

SUS e Seguridade Social: em busca do Elo Perdido

SUS AND Social Security: in search of the lost link

Rosa Maria Marques

Professora-titular do Departamento de Economia e do Programa de Estudos Pós-Graduados em Economia Política da PUC-SP
E-mail: rosamarques@hipernet.com.br.

Áquilas Mendes

Professor de Economia da FAAP/SP, vice-presidente da Associação Brasileira de Economia da Saúde e coordenador da Coordenadoria de Gestão de Políticas Públicas do CEPAM/SP
E-mail: aquilasn@uol.com.br.

Resumo

Passados 17 anos da inscrição do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição Brasileira, a definição anual de seu financiamento não é isenta de conflitos. Esses conflitos cristalizam-se na luta por recursos entre os diferentes ramos da Seguridade e/ou na tentativa recorrente da equipe econômica em reduzir sua despesa ou em alterar a definição do que se entende por ações e serviços de saúde pública. Mesmo depois da aprovação da Emenda Constitucional 29/2000, os objetivos expressos na política econômica do governo Lula obstaculizam sua implementação, colocando recorrentemente em choque os princípios fundadores tanto da Seguridade como do SUS. Este artigo reconstrói o percurso do financiamento da Seguridade Social e do SUS, com destaque para os embates com a área econômica dos governos FHC e Lula.

Palavras-chave: Financiamento da Seguridade Social; Financiamento do SUS; Governo Lula.

Abstract

After 17 years of SUS institutionalization on Brazilian constitution, its annual definition of financing is not free of conflicts. These conflicts take place in the struggle by resources between the different areas of Social Security and / or in the appealing attempts of the economic government team in reducing its expenditure or in changing the definition of what is understood by public health services and actions. Even after the Constitutional Amendment 29/2000 approval, the objectives of Lula government economic policy restrain its development, placing in shock with the fundamental principles of Social Security as well as SUS. This article traces the sinuous ways of Social Security and SUS financing, giving emphasis to the existing conflicts with the economic area of FHC and Lula governments

Keywords: Social Security Financing; SUS Financing; Lula Government.

Introdução

É difícil encontrar alguém que não se pronuncie com preocupação sobre a situação social brasileira. Por isso, é tarefa quase impossível apontar um governante que não renda homenagem à idéia do fortalecimento das políticas sociais, com destaque para a saúde, a previdência e a assistência social. À primeira vista, parece que o olhar sobre o social independe de ideologias, visões de mundo, valores, posições de classe e posições políticas, não se apresentando diferenças entre os que são veementemente contra as transformações contemporâneas do capitalismo e os defensores da livre circulação do capital financeiro e da valorização financeira da riqueza. Ambas as visões parecem entender que a ampliação das políticas sociais é necessária para enfrentar os impactos da chamada globalização financeira. Mas isso fica restrito ao nível da aparência, pois a forma e o conteúdo sugeridos às políticas sociais são significativamente diversos, quando não opostos.

Em relação à saúde pública, por exemplo, os anos que seguiram a inscrição do Sistema Único de Saúde (SUS) no texto constitucional são repletos de momentos de tensão com a equipe econômica do governo do momento. Isso pode ser caracterizado como uma permanente situação de “cabo de guerra” entre os defensores do SUS e os responsáveis pela política econômica do país, muitas vezes se revelando abandono e/ou rechaço do conceito de saúde pública e, por consequência, de suas bases de financiamento, reduzindo ou fazendo do princípio da universalidade “letra morta”. No plano do discurso, todos os “atores” envolvidos nessas disputas colocam-se como defensores da manutenção e da ampliação das políticas sociais. É por isso que discutir publicamente a concepção de proteção social garantida pelo Estado, em particular o ramo da saúde, torna-se extremamente difícil e pouco perceptível para a maioria das pessoas. Isso porque a discussão ocorre, na maioria das vezes, com base em aspectos pontuais, sendo não só propositadamente ocultados os princípios norteadores das análises e das propostas, como desprezadas as relações de causalidade e a interdependência entre o social, o político e o econômico. Não é por acaso, então, que o grande público enfrenta grande dificuldade para acompanhar a discussão dos “técnicos”, ficando alheio às consequências que se derivam de diferentes propostas.

Do ponto de vista das políticas sociais, não se pode esquecer (sob pena de empreendermos um retrocesso) que a Constituição de 1988 significou uma verdadeira inflexão no tratamento até então concedido pelo Estado. Os constituintes, com destaque para os progressistas, ao terem clareza sobre a necessidade de se resgatar a imensa dívida social brasileira herdada do regime militar e de se avançar em termos de proteção social, procuraram introduzir na Constituição direitos básicos e universais de cidadania, assegurando o direito à saúde pública, definindo o campo da assistência social, regulamentando o seguro-desemprego e avançando na cobertura da previdência social. Essas conquistas foram incorporadas em capítulo específico - o da Seguridade Social -, consolidando a solidariedade entre a saúde, a previdência e assistência social.

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

Quanto à Previdência Social dos trabalhadores do setor privado, os principais avanços resultaram na criação de um piso igual ao salário mínimo e na eliminação das diferenças entre rurais e urbanos, quanto aos tipos e valores de benefícios concedidos. A Constituição de 1988 manteve, em separado, a cobertura previdenciária dos funcionários públicos federais, estaduais e municipais e estabeleceu o regime único de contratação para as três esferas de governo, o que levou ao desaparecimento de vínculos de trabalho, no interior do setor público, incompatíveis com a categoria de servidor. A universalização de direitos e a participação da comunidade na definição das políticas sociais foram animadas pela adoção da cidadania como critério de acesso, princípio que orientou a universalização da proteção social dos países capitalistas desenvolvidos, após a Segunda Guerra Mundial e durante os anos 1970 e 1980.

Na área da saúde, a mudança em direção à incorporação da cidadania é marcadamente reconhecível: antes o serviço público era voltado apenas para os trabalhadores contribuintes do mercado formal, agora todos têm esse direito. Na Previdência Social esse critério ficou imbricado ao anterior: paralelamente aos trabalhadores contribuintes com aposentadoria calculada a partir de suas contribuições, co-existem os trabalhadores rurais e aqueles com salários muito baixos, os quais recebem o piso de um salário mínimo, valor pago independentemente da ausência de contribuições ou do fraco esforço contributivo anterior. Esse componente cidadão no interior da Previdência Social deveria ser financiado, por sua natureza, por recursos de impostos, mas isso nunca foi implementado, sendo o piso de um salário mínimo financiado em parte pelas contribuições dos trabalhadores, constituindo uma redistribuição de renda entre os trabalhadores.

Para responder às exigências do volume de recursos necessários a esse tipo de proteção social, ampliados no conceito de Seguridade Social, e também para tornar o financiamento menos dependente das variações cíclicas da economia (principalmente do emprego junto ao mercado formal de trabalho), os constituintes definiram que esses recursos tivessem várias fontes. Dentre elas, destacam-se: o salário (contribuições de empregados e empregadores), o faturamento (traçando para seu interior o Fundo de Investimento Social - Finsocial¹ e o Programa de Integração Social e de Formação do Patrimônio do Servidor Público - PIS/Pasep), o lucro líquido das empresas (contribuição nova introduzida na Constituição, denominada Contribuição sobre o Lucro Líquido - CLL) e a receita de concursos e prognósticos (loterias). Além dessas fontes, a Seguridade Social contaria com recursos de impostos da União, dos estados e dos municípios². Ao mesmo tempo, os constituintes preocuparam-se em definir que esses recursos fossem exclusivos da proteção social, o que não foi cumprido por nenhum governo.

Também consideraram o tratamento dos recursos

da Seguridade Social como decorrente do conceito de proteção, de modo que não haveria vinculação de recursos em seu interior. A cada ano, quando da discussão do orçamento, seria definida a distribuição do conjunto das receitas previstas para as diferentes áreas. A única vinculação definida foi a dos recursos do PIS/Pasep, dirigida ao programa seguro-desemprego e ao pagamento do abono PIS/Pasep, e 40% de sua arrecadação lastrearia empréstimos realizados pelo BNDES às empresas³.

Após 17 anos da promulgação da Constituição de 1988, não foram poucos os conflitos ocorridos no interior da Seguridade Social. Para alguns, as tensões ocorridas durante sua implementação deixaram claro a impossibilidade de sua existência administrativa - na medida que a legislação ordinária separou as três áreas - e financeira, uma vez que na prática ocorreu uma progressiva especialização das fontes. A visão aqui subjacente é a de que a Seguridade Social, como núcleo duro do sistema de proteção social brasileiro instituído na Constituição, não teve oportunidade de ser devidamente implantada e concluída, tanto do ponto de vista organizacional como financeiro. Seus princípios permanecem importantes para os movimentos e para as lutas sociais como inspiradores e norteadores dos direitos sociais universais.

Além disso, em que pese os vários embates provocados pelos estrangimentos econômicos que se apresentaram ao longo desses 17 anos, o modelo de Seguridade Social demonstrou capacidade de resistência às conjunturas mais problemáticas. Exemplo maior dessa resistência é o movimento pela universalização da saúde, no percurso da construção do Sistema Único de Saúde.

O objetivo deste artigo é reconstruir o processo de institucionalização do financiamento do SUS e destacar os conflitos ocorridos na política econômica, com destaque para os últimos anos. Isso pode sinalizar que o executivo federal (mas não somente ele) insiste no abandono do conceito de saúde tal como con-

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

2 A Constituição de 1988 não definia, entretanto, como seria a participação dos entes federados no financiamento da Seguridade Social. Em 1997, foi criada a Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF), cujos recursos se somariam àqueles definidos na Constituição. Somente em 13 de setembro de 2000 foi aprovada a Emenda Constitucional nº 29, estipulando a forma da inserção da União, dos estados e dos municípios no financiamento do Sistema Único de Saúde.

3 Os juros são de "propriedade" do Fundo de Amparo do Trabalhador (FAT), responsável pela gestão dos recursos do PIS/Pasep.

cebido pelos atores maiores do SUS, comprometendo, por consequência, suas bases de financiamento. Este artigo está dividido em três partes. A primeira assinala as mudanças, lentas ou bruscas, que ao longo dos 17 anos de trajetória de institucionalização do SUS, afetaram a noção e os aspectos da política pública de saúde universal, ancorados nos princípios da Seguridade Social. Parte-se da idéia de que as tensões ocorridas somente serão compreendidas se forem analisadas como partes integrantes de um processo que teve início quase que imediatamente após a promulgação da Constituição cidadã e contra ela. A segunda parte destaca as tensões enfrentadas durante o Governo Lula, salientando a forma como sua equipe econômica considera e trata os recursos da Seguridade Social. Por último, algumas considerações conclusivas.

O Financiamento do SUS e a Seguridade Social

Dois elementos têm condicionado o financiamento da área da saúde: a primazia de tratamento concedido à previdência social e a austeridade fiscal do governo federal em relação ao conjunto das políticas sociais, decorrente de seu objetivo de promover o equilíbrio orçamentário com elevados superávits primários.

Vale lembrar que embora os constituintes tenham definido que os recursos da Seguridade Social não poderiam ser alocados para outros fins que não aqueles da Previdência, da Saúde e da Assistência, e que, ao mesmo tempo, não haveria vinculação das fontes aos diferentes ramos⁴, em nenhum momento isso foi respeitado nos anos que se seguiram à promulgação da Constituição.

O primeiro ato de não cumprimento ocorreu em 1989, quando o então Finsocial foi utilizado para financiar a despesa de encargos previdenciários da União, que não integra a Seguridade Social. Esse desvio de finalidade repetiu-se em 1990. No final deste ano, com a aprovação da Lei Orgânica da Saúde, o governo federal passou a desconsiderar, como força legal, o disposto no artigo 55 do Ato das Disposições Transitórias da Constituição, que destinava para a Saúde pelo menos 30% do total dos recursos da Se-

guridade Social, com exceção da arrecadação do PIS/Pasep, de uso exclusivo do FAT. Dessa forma, se em 1991 o Ministério da Saúde ainda podia contar com 33,1% do total dos recursos, um ano depois viu sua participação na partilha ser reduzida a 20,95%.

O segundo conflito ocorreu em 1993, quando o executivo federal desrespeitou a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) que determinava o repasse de 15,5% da arrecadação das contribuições de empregados e empregadores para a Saúde. Essa situação obrigou o Ministério da Saúde a solicitar três empréstimos consecutivos junto ao FAT. A partir desse ano, a receita dessas contribuições destinou-se exclusivamente à Previdência, medida tornada legal pelo governo Fernando Henrique Cardoso, durante sua reforma previdenciária. Um terceiro e importante embate 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 e atualmente por Desvinculação das Receitas da União - DRU), quando foi definido, entre outros aspectos, que 20% da arrecadação das contribuições sociais estariam disponíveis para uso do governo federal.

Do lado da Previdência Social, os anos pós-constituinte registram forte deterioração financeira: a insuficiente arrecadação das contribuições sociais refletia o não crescimento da economia, altas taxas de desemprego e a elevação do mercado informal do trabalho. Nessa situação, a Previdência passou, pouco a pouco, a fazer uso dos demais recursos da Seguridade Social, além de se utilizar, de forma exclusiva, como já mencionado, as contribuições sobre a folha de salários. Essa realidade teve reflexos imediatos sobre o financiamento do SUS.

Na tentativa de encontrar fontes alternativas de recursos, o Conselho Nacional de Saúde e a Comissão de Seguridade Social da Câmara buscaram soluções transitórias por meio da criação, em 1994, do Imposto Provisório sobre a Movimentação Financeira (IPMF). Na prática, essa solução vigorou a partir de 1997, sob a denominação de Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF). No entanto, o aporte de novos recursos (10,0 bilhões de reais de dezembro de 2003), correspondendo a 32,4% do total

4 Com exceção do PIS/Pasep, como anteriormente destacado.

das fontes do Ministério da Saúde (MS), foi compensado em parte pela redução das contribuições da Seguridade Social - Cofins e Contribuição sobre o Lucro Líquido (CSLL).

Nos anos que se seguiram, os problemas financeiros da área da saúde aumentaram. Três exemplos evidenciam essa realidade. Primeiro, entre 1995 e 2003, o gasto líquido - excluindo a dívida e o gasto com inativos e pensionistas - realizado pelo Ministério da Saúde diminuiu em 7,0%, passando de R\$ 30,2 bilhões para R\$ 28,1 bilhões. Nesse período, o gasto federal *per capita* diminuiu de R\$ 190,10 para R\$ 158,90, tudo a preços de dezembro de 2003, deflacionados pelo IGP-DI da Fundação Getúlio Vargas⁵. Segundo, a execução orçamentária do MS tornou-se mais irregular, especialmente a partir da segunda metade dos anos 1990. Terceiro, principalmente entre 2001 e 2004, o saldo da rubrica Restos a Pagar do MS aumentou, passando de R\$ 9,2 milhões para R\$ 1,8 bilhões (dados divulgados pela Comissão de Orçamento e Finanças do Conselho Nacional de Saúde em julho de 2005).

Ao mesmo tempo, para o conjunto da Seguridade Social, a situação financeira apresentou resultados positivos significativos. Partindo-se da idéia inscrita na Constituição em 1988, isto é, dos recursos serem de uso exclusivo da Seguridade Social e, por isso mesmo, desconsiderando o mecanismo de desvinculação dos 20% do antigo Fundo de Estabilização Fiscal e atual DRU, a Seguridade registrou superávits de R\$ 26,64 bilhões (2000), R\$ 31,46 bilhões (2001), R\$ 32,96 bilhões (2002), R\$ 31,73 bilhões (2003) e R\$ 42,53 bilhões (2004), todos em valores correntes. Esses recursos “excedentes”, segundo a Associação Nacional dos Fiscais da Previdência, financiaram gastos alheios à Seguridade ou formam contabilizados diretamente no cálculo do superávit primário (Anfip, 2005)⁶.

Segundo cálculo realizado pela Anfip, entre 2000 e 2004, R\$ 165 bilhões da Seguridade Social auxiliaram na geração do superávit primário. Desse montante, R\$ 76,84 bilhões excederam o disposto na DRU, de

modo que “tendo em vista o total comprometimento do Orçamento Fiscal com as necessidades de financiamento da dívida pública, os superávits são alcançados através do orçamento da seguridade social” (Anfip, 2005, p. 31).

Por isso mesmo, ao longo de todos esses anos, o governo federal manteve acessa a idéia de existência de déficit na Previdência, desconsiderando que ela integra a Seguridade Social. Essa atitude - aparentemente autista, mas claramente engajada na perseguição de superávits expressivos - foi fundamental para a criação e a sustentação de ambiente propício para a aprovação de reformas na Previdência, seja no governo FHC ou no governo Lula (Marques e Mendes, 2004)⁷.

A situação de incerteza e indefinição dos recursos financeiros para a área da saúde levou à busca de uma solução mais definitiva: o comprometimento de recursos orçamentários das três esferas de poder. A construção de um consenso no âmbito da vinculação de recursos levou sete anos, até que finalmente o Congresso aprovou a Emenda Constitucional n° 29 (EC 29), em agosto de 2000.

A primeira Proposta de Emenda Constitucional (PEC 169), de autoria dos Deputados Eduardo Jorge e Waldir Pires, foi formulada em 1993, quando o Ministério da Saúde solicitou o primeiro empréstimo junto ao FAT. Depois disso, várias outras propostas de vinculação foram elaboradas e discutidas no Congresso Nacional, mas nenhuma delas sustentava a idéia original de vinculação tanto no âmbito das contribuições sociais (30%) como no do orçamento de cada nível de governo. A última proposta restringiu-se a vincular somente os recursos orçamentários da União, dos estados e dos municípios, materializando-se na EC 29⁸.

Segundo a EC 29, estados e municípios teriam que destinar no primeiro ano pelo menos 7% dessas receitas para a saúde. Esse percentual deveria aumentar anualmente até atingir, para os estados, 12%, no mínimo, em 2004 e, para os municípios, 15%. Em relação

5 Dados extraídos de estudo do Ipea, em trabalho de RIBEIRO, J.; PIOLA, S; SERVO, L. *Financiamento da saúde*. Brasília: Diretoria de Estudos Sociais do IPEA, 2005.

6 Em 2004, a desvinculação das contribuições sociais (Cofins, CSLL, CPMF) autorizaria o governo federal a gastar fora da Seguridade Social R\$ 24,9 bilhões.

7 Para uma análise da “contra-reforma” previdenciária do governo Lula, ver Marques e Mendes (2004).

8 Para o conhecimento das propostas de vinculação de recursos para o financiamento da saúde, ver Marques e Mendes (1999).

à União, no primeiro ano, deveria ser aplicado pelo menos 5% em relação ao orçamento empenhado do período anterior; para os seguintes, o valor apurado no ano anterior seria corrigido pela variação do PIB nominal. Vale ressaltar que a EC 29 não explicita a origem dos recursos alocados pela União, sendo omissa em relação à Seguridade Social. Essa omissão não considerava a disputa por recursos pelos diferentes ramos da Seguridade.

Após a aprovação da EC 29, a disputa foi alçada a outro patamar, aparecendo como um dos atores principais o representante da equipe econômica do governo federal. Exemplo disso foi a discussão acirrada ocorrida entre os Ministérios da Saúde e da Fazenda sobre a interpretação do próprio texto da emenda. Segundo o MS, o ano-base para efeito da aplicação do adicional de 5% seria o de 2000, e o valor apurado para os demais anos seria sempre o do ano anterior, ou seja, calculado ano a ano. Para o Ministério da Fazenda, o ano-base seria o de 1999, somente acrescido das variações nominais do PIB ano a ano. Essa diferença de interpretação reduziu em R\$ 1,2 bilhões a disponibilidade de recursos para o MS em 2001, o que permitiria dobrar, por exemplo, os recursos do Programa Agentes Comunitários em relação ao ano anterior. Na época, a Advocacia Geral da União (AGU) considerou o cálculo do Ministério da Fazenda, mas a discussão estendeu-se pelos anos seguintes, sem uma resolução definitiva.

Além dos problemas de interpretação do texto, prejudicando o financiamento da saúde, a EC 29 teve dificuldades em ser implementada. Segundo informações da Comissão de Orçamento e Finanças do Conselho Nacional de Saúde (Cofins/CNS), o valor mínimo da aplicação com ações e serviços de saúde em 2005, levando em consideração a última revisão do PIB, deveria ser de R\$ 37,1 bilhões, enquanto o valor apresentado pelo Ministério da Saúde (atualizado até 31/07/2005) foi de R\$ 36,5 bilhões; a diferença a ser suplementada seria, portanto, de R\$ 641,4 milhões⁹. Convém salientar que resta ainda uma diferença relativa a anos anteriores, acumulada em R\$ 1,6 bilhão, calculada nos termos da Resolução 322/2003, do Conselho Nacional de Saúde, a partir de 2000.

Os conflitos por recursos legalmente determina-

dos pela EC 29 não se restringem à União. Em 2003, 16 estados não cumpriram o mínimo exigido pela EC 29. São eles: Alagoas, Ceará, Maranhão, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Espírito Santo, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Paraná, Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Distrito Federal, Goiás, Mato Grosso do Sul e Mato Grosso. Em termos de recursos, esse descumprimento envolveu R\$ 1,78 bilhão (Siops), não aplicado no SUS. Com o passar dos anos, o descumprimento somente tem aumentado. Somando-se ao valor descumprido de 2003, o passivo de 2000, 2001 e 2002 (R\$ 3,6 bilhões) o descumprimento da EC 29 alcança o montante de R\$ 5,4 bilhões. Se a esse valor acrescentar-se o referente ao descumprimento da União, ele chega-se a R\$ 7,0 bilhões (R\$ 1,6 da União e R\$ 5,4 dos estados), indicando que o financiamento do SUS continua sendo contestado ou colocado em dúvida, constringendo a saúde dos cidadãos brasileiros.

O descumprimento da EC 29 apresenta, ainda, outra dimensão: alguns dos estados que efetuaram níveis de gasto de acordo com EC 29, consideraram como gastos em ações e serviços de saúde (SUS) despesas assim não definidas (despesas com inativos, empresas de saneamento, habitação urbana, recursos hídricos, merenda escolar, programas de alimentação, hospitais de “clientela fechada”, como hospitais de servidores estaduais e militares). Para a definição de ações e serviços de saúde pública, foram construídos parâmetros claros nesses últimos anos, os quais foram acordados entre o Ministério da Saúde, os estados e seus tribunais de contas. Esses parâmetros estão registrados na Resolução 322/2003 do Conselho Nacional de Saúde, mencionada anteriormente.

No caso dos municípios, sejam capitais ou não, as informações do Siops indicam o cumprimento da EC 29 no que se refere ao volume de recursos. No ano de aprovação da emenda (2000), o percentual médio destinado à saúde por essa instância governamental foi de 13,64% das receitas de impostos e transferências constitucionais. Em 2001, esse percentual passou para 14,71%; em 2002, atingiu 15,97%; e, em 2003, 17,58%.

Alguns municípios desconsideraram o conceito de ações e serviços de saúde definido na Resolução 322 e

9 A esses recursos devem ser acrescidos os valores correspondentes a restos a pagar do período de 2000-2005.

incluiram, por exemplo, as despesas com inativos da área da saúde. Mesmo em gestões ditas progressistas, registrou-se conflito entre a área da saúde e a das finanças, esta última pressionando para incluir despesas alheias aos SUS. Os secretários de finanças defenderam, interpretando indevidamente a emenda; que o percentual a ser aplicado deveria ser exatamente 15% (o mínimo definido na EC 29), desconsiderando as necessidades do município.

Para assegurar o cumprimento da EC 29 e respeitar o consenso construído entre o Conselho Nacional de Saúde, o Ministério da Saúde, os tribunais de contas e as diversas entidades na área da saúde, no que diz respeito à definição de ações e serviços de saúde, foi elaborada a Proposta de regulamentação da EC 29 (Projeto de Lei Completar 01/2003), que começou a tramitar na Câmara Federal em 2004. Após intensos debates entre o governo federal (contrário a sua vinculação, entre outros aspectos) e a Frente Parlamentar da Saúde, o projeto foi aprovado na Comissão de Seguridade Social e Família e na Comissão de Finanças e Tributação da Câmara. A expectativa é de que seja aprovado também na Comissão de Constituição e Justiça e siga para sua votação no plenário da Câmara. O tempo para isso é ainda incerto, principalmente depois que o Congresso praticamente se voltou para discutir o conteúdo das Comissões Parlamentar de Inquérito (CPIs).

Os Objetivos da Equipe Econômica do Governo Lula e os Recursos da Seguridade Social e do SUS

A persistência dos problemas relativos ao endividamento interno e externo, a manutenção das elevadas taxas de desemprego e o crescimento do mercado informal de trabalho - elementos que ilustram a falta de perspectiva quanto à retomada sustentável da economia -, constituem constrangimentos no caminho da garantia da Seguridade Social e da universalidade do SUS. Contudo, apesar das investidas dos defensores dos princípios neoliberais, marcadas pela diminuição do gasto público, as estruturas e instituições do SUS resistem.

A luta contínua pela defesa de recursos muitas vezes aparece para o grande público como se a saúde

estivesse permanentemente em crise, reforçando a idéia de que o SUS é ineficiente. Na verdade, todas essas manifestações apenas indicam que a saúde pública ainda conta com um razoável grau de resistência e de defesa contra as práticas neoliberais. Mesmo durante o governo Lula, quando não foram poucas as investidas contra o financiamento da Seguridade Social, a mobilização dos setores comprometidos com os ideários do SUS não se fez tardar, impedindo a implementação das propostas de sua equipe econômica.

No primeiro ano do governo Lula, a proposta de reforma tributária sancionou o comprometimento atual das finanças dos municípios e do governo federal, mas abriu mão de repensar as condições de sustentação do conjunto da Seguridade Social, em especial da saúde. Além disso, nas negociações para sua aprovação, foi defendida a possibilidade de mecanismos semelhantes à DRU serem aplicados aos estados e municípios, o que, segundo estimativa da Comissão de Orçamento e Finanças do Conselho Nacional de Saúde, implicaria uma redução de recursos para a saúde de R\$ 3 bilhões em nível dos estados e de R\$ 2,5 bilhões em nível dos municípios, caso a desvinculação de 20% fosse aplicada à arrecadação prevista para 2003. A partir da pronta resposta daqueles que lutam pela construção da universalidade da saúde, essa proposta foi retirada do âmbito do projeto do executivo. Mas o financiamento da saúde ficou longe ser resolvido. Isso porque, no momento em que a austeridade fiscal é alçada à medida prioritária pelo governo - na verdade continuando a política anteriormente executada -, isso se choca diretamente com o interesse daqueles que pretendem assegurar a implementação do SUS como uma política universal. Dito de outra maneira, o SUS universal encontra-se na contramão dos ditames do Fundo Monetário Internacional (FMI), que exige corte nos gastos e superávit primário elevado. Essa atitude é emblematicamente registrada na defesa intransigente do governo Lula em manter a CPMF (mas sem dividir os recursos com os outros níveis de governo, é claro) e a DRU.

Uma segunda investida do governo Lula contra a saúde manifestou-se no descumprimento da proposta orçamentária/2004 do Ministério da Saúde. Em 31 de julho de 2003, a Saúde foi surpreendida com o veto presidencial ao parágrafo 2 do artigo 59 da LDO/2004. Através deste ato, seriam consideradas como ações e

serviços públicos de saúde as despesas realizadas com encargos previdenciários da União (EPU) e com o serviço da dívida, bem como a dotação dos recursos do Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza. A reação contrária do Conselho Nacional de Saúde e da Frente Parlamentar da Saúde resultou na mensagem do Poder Executivo ao Congresso Nacional criando o parágrafo 3 para o artigo 59, segundo o qual, para efeito das ações em saúde, são deduzidos os Encargos Previdenciários da União (EPU) e o serviço da dívida. Contudo, nenhuma menção foi feita ao Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza, cujos recursos previstos atingiam R\$ 3,57 bilhões.

No momento em que o Fundo da Pobreza é considerado como ações de saúde, não só a Saúde deixa de contar com os recursos a ele destinado, como é desrespeitado o processo de construção da definição do que sejam ações típicas de saúde, anteriormente mencionado. A inclusão da alimentação e nutrição e saneamento básico, atividades previstas para serem financiadas com o Fundo da Pobreza, contrariam o §2 do artigo 198 da Constituição, os artigos 5 e 6 da Lei 8.080/90 e a Resolução nº 322 do Conselho Nacional de Saúde.

Mesmo se fossem considerados os recursos do Fundo da Pobreza, o orçamento do MS para 2004 não cumpriria o disposto na EC 29: no lugar de R\$ 32,93 bilhões (orçamento de 2003 mais a variação nominal do PIB 2003/2002 de 19,24%, segundo a projeção do IBGE), seriam apenas R\$ 32,481 bilhões, ou seja, menor em R\$ 449 milhões.

Somando-se esses R\$ 449 milhões aos R\$ 3,571 bilhões do Fundo de Pobreza, o SUS, em nível do Ministério da Saúde, estaria sendo (des)financiado em R\$ 4,020 bilhões. Além dos efeitos negativos dessa redução ao orçamento do MS, o descumprimento da EC/29 pela União abriria precedente para que estados atuassem da mesma forma, isto é: considerar como despesas em saúde outros itens que não se referem a “ações típicas de saúde”.

Ao final de setembro de 2003, a governadora do Estado do Rio de Janeiro, propôs ao Supremo Tribunal Federal uma Ação Direta de Inconstitucionalidade (Adin) com pedido de medida cautelar, em razão da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 322, de 08 de maio de 2003, especialmente para invalidação e suspensão imediata dos seus efeitos. A governado-

ra questionava particularmente a diretriz da Resolução que define as despesas a serem consideradas ações e serviços públicos de saúde. Os motivos, como todos sabem, são para incluir gastos na saúde que são vedados na Resolução. Além desse questionamento, a Adin indaga sobre o caráter deliberativo do Conselho Nacional de Saúde para determinar as formas de aplicação do gasto com ações e serviços públicos de saúde.

As negociações realizadas para superar o impasse entre a institucionalização do SUS e a austeridade fiscal preconizada pela equipe econômica chegaram a dois importantes resultados. O primeiro, inscrito na Lei nº 10.777 de 25 de novembro de 2003, reintroduziu o conteúdo do parágrafo 2 do artigo 59 da LDO/2004 vetado pelo presidente, assegurando assim que os encargos previdenciários da União, os serviços da dívida e a parcela das despesas do Ministério financiada com recursos do Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza não fossem considerados como ações e serviços públicos de saúde. O segundo diz respeito ao Projeto de Lei Complementar de Regulamentação da Emenda Constitucional 29, que está em tramitação na Câmara Federal, como mencionado anteriormente. Espera-se que a aprovação dessa regulamentação, ancorada nas definições da Resolução CNS nº 322/2003, possa estabelecer as bases legais necessárias para que a União e também os estados cumpram o disposto na EC 29.

As investidas do governo Lula contra o financiamento do SUS não pararam em 2004. O mesmo mecanismo de desconsiderar o conceito de saúde, construído sob o consenso das entidades do setor, foi novamente adotado pelo governo federal quando do encaminhamento da LDO 2006 ao Legislativo. De acordo com o projeto encaminhado, as despesas com assistência médica hospitalar dos militares e seus dependentes (sistema fechado) serão consideradas no cálculo de ações e serviços de saúde. Dessa forma, os recursos destinados para o Ministério da Saúde serão diminuídos em cerca de R\$ 500 milhões, de acordo com a estimativa da Comissão de Orçamento e Finanças do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Contra isso o Conselho Nacional de Saúde manifestou seu repúdio publicamente, reafirmando que os serviços prestados aos militares não são caracterizados de acesso universal e, portanto, não podem ser considerados ações e serviços públicos de saúde.

Não é a primeira vez que o Conselho se manifesta contrário ao Projeto de Lei da LDO do governo Lula, mesmo em relação ao conteúdo desse mesmo artigo 59, parágrafo 2. Como mencionado, a proposta da LDO de 2004 incluía o Fundo de Combate a Pobreza (Fome Zero) como ações de saúde. Após os embates políticos entre o Conselho Nacional de Saúde, a Frente Parlamentar de Saúde e o Ministério do Planejamento, a Procuradoria Geral da República emitiu parecer contrário a essa inclusão. Somente a partir desse parecer, o presidente Lula excluiu o Fundo de Combate a Pobreza da fórmula de cálculo do piso de gastos federais com os serviços de saúde. A história parece se repetir. Fica a indagação: por que o governo federal insiste em desconsiderar o conceito de saúde universal construído pela Resolução nº 322 do CNS? O governo federal, ao insistir em incluir como gasto do MS ações e serviços não relacionados ao SUS, não só reduz a disponibilidade do MS, como abre precedente para os estados, que buscam considerar como gasto do SUS a assistência médica a servidores, a integrantes da Polícia Militar e do Corpo de Bombeiros.

Enquanto a EC 29 não for regulamentada, continuará o “cabo de guerra” entre os ministérios do Planejamento e Saúde. Isso porque, embora a Resolução 322 do CNS seja moral e politicamente aceita pelos diferentes atores que participam do SUS, sua legalidade é contestada, principalmente, pelos arautos da área econômica.

Mais recentemente, outro problema tem chamado à atenção dos que defendem o financiamento do SUS universal. Teme-se que junto com a possível suplementação de R\$ 1,2 bilhão da Bolsa Alimentação, a partir de Projeto de Lei que ora tramita no Congresso Nacional, seja alterada sua fonte de recursos, considerando-os do SUS. O item Bolsa Alimentação consta no Orçamento do Ministério da Saúde, mas não integra o gasto SUS e tem como fonte o Fundo de Pobreza (fonte 179). Tendo em vista as tentativas anteriores de descaracterização do gasto do SUS, essa preocupação não é descabida, principalmente considerando que a Lei Orçamentária autoriza a troca de fonte pelo Ministério do Orçamento, Planejamento e Gestão.

Uma outra importante investida do governo Lula contra a área da saúde refere-se a recorrente tentativa de adoção da desvinculação dos seus recursos. A primeira tentativa ficou patente na correspondência do governo com o FMI em 2003 e a segunda integra a proposta do déficit nominal zero, sugerida pelo ex-ministro Delfin Neto (PP-SP) ao governo federal em 2005 - lançada no auge da crise política recente.

O governo federal, ao final de 2003, encaminhou correspondência ao FMI¹⁰ atestando sua intenção em modificar radicalmente o quadro em cima do qual são desenhados os orçamentos, sejam eles da União, dos estados ou dos municípios. No item “Criando um ambiente para o desenvolvimento” desse documento, menciona-se a flexibilização da alocação dos recursos públicos como uma entre várias ações que seriam necessárias para “trazer o país para uma trajetória de crescimento”. De acordo com o documento, “(...) menos de 15% das despesas primárias são alocadas de forma discricionária pelo governo, criando uma rigidez orçamentária que muitas vezes inibe de maneira significativa uma alocação mais justa e eficiente dos recursos públicos (...)”. E ainda diz: “(...) o governo planeja preparar um estudo sobre as implicações das vinculações setoriais (...)” (Ministério da Fazenda, 2003, p. 3). Mesmo que esse objetivo não seja atingido, sua declaração de intenção denuncia a investida contra o “núcleo duro” das políticas sociais que permeia a condução do governo Lula.

A intenção do governo federal é colocar um fim aos preceitos constitucionais que obrigam União, estados e municípios a gastarem em educação e em saúde um percentual de todo os recursos arrecadados. Na área da saúde, isso significaria que as três esferas de poder não seriam obrigadas a aplicarem os dispositivos legais estabelecidos na Emenda Constitucional 29/2000.

Se efetivar essas mudanças, o governo Lula colocaria em marcha um movimento duplo com relação ao Orçamento: desvincular os recursos destinados à saúde e educação e redirecioná-los para o pagamento da dívida externa e/ou para a realização de investimento, provavelmente na linha do projeto Parceria Público Privado (PPP).

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

Esse é o primeiro governo que, sem nenhum constrangimento, tem a “coragem” de propor uma medida como essa: institucionalizar, promovendo mudança no texto da lei, que o pagamento do serviço da dívida preceda a preocupação de realizar os atuais níveis de gastos sociais, quanto mais de ampliá-los. No caso da saúde, isso significaria direcionar o gasto para algo do tipo cesta básica, ao estilo do que é proposto pelo Banco Mundial, abandonando a idéia da universalização das ações e serviços públicos em saúde.

A defesa da desvinculação dos recursos sociais reaparece na proposta de “déficit nominal zero” (receita menos despesas, incluindo os juros da dívida), de autoria do deputado Delfim Neto. Segundo Pochman (2005), esse objetivo seria alcançado mediante o aumento do superávit primário de 4,25% para 7,85% do PIB¹¹. Para se ter uma idéia do significado desse esforço, quando se registrou o superávit primário de 4,48% do PIB em 2004, houve um déficit nominal de 2,68% do PIB, resultado do aumento do gasto com juros.

A proposta de déficit nominal zero considera que a Desvinculação da Receita da União (DRU), atualmente de 20%, deveria ser aumentada para 40%, acrescida de um relevante corte nos gastos com pessoal e nas demais contas públicas operacionais. Dessa forma, não resta dúvida que um superávit primário de 7,85% do PIB teria impactos negativos no conjunto dos gastos sociais: esses passariam de 13,5% do PIB (2004) para 11,1% (2005), reduzindo-se em R\$ 42,5 bilhões. Por conta disso, o “superávit primário social” passaria de 34% do total dos gastos com juros, em 2004, para 61%, em 2005.

Os principais itens da atual composição da despesa social federal - previdência, benefícios a servidores públicos e saúde - seriam altamente prejudicados com a implantação da proposta de déficit nominal zero: seriam necessários cortes de R\$ 19,7 bilhões na Previdência Social, de R\$ 7,5 bilhões na despesa com servidores públicos e de R\$ 5,7 bilhões na Saúde, valores correntes de 2004 (Pochman, 2005).

Segundo o deputado Delfin Neto, para tornar exequível sua proposta, o governo federal deveria, por

meio de uma emenda constitucional, definir a eliminação do déficit nominal do setor público até 2009 e desvincular os recursos destinados à saúde e à educação¹². Essa proposta prejudicaria diretamente 145 milhões de usuários do SUS, bem como 21 milhões de beneficiários da previdência social, a totalidade dos funcionários públicos federais e outras áreas governamentais.

É evidente que essa proposta desconsidera qualquer tentativa de adoção de um outro caminho, tal como a adoção de um compromisso em torno do crescimento econômico, com redução substantiva da taxa de juros, implicando o rompimento com o atual ciclo de financeirização da riqueza, responsável principal pelo endividamento público nacional.

A Valorização da Seguridade Social e do SUS Universal: à guisa de conclusão

Vários são os aspectos que evidenciam as iniciativas e medidas que foram desvalorizando a aplicação do conceito de Seguridade Social ao longo dos governos que se seguiram à Constituição de 1988. Dentre elas, ressaltam-se: o uso indevido de parte dos recursos da Seguridade Social; a especialização da fonte de contribuições de empregados e empregadores para a Previdência Social; a institucionalização de mecanismos que permitiram o acesso da União aos recursos da Seguridade Social; as modificações nos critérios de acesso aos benefícios previdenciários, especialmente da aposentadoria; a inclusão, no plano da análise e da discussão pública, do regime dos servidores, em claro rompimento ao artigo 194 da Constituição.

Recuperar o conteúdo primeiro da Seguridade Social constitui um desafio indissociável da luta pela construção de um país mais democrático e menos desigual. Mas para isso é preciso romper com a idéia de subordinação da proteção social aos ditames da ordem econômica. A Constituição de 1988, ancorada no ascenso democrático e na busca pelo regaste da então chamada dívida social, foi um daqueles raros momentos em que as políticas sociais colocaram-se como soberanas.

11 Atualmente, um aumento de 1 ponto percentual na taxa de juros básica resulta no aumento de R\$ 10 bilhões de juros, considerando que o estoque da dívida pública corresponde a cerca de 50,0% do PIB.

12 “A equipe econômica do governo, especialmente o presidente do Banco Central Henrique Meirelles, viu a proposta como uma boa saída para contribuir para a política monetária e para assegurar a responsabilidade fiscal em tempos de elevada crise política e debilidade por qual passa o governo Lula” (Folha de S. Paulo, 01/07/2005).

Movimento recorrente de adoção de políticas de estabilização e ajuste macroeconômico, desde a primeira gestão de FHC até a atual do governo Lula, constitui empecilho ao desenvolvimento da proteção social brasileira. No caso da saúde em particular, é preocupante o fato de insistentemente o governo procurar incluir itens que não se associam ao conceito de saúde universal, o que denuncia seu não comprometimento com os princípios do SUS. Superar esses obstáculos é tarefa de todos nós.

Referências

- ANFIP. *Análise da seguridade social em 2004*. Brasília, 2005. Disponível em: <<http://www.anfip.org.br>>. Acesso em: 06 ago.2005.
- BRASIL. Ministério da Fazenda. *Carta de intenção referente ao novo acordo com o FMI*. Disponível em: <<http://www.fazenda.gov.br>>. Acesso em: 30 ago. 2004.
- MARQUES, R. M.; MENDES, A. Financiamento: a doença crônica da saúde pública brasileira. In: ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA DA SAÚDE, 5., 1999, Salvador. *Anais...* Salvador: Associação Brasileira de Economia da Saúde, 1999. p. 213-237.
- MARQUES, R. M.; MENDES, A. O governo Lula e a contra-reforma previdenciária. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo; v. 18, n. 3, p. 3-15, set. 2004.
- POCHMAN, M. *Déficit público nominal zero e custos sociais*. Campinas, 2005. Disponível em <<http://www.unicamp.br/unicamp/divulgacao/art-pochmann050707.html>>. Acesso em: 08 ago. 2005

Recebido em: 02/07/2005
Aprovado em: 02/08/2005