento, a partir desse ambiente de dominância financeira, foi explicitada pela adoção de uma política macroeconômica restritiva, resultando em tentativas de diminuição dos gastos na saúde. Não é de estranhar, portanto, que esse esquema do financiamento

vem dificultando a efetivação dos princípios do SUS, a universalidade.

### **Os conflitos na trajetória do financiamento do SUS**

A implementação do SUS, ao longo dos vinte anos de sua existência, não foi isenta de tensões políticas e econômicas. Para abordar o seu financiamento, a partir da Constituição de 1988, considera-se importante, antes de tudo, identificar a existência de um duplo movimento em seu caminho, resultado de ação permanente e contraditória de dois princípios que se imbricam, embora cada um deles apon-te para objetivos específicos<sup>6</sup>. Por um lado, destaca-se o “princípio da construção da universalidade”, que afirma o direito de cidadania às ações e os serviços de saúde, viabilizando o acesso de todos, por meio da defesa permanente de recursos financeiros seguros. De outro lado, identifica-se o princípio da “contenção de gasto”, uma reação defensiva que se articula em torno da defesa da racionalidade econômica, na qual a diminuição das despesas públicas é o instrumento-chave para combater o déficit público, propiciado por uma política fiscal contracionista, e a manutenção de alto superávit primário em todas as esferas de atuação estatal. Entende-se que esse “princípio” está diretamente associado à política econômica desenvolvida pelo governo federal durante os anos 1990 e 2000.

Essa idéia do duplo movimento no caminho do financiamento do SUS após a Constituição de 1988 não deve ser entendida como se fosse uma sequência no tempo ou um movimento pendular. Trata-se de um movimento permanente e contraditório, ao longo do processo de implementação do SUS. A defesa do princípio da construção da universalidade da saúde manifesta-se, principalmente, no embate contra os ditames da política econômica ortodoxa, por meio da defesa da garantia de recursos financeiros.

#### **As tensões por recursos financeiros**

A situação financeira da saúde, ao longo de todos os anos posteriores à Constituição, tem sido orientada por dois determinantes: a preocupação dada à Previdência no interior do orçamento da seguridade social e a política fiscal restritiva implementada pelo governo federal no campo social, reduzindo despesas.

No tocante à relação entre SUS e OSS, verifica-se uma tensão constante pela disputa de recursos ao longo de todos esses anos.

O primeiro enfrentamento verificou-se em 1989 e 1990, quando recursos do então Finsocial não foram totalmente destinados ao financiamento da Seguridade Social. Isto porque esses recursos contribuíram para o financiamento dos encargos previdenciários da União – despesa que não faz parte do orçamento da Seguridade Social. Ainda que a Constituição tenha determinado, em suas Disposições Transitórias, que pelo menos 30% do total de recursos da Seguridade Social, com exceção da receita do PIS/PASEP, que é vinculada ao seguro-desemprego, deveriam ser destinados à saúde, com a aprovação da Lei Orgânica da Saúde, em fins de 1990, foi possível, ao então Ministério da Previdência Social, reduzir o volume desse repasse. A transferência para o Ministério da Saúde, que representava 33,1% da receita de contribuições, em 1991, passou para apenas 20,9%, em 1992.

O segundo momento de tensão e enfrentamento aconteceu em 1993. Nesse ano, a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) estipulava que 15,5% do total arrecadado a título de contribuições deveriam ser repassados para a área da saúde. Contudo, apesar do disposto na LDO, não foi efetuado nenhum repasse para a saúde em maio de 1993. A justificativa foi que a Previdência Social estava apresentando problemas de caixa de tal ordem que, caso as transferências prosseguissem, acabaria por encerrar o ano com déficit.

As dificuldades financeiras da Previdência Social não pararam, aprofundando-se nos anos posteriores a 1993, tornando ainda mais difícil o financiamento da saúde. O baixo resultado da receita de contribuições de empregados e empregadores e o aumento da despesa com benefícios resultaram em alteração estratégica da Previdência Social no interior da Seguridade Social. Além de, na prática, ficar definido que as contribuições de empregados e empregadores seriam de uso exclusivo da Previdência, esta passou a avançar sobre as demais fontes da Seguridade Social.

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

Um terceiro e significativo conflito no financiamento do SUS e da Seguridade Social ocorreu em 1994, com a criação do Fundo Social de Emergência (posteriormente denominado por Fundo de Estabilização Fiscal (FEF) e atualmente por Des-



vinculação das Receitas da União – DRU), quando foi definido, entre outros aspectos, que 20% da arrecadação das contribuições sociais seriam desvinculadas de sua finalidade e estariam disponíveis para uso do governo federal.

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

Como forma de encontrar fontes alternativas de recursos, o Conselho Nacional de Saúde e a Comissão de Seguridade Social da Câmara buscaram soluções transitórias por meio da criação, em 1994, do Imposto Provisório sobre a Movimentação Financeira (IPMF). Essa solução veio a vigorar a partir de 1997, sob a denominação de CPMF. Neste ano, a participação da CPMF, em bilhões de reais correntes, foi de R\$ 6,7 bilhões, correspondendo a 27,8% do total das fontes do financiamento da saúde. Em 2005, esse percentual correspondeu a 29,3%.

Os recursos da CPMF não significaram o volume esperado, uma vez que Cofins e CSLL foram reduzidas — especialmente em 1997, passando a ser transferidas crescentemente para a área previdenciária. Além disso, parte dos recursos da CPMF foi destinada a atividades alheias à saúde, pela desvinculação do FEF — de 1998 a 1999 —, isto é, da atual DRU. É importante dizer que a DRU, a partir da reforma tributária do governo Lula, foi ampliada até 2007 e, ao final desse mesmo ano, foi estendida até 2011.

Entre 1993 e 2005, as contribuições sociais de longe constituíram a principal fonte de financiamento da saúde, muito embora a presença de recursos fiscais seja significativa em alguns anos, principalmente quando dificuldades de continuidade da CPMF se apresentavam (1999). Em 2005, 90,1% dos recursos tiveram origem nas contribuições sociais. Desde a criação da CPMF, as contribuições sociais correspondem a uma participação superior a 70%.

Ao longo dessa trajetória, trata-se de reconhecer o avanço da Previdência, como também o uso do mecanismo da desvinculação de parte dos recursos da Seguridade Social.

Nota-se, nos anos que se seguiram a 1995, a expansão dos problemas financeiros da saúde. Três questões explicitam a fragilidade do financiamen-

to do SUS. Em primeiro lugar, verifica-se que a contrapartida federal reduziu-se, entre 1995 e 2005, de US\$ 85,7 para US\$ 77,4 *per capita*. Em segundo lugar, observa-se um crescimento da irregularidade no fluxo de execução orçamentária do Ministério da Saúde, especialmente a partir da segunda metade dos anos noventa. Por fim, destaca-se um aumento significativo do saldo a pagar da rubrica Restos a Pagar do Ministério da Saúde, principalmente entre 2001 e 2004, passando de R\$ 9,2 milhões para R\$ 1,8 bilhões (dados da Comissão de Orçamento e Finanças do CNS).

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

O gasto líquido com ações e serviços de saúde — excluindo os valores da dívida e de inativos e pensionistas — realizado pelo Ministério da Saúde, em proporção ao Produto Interno Bruto (PIB), no período 1995 a 2007, manteve-se praticamente estabilizado. Registre-se: 1,73%, em 1995, e 1,75%, em 2007.

Esse pequeno gasto com saúde pode ser explicado também pelo comprometimento mais significativo do governo federal com o pagamento de Juros e Encargos da Dívida também em proporção ao PIB. Em 1995, foram gastos cerca de 7,5% com juros da dívida e somente 1,73% com ações e serviços de saúde. Passada uma década, essa discrepância se mantém: 6,9% e 1,75%, respectivamente.

Principalmente a partir de 1995, tornou-se mais clara a adoção de um conjunto de iniciativas voltadas ao ajustamento das finanças públicas. Na maior parte das vezes, as medidas implementadas direcionaram-se para a intrínseca relação que a lógica financeira passa a ter dentro do próprio aparelho do Estado. Como mencionado acima, a financeirização torna-se parte do Estado e este um instrumento para sua difusão e valorização do capital financeiro, reduzindo os gastos na saúde.

Embora o país atravessasse um período de retração econômica, com reflexos negativos no mercado de trabalho, essa situação não tem provocado impacto negativo nas contas da Seguridade Social ao longo dos anos 2000. Logo após o penoso quadro financeiro da década de noventa, caso fosse respeitado pelo governo federal o conceito de Seguridade Social definido na Constituição e não fosse utilizado o mecanismo de desvinculação dos 20% da DRU, o orçamento da Seguridade contaria com superávits significativos, sendo R\$ 27,3 bilhões, em 2000, e R\$ 50,9 bilhões, em 2006, todos em valores correntes. Esses recursos excedentes, segundo a

Associação Nacional dos Fiscais da Previdência, foram alocados no pagamento de gastos fiscais ou contabilizados diretamente no cálculo do superávit primário<sup>7</sup>.

Esse resultado positivo não alterou a posição do governo federal, que durante todos esses anos manteve acessa a idéia de defesa do déficit da Previdência, desconsiderando assim a sua vinculação ao orçamento da Seguridade Social.

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

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

Essas tensões por recursos foram presentes antes e após o estabelecimento da EC 29. Como mencionado anteriormente, a luta do SUS por recursos já vem de longo período. Para os objetivos deste texto, no entanto, o importante é assinalar aquelas situações em que os constrangimentos econômicos, especialmente os derivados do esforço da lógica da política econômica dos governos após o Plano Real, refletiram-se em ações que resultariam em menor disponibilidade de recursos para a saúde pública.

### **A política econômica e seus efeitos no financiamento do SUS**

A política macroeconômica dos governos FHC, e mais recentemente a do governo Lula, veio determinando as frágeis condições de financiamento do SUS. Sabe-se que o cumprimento das metas de inflação e de superávit primário resultou em tentativas de diminuição dos gastos públicos, em especial da saúde.

Em relação ao governo Lula, três situações são descritas e analisadas e referem-se praticamente ao âmbito federal, muito embora eventos semelhantes tenham ocorrido nas demais esferas de governo:

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

O mesmo não se conseguiu evitar no caso dos estados. Alguns deles, para cumprirem o disposto na EC 29, incluíram como despesas em ações e serviços de saúde os gastos com inativos da saúde, empresas de saneamento, habitação urbana, recursos hídricos, merenda escolar, alimentação de presos e hospitais de “clientela fechada” (como hospitais de servidores estaduais). Esses registros indevidos ocorreram apesar de anteriormente terem sido estabelecidos parâmetros que definiam quais ações e serviços poderiam ser considerados como gastos SUS. Esses parâmetros foram acordados entre o Ministério da Saúde, os estados e seus tribunais de contas e incorporados à Resolução 322 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Em alguns municípios o mesmo ocorreu, sendo o gasto com inativos da saúde e outros itens entendidos como despesa com saúde.

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

Apesar de diversos e intensos debates terem ocorrido entre entidades vinculadas ao SUS e o



Ministério do Planejamento, nada foi modificado sobre essa questão. Somente após o parecer do Ministério Público Federal, contrariando a decisão presidencial e solicitando ao presidente Lula que retirasse o veto ao dispositivo que esclarecia que os recursos do Fundo de Combate à Erradicação da Pobreza não poderiam ser contabilizados como gastos em saúde, sob pena do orçamento aprovado vir a ser considerado inconstitucional, o governo recuou.

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

3. Os recursos vinculados da EC 29 constituem preocupação da área econômica. No final de 2003, o governo federal encaminhou documento referente ao novo acordo com o FMI, comunicando sua intenção em preparar um estudo sobre as implicações das vinculações constitucionais das despesas sociais — saúde e educação — sobre as receitas dos orçamentos da União, dos estados ou dos municípios. A justificativa apoiava-se na idéia de que a flexibilização da alocação dos recursos públicos poderia assegurar uma trajetória de crescimento ao país<sup>8</sup>. No âmbito do SUS, a intenção do governo era tirar do Ministério da Saúde a obrigação constitucional de aplicar em saúde, tal como define a EC 29.

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

Dentre os principais itens do projeto de regulamentação da EC 29, destacam-se dois deles: 1) a modificação da base de cálculo para a vinculação dos recursos da União, passando para 10%, no mínimo, da sua receita corrente bruta. Em 2007, isso corresponderia a um aumento de R\$ 20 bi-

lhões na despesa executada pelo Ministério da Saúde (R\$ 45,8 bilhões). Espera-se que com a aprovação da regulamentação da EC 29, os gastos com ações e serviços de saúde passassem da atual faixa de US\$ 150/200 *per capita*, para a de US\$ 250/300, ainda insuficiente para a viabilização do SUS; 2) a definição das despesas que devem ser consideradas como ações e serviços de saúde e daquelas que não se enquadram nesse conceito.

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

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

É preciso considerar ainda que, além do Senado ter aprovado a continuidade da DRU, a extinção da CPMF prejudica de forma considerável a Saúde. Não só o SUS não conta com os recursos dela originada, como não foi definido qual seria a fonte que iria substituí-la. Em 2006, a receita da CPMF correspondeu a R\$ 32,1 bilhões, sendo que 40,22% foram destinados à Saúde.

A continuar a atual orientação da política econômica, a tensão entre a saúde e a área econômica do governo será mantida. A primeira, comprometida com o SUS, e por isso, preocupada em garantir seu financiamento; e a segunda, restringida por uma política econômica fundada em metas de inflação e na geração de superávits primários. Para aqueles que defendem a atual orientação econômica, o conteúdo do PLP 01/2003 é visto como um retrocesso, pois define despesas e compromettimentos mínimos de receitas, o que estaria contrariando o esforço de geração de superávit primário. Ao

mesmo tempo, isso limitaria o poder discricionário do governo federal, o qual não poderia alocar os recursos de acordo com seus interesses.

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

Os defensores da construção de uma saúde universal continuam a exigir que o governo federal

assegure ao Ministério da Saúde a aprovação do PLP nº 306/2008 da Câmara dos Deputados. Somente dessa forma seria possível recuperar o gasto da saúde, prejudicado há mais de uma década pela lógica de uma política econômica ortodoxa.

### **Considerações finais**

Tanto as manobras do primeiro governo Lula, em incluir itens que não se associam ao conceito de saúde universal como atividades do Ministério da Saúde, bem como a recorrente tentativa de propor a desvinculação dos recursos destinados às ações e serviços públicos de saúde, indicam que o seu segundo governo não tem muita disposição em aumentar sua participação no gasto com saúde, nem em definir fontes exclusivas para seus custos e tampouco em firmar o compromisso com o as políticas sociais universais, investindo em saúde.

É claro que a opção do projeto do governo federal deveria ser em outra direção. Isso porque os novos compromissos deveriam estar condicionados à busca do crescimento econômico e de um projeto de desenvolvimento econômico e social, o que implicaria a ruptura da lógica da política econômica adotada ao longo dos anos 1990 e 2000, em aliança aos interesses do capital financeiro.

### **Colaboradores**

A Mendes e RM Marques participaram igualmente de todas as etapas da elaboração do artigo.

## Referências

1. Marx K. *El Capital: crítica de la economía política*. México: Fondo de Cultura Económica; 1987.
2. Marques R, Mendes Á. Democracia, saúde pública e universalidade: o difícil caminhar. *Saúde e Sociedade* 2007; 16(3):35-51.
3. Chesnais F. O capital portador de juros: acumulação, internacionalização, efeitos econômicos e políticos, In: Chesnais F, organizador. *A finança mundializada, raízes sociais e políticas, configuração, consequências*. São Paulo: Boitempo; 2005.
4. Mesa-Lago C. *Desarrollo social, reforma del estado y de la seguridad social, al umbral del siglo XXI*. Santiago: UNO/Cepal; 2000.
5. Husson M. *Les casseurs de l'État social: des retraites à la sécu, la grande démolition*. Paris: Découverte; 2003.
6. Mendes Á. *Financiamento, gasto e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS): a gestão descentralizada semiplena e plena do sistema municipal no Estado de São Paulo (1995-2001)* [dissertação]. Campinas (SP): Instituto de Economia, Universidade Estadual de Campinas; 2005.
7. Associação Nacional dos Auditores Fiscais da Receita Federal (ANFIP). *Análise da Seguridade Social em 2006*. Brasília: ANFIP; 2007. [acessado 2007 mai 15]. Disponível em: <http://www.anfip.org.br>
8. Brasil. Ministério da Fazenda. *Carta de intenção referente ao novo acordo*. Brasília: Ministério da Fazenda; 2004. [acessado 2008 dez 15]. Disponível em: <http://www.fazenda.gov.br>

---

Artigo apresentado em 21/10/2008

Aprovado em 24/11/2008

Versão final apresentada em 01/02/2009